



# **Trainingsprogramm** für Community Health Worker (CHW) die in Europa mit Männern arbeiten, welche Sex mit Männern haben (MSM)

Toolbox-Trainingspaket für CHW mit dem Ziel, den Zugang, die Qualität der Prävention, die Diagnose von HIV/AIDS, STI und viraler Hepatitis sowie die (sexuelle) Gesundheitsversorgung für MSM zu verbessern.



Das ESTICOM Trainingsmaterial für Community Health Worker, die in Europa mit Männern arbeiten, die Sex mit Männern haben (MSM) wurde vom Terrence Higgins Trust, London, England (THT) in Kooperation mit der Deutschen Aidshilfe, Berlin, Deutschland (DAH) geschrieben. Es wurde im Rahmen des ESTICOM Projekts<sup>1</sup>, entwickelt, das neun europäische Organisationen unter der Federführung des Robert Koch Instituts, Berlin, Deutschland (RKI) umfasste. ESTICOM wurde geleitet von einem Advisory Board, das jeweils eine\_n Vertreter\_in der Europäischen Kommission<sup>2</sup>; Chafea<sup>3</sup>; dem HIV/AIDS, virale Hepatitiden und Tuberkulose Civil Society Forum<sup>4</sup>; dem Europäischen Zentrum für die Prävention und Kontrolle von Krankheiten (ECDC)<sup>5</sup>; dem Europäischen Überwachungszentrum für Drogen und Drogenabhängigkeit (EMCDDA)<sup>6</sup>, und dem Gemeinsamen Programm für HIV/AIDS der Vereinten Nationen (UNAIDS) einbezog.

Das Projekt wurde im Rahmen des Dritten EU Gesundheitsprogramms (2014-2020) durch die Europäische Kommission gefördert).<sup>7</sup>

Autoren: Barrie Dwyer, Takudzwa Mukiwa (THT); Matthias Kuske, Dr. Dirk Sander (DAH)

Dieses Trainingsmaterial wurde im Rahmen des Dritten EU-Gesundheitsprogramms (2014-2020) im Rahmen des Dienstleistungsvertrags 20157101 mit der Exekutivagentur für Verbraucher, Gesundheit, Landwirtschaft und Ernährung (Chafea), die unter dem Mandat der Europäischen Kommission handelt, erstellt. Die in diesem Bericht enthaltenen Informationen und Ansichten sind die des Auftragnehmers und liegen ausschließlich in seiner Verantwortung. Es kann in keiner Weise davon ausgegangen werden, dass dies die Ansichten der Europäischen Kommission und/oder von Chafea oder einer anderen Einrichtung der Europäischen Union widerspiegelt. Die Europäische Kommission und/oder Chafea übernehmen keine Garantie sowohl für die Richtigkeit der in diesem Bericht enthaltenen Daten, als auch für die Verantwortung für Verwendungen durch Dritte.

Weitere Informationen zur Europäischen Union finden Sie im Internet (<http://europa.eu>). Luxemburg: Amt für Veröffentlichungen der Europäischen Union, 2019

© Europäische Union, 2019. Die Vervielfältigung ist unter Angabe der Quelle zulässig.

Die Richtlinie zur Wiederverwendung von Dokumenten der Europäischen Kommission ist im Beschluss 2011/833/EU (<http://bit.ly/309g99N>) geregelt.

Auf der ESTICOM-Trainingswebsite können Sie das ESTICOM-Trainingsmaterial herunterladen und auf die E-Learning-Module zugreifen. Für das ESTICOM-Trainingsmaterial und -programm:

**[www.msm-trainings.org](http://www.msm-trainings.org)**

Übersetzung: Translated, via Indonesia 23, 00144 Rom, Italien

Aufgrund von Abweichungen in der Terminologie kann es zu leichten Abwandlungen vom englischen Original kommen; bei Unklarheiten konsultieren Sie bitte den englischen Text.

Kulturelles Korrektorat: Jo Koppe, Matthias Kuske

## EUROPÄISCHE KOMMISSION

Consumers, Health, Agriculture and Food Executive Agency (Chafea) (Exekutivagentur für Verbraucher, Gesundheit, Landwirtschaft und Ernährung) Abteilung: Gesundheit – B

Ansprechpartner: Chafea

E-mail: [CHAFFEA@ec.europa.eu](mailto:CHAFFEA@ec.europa.eu)

Europäische Kommission L2920 Luxembourg

<sup>1</sup> <https://www.esticom.eu/Webs/ESTICOM/EN/about-project/about-project-node.html>

<sup>2</sup> [https://ec.europa.eu/commission/index\\_en](https://ec.europa.eu/commission/index_en)

<sup>3</sup> [http://ec.europa.eu/chafea/index\\_en.htm](http://ec.europa.eu/chafea/index_en.htm)

<sup>4</sup> <https://www.aidsactioneurope.org/en/civil-society-forum>

<sup>5</sup> <https://ecdc.europa.eu/en/home>

<sup>6</sup> [http://www.emcdda.europa.eu/emcdda-home-page\\_en](http://www.emcdda.europa.eu/emcdda-home-page_en)

<sup>7</sup> [https://ec.europa.eu/health/funding/programme\\_en](https://ec.europa.eu/health/funding/programme_en)

## Danksagungen

Wir möchten uns bei allen bedanken, die eine fachkundige Begutachtung und Unterstützung für das ESTICOM-Projekt bereitgestellt haben, darunter auch bei den Mitgliedern des Beratungsgremiums: Cinthia Menel Lemos (CHAFFEA), Wolfgang Philipp, Jean-Luc Sion und Rimalda Voske (DG Sante), Teymur Noori (ECDC), Thomas Seyler und Julian Vicente (EMCDDA), Keith Sabin (UNAIDS), Sini Pasanen und Luis Mendao (Civil Society Forum für HIV/AIDS, virale Hepatitiden und Tuberkulose).

Wir möchten uns auch bei allen Projektpartner\_innen des ESTICOM-Projekts für ihre Beiträge und Unterstützung bedanken, einschließlich unserer Kolleg\_innen, die an den Umfragen zu EMIS und ECHOES gearbeitet haben.

Ganz besonders möchten wir uns bei der Leitung des ESTICOM-Projektconsortiums, Dr. Ulrich Marcus, Caoimhe Cawley und Susanne Schink (RKI) bedanken.

Wir danken auch den folgenden Organisationen, Einrichtungen, europäischen Projekten, sowie deren Teilnehmer\_innen für ihre hilfreichen Beiträge: AIDS ACTION EUROPE, EATG, ECDC, NAM (Aidsmap), ECOM, Euro HIV EDAT, OptTest, INTEGRATE, EuroTEST und den Teilnehmer\_innen des von der Deutschen Aidshilfe organisierten MSM-Experten-Treffens in Berlin.

Vielen Dank für die Unterstützung bei der Suche nach potenziellen Partnern in mehreren europäischen Ländern. Ohne unsere Partnerorganisationen in ganz Europa, die an diesem Arbeitspaket mitgewirkt haben, hätten wir dieses Trainingsprogramm nicht durchführen können.

Insbesondere bedanken wir uns bei den mehr als 60 Teilnehmer\_innen an den Training-of-Trainer-Workshops, den Organisationen aus 24 Ländern, die nationale Pilottrainings organisiert haben, und den mehr als 40 Trainer\_innen, die diese Pilottrainings in ihren Ländern durchgeführt haben. Ohne ihre Energie, Unterstützung und Arbeit wäre die Umsetzung des Pilottrainingsprogramms nicht möglich gewesen. Vielen Dank auch an Matthias Wentzlaff-Eggebert und Deidre Seery für ihre Unterstützung als Moderator\_innen der Training-of-Trainer-Workshops.

Wir möchten den fachlichen Gutachtern unseren besonderen Dank für ihre hervorragende Arbeit bei der Bewertung des ESTICOM-Schulungsmaterials aussprechen:

Mark Sergeant, Sensoa, Belgien

Miguel Rocha, GAT, Portugal

Robert Hejzák, AIDS Pomoc, Tschechische Republik



Co-funded by  
the Health Programme  
of the European Union

# 1. ESTICOM Trainingsunterlagen und Programmübersicht

## 1.1 Einführung in dieses Training

Dieses Handbuch enthält schrittweise Anleitungen für die Moderator\_innen, die diese Schulung durchführen. Der Kurs ist in zwei Teile untergliedert.

- Der erste Teil enthält eine Einführung für die Trainer\_innen: Wie und warum wurde der Schulungskurs entwickelt? Dieser Teil widmet sich der Vorbereitung auf die Schulung, der Umsetzung der Schulung und Einzelheiten zur Evaluation.
- Der zweite Teil enthält eine Beschreibung der Trainingsmodule und besteht jeweils aus einer Übersicht über das Modul, Anweisungen zur Verwendung des Moduls, einer Übersicht über Ziele und Lernziele des Moduls sowie Vorschläge zur vorbereitenden Lektüre. Außerdem wird erläutert, ob dieses Modul den Teilnehmer\_innen persönlich face-to-face oder nur als Online-E-Learning angeboten wird.

Zusätzlich wurden für jedes Modul Leitfäden für die Trainer\_innen erstellt, die ihnen bei der Präsentation der Folien und der Durchführung der Methoden helfen sollen. Diese finden Sie [hier](#). Das für die Methoden und Aktivitäten benötigte Material für jedes Modul finden Sie im druckfertigen Format [hier](#).

### Anmerkung zur verwendeten Terminologie

Entgegen der Gewohnheit vieler CHW wird hier die dritte Person anstelle von „Du“ verwendet, um das Trainingsmaterial auch für CHW nutzbar zu machen, die nicht geduzt werden möchten. Das Material kann (und sollte) an den jeweiligen Sprachgebrauch der Teilnehmer\_innen des Trainings angepasst werden. Im Zweifel kann zum Beginn eines Trainings mit den Beteiligten abgestimmt werden, ob ein „Arbeits-Du“ für die Dauer des Trainings erwünscht ist.

In diesem Handbuch bezieht sich „Moderator\_in“ auf die Person, die die Schulung durchführt/moderiert (sowie auf etwaige Co-Moderator\_innen), während sich „Teilnehmer\_innen“ auf die Personen bezieht, die an der Schulung teilnehmen. Siehe den späteren Hinweis zur Unterscheidung zwischen „Trainer\_in“ und „Moderator\_in“.

Schwule und andere MSM werden im Allgemeinen als „Servicenutzer“ oder einfach als „Nutzer“ bezeichnet, da CHW die Männer, mit denen sie zusammenarbeiten, im Allgemeinen nicht als „Patienten“ oder „Kunden“ ansehen. Wenn Sie sich damit wohlfühlen, können Sie die Gruppe der Teilnehmer\_innen, mit denen Sie arbeiten, fragen, wie sie sich auf die Männer beziehen, mit denen sie zusammenarbeiten, und ihre Definition verwenden.

Das Trainingspaket verwendet eine Mischung aus „MSM“ (Männer, die Sex mit Männern haben) und „Schwule und andere MSM“, um die Menschen zu beschreiben, mit denen CHW im Allgemeinen zusammenarbeiten. Das Problem ist, dass „MSM“ in der Regel kein Begriff ist, der von der Zielgruppe (den MSM selbst) verstanden oder verwendet wird. Viele der Themen betreffen alle Männer, die sich sexuell von anderen Männern angezogen fühlen und sich mit ihnen beschäftigen, gleichgültig, wie sie sich möglicherweise selbst beschreiben. Das Problem ist das erlebte Stigma und die Diskriminierung und nicht, wie die Zielgruppe unserer Arbeit definiert wird.

## 1.2 Über dieses Training

### 1.2.1 Das Konzept hinter dem Ansatz und den Materialien

Wir gehen von dem Grundsatz aus, dass die HIV/STI-Prävention bei MSM eines umfassenden und ganzheitlichen Ansatzes bedarf, der auf wissenschaftlichen Erkenntnissen, theoretischen Ansätzen und auf Erfahrungen und Wissen der Community basiert.

Es ist offensichtlich, dass das Verhalten von Menschen von ihrem jeweiligen Umfeld beeinflusst wird. Studienergebnisse zeigen beispielsweise, dass eine gesundheitsschädliche Folge der gesellschaftlichen Stigmatisierung von Homosexualität die Verinnerlichung dieses Stigmas durch schwule und bisexuelle Männer selbst ist. Daher ist es ein wichtiger Bestandteil jeder Arbeit, die sich positiv auf die Gesundheit von MSM auswirken soll, soziale Gerechtigkeit und die Selbstakzeptanz der eigenen schwulen Identität zu fördern, mit dem Ziel, ein positives Selbstgefühl aufzubauen.

Vor diesem Hintergrund umfasst die Prävention also:

- Stärkung von Selbstakzeptanz und Selbstvertrauen
- Förderung der gesellschaftlichen Akzeptanz unterschiedlicher Lebensstile
- Befähigung zur Selbstverantwortung
- Schutz, Förderung und Schaffung von sexuellen Lebensräumen/Schutzräumen (z. B. sichere Orte)
- Vermittlung von individuellen Sozialkompetenzen

Darüber hinaus müssen gesundheitliche Konsequenzen angegangen werden, die sich aus den Bedingungen des Umfelds ergeben und das Verhalten beeinflussen (der syndemische Ansatz): Schutzverhalten, Drogenkonsum und emotionales Wohlbefinden werden als ineinandergreifende und sich verstärkende Epidemien angesehen.

Eine Syndemie ist „das Zusammentreffen von zwei oder mehr Störungen oder Erkrankungen in einer bestimmten Population, bei der ein gewisses Maß an Interaktion die negativen gesundheitlichen Auswirkungen auf einzelne oder alle Krankheitsbilder/Syndrome verstärkt, die in der Syndemie enthalten sind“. Einige der Störungen (...) (z. B. Depression, Posttraumatische Belastungsstörungen (PTBS), Angstzustände, soziale Angststörungen, Alkohol- oder Drogenmissbrauch) sind mit HIV syndemisch und müssen daher angegangen werden, um optimale Behandlungsergebnisse sowohl für nicht mit HIV infizierte als auch für mit HIV infizierte Menschen zu erzielen“ (Mimiaga et al. 2015).

Vor diesem Hintergrund war es ein sehr wichtiger Aspekt im Entwicklungsprozess dieses Trainings, die negativen Auswirkungen von Vorurteilen, Stigmatisierung und Homonegativität sowohl auf Schwule und andere MSM (Hauptzielgruppe der Maßnahmen) als auch auf die CHW (Zielgruppe der Trainingsmodule) mit ins Auge zu fassen und zu hinterfragen.

Die Auswirkungen von Männlichkeitsbildern, Vorstellungen von „gutem“ Verhalten und normative Erwartungen wie die der Abwesenheit jeder Art von „Krankheit“ gehören zu den vielen Faktoren und Einstellungen, die ein Hindernis für die Bereitstellung von angemessenen und gut funktionierenden Angeboten für Schwule und andere MSM darstellen. Ein Zweck der Schulung besteht darin, solche (ggf. unterschwellig) erhaltenen oder wahrgenommenen Botschaften bewusst zu machen und zu hinterfragen und somit Hindernisse abzubauen, die dazu führen könnten, dass CHW die Nutzer\_innen eines Dienstes verurteilen - wie z.B., dass Männer, die mehrfach wegen einer Gonorrhö behandelt werden, zu ihrem sexuellen Verhalten „ausgehört“ werden und Beschämung erfahren, weil sie sich mit einem Bakterium infiziert haben. Die Art und Weise der Verwendung von Sprache kann Menschen als „abweichend“ darstellen und abwerten, wenn etwa von „risikobelasteten“ Verhaltensweisen und Bevölkerungsgruppen gesprochen wird. Wenn Forschungsergebnisse verwendet werden, um schwulen Männern/MSM die Schuld am Anstieg des Vorkommens von STI- und HIV-Infektionen zu geben, vermittelt das den Eindruck, dass diese sich „einfach ordentlich verhalten sollten“.

Wenn wir den Menschen helfen, sich diesen Einstellungen zu stellen, sie wahrzunehmen und in Frage zu stellen, hat dies einen größeren Einfluss auf die Einrichtung, Inanspruchnahme und Nutzung von Angeboten, als die CHW lediglich mit den aktuellen Informationen zu good-practice-Angeboten zu versorgen. Ein Hauptzweck der Präsenzs Schulung besteht darin, die Kursteilnehmer\_innen dabei zu unterstützen, ihre Einstellungen zu hinterfragen, ihre Fähigkeiten

und Kompetenzen auszubauen und gleichzeitig auf validierte Informationsquellen hinzuweisen und Links bereitzustellen, die ihnen helfen, die lokale und nationale Arbeit zu verbessern. Die Nutzung bereits bestehender und bewährter Unterstützungsarbeiten der EU, des ECDC (Europäisches Zentrum für die Prävention und die Kontrolle von Krankheiten), der EATG (European AIDS Treatment Group) und anderen wird dazu beitragen, das europäische Niveau an Fähigkeiten, Kenntnissen und Kompetenzen zu verbessern und die Arbeit von CHW in der gesamten Region auf ein gemeinsames Level zu heben.

Dieser Ansatz wird durch die Erkenntnisse und Empfehlungen der Recherche gestützt, die als Vorbereitungsarbeit für die Entwicklung des Kursmaterials durchgeführt wurden.

Ausgehend von diesen Überlegungen und den Einflussfaktoren aus diesen Erhebungen entstand ein breiter Ansatz für die Modulentwicklung, charakterisiert durch:

- den Einsatz kompetenzbasierter Entwicklung von Fähigkeiten in Kombination mit einem angemessenen Maß an Informationen und wissensbasiertem Training
- In diesen Trainings wurde sich weniger als in bestehenden Trainings auf die reine Vermittlung von Wissen konzentriert
- die Nutzung der fachlichen und persönlichen Fähigkeiten und Erfahrungen der Teilnehmer\_innen während der Trainings, um in kurzen, praxisorientierten Sitzungen Fähigkeiten zu modellieren und anderen über die Schulter zu schauen
- die explizite und implizite Einbeziehung der Stärkung von Kommunikations- und zwischenmenschlichen Fähigkeiten sowie das Legen eines Schwerpunkts auf Modelle gegen Homonegativität – mit Fokus auf die Entwicklung von Fähigkeiten und die Entwicklung eines stärkeren Bewusstseins für persönliche Bedürfnisse
- Möglichkeiten, persönliche Erfahrungen zu nutzen, um sowohl kulturell angemessene Interventionen und Arbeitsmodelle zu entwickeln, als auch die Botschaften zu und Ursachen für Homophobie, Homonegativität und Stigmatisierung (sowohl im Zusammenhang mit Sexualität als auch mit HIV) besser zu verstehen
- die Nutzung von gemeinsamen und Community-Erfahrungen innerhalb eines kulturellen<sup>1</sup> Kompetenzrahmens.
- die Verwendung eines kulturell kompetenten Ansatzes innerhalb der Module, z. B. in Bezug auf die verwendete Sprache und Ansätze, Richtlinien, Vereinbarungen usw.
- die Nutzung etablierter und bewährter EU-Ressourcen wie ECDC-Richtlinien, technische Berichte, Module usw. zur Information über die Arbeit innerhalb der Module und als Fallstudien, z. B. der NAM European Test Finder.
- Wissen und Änderung von Wissen: Damit die in den Modulen enthaltenen Informationen nicht ständig aktualisiert werden müssen, wird in der Schulung auf die aktuellsten online verfügbaren Informationen verwiesen.

Der Ansatz zur Entwicklung des E-Learning-Teils des Programms war:

- Konzentration auf die Bereitstellung der informations- und wissensbasierten Elemente der Schulung nur als E-Learning
- eine Abkehr von einem „Webinar“-Element, da Zeitunterschiede sowie Einschränkungen bei der Verfügbarkeit von Trainer\_innen und CHW sich negativ auf die Teilnehmer\_innen-Zahlen auswirken und die große Bandbreite an Themen die Akzeptanz behindern würde.

<sup>1</sup> Kulturelle Kompetenz: Ein festgelegter Satz von Ethiken und Grundsätzen, gezeigten Verhaltensweisen, Einstellungen, Richtlinien und Strukturen, die kulturübergreifend eine effektive Arbeit ermöglichen

- aus wirtschaftlichen Gründen und zur Zukunftssicherung werden diese auf einer Reihe von Plattformen gehostet.

## 1.2.2 Verwendung der Materialien

Die Materialien bestehen aus einer Reihe von aufeinander aufbauenden Elementen, um die Trainingseinheit zu gestalten. Es ist wichtig, alle empfohlenen Elemente zu verwenden, damit der Ablauf der Schulung gut funktioniert. Diese Elemente sind:

**Gruppenvereinbarung:** Eine Gruppenvereinbarung unterscheidet sich von 'Gruppenregeln'. Eine Gruppenvereinbarung entwickeln Sie als Moderator\_in gemeinsam mit dem Input der Teilnehmer\_innen. Sie wird verwendet, um eine sichere und funktionierende Schulungsumgebung zu schaffen, in der die Teilnehmenden untereinander und der\_die Moderator\_in mit der Gruppe zusammenarbeiten kann. In der Tat ist es eher eine Vereinbarung, die Moderator\_in und Teilnehmer\_innen treffen, als etwas, das ihnen auferlegt wird. Auf diese Weise kann der\_die Moderator\_in die Teilnehmenden an jede „Übertretung“ der Vereinbarung und an ihre erfolgte Zustimmung erinnern. Zu den Inhalten einer Gruppenvereinbarung gehören normalerweise Punkte wie Vertraulichkeit, die Arbeit in einem ‚safe space‘, die Mitarbeit der Teilnehmenden, die Möglichkeit des\_der Moderator\_in, Dinge voranzubringen und Spaß zu haben. Diese Liste ist nicht abschließend und der Ratschlag ist, sich von den Teilnehmenden leiten zu lassen, während Sie Ihr Wissen und Ihre Intelligenz einsetzen, um die Vorschläge zu akzeptieren.

**Eisbrecher:** Diese kurzen Übungen sollen den Teilnehmer\_innen das Kennenlernen und die Zusammenarbeit erleichtern. Daher ist es wichtig, dass zu Beginn des Trainings eine geeignete Übung ausgewählt wird. Wenn das Training über mehrere Tage läuft, sollten „Eisbrecher“ jeweils zu Beginn eines neuen Tages verwendet werden.

**Energiser:** Dies sind kurze Übungen, um die Energie der Teilnehmer\_innen nach einer langen Übung oder einer Mittagspause wiederaufzubauen. Seien Sie sich bei den Eisbrechern und Energisern, wie bei jeder Übung in der Schulung bewusst, dass manche Menschen eine eingeschränkte Mobilität haben. Achten Sie also bitte darauf, dass die von Ihnen ausgewählten Übungen mit den beteiligten Teilnehmer\_innen funktionieren. Sowohl Eisbrecher als auch Energiser sollten in jedem Trainingsprogramm, das zusammengestellt wird, vorhanden sein.

**Kommunikationsfähigkeiten:** Diese Übungen dienen dazu, die Kommunikationsfähigkeiten der Menschen zu stärken, meist auf eine Weise, die sie normalerweise nicht nutzen. Sie helfen den Teilnehmenden, ihr Bewusstsein für ihre eigene Art zu kommunizieren zu schärfen und weitere, ergänzende Kommunikationswege zu identifizieren, sowohl in der persönlichen Kommunikation als auch über Medien wie Textnachrichten und E-Mails.

**Zwischenmenschliche Fähigkeiten:** Diese Übungen helfen den Teilnehmer\_innen, sich darüber bewusst zu werden, wie sie auf ihre Arbeitsweise mit den Dienstleistungsnutzern aufbauen können. Sie schaffen ein Bewusstsein für persönlichen Raum, Körpersprache und nonverbale Kommunikation, damit sich in der Zusammenarbeit mit Menschen die gesamte Bandbreite der Kommunikation entwickeln kann.

**Face-to-Face-Übungen:** Der Großteil des verfügbaren Materials soll im Rahmen von Präsenztrainings genutzt werden. Dies gibt den Teilnehmer\_innen die besten Chancen, von den Fähigkeiten und Erfahrungen der anderen zu lernen, und hilft den Moderator\_innen, alte Denkweisen in Frage zu stellen, die ein Hindernis für eine effektive Arbeit mit Schwulen und anderen MSM darstellen könnten.

**E-Learning:** Einige Übungen werden nur als E-Learning-Module angeboten. Dies liegt hauptsächlich daran, dass es sich um sehr wissens- und informationsintensive Übungen handelt, die im Rahmen eines Präsenztrainings nicht effektiv eingesetzt werden können. Durch die Bereitstellung als E-Learning können die Teilnehmer\_innen schnell und zu einem für sie günstigen Zeitpunkt auf diese Übungen zugreifen und sie bearbeiten. Das E-Learning-Material kann über die ESTICOM-Schulungsplattform [www.msm-training.org](http://www.msm-training.org) abgerufen werden.

**Bedarfsermittlung (Needs Assessment):** Um die wichtigsten Bedürfnisse der Gruppe, mit der Sie arbeiten, zu ermitteln, wird eine Bedarfsanalyse durchgeführt. Auch wenn es einige Bedürfnisse gibt, die in einer bestimmten Region allgemeingültig sein mögen, ist es immer besser, von den spezifischen Bedürfnissen der Teilnehmer\_innen auszugehen, mit denen Sie arbeiten. Die Bedarfsanalyse muss mindestens 6 Wochen vor dem Schulungstermin erfolgen, damit ein geeignetes Trainingsprogramm entwickelt werden kann. Weitere Informationen finden Sie im Abschnitt zur Bedarfsermittlung/Needs Assessment weiter unten im Dokument.

**Auswertung/Evaluation:** Es ist wichtig, die durchgeführte Schulung auszuwerten, um sicherzustellen, dass sie auch effektiv ist. Zu diesem Zweck wird Material für eine Evaluation vor und nach dem Training zur Verfügung gestellt. Weitere Informationen finden Sie im Abschnitt „Evaluation“.

### 1.2.3 Schulungssetting

Das Training kann in jeder geeigneten Umgebung stattfinden (siehe „Veranstaltungsorte“), solange es ein Ort ist, an dem vernünftig gearbeitet werden kann. Das können die Räumlichkeiten der Projekte sein, für die die Schulung durchgeführt wird, oder andere geeignete Räume wie z. B. spezielle Schulungs- oder Konferenzräume. Dies hängt natürlich auch davon ab, ob für die Finanzierung solcher Veranstaltungsorte ein Budget zur Verfügung steht.

### 1.2.4 Zielgruppe des Trainings

Die Hauptzielgruppe für diese Schulungen sind Community Health Worker (CHW), die hauptsächlich mit Schwulen und anderen MSM arbeiten. Die grundlegende Definition eines Community Health Workers ist in diesem Kontext jede Person, die in einem Communitysetting mit Schwulen oder anderen MSM in Bezug auf ihre (sexuelle) Gesundheit zusammenarbeitet. Dies können Ehrenamtler\_innen sein, die in der Vor-Ort-Arbeit (outreach work) mit Schwulen oder anderen MSM arbeiten, bis hin zu Ärzt\_innen, die Community-Testinitiativen eines Dienstes unterstützen.

### 1.2.5 Entwicklung der Materialien

Dieser Trainingskurs wurde im Rahmen des ESTICOM-Projekts von einem Konsortium europäischer Partner entwickelt, die zusammen an drei Projekten arbeiteten:

- Projekt 1: EMIS 2017
- Projekt 2: ECHOES
- Projekt 3: Toolbox-Trainingspaket für Community Health Worker (CHW), die mit MSM in einem Communitysetting arbeiten

Die Struktur und der Inhalt dieses Trainingsprogramms basieren auf den umfangreichen Recherchearbeiten sowohl während der ersten Phase der ECHOES-Umfrage als auch während der Entwicklung der ESTICOM-Schulungen, welche auch eine Überprüfung der zu diesem Zeitpunkt in Europa verfügbaren, bereits vorhandenen Schulungsmodule umfasste. Für dieses Trainingsmaterial ging es dann um die Entwicklung und Bereitstellung von Training-of-Trainer-Workshops und die Erprobung des Materials in Pilottrainings in 19 europäischen Staaten, an denen CHW aus 24 Ländern beteiligt waren. Diese wurden evaluiert, um die Wirksamkeit des Materials sicherzustellen. Weitere Informationen zu diesem Prozess, einschließlich der Evaluationsergebnisse, finden Sie unter [www.esticom.eu](http://www.esticom.eu)

### 1.2.6 Wie dieses Trainingsprogramm eigene Trainings ergänzen kann

Viele Projekte und Regionen verfügen bereits über Schulungsprogramme für Community Health Worker. Aus Untersuchungen, die zur Unterstützung der Entwicklung der Trainingsmodule durchgeführt wurden, wissen wir, dass über 90 % dieser Schulungen informations- und wissensbasiert sind. Daher ergänzt dieses Training solche vorhandenen Schulungen durch einen „erfahrungsorientierten“ Ansatz, der den Teilnehmenden sowohl praktische Fähigkeiten als auch Wissen vermittelt. Dies hilft den Menschen zu verstehen, wie man Informationen und Daten in praktische Arbeitsinitiativen für MSM umwandelt.

### 1.2.7 Der Aufbau dieser Schulung

Dieses Training ist ein modular aufgebautes Toolbox-Trainingsprogramm. Dies bedeutet, dass Sie als Moderator\_in aus der für Sie verfügbaren Palette an Modulen eine geeignete Trainingseinheit für Ihre Teilnehmer\_innen zusammenstellen können, nachdem Sie gemeinsam mit ihnen eine Bedarfsanalyse durchgeführt haben.

Es gibt einen Überblick über die Kursstruktur und Curricula, die Ihnen helfen können passende Übungen auszuwählen und zu festzustellen, ob diese in die zur Verfügung stehenden Bereiche Präsenztraining oder E-Learning fallen.

## ESTICOM Training – Kursstruktur

### Präsenzschulung

#### **DIE COMMUNITY KENNEN, MIT DER SIE ARBEITEN (Kulturelle Kompetenz)**

- „Als ich jung war“: Verstehen, wie Botschaften, die wir erhalten, unsere Einstellungen beeinflussen
- Wie können Zugang, Angebote und der Verbleib in der Versorgung verbessert werden?
- Arbeiten mit verschiedenen MSM-Communities oder -Populationen

#### **STIGMA UND DISKRIMINIERUNG BEKÄMPFEN**

- Vulnerable MSM-Gruppen und ihre Bedürfnisse für die sexuelle Gesundheit
- Sensibilisierung für die Ursachen von Stigmatisierung von HIV/AIDS und Sexualität
- Schaffung eines vorurteilsfreien Angebots oder Umfelds für Schwule und andere MSM
- Einbindung und Einbeziehung der Nutzer\_innen Ihres Angebots
- Verständnis syndemischer Modelle und welchen Einfluss diese auf unsere Arbeit haben
- Erkennen komplexer gesundheitsbezogener Systeme und wie diese angegangen werden können

#### **ARBEITEN IN PARTNERSCHAFTEN**

- Ermittlung und Aufbau von Good Practices für die partnerschaftliche Arbeit mit staatlichen und communitybasierten Gesundheitsdiensten
- Partnerschaftliche Arbeit mit und zwischen LGBTQI+ Organisationen und anderen Angeboten

## PRÄVENTION

- Einsatz von Techniken der Motivierenden Gesprächsführung (Motivational Interviewing) in Ihrer/ unserer Arbeit
- Sensibilisierung für und Implementierung von TasP (U=U), PrEP, PEP und Selbsttests oder Einsendetests für Schwule und andere MSM
- „Frontline-Interventions“: Zusammenarbeit mit MSM unter Verwendung von Einzel- und Gruppenberatung & Informationsinterventionen; Motivierende Gesprächsführung & communitybasierte HIV/STI-Beratungs- und Testangebote

## Schulung mit Präsenz- plus E-Learning-Inhalten

### PRÄVENTION

- STI: Symptome und Behandlung
- ChemSex: Substanzkonsum in sexuellen Zusammenhängen
- „Was bedeutet Safer Sex heute?“

Das E-Learning-Material ist über die ESTICOM-Schulungsplattform [www.msm-training.org](http://www.msm-training.org) zugänglich.

## E-Learning-Schulung

### PRÄVENTION

- Verständnis der epidemiologischen Dynamik der HIV-Infektion bei MSM in Europa
- Verwendung von Modellen der Gesundheitsförderung zur Unterstützung von Verhaltensänderungen

### SETTINGS UND INTERVENTIONEN

- Nützliche Settings für Interventionen, die sich an MSM richten
- Verbesserung der Anbindung und des Verbleibs in der Versorgung
- Anti-Stigma-Kampagnen: Lernen aus HIV/AIDS- und MSM/LGBTQI+-Interventionen

### AUFBAU VON KOMPETENZEN

- Verwendung von Social Marketing, um mit MSM zusammenzuarbeiten
- Entwicklung maßgeschneiderter Trainings für spezialisierte Angebote

Das E-Learning-Material ist über die ESTICOM-Schulungsplattform [www.msm-training.org](http://www.msm-training.org) zugänglich.

## Curriculum für regionale und nationale Schulungen

Im Folgenden finden Sie mögliche Curricula für regionale und nationale Trainingsprogramme, die auf den ESTICOM-Materialien basieren.

Um sicherzustellen, dass alle Teilnehmer\_innen ein fachübergreifendes Spektrum an Fähigkeiten entwickeln, wird nachdrücklich empfohlen, dass in jeder Schulung mindestens ein Element enthalten ist, das sich mit Kommunikations- und zwischenmenschlichen Fähigkeiten befasst. Andere Schulungsthemen werden in Gruppen zusammengefasst, die die wahrscheinlich besten Optionen für die Bedürfnisse der verschiedenen Regionen vorschlagen, in denen das Training durchgeführt wird.

Es wird außerdem dringend empfohlen, dass sich alle Schulungen, die mit diesen Materialien durchgeführt werden, auf die Themen konzentrieren, die in den Abschnitten **„Die Community kennen, mit der Sie arbeiten“** und **„Stigma und Diskriminierung bekämpfen“**, behandelt werden.

Letztendlich werden Entscheidungen über die Auswahl der Fachmodule für eine bestimmte Schulungsveranstaltung getroffen, nachdem die Bedarfsermittlung (Needs Assessment) für diese Region durchgeführt und Bedarfsindikatoren ermittelt wurden. Falls gewünscht, können neben diesen auch zusätzliche Wissensbereiche mit einbezogen werden, die im Needs Assessment nicht aufgeführt sind.

Das Training wurde in drei verschiedene Ansätze unterteilt:

- Präsenztraining: Die gesamte Übung wird von den Moderator\_innen mit den Teilnehmenden im Raum durchgeführt.
- Präsenztraining und E-Learning: Teile der Übung werden in Präsenz ausgeführt, während zusätzliche wichtige Informationen als E-Learning-Module bereitgestellt werden.
- E-Learning: Diese Module sind hauptsächlich informations- und wissensbasiert und werden nur als E-Learning angeboten. Diese können je nach Bedarf der Nutzer\_innen abgeschlossen werden.

In diesem Dokument werden diese Unterscheidungen mit den folgenden Abkürzungen gekennzeichnet:

F2F = Face-to-Face-Module (Präsenzmodule)

EL = E-Learning-Module

## Curriculum A: Fähigkeiten

- Kommunikations- und zwischenmenschliche Fähigkeiten (F2F):
  - Rücken-an-Rücken-Kommunikation
  - Körpersprache & Erkundung der relativen Distanz
  - Kommunikations-Origami
  - Befolge alle Anweisungen
  - Auf eine Party gehen
  - Zuhören, ohne zu sprechen
  - Samariter
  - Situationsbewusstsein
- Die Community kennen, mit der Sie arbeiten (F2F):
  - „Als ich jung war...“
- Die Community kennen, mit der Sie arbeiten (F2F):
  - Wie können Zugang, Angebote und der Verbleib in der Versorgung verbessert werden?
- Die Community kennen, mit der Sie arbeiten (F2F):
  - Arbeiten mit verschiedenen MSM-Communities oder -Populationen.
- Stigma und Diskriminierung bekämpfen (F2F):
  - Sensibilisierung für die Ursachen von Stigmatisierung von HIV/AIDS und Sexualität.
- Stigma und Diskriminierung bekämpfen (F2F):
  - Vulnerable MSM-Gruppen und ihre Bedürfnisse für die sexuelle Gesundheit.

## Curriculum B: Grundlagen

- Prävention (F2F):
  - Einsatz von Techniken der Motivierenden Gesprächsführung (MI) in Ihrer/unserer Arbeit.
- Settings und Interventionen (EL):
  - Nützliche Settings für Interventionen, die sich an MSM richten.
- Prävention (EL):
  - Verständnis der epidemiologischen Dynamik der HIV-Infektion bei MSM in Europa.
- Prävention: (F2F & EL)
  - STI: Symptome und Behandlung.
- Arbeiten in Partnerschaften (F2F):
  - Ermittlung und Aufbau von „good-practice“-Verfahren für die partnerschaftliche Arbeit mit staatlichen und kommunalen Gesundheitsdiensten.
- Arbeiten in Partnerschaften (F2F):
  - Partnerschaftliche Arbeit mit und zwischen LGBTQI+-Organisationen und anderen Angeboten.

## Curriculum C: Good Practice

- Prävention: (F2F & EL):
  - Was bedeutet Safer Sex heute?
- Prävention (F2F):
  - „Frontline-Interventions“: Zusammenarbeit mit MSM unter Verwendung von Einzel- und Gruppenberatung und Informationsinterventionen; Motivierende Gesprächsführung (MI) & communitybasierte HIV/STI-Beratungs- und Testangebote.
- Stigma und Diskriminierung bekämpfen (F2F):
  - Einbindung und Einbeziehung der Nutzer\_innen Ihres Angebots.
- Stigma und Diskriminierung bekämpfen (F2F):
  - Schaffung eines vorurteilsfreien Angebots oder Umfelds für Schwule und andere MSM.
- Settings & Interventionen (EL):
  - Verbesserung der Anbindung und des Verbleibs in der Versorgung.

## Curriculum D: Weiterentwicklung

- Prävention (EL):
  - Verwendung von Modellen zur Gesundheitsförderung zur Unterstützung von Verhaltensänderungen.
- Stigma und Diskriminierung bekämpfen (F2F):
  - Verständnis syndemischer Modelle und welchen Einfluss diese auf unsere Arbeit haben.
- Stigma und Diskriminierung bekämpfen (F2F):
  - Erkennen komplexer gesundheitsbezogener Systeme und wie diese angegangen werden können.
- Prävention (F2F):
  - Sensibilisierung für und Implementierung von TasP (U=U), PrEP, PEP und Selbsttests oder Heimtests für MSM.
- Prävention (F2F & EL):
  - ChemSex: Substanzkonsum in sexuellen Zusammenhängen.
- Settings & Interventionen (EL):
  - Anti-Stigma-Kampagnen: Lernen aus HIV/AIDS und MSM/LGBTQI+ Interventionen.
- Aufbauen von Kompetenzen (EL):
  - Verwendung von sozialem Marketing, um mit MSM zusammenzuarbeiten.
- Aufbauen von Kompetenzen (EL):
  - Entwicklung maßgeschneiderter Trainings für spezialisierte Angebote.

## 1.2.8 Benötige ich eine Genehmigung zur Verwendung dieser Materialien?

Dieser Schulungskurs gehört der Europäischen Kommission (© Europäische Union, 2019) und unterliegt daher der Wiederverwendungsrichtlinie der Kommission (2011/833/EU <http://bit.ly/309g99N>). Kurz gesagt bedeutet dies, dass der Schulungskurs wiederverwendet werden kann, sofern die Quelle angegeben wird. Durch das Herunterladen dieses Materials erklären Sie sich mit dem Download-Vertrag einverstanden und akzeptieren diesen. Er bildet die Grundlage für jede Nutzung dieses Schulungsmaterials. Der entsprechende Copyright-Hinweis ist bereits in den Folien enthalten und die Trainer\_innen müssen darauf achten, dass dies bei einer Anpassung der Folien stets berücksichtigt wird.

Es ist wichtig, dass dieses Material mit der Absicht verwendet wird, für die es entwickelt wurde, nämlich, dass das Erkennen negativer Einstellungen und die Bekämpfung von Stigmatisierung und Diskriminierung im Zusammenhang mit HIV/AIDS, sexueller Orientierung und Verhaltensweisen wie Substanz-/Drogenkonsum die Schlüssel sind, um Menschen in eine angemessene Versorgung und in Behandlung zu bringen. Urteile über Personen oder Verhaltensweisen sind in diesem Kurs nicht erwünscht, müssen angemessen in Frage gestellt und mit jedem, der sie äußert, besprochen werden.

## 1.3 Aufbau dieses Dokuments

### 1.3.1 Ziel des Trainings

Das übergeordnete Ziel dieses Schulungskurses ist es, das Bewusstsein für die gesellschaftlichen Einflüsse auf soziale Ungleichheiten der Gesundheitschancen für Schwule und andere MSM zu schärfen und aufzuzeigen, wie Stigma und Diskriminierung als Barrieren wirken, die diese gesundheitlichen Ungleichheiten verstärken. Das Training richtet sich an Community Health Worker (CHW), die in einem Community-Umfeld mit Schwulen und anderen MSM zusammenarbeiten (hauptsächlich in Bezug auf HIV/AIDS, sexuell übertragbare Krankheiten und virale Hepatitis, aber auch andere gesundheitsbezogene Themen, einschließlich der psychischen Gesundheit) und ihnen Erfahrungen, Fähigkeiten und Kenntnisse zur Überwindung der bekannten Hindernisse bei der Weitervermittlung in Behandlung und der Bereitstellung von Versorgung von Schwulen und anderen MSM vermitteln.

### 1.3.2 Kursmaterialien und Beispiele

Das Training besteht aus folgenden Komponenten:

#### **HANDBUCH FÜR DEN/DIE TRAINER\_IN**

- Struktur und Inhalte der Schulung
- Detaillierte Beschreibung des Schulungsinhalts (Folien, Schulungsunterlagen, Schulungsmaterial)
- Empfehlungen für die ordnungsgemäße Bereitstellung der Schulungsmodule

#### **SCHULUNGSMATERIALIEN**

- PPT-Folien
- Arbeitsblätter für die Teilnehmer\_innen

#### **EVALUATIONSMATERIALIEN**

- Beschreibung der Evaluationsinstrumente für das Training, Zeitplan und Vorgehen
- Fragebögen

Der genaue Inhalt der Trainingsmodule (einschließlich Gruppenaktivitäten, Fallstudien und Auswahl der Folien) kann jeweils an den lokalen Kontext und die spezifischen Trainingsanforderungen angepasst werden (siehe Abschnitt „Ergänzungen und Aktualisierungen der Materialien“).

#### **Beispiele für Trainingseinheiten und Programme:**

Ein Beispiel einer möglichen halbtägigen Trainingseinheit, die sich mit Einstellungen, Stigmatisierung und Diskriminierung befasst:

1. Begrüßung und Eröffnung der Schulung
2. Vorstellungen
3. Gruppenvereinbarung
4. Eisbrecher: Wie viel brauchen Sie?
5. Modul 1: „Als ich jung war“
6. Energiser: Haie und Pinguine
7. Modul 2: Sensibilisierung für die Ursachen der Stigmatisierung von HIV/AIDS und Sexualität
8. Feedback und Abschluss

Im Folgenden finden Sie einen möglichen Ansatz zur Entwicklung eines Schulungsprogramms für eine Gruppe von Teilnehmer\_innen, die alle beim gleichen Checkpoint oder Anbieter arbeiten. Wählen Sie aus dem Material der angegebenen Abschnitte und orientieren Sie sich dabei an den Ergebnissen der von Ihnen durchgeführten Bedarfsanalyse.

1. Aufbau von „Kommunikations- und zwischenmenschlichen Fähigkeiten“
2. Grundlegende Arbeit:
  - „Die Community kennen, mit der Sie arbeiten“
  - „Stigma und Diskriminierung bekämpfen“
  - „Prävention“ verstehen
3. Good Practice – Verständnis dafür entwickeln, was gute Verfahrenspraxis (good practice) in der Bereitstellung von Diensten für MSM ist
  - „Prävention“
  - „Arbeiten in Partnerschaften“
4. Weiterentwicklung
  - „Prävention“
  - „Settings und Interventionen“
  - „Aufbau von Fähigkeiten“



## 1.4 Vorbereitung der Schulung

### 1.4.1 Needs Assessment/Bedarfsermittlung

Dieses Materialien ist ein Dokument zur Bedarfsermittlung angehängt, mit dem Sie sich auf die Schulungsbedürfnisse der Teilnehmendengruppe, mit der Sie arbeiten, konzentrieren können.

Es gilt zu beachten:

- Die Bedarfsermittlung muss mindestens 6 Wochen vor dem Trainingstermin durchgeführt werden, um den Teilnehmer\_innen die Möglichkeit zur Rückmeldung zu geben sowie anschließend die Rückmeldungen der abgeschlossenen Bewertungen auszuwerten und die Schulungsmaterialien auszuwählen.
- Das Dokument enthält eine vollständige Liste von Bedürfnissen und bietet eine Vorstellung von möglichen Bedürfnissen der Gruppe im Verlauf des Trainings, die in nur ein oder zwei Sitzungen wahrscheinlich nicht alle erfüllt werden können. Priorisieren Sie zunächst die wichtigsten Bedürfnisse der Gruppe, und versuchen Sie nachzuvollziehen, dass der Fokus auf Stigmatisierung, Diskriminierung und Arbeiten an der persönlichen Einstellung der Teilnehmer\_innen von der Gruppe wahrscheinlich zunächst nicht als Bedürfnis benannt wird, obwohl wir aus anderen Untersuchungen wissen, dass es sich um starke Bedürfnisse handelt.
- Für jede neue Teilnehmendengruppe muss ein neues Needs Assessment durchgeführt werden.

### 1.4.2 Vorbereitung der Moderator\_innen

Für die Moderator\_innen ist es von zentraler Bedeutung, sich auf die Durchführung dieser Schulung vorzubereiten. Unabhängig davon, ob die Trainer\_innen über Vorkenntnisse oder Erfahrungen zu sozialen Ungleichheiten der Gesundheitschancen von LGBTQI+ -Personen verfügen, müssen sich beide Trainer\_innen die Zeit nehmen, alle erforderlichen Materialien wie folgt zu studieren:

- Lesen und studieren dieses Trainingshandbuchs
- Lesen der Informationen zum ESTICOM-Projekt unter [www.esticom.eu](http://www.esticom.eu)
- Machen Sie sich hier sehr gut mit dem gesamten [Glossar](#) vertraut
- Finden Sie lokale Informationen heraus, um die ausgewählten Schulungsmaterialien zu ergänzen.

Darüber hinaus wird die erforderliche Pflichtlektüre für jedes Modul im Einführungsabschnitt der Beschreibung jedes Moduls angegeben.

Die Moderator\_innen sollten ihre Verantwortlichkeiten untereinander aufteilen, sowohl in Bezug auf die Vorbereitung als auch die Durchführung der Schulung.

### 1.4.3 Benötigte Materialien

Die für jede Übung erforderlichen Materialien sind im Modul für die entsprechende Übung aufgeführt. In der Regel sind für die Durchführung der Schulung nicht viel mehr Materialien als Flipchart, Moderationsstifte, Papier und Stifte für die Teilnehmer\_innen sowie die jeweiligen Module des Schulungshandbuchs erforderlich. In einigen Fällen erfordern die Übungen die Anzeige der entsprechenden PowerPoint-Folie(n) und die Verwendung der zugehörigen Arbeitsblätter für die Teilnehmer\_innen. Manche Übungen erfordern weitere Materialien, die alle in der jeweiligen Übungsbeschreibung aufgeführt sind.

### 1.4.4 Veranstaltungsort

Es wird empfohlen, die Schulung an einem Ort abzuhalten, der für **alle** Teilnehmer\_innen geeignet, ruhig, komfortabel und gut zugänglich ist. Dies kann ein Raum in den Büros des Gastgeber-Dienstes sein, in dem die Mehrheit der Teilnehmer\_innen arbeitet, um diesen die Teilnahme zu erleichtern. Die Schulung kann auch an einem anderen Ort wie z. B. in einem Veranstaltungsraum eines Hotels oder Konferenzzentrums oder in

den Büros eines Partnerprojekts stattfinden.

Der Raum muss für groß genug für die entsprechende Gruppengröße sein, und um die Aktivitäten ungehindert durchführen zu können sollte es möglich sein, die Stühle im Raum zu bewegen. Ein Beamer für PowerPoint-Präsentationen und ein Flipchart müssen vorhanden sein.

Es wird empfohlen, den Raum mit den Stühlen im Halbkreis vorzubereiten. Dies fördert sowohl die Beteiligung als auch die Sichtbarkeit der Folien.

Eine gute Vorbereitung durch die Moderator\_innen im Vorfeld ist wichtig, damit die Schulung effizient und im vorgesehenen Zeitplan durchgeführt werden kann. Aus diesem Grund ist es wichtig, auf folgende Aspekte zu achten:

- Stellen Sie sicher, dass die Raumtemperatur angenehm und die Beleuchtung angemessen ist und dass die Folien gut lesbar sind.
- Stellen Sie sicher, dass Sie die Notfall- und Sicherheitsvorgaben sowie weitere Besonderheiten des Veranstaltungsorts kennen, u.a. Feueralarmtests, Fluchtwege, die Lage der Toiletten, Verfügbarkeit von Snacks oder gastronomische Angebote sowie geeignete Orte (und Zeiten) für Raucher\_innen-Pausen.
- Stellen Sie sicher, dass der Raum die richtige Größe hat.
- Arrangieren Sie Snacks oder Getränke für die Teilnehmer\_innen oder klären sie, wo solche für die Teilnehmer\_innen erhältlich sind.
- Richten Sie die elektronischen Geräte, die sie für den Schulungskurs benötigen, im Voraus ein. Stellen Sie sicher, dass die Teilnehmer\_innen die korrekten logistischen Informationen zur Veranstaltung erhalten (z. B. Karte des Ortes, Lage der Toiletten, Angabe der Pausen- und Mittagessens-Zeiten, Tagesprogramm).
- Halten Sie sich an das geplante Tagesprogramm.

### 1.4.5 Rekrutierung

Obwohl es dringend empfohlen wird, die Teilnehmer\_innen für den Kurs anhand der von Ihnen durchgeführten Bedarfsermittlung zu rekrutieren, haben Sie möglicherweise trotzdem nicht alle erforderlichen Informationen über die Teilnehmenden, um den Kurs so effektiv wie möglich zu gestalten.

Wenn Sie ein Einladungsschreiben für den Kurs versenden, sollte dieses neben den üblichen Informationen wie Datum und Beginn der Schulung sowie Ort und Anfahrt zum Veranstaltungsort auch einige zusätzliche Fragen zu den Teilnehmer\_innen selbst enthalten. Dabei handelt es sich in erster Linie um demografische Fragen wie die Erhebung von ethnischer Zugehörigkeit, Alter, Geschlechtsidentität und sexueller Orientierung/Identität.

Es ist sehr wichtig, dass neben den o.g. Fragen immer auch nach zusätzlichen Bedürfnissen gefragt wird, wie z. B. „Sind Sie Rollstuhlfahrer\_in?“, „Benötigen Sie eine\_n Gebärdensprache-Dolmetscher\_in?“ und „Haben Sie besondere Bedürfnisse hinsichtlich Ihrer Ernährung?“ Auf diese Weise haben die Teilnehmer\_innen die Möglichkeit, Sie über ihre Bedürfnisse zu informieren. Damit sind Sie in der Lage, diese Informationen in Ihre Entscheidungen über die Auswahl der verwendeten Übungen mit einzubeziehen (wie z.B. die Eisbrecher, Energiser, Übungen zu Kommunikation und zwischenmenschlichen Fähigkeiten) und Sie können ggf. Änderungen vornehmen, um sicherzustellen, dass alle Teilnehmer\_innen an der von Ihnen geplanten Schulung auch in der geplanten Form teilnehmen können

### 1.4.6 Ergänzungen und Aktualisierungen der Materialien

Bestimmte Begriffe, Konzepte oder Ausdrücke in den anderen Sprachen, in denen dieses Material verfügbar ist, lassen sich möglicherweise nicht ohne Weiteres in andere Sprachen übersetzen und umgekehrt.

Einige Sprachen haben keine entsprechenden Wörter, um die verschiedenen Begriffe in diesem Dokument genau wiederzugeben. Aus diesem Grund muss bei der Übersetzung dieser Module in andere als die bereits verfügbaren Sprachen sorgfältig darauf geachtet werden, dass die Bedeutungen der Begriffe korrekt übersetzt werden. Beachten Sie, dass es Begriffe gibt, die in einer Sprache angemessen erscheinen, in einer anderen Sprache jedoch als abwertend angesehen werden können.

Es ist möglich und durchaus erwünscht, relevante lokale Informationen in die hier angebotenen Schulungsmodule zu integrieren. Ein Beispiel hierfür können die epidemiologischen Daten zu HIV für die lokale Stadt sowie das Land/die Region sein.

Es kann für die Moderator\_innen auch sinnvoll sein, mit anderen örtlichen Diensten zusammenarbeiten, insbesondere, wenn das Training für Personen gedacht ist, die in einem klinischen Umfeld arbeiten. Es kann nützlich sein, sich an lokale MSM/LGBTQI+-Einrichtungen oder Organisationen zu wenden, um Verbindungen zu schaffen und mögliche Kooperationen und den Austausch von Informationen zu erreichen, mit denen die Trainingserfahrung verbessert werden kann.

## 1.5 Durchführung der Schulung

### 1.5.1 Ansatz

Als Hauptmethode wird ein praktischer erfahrungsorientierter Ansatz für die Schulungsunterlagen verwendet, bei dem die Fähigkeiten, Erfahrungen und Kenntnisse der Teilnehmer\_innen genutzt werden, um die während des Trainings stattfindenden Diskussionen anzureichern.

Es wird empfohlen, während des gesamten Trainings die aktive Beteiligung der Teilnehmer\_innen zu fördern, einschließlich des Austauschs ihrer persönlichen und beruflichen Erfahrungen, Fähigkeiten und Kenntnisse. Die Teilnehmenden sollen sich in die stattfindenden Diskussionen einbringen können, während gleichzeitig sichergestellt werden sollte, dass eine gemeinsame Orientierung am größeren Kontext der Diskussionen beibehalten wird und der Gruppenzusammenhalt nicht beeinträchtigt wird.

### 1.5.2 Durchführung der praktischen Aktivitäten

Bei jeder Aktivität ist es wichtig, dass den Teilnehmer\_innen klar ist, was von ihnen erwartet wird und wie viel Zeit sie für die Durchführung haben. Das für die Methoden erforderliche Material und die Anweisungen zur Durchführung sowie die vorgesehene Zeit werden in diesem Handbuch im entsprechenden Abschnitt jeweils ausführlich beschrieben.

#### Arbeiten in Kleingruppen

Ermöglichen Sie die Teilnehmer\_innen, im Verlauf der Schulung mit unterschiedlichen Personen zusammenzuarbeiten. Falls die Gruppe aus Vertreter\_innen unterschiedlicher Checkpoints oder Dienste besteht, ermutigen Sie die Teilnehmenden, jeweils in gemischten Paaren oder Kleingruppen zu arbeiten.

Bewegen Sie sich im Raum durch die verschiedenen Gruppen, um die Dynamik zu beobachten, die Teilnehmer\_innen zu unterstützen und die Diskussion bei Bedarf zu moderieren und anzuregen.

Eine kurze Anmerkung zu „Rollenspielen“: Bei einigen Übungen sollen die Teilnehmer\_innen ihre Fähigkeiten in ihrem Arbeitsbereich üben, was traditionell als „Rollenspiele“ bezeichnet wird. Dieser Begriff bereitet jedoch vielen Menschen Angst oder Unwohlsein und verhindert, dass sie effektiv arbeiten und die Übungen optimal für sich nutzen können. Aus diesem Grund ist es immer besser, diese Methoden als „Übungen in kleinen Gruppen“ zu bezeichnen.

#### Arbeiten in großen Gruppen:

Wenn Sie den Eindruck haben, dass es hilfreich ist, die Hauptthemen einer Diskussion am Flipchart zusammenzufassen, dann tun Sie dies. Denken Sie jedoch daran, dass Sie nicht alles aufschreiben müssen,

was jede einzelne Person sagt. Erinnern Sie die Teilnehmer\_innen daran, dass es keine richtigen oder falschen Antworten gibt, um ihre Beteiligung nicht zu behindern.

Versuchen Sie, Antworten aus der Gruppe zu erhalten, bevor Sie Ihre eigenen Vorschläge machen. Versuchen Sie es zuerst mit einer Nachfrage, bei der sie die Formulierung Ihrer Frage verändern, ohne dass die Frage ihre Bedeutung verliert.

Wenn Sie einen Vorschlag machen, vergewissern Sie sich, dass die Gruppe damit einverstanden ist, bevor Sie ihn auf das Flipchart schreiben.

### 1.5.3 Als Moderator\_in arbeiten, NICHT als Trainer\_in

Es ist sehr wichtig, die Unterscheidung zwischen „Trainer\_in“ und „Moderator\_in“ im Kontext dieses Kurses zu verstehen.

Ein\_e „Trainer\_in“ ist im Allgemeinen jemand, der\_die Wissen und Informationen an andere weitergibt, in der Regel durch Vorlesen von PowerPoint-Folien oder anderen Ressourcen. Das Wissen und die Informationen fließen von dem\_der „Trainer\_in“ zu den „Teilnehmer\_innen“ nur in eine Richtung. Dies wird als „pädagogisches Lernen“ bezeichnet.

Ein\_e „Moderator\_in“ macht es jedem im Raum leicht, zu lernen, jede\_r verwendet die Erfahrungen und Fähigkeiten der anderen, die diese zur Schulung mitbringen; dieser Austausch läuft von dem\_der Moderator\_in zu den Teilnehmenden, den Teilnehmenden zum\_zur Moderator\_in und unter den Teilnehmenden selbst. Das Wissen und die Informationen fließen also zwischen „Moderator\_in“ und den „Teilnehmer\_innen“ in beide Richtungen. Dies wird als „andragogisches Lernen“ bezeichnet.

Hierbei ist es wichtig, dass die Fähigkeiten und Erfahrungen aller Anwesenden im Raum gleichwertig sind, um möglichst viel aus den in diesen Schulungsmodulen behandelten Themen zu lernen. So können die Ressourcen der Fähigkeiten und Erfahrungen aller Anwesenden angemessen genutzt werden um mögliche Lösungen für die Probleme zu diskutieren, mit denen die CHW in ihrer Arbeit konfrontiert sind.

### 1.5.4 Schwierige Gespräche

Ihre Aufgaben als Moderator\_in sind:

- Diskussionen anzuregen,
- eine sichere, komfortable und anregende Schulung anzubieten,
- sicherzustellen, dass alle Teilnehmer\_innen die Möglichkeit haben, ihre Meinung zu äußern,
- unterschiedliche Standpunkte und auch das Schweigen von Teilnehmer\_innen zu respektieren

Das können Sie erreichen, indem Sie eine effektive Gruppenvereinbarung erstellen und die Teilnehmer\_innen im Verlauf der Schulung daran erinnern, wenn dies erforderlich wird.

Darüber hinaus kann es bei den Teilnehmer\_innen unterschiedliche Reaktionen auf die Inhalte und Methoden des Trainings geben. Bei Teilnehmenden, die sich als LGBTQI+ identifizieren oder als Verbündete von Schwulen oder anderen MSM, können während einiger Übungen negative Gefühle aufkommen, und in den Antworten und Diskussionsbeiträgen kann sich internalisierte Homophobie äußern.

Direkte Angriffe gegen LGBTQI+ -Personen, einschließlich anderer Teilnehmer\_innen, aufgrund ihrer Identität oder ihres Hintergrunds, z. B. aufgrund ihrer Geschlechtspräsentation, Geschlechtsidentität oder sexuellen Orientierung, sind in Anbetracht der Zielgruppe dieser Trainings sehr unwahrscheinlich. Sollten solche Angriffe dennoch auftreten, selbst wenn sie nur als „Witz“ gemeint sind, dürfen sie nicht kommentarlos hingenommen werden.

Es gehört zu Ihrer Verantwortung, auf diese Vorfälle einzugehen, wenn sie auftreten, und sicherzustellen, dass sie sich nicht wiederholen. Dies sollte zu Beginn der Schulung klargestellt werden, wenn Sie die

Gruppenvereinbarung festlegen. Weisen Sie darauf hin, dass diese während der gesamten Schulung eingehalten werden muss, einschließlich etwaiger Regeln für einen „safe space“.

Moderator\_innen sollten dies klarstellen und dabei beachten, dass die Teilnehmer\_innen die Regeln für einen „safe space“ einhalten müssen und sich gleichzeitig aber auch frei fühlen sollen, ihre Zweifel und Missverständnisse auszudrücken.

Wahrscheinlicher ist es, dass Teilnehmer\_innen Kommentare abgeben, die sich nicht an bestimmte Personen richten, aber dennoch negativ sind oder auf Stereotypen basieren und sich auf LGBTQI+ -Personen im Allgemeinen beziehen. Einige der in dieser Schulung behandelten Themen sind möglicherweise für viele Teilnehmende neu, die wissentlich oder unwissentlich vorurteilsbehaftete, stereotype oder negative Ansichten zu LGBTQI+ -Themen vertreten. Solche Ansichten können durch schwierige Kommentare oder Gespräche während der Schulung sichtbar werden.

Ihre Verantwortung ist es, während der Schulung einen sicheren Raum für alle Teilnehmer\_innen zu schaffen, die Teilnehmer\_innen im Rahmen des Trainings jedoch auch weiterzubilden.

Dies bedeutet, dass Sie einen Raum zur Verfügung stellen, in dem Menschen offen und ehrlich sind, Fehler machen dürfen und in diesem Raum von ihren Fehlern lernen können, anstatt erst dann, wenn sie mit Schwulen und anderen MSM zusammenarbeiten. Es bedeutet auch, dass Sie nach Kommentaren oder stereotypen Ansichten Ausschau halten, die von Teilnehmer\_innen über (andere) Mitglieder der LGBTQI+ -Community geäußert werden und dass Sie den Teilnehmenden auf eine ruhige und unterstützende Art und Weise dabei helfen, diese Ansichten in Frage zu stellen.

In diesem Abschnitt erhalten Sie Hilfestellungen zum Umgang mit phobischen Verhalten gegenüber LGBTQI+ und schwierigen Gesprächen während der Schulung.

### **Hier sind einige Schritte für den Umgang mit negativen Kommentaren oder Gesprächen:**

Bilden Sie sich weiter, indem Sie alle Materialien zu dieser Schulung lesen und stellen Sie sicher, dass Sie die richtige Terminologie kennen und sich mit dem Thema vertraut fühlen. Bedenken Sie, dass schwierige Kommentare in vielen Formen und über andere Mitglieder der LGBTQI+ -Community vorkommen können, nicht nur über Schwule und andere MSM.

Es ist nicht ratsam, Teilnehmer\_innen direkt mit ihren Ansichten zu konfrontieren oder ihnen zu sagen, dass sie falsch liegen. Zeigen Sie Akzeptanz und Interesse für das, was die Teilnehmer\_innen in den Schulungskurs einbringen (z. B. indem Sie offene Fragen stellen und darauf achten, dass wertendes nonverbales Verhalten vermieden wird). Stellen Sie sicher, dass Sie die Äußerungen der Teilnehmenden würdigen: „Das ist Ihre Meinung, aber ich möchte betonen, dass ...“ oder „Ich bin sicher, dass dieses Gespräch für Sie wichtig ist; ich möchte jedoch betonen, dass ...“ Sie können auch die Hilfe anderer Teilnehmer\_innen nutzen, indem Sie sagen: „Das ist Ihre Meinung/Erfahrung. Haben andere Teilnehmer\_innen andere Meinungen oder Erfahrungen?“

Verwenden Sie einen der folgenden Ansätze, um den problematischen Kommentar oder die problematische Konversation anzusprechen:

- Ansatz des Rahmens des Trainings: Wenn dies der Fall ist, weisen Sie die Teilnehmer\_innen darauf hin, dass das besprochene Thema außerhalb des Schulungsumfangs liegt und die Zeit zu knapp ist, um auf dieses Gespräch näher einzugehen.
- Ansatz der Trainingsziele: Erinnern Sie die Menschen an das Ziel der Schulung: nämlich das Bewusstsein der CHW für Stigmatisierung und Diskriminierung sowie die sozialen Ungleichheiten der Gesundheitschancen für Schwule und andere MSM zu stärken und sie mit Instrumenten auszustatten, um diesen Ungleichheiten entgegenzuwirken.
- Gesundheitsansatz: Jede\_r sollte Zugang zum höchsten Gesundheitsstandard haben, unabhängig davon, wer er\_sie ist oder welche Rechte er\_sie in einem bestimmten Land/Umfeld hat.

- Terminologieansatz: Bringen Sie die Teilnehmer\_innen zurück zur LGBTQI+ -Terminologie und erinnern Sie sie daran, wie wichtig es ist, eine positive, respektvolle und angemessene Terminologie zu verwenden, wenn sie über LGBTQI+ -Themen sprechen.
- Richtlinienansatz: Erinnern Sie die Teilnehmer\_innen daran, dass sie als Community Health Worker oder Angehörige der Gesundheitsberufe die nationalen und internationalen Richtlinien und Pflegestandards befolgen müssen, einschließlich derjenigen, die für die Gesundheitsversorgung von LGBTQI+ -Personen spezifisch sind.
- Diversitätsansatz: Um negative Verallgemeinerungen zu vermeiden, erinnern Sie die Teilnehmer\_innen an die Vielfalt der Menschen in der LGBTQI+ -Community (die Teilnehmer\_innen kennen möglicherweise eine LGBTQI+ -Person, die sich auf bestimmte Weise verhält oder bestimmte Dinge sagt, dies bedeutet jedoch nicht, dass dies für alle Menschen in der LGBTQI+ -Community gilt).

### 1.5.5 Ergebnisse der Übungen und Zusammenfassung

Einige Übungen kommen zu einem scheinbar „natürlichen“ Abschluss, bei anderen müssen Sie als Moderator\_in entscheiden, wann die Übung beendet werden soll. Oft geht es darum, wie lange Sie eine Unterhaltung zulassen können, die für alle im Raum interessant und nützlich ist. Diese Themen werden in den Anweisungen zu jedem Modul sowie in der Vorbereitung für die Moderator\_innen behandelt. Häufig werden Impulsfragen gestellt, und wenn diese in der Diskussion beantwortet wurden oder die für die Übung angegebene Zeit abgelaufen ist, ist es an der Zeit, diese Übung zu beenden. Viele Diskussionen werden zwischen den Übungen oder methodenübergreifend fortgeführt, sodass möglicherweise auch in der darauffolgenden Übung noch Gelegenheit besteht zu hören, was jemand sagen wollte.

Die letzten 5 Minuten jedes Schultags sind für den Abschluß reserviert.

Bitte Sie die Teilnehmer\_innen, über Folgendes nachzudenken:

- etwas, das sie gelernt haben;
- etwas, das sie nach der Schulung umsetzen werden.

Der Arbeitsauftrag könnte zum Beispiel lauten:

„Jetzt haben Sie 5 Minuten Zeit, um sich über etwas Gedanken zu machen, das Sie während dieser Schulung gelernt haben, und über etwas, das Sie nach Ihrer Rückkehr in Ihren Arbeitsalltag umsetzen würden. Teilen Sie Ihre Ideen gern mit Ihrem/Ihrer Nachbar\_in und dann mit der Gruppe - sie könnten auch für andere Teilnehmer\_innen inspirierend sein.“

## 1.6 Evaluation

### 1.6.1 Bedeutung der Evaluation Ihrer Schulungen

Es ist wichtig zu wissen, ob die von Ihnen angebotenen Trainings eine gewisse Wirkung erzielt und den Teilnehmer\_innen geholfen haben, ihr Wissen, Verständnis und ihre Fähigkeiten zu entwickeln. Aus diesem Grund ist es wichtig, vor und nach jeder Trainingseinheit einen Bewertungsbogen bereitzustellen.

Da es viel mehr Module gibt, als in einer Trainingseinheit verwendet werden können, müssen Sie auf der Grundlage der von Ihnen ausgewählten Materialien eine spezifische Evaluation erstellen. Hierzu fassen Sie die Fragen zu jeder der verwendeten Übungen in je einem vor dem Kurs zu bearbeitenden Fragebogen und einem ergänzenden nach Abschluss des Kurses zu bearbeitenden Fragebogen zusammen.

Bei der Auswertung der Ergebnisse ist zu beachten, dass es darum geht, den Teilnehmer\_innen zu einem besseren Verständnis zu verhelfen. Wir müssen jedoch auch erkennen, dass das Vertrauen einiger Personen in ihre bisherigen Herangehensweisen erschüttert werden kann, wenn diese durch das Kursmaterial und das Gelernte in Frage gestellt wurden. Dies kann manchmal zu negativen Bewertungen in der Evaluation führen.

## 1.6.2 Materialien für die Evaluation

Mit diesem Dokument erhalten Sie einen vollständigen Evaluationsbogen sowie eine Vorlage zum Erstellen eigener Fragebögen für vor und nach dem Kurs.

## 1.7 Zusammenfassung

### Checkliste für Moderator\_innen

#### Vor der Schulung

##### Durchführen eines Needs Assessment

Um zu entscheiden, welche der Übungen in der von Ihnen geplanten Schulung am wichtigsten sind.

##### Studium

Durcharbeiten des vollständigen Schulungspakets und anderer Materialien, die für die Durchführung der von Ihnen ausgewählten Schulungselemente erforderlich sind.

##### Recherche

Ermittlung aller lokalen Daten, Arbeiten oder Initiativen, die den Schulungsunterlagen hinzugefügt werden könnten, um sie für diese spezielle Gruppe von Teilnehmer\_innen zu verbessern.

##### Anpassen der Schulungsunterlagen

Verwenden lokaler, von Ihnen recherchierter Materialien

##### Besprechen und Aufteilen der Rollen

Absprachen mit Ihrem\_Ihrer Co-Moderator\_in, falls vorhanden.

##### Rekrutieren der Teilnehmer\_innen

Es ist sinnvoll, so weit wie möglich diejenigen Personen für das Training zu rekrutieren, bei denen die Bedarfsermittlung durchgeführt wurde, damit die Schulung ihren Bedürfnissen entspricht. Denken Sie daran, die Teilnehmer\_innen zu fragen, ob sie irgendwelche speziellen Anforderungen haben, wie beispielsweise einen rollstuhlgerechten Veranstaltungsort oder eine\_n Gebärdensprachdolmetscher\_in, sowie ihre Ernährungsbedürfnisse abzufragen, wenn Sie Essen, Snacks oder Getränke anbieten.

##### Auswählen des Veranstaltungsorts

Beachten Sie die für die Schulung angegebenen Richtlinien.

##### Übersetzen der Schulungsunterlagen

Sofern die Schulungsunterlagen nicht in der Sprache bereitgestellt werden, die Sie mit den Teilnehmer\_innen verwenden, verwenden Sie als Ausgangsmaterial die Sprache, aus der Sie am einfachsten übersetzen können – es muss nicht Englisch sein.

#### Vorbereiten und Drucken

Ausdrucken aller unterstützenden Materialien, die Sie während der Schulung benötigen,

u.a.:

- Fragebögen zur Evaluation vor und nach dem Kurs;
- die Tagesordnung des Kurses – einschließlich Pausen und Mittagessen;
- Arbeitsblätter und Materialien für die Methoden, falls erforderlich;
- Teilnahmelisten
- alle anderen erforderlichen Dokumente wie z. B. Teilnahmebestätigungen.

#### Während des Trainings

Bitten Sie die Teilnehmer\_innen, vor Beginn des Trainings den Fragebogen für die Evaluation vor dem Kurs auszufüllen und an Sie zurückzugeben.

Ermöglichen Sie die aktive Mitarbeit aller Teilnehmer\_innen und ihre Teilnahme an Diskussionen. Ermöglichen Sie Gruppendiskussionen unter Berücksichtigung der Erwartungen der Teilnehmer\_innen.

Geben Sie klare Anweisungen zur Durchführung der Aktivitäten und machen Sie klare Angaben zur jeweils zur Verfügung stehenden Zeit.

Behalten Sie die Zeit im Auge. Passen Sie die vorgesehenen Zeitfenster dem zeitlichen Rahmen entsprechend an, den Sie für die Diskussionen, die Vorstellung der Folien oder für die Durchführung der Methoden für angemessen halten.

Stellen Sie sicher, dass die Gruppe die Gruppenvereinbarung einhält, und beziehen Sie sich gegebenenfalls auf die Richtlinien zum Umgang mit einem phobischen Verhalten gegenüber LGBTQI+, falls erforderlich.

Bitten Sie die Teilnehmer\_innen am Ende der Schulung, den Evaluations-Fragebogen auszufüllen und sammeln Sie diesen vor dem Beenden der Veranstaltung wieder ein.

Sammeln Sie alle Formulare ein und bewahren Sie sie sorgfältig auf, einschließlich der Teilnahmelisten, der Evaluationsbögen für die Bewertung vor und nach dem Kurs sowie aller anderen administrativen Hilfsmittel, die Ihnen für das Training zur Verfügung stehen.

#### Nach dem Training

Nachbesprechung mit dem\_der Co-Trainer\_in.

Werten Sie die Schulung mit Hilfe der Fragebögen vor und nach Abschluss der Schulung gemeinsam mit dem\_der Co-Trainer\_in aus und treffen Sie Entscheidungen zur Durchführung künftiger Schulungen.

## 2. Material für das Präsenztraining

### 2.1.1 Übersicht

#### Die Community kennen, mit der Sie arbeiten

- „Als ich jung war“ + Teilnehmer\_innen-Arbeitsblatt
- Wie können Zugang, Angebote und der Verbleib in der Versorgung verbessert werden? + Online-Support-Materialien
- Arbeiten in MSM-Communities oder -Populationen + Online-Support-Materialien

#### Stigmatisierung und Diskriminierung bekämpfen

- Vulnerable MSM-Gruppen und ihre Bedürfnisse für die sexuelle Gesundheit + Teilnehmer\_innen-Arbeitsblatt
- Sensibilisierung für die Ursachen von Stigmatisierung von HIV/AIDS und Sexualität + Teilnehmer\_innen-Arbeitsblatt
- Schaffung eines vorurteilsfreien Angebots oder Umfelds für Schwule und andere MSM + Online-Support-Materialien
- Einbindung und Einbeziehung der Nutzer\_innen Ihres Angebots
- Verständnis syndemischer Modelle und welchen Einfluss diese auf unsere Arbeit haben + Online-Support-Materialien
- Erkennen komplexer gesundheitsbezogener Systeme und wie diese angegangen werden können + Online-Support-Materialien

#### Arbeiten in Partnerschaften

- Ermittlung und Aufbau von Good Practices für die partnerschaftliche Arbeit mit staatlichen und communitybasierten Gesundheitsdiensten + Online-Support-Materialien
- Partnerschaften mit und zwischen LGBTQI+ -Einrichtungen und anderen Angeboten + Online-Support-Materialien

#### Prävention

- Einsatz von Techniken der Motivierenden Gesprächsführung (Motivational Interviewing) in Ihrer/unsere Arbeit + Teilnehmer\_innen-Arbeitsblatt und Online-Support-Materialien
- Sensibilisierung für und Implementierung von TasP (U=U), PrEP, PEP und Selbsttests/Einsendetests für Schwule und andere MSM + Online-Support-Materialien
- „Frontline-Interventions“: Zusammenarbeit mit MSM unter Verwendung von von Einzel- und Gruppenberatung und Informationsinterventionen; Motivierende Gesprächsführung und communitybasierte HIV/STI-Beratungs- und Testangebote + Online-Support-Materialien

### 2.1.2 Die Community kennen, mit der Sie arbeiten

Titel der Übung:

**Als ich jung war: Verstehen, wie Botschaften, die wir erhalten, unsere Einstellungen beeinflussen**

Themenbereich:

**Die Community kennen, mit der Sie arbeiten: „Kulturelle Kompetenz“**

ESTICOM



#### Ziel der Übung:

In dieser Übung können die Teilnehmer\_innen die Botschaften untersuchen, die MSM über das „Mann“-Sein, über Sex mit Männern etc. erhalten und wie sich diese Botschaften auf diese und ihre Entscheidungen auswirken; und wenn die Teilnehmer\_innen selbst MSM/LGBTQI+ sind, wie sich das auf sie selbst und ihre Arbeit auswirkt. Auch „Resilienz“ als Strategie im Umgang mit Stigmatisierung und Diskriminierung wird behandelt.

#### Erwartete Ergebnisse der Übung:

Eine Sensibilisierung der Teilnehmer\_innen für die Botschaften, die wir in Bezug auf Geschlecht und Sexualität erhalten. Ferner entwickeln die Teilnehmer\_innen ein Verständnis dafür, wie diese Botschaften unsere Einstellung zueinander sowie unsere Arbeit beeinflussen, und wie MSM Strategien entwickelt haben, um die negativen Auswirkungen dieser Botschaften zu verringern.



#### Erforderliches Material:

- Als ich jung war – ausgedruckte Arbeitsblätter – eines für jede\_n Teilnehmer\_in
- Vorbereitete Flipchart-Blätter (siehe Vorbereitung der Moderator\_innen)
- Flipchart, Flipchartpapier und Moderationsstifte
- Papier und Stifte für die Teilnehmer\_innen
- PowerPoint-Folien (Resilienz)



#### Vorbereitung der Moderator\_innen:

- Diese Übung richtet sich an Personen, die mit allen Männern arbeiten, die Sex mit Männern haben, unabhängig davon, wie diese ihre Sexualität definieren. Die Botschaften, die wir über Sex mit Männern erhalten, sind sehr mit „Schwulsein“ verbunden, was es manchen Männern erschweren kann, dies in ihre sexuelle Identität zu integrieren. Andere MSM haben möglicherweise aufgrund kultureller oder sprachlicher Unterschiede ein Problem damit, sich als „schwul“ zu identifizieren, z. B. weil „schwul“ eine sehr weiße, westliche Vorstellung von sexueller Identität ist.
- Gehen Sie die Übung mit einer „problemlösungsorientierten“ Denkweise an.
- In dieser Übung können viele negative Botschaften auftauchen, und obwohl diese Übung genau darauf aufbaut, können diese für manche Menschen überwältigend sein. In der Übung geht es darum, diese Reaktionen auszulösen; es ist kein unerwünschter Effekt der Übung. Es ist in Ordnung, wenn negative Gefühle im Raum sind und verarbeitet werden, und es ist nützlich, wenn Sie sich Übungen überlegen, mit denen Sie den Menschen helfen können, nicht in diesen stecken zu bleiben, sondern von dort aus weiter zu gehen. Es ist hilfreich, wenn Sie die Teilnehmer\_innen kennen, aber die Übung enthält auch einige zusätzliche Fragen und Tipps, die Sie bei der Verarbeitung dieser Gefühle unterstützen.
- Es ist gut, wenn Sie selbst bereits an der Übung teilgenommen haben und wissen, wie sie sich entwickelt.
- Der Teil der Übung „Als ich jung war“ (Sammeln der Botschaften) hat kein „Ende“. Daher ist es wichtig, dass Sie als Moderator\_in die Diskussion in diesem Abschnitt abschließen und zum Nachdenken und zur Diskussion außerhalb der Sitzung anregen. Denken Sie daran, dass im weiteren Verlauf der Übung „Resilienz“ diskutiert wird und viele Diskussionen dort abgeschlossen werden können.



### Hilfreiche Tipps für Moderator\_innen:

- ☼ Sie benötigen viel Platz an der Wand für die vorbereiteten Flipchart-Blätter, auf denen die Teilnehmer\_innen schreiben. Stellen Sie sicher, dass Sie diese Blätter mit den jeweiligen Überschriften vorbereitet haben, z. B. „Schwule Männer sind ...“, „Männer sollten ...“, bevor Sie mit der Übung beginnen.
- ☼ Diese Übung kann einen großen Einfluss auf den Rest der Schulung haben und die Teilnehmer\_innen werden in den folgenden Sitzungen wahrscheinlich zu den hier geführten Diskussionen zurückkehren. Diese Diskussionen stehen in engem Zusammenhang mit anderen Übungen wie diejenigen zu Syndemie, zu ‚Erkennen komplexer Systeme‘ und zum Aufbau von wertungsfreien / nicht abwertenden Angeboten.
- ☼ Die Begleitfolie „Resilienz“ stellt andere Konzepte wie Stigmatisierung, Diskriminierung, kulturelle Marginalisierung, Syndemie usw. vor, die bei den Teilnehmer\_innen Fragen auslösen können. Es wäre nützlich, mit der Gruppe zumindest das durchzugehen, was zu diesen Themen im Glossar gesagt wird, bevor die Übung ausgeführt wird.
- ☼ Gehen Sie die Übung nicht zu schnell durch, weil Sie der Meinung sind, dass sich andere unwohl fühlen. Um das Beste aus der Übung herauszuholen, ist die Bearbeitung aufkommender Themen sehr wichtig.
- ☼ Halten Sie sich an die Zeit, die Sie haben. Es kann leicht sein, dass Diskussionen lange andauern. Geben Sie genug Zeit, um Dinge zu diskutieren, ohne dass alle ihre ganze Geschichte ausbreiten.
- ☼ Wählen Sie drei Fragen aus, die Ihrer Meinung nach von der Gruppe diskutiert werden sollten. Einige sind im Abschnitt „Übung“ aufgeführt. Prüfen Sie, ob Sie unter Berücksichtigung Ihrer örtlichen Situation einige ergänzende Fragen entwickeln können.
- ☼ Obwohl zwei Übungen zur Auswahl stehen, ist es immer am besten, die längere zu verwenden, da man so am meisten aus der Übung herausholen kann. Verwenden Sie die zweite Übung, wenn die Zeit knapp ist oder Sie die Übung als Auffrischung für eine gemischte Gruppe verwenden, in der einige Teilnehmer\_innen die Übung bereits durchgeführt haben und andere Teilnehmer\_innen neu sind.

### Ablauf der Übung: (50 Minuten)

#### Variante 1:

- 1 Der\_die Moderator\_in führt in die Übung ein und erklärt, dass eine Übung mit dem Titel „Als ich jung war“ stattfindet, um ein besseres Bewusstsein für Probleme zu schaffen, die bei der Arbeit mit schwulen und bisexuellen Männern oder anderen MSM auftreten können.
- 2 Der\_die Moderator\_in gibt das Arbeitsblatt mit einer Reihe von kurzen Fragen aus (siehe unten für ein Beispiel des Arbeitsblatts)



#### Als ich jung war, bekam ich die Botschaft, dass ...

• Männer sollten so sein ...	
• Männer dürfen nie ...	
• Männer müssen immer ...	
• Sex zwischen Männern war ...	
• Schwule Männer sind ...	
• Schwule sollten ...	
• Männer dürfen nie ...	
• Beziehungen zwischen Männern sind ...	
• Das hinterließ bei mir ein Gefühl von ...	
• Die wichtigste Quelle dieser Botschaften war ...	

- 3 Der\_die Moderator\_in informiert die Gruppe darüber, dass sie kurz Zeit haben (5 Minuten), um über die Botschaften nachzudenken, die sie in Bezug auf diese Fragen bekommen haben..
  - Denken Sie an das, was Sie im Alter von 8 bis 10 Jahren gehört haben. NICHT das, was Sie hören wollten oder wovon Sie denken, dass Sie es hätten hören sollen oder was Sie möglicherweise heute hören würden.
  - Füllen Sie die Arbeitsblätter aus einer persönlichen Perspektive aus – lassen Sie Ihr „Arbeitsgehirn“ für eine Weile in Ruhe.
- 4 Die Teilnehmer\_innen füllen das Arbeitsblatt aus und beantworten die Fragen mit maximal 3 bis 5 Wörtern.
  - Sagen Sie der Gruppe, dass es am besten ist, wenn sie nicht „zu viel nachdenken“, sondern nur mit den ersten Wörtern antworten, die ihnen in den Sinn kommen.
  - Wenn Leute sagen, dass sie sich nicht erinnern können oder keine Botschaften zu diesen Fragen erhalten haben, fordern Sie sie auf, mit der nächsten Frage fortzufahren. Wenn dies passiert, weisen Sie während der folgenden Diskussion darauf hin, dass nichts über schwule Männer zu hören impliziert, dass sie gar nicht existieren, was genauso schlimm ist wie negative Botschaften über sie.
- 5 Sie haben 15 Minuten Zeit, um diese Aufgabe zu erledigen.
- 6 Während die Teilnehmer\_innen dies tun, müssen die Moderator\_innen die bereits vorbereiteten Flipchart-Blätter an der Wand/den Wänden des Schulungsraums anbringen, wobei die zu beantwortenden Fragen jeweils oben auf dem Blatt wiedergegeben werden.
- 7 Wenn die Zeit abgelaufen ist (oder alle fertig sind, je nachdem, was früher der Fall ist), geben Sie jedem Gruppenmitglied einen Flipchart-Stift und bitten Sie die Teilnehmer\_innen, ihre Antworten auf die entsprechenden Blätter an den Wänden zu übertragen.
- 8 Wenn die Gruppe dies getan hat, bitten Sie sie, sich etwas Zeit zu nehmen, um alle Blätter zu lesen.

## Variante 2:

- 1 Folgen Sie Übung 1 bis Punkt 5..
- 2 Anstatt Flipchart-Blätter mit jeder Überschrift des Fragebogens an die Wand zu pinnen, legen Sie drei Blätter zusammen, schreiben Sie auf ein Blatt „Schwule Männer...“, lassen Sie das mittlere Blatt frei und schreiben Sie auf das letzte Blatt „Männer...“.
- 3 Bitten Sie die Gruppe, ihre Antworten auf die Blätter zu schreiben, von denen sie glauben, dass sie unter die jeweiligen Überschriften passen.
- 4 Wenn die Gruppe dies getan hat, bitten Sie sie, sich etwas Zeit zu nehmen, um alle Blätter zu lesen.

## Moderiertes Feedback/Austausch im Plenum:

- Der\_die Moderator\_in fragt: „Welche Gedanken haben Sie zu den Dingen, die Sie sehen?“
- Der\_die Moderator\_in kann jedes Blatt durchgehen und dabei auf Ähnlichkeiten in den gegebenen Antworten hinweisen. Auf die Frage „Männer dürfen nicht ...“ ist die Antwort üblicherweise „Weinen“ oder „Gefühle zeigen“. Alle ähnlichen Botschaften auf den Blättern benennen/verknüpfen.
- Zeigen Sie in ähnlicher Weise auf, wo die Listen mit ihren Botschaften in Konflikt stehen, zum Beispiel, dass Männer gefühllos seien und schwule Männer übertrieben emotional seien usw. ...
- Im Folgenden finden Sie eine Liste von Fragen, die Sie zur Unterstützung der Diskussion verwenden können:
- Haben Sie schon einmal auf diese Weise über diese Botschaften nachgedacht?
  - Überrascht Sie etwas dabei?
  - Stimmen Sie Dingen zu, die Sie in diesen Botschaften sehen?
  - Haben Sie selbst diese Art von Urteilen über Menschen, mit denen Sie zusammenarbeiten?
  - Welchen Einfluss haben diese Botschaften Ihrer Meinung nach auf MSM, mit denen Sie arbeiten?
  - Wie wirken sich diese Botschaften Ihrer Meinung nach auf Ihre Arbeit mit MSM aus?
  - Beeinflussen diese Botschaften die Arbeit anderer Menschen, die mit MSM arbeiten?
- Im Folgenden finden Sie einige Fragen, die Ihnen helfen sollen, mit möglichen negativen Gefühlen umzugehen, die nach der Bearbeitung vorhanden sein können. Dies hängt weitgehend von den Gesprächen ab, die in der Gruppe stattgefunden haben und möglicherweise vorhandene Spannungen bereits gelöst haben.
- Was hat sich in Bezug auf diese Botschaften geändert?
  - Wie können wir diese Art von Botschaften in Frage stellen?
  - Wie sind Sie nach Erhalt dieser Botschaften mit diesen fertig geworden? Oder mit negativen Botschaften über Sie selbst, wenn Sie nicht schwul, bisexuell oder MSM sind? (Denken Sie z.B. an die negativen Botschaften, die Frauen bekommen)
  - Wie sind die MSM, mit denen Sie arbeiten, mit diesen Botschaften fertig geworden?
  - Wie hat sich die Gesellschaft weiterentwickelt? Gibt es eine bessere rechtliche Anerkennung von Rechten für Menschen mit gleichgeschlechtlichen sexuellen und emotionalen Beziehungen?
  - Hat jemand eine Idee, wie er\_sie mit diesen Botschaften umgehen möchte (mit anderen Worten, will jemand sie zerreißen)?

## Methode

- 1 Verschieben Sie nun den Fokus der Diskussion in Richtung Resilienz. Verwenden Sie dazu die Beispiele, die Ihnen die Gruppe geliefert hat.
- 2 Stellen Sie die Definitionen von Resilienz und sexueller Resilienz auf der PowerPoint-Folie vor und gehen Sie mit der Gruppe dann die Liste der Merkmale von Resilienz durch (soziale Normen in Frage stellen usw.).



### Resilienz

- Resilienz ist definiert als positive Anpassung an die Erfahrung von Stigmatisierung und Diskriminierung.
- Männer, die Sex mit Männern haben, leiden in hohem Maße an psychosozialen Gesundheitsproblemen wie Depressionen, Drogenkonsum und Viktimisierung (zum Opfer machen), die teilweise auf negative Lebenserfahrungen im Zusammenhang mit kultureller Marginalisierung und Homophobie zurückzuführen sind.
- MSM sind sehr widerstandsfähig gegenüber den Auswirkungen von Widrigkeiten und Syndemie. Die Nutzung dieser natürlichen Stärken und Resilienzen kann die HIV-Prävention verbessern.
- MSM sind beteiligt an: der Infragestellung sozialer und gesellschaftlicher Normen und Stigmatisierung und Diskriminierung; Aktivismus in Bezug auf Themen wie HIV/AIDS, Bürgerrechte und gleichberechtigte Ehe; Fürsorge für andere, die sie persönlich kennen, sowie für die Community und Engagement in der Gemeinschaft.

- 3 Teilen Sie die Leute in Gruppen von 3-5 Personen auf.
- 4 Bitten Sie die Gruppen, zwei Aufgaben zu bearbeiten. Zuerst sollen einige Beispiele für die von MSM gezeigte Resilienz gesammelt werden, in Bezug auf die zuvor aufgelisteten Merkmale und die negativen Botschaften aus der vorangegangenen Diskussion. Bitten Sie anschließend die Gruppen, über eine mögliche Intervention nachzudenken und diese zu beschreiben, mit der diese Resilienzmerkmale von MSM weiter unterstützt oder entwickelt werden können. Sie haben 15 Minuten für beide Aufgaben.
- 5 Wenn die Zeit abgelaufen ist, bitten Sie die Gruppen, im Plenum ihre Interventionsideen vorzustellen. Wenn sie fertig sind, beenden Sie die Übung.

## Teilnehmer\_innen-Arbeitsblatt: Die Community kennen, mit der Sie arbeiten

Als ich jung war

Als ich jung war, bekam ich die Botschaft, dass ...
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Männer sollten so sein...</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Männer dürfen nie...</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Männer müssen immer...</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sex zwischen Männern war...</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Schwule Männer sind...</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Schwule sollten...</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Männer dürfen nie...</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Beziehungen zwischen Männern sind...</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Das hinterließ bei mir ein Gefühl von...</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Die wichtigste Quelle dieser Botschaften war...</li> </ul>

Titel der Übung:

### Wie können Zugang, Angebote und der Verbleib in der Versorgung verbessert werden?

Themenbereich:

Die Community kennen, mit der Sie arbeiten:  
„Kulturelle Kompetenz“

ESTICOM



#### Ziel der Übung:

Verwendung des Modells der „Kulturellen Kompetenz“, um zu erforschen und zu untersuchen, wie dieses in die Arbeit mit und für Schwule und andere MSM integriert werden kann, um die Weitervermittlung und den Verbleib in der Behandlung sowie die Versorgungsqualität zu verbessern, einschließlich der Behandlung von HIV/AIDS, STI- und Virus-Hepatitis-Infektionen, indem Sie die Community kennenlernen, mit der Sie arbeiten.

#### Erwartete Ergebnisse der Übung:

Die Teilnehmer\_innen haben diskutiert und darüber nachgedacht, wie Aspekte und Strategien kultureller Kompetenz dazu beitragen, relevante Interventionen für MSM zu entwickeln, und warum es wichtig ist, die Communities zu kennen, für die Sie Dienstleistungen erbringen.



#### Erforderliches Material:

- PowerPoint-Folien
- Flipchart, Flipchartpapier und Moderationsstifte
- Papier und Stifte für die Teilnehmer\_innen



#### Vorbereitung der Moderator\_innen:

- ✓ Entscheiden Sie, ob Sie alle vier Arbeitsbereiche abdecken möchten:
  - Beteiligung von Patient\_in/Klient\_in/Nutzer\_in
  - Peer Mentoring
  - Kapazitätsaufbau
  - Engagement in der Community
 oder konzentrieren Sie sich nur auf eines oder zwei dieser Themen.
- ✓ Entscheiden Sie, über welche Themen die Gruppen diskutieren sollen, z. B. PrEP, HIV/STI-Tests, Beratung, Vor-Ort-Arbeit usw. Es funktioniert am besten, ein Thema zu wählen, das alle vier Bereiche abdeckt, wobei es sich empfiehlt, maximal zwei Themen zu bearbeiten.
- ✓ Wenn möglich, ermitteln Sie konkrete lokale Good-Practice-Beispiele (z. B. Einbeziehung von Ehrenamtlern für Kapazitätsaufbau) sowie negative Beispiele (z. B. Bereitstellung von PrEP-Diensten, ohne mit PrEP-Benutzern über ihre Wünsche und Bedürfnisse zu sprechen) in Bezug auf die von Ihnen ausgewählten Bereiche.



#### Hilfreiche Tipps für Moderator\_innen:

- Sie müssen nicht alles wissen, um die Übung auszuführen. Lassen Sie die Erfahrung und das Wissen der Teilnehmer\_innen die Diskussionen prägen.
- In der Übung werden Impulsfragen gestellt. Sie können auch Fragen zu Themen einbeziehen, die Sie vor Ort betreffen, z. B. wie die Arbeit mit Minderheiten oder vulnerablen Gruppen wie ethnischen Minderheiten, Migrant\_innen oder MSM, die mit HIV leben, mithilfe des kulturellen Bewusstseins usw. verbessert werden kann.



## Ablauf der Übung: (60 Minuten)

- 1 Beginnen Sie die Übung, indem Sie die Gruppe fragen, was sie unter dem Begriff „Kulturelle Kompetenz“ versteht. Sie können erklären, dass es grundsätzlich darum geht, „die Community zu kennen, mit der Sie arbeiten“. Beispiele dafür sind z.B. die Lebenserfahrungen von Community-Mitgliedern, Erfahrungen von Stigmatisierung und Diskriminierung sowie die von dieser Community verwendete Sprache (einschließlich sexueller Sprache).
- 2 Führen Sie die Gruppe durch die PowerPoint-Folie mit den Informationen zu den Elementen „Kulturelle Kompetenz“: Bewusstsein, Einstellung, Wissen und Fähigkeiten. Wenn Sie bereits die Übung „Als ich jung war“ durchgeführt haben, die sich mit Bewusstsein, Einstellungen und Wissen befasst, können Sie auf die dort stattgefundenen Diskussionen Bezug nehmen.



### Kulturelle Kompetenz besteht aus vier Hauptkomponenten: Bewusstsein, Einstellung, Wissen und Fähigkeiten.

#### Bewusstsein:

Es ist wichtig, unsere eigenen Werte und Überzeugungen zu untersuchen, um tief verankerte Vorurteile und Stereotype zu erkennen, die Hindernisse für unser Lernen, unsere persönliche Entwicklung und unsere Arbeit schaffen können. Viele von uns haben blinde Flecken, wenn es um unsere Überzeugungen und Werte geht; ein Diversitätstraining/-Sensibilisierung kann hilfreich sein, um diese aufzudecken.

#### Einstellung:

Unsere Werte und Überzeugungen wirken sich auf die Wirksamkeit in kulturellen Fragen aus, da von diesen abhängt, inwieweit wir unterschiedlichen Ansichten und Meinungen gegenüber aufgeschlossen sind. Je stärker wir unsere Überzeugungen und Werte spüren, desto wahrscheinlicher werden wir emotional reagieren, wenn sie mit kulturellen Unterschieden kollidieren.

#### Wissen:

Je mehr Wissen wir über Menschen aus unterschiedlichen Kulturen und mit unterschiedlichen Hintergründen haben, desto wahrscheinlicher können wir Fehler vermeiden. Zu wissen, wie sich die Kultur auf Problemlösungsstrategien auswirkt, darauf wie wir mit Menschen umgehen, wie wir um Hilfe bitten usw. kann uns dabei helfen, bewusst zu bleiben, wenn wir interkulturell interagieren.

#### Fähigkeiten:

Man kann die „richtige“ Einstellung, ein ausgeprägtes Bewusstsein über die Thematik und viel Wissen über kulturelle Unterschiede haben, aber trotzdem noch nicht die Fähigkeit haben, mit Unterschieden effektiv umzugehen. Wenn wir solche Fähigkeiten nicht erlernt haben oder wenig Gelegenheit zum Üben hatten, reichen unser Wissen und unser Bewusstsein nicht aus, um interkulturelle „Minenfelder“ zu vermeiden und zu bewältigen.

- 3 Informieren Sie die Gruppe, dass wir diese vier „Komponenten“ und unsere Überlegungen dazu nun als Grundlage für eine Diskussions- und Entwicklungsübung zu vier Bereichen verwenden, die an der Arbeit mit MSM eine Rolle spielen:
  - Einbeziehung von Patient\_in/Klient\_in/Nutzer\_in
  - Peer Mentoring
  - Kapazitätsaufbau
  - Engagement in der Community
- 4 Teilen Sie die Teilnehmer\_innen in Kleingruppen auf, je eine Kleingruppe pro Arbeitsbereich. Wenn Sie nur ein oder zwei Themen bearbeiten, ist es am besten, mehrere Gruppen dasselbe Thema besprechen zu lassen. Es kann sinnvoll sein, wenn sich Teilnehmer\_innen, die in der gleichen Einrichtung arbeiten oder aus derselben Region kommen, in derselben Gruppe zusammenzufinden. Wenn es „Expert\_innen“ in einem Themenbereich gibt, kann es sinnvoll sein, sie ihrem Fachgebiet zuzuweisen.
- 5 Die Aufgabe der Gruppen besteht darin, einen oder zwei der von Ihnen ausgewählten Arbeitsbereiche zu bearbeiten, z. B. PrEP- oder HIV-/STI-Testangebote. Nutzen Sie dafür die folgenden Impulsfragen:
  - Wie könnte „Community Engagement“ dazu beitragen, Testangebote bereitzustellen oder zu entwickeln?
  - Wie könnte „Peer Mentoring“ bei PrEP helfen?
  - Wie könnten Bewusstsein, Einstellung, Wissen und Fähigkeiten dazu beitragen, ein besseres Angebot zu erzielen – durch Einbeziehung von Patient\_innen/Klient\_innen/Nutzer\_innen und/oder Peer Mentoring und/oder Kapazitätsaufbau und/oder Community-Engagement?

- 6 Bitten Sie die Gruppen, ihre Ideen für die Umsetzung dieser Ideen und Fähigkeiten zur Verbesserung von Angeboten zu notieren. Bitten Sie die Gruppen dabei sowohl „groß“ als auch „klein“ zu denken (welche kleinen Dinge können dazu führen, dass man sich als Nutzer\_in eines bestimmten Angebots willkommen fühlt?).
- 7 Die Gruppen haben 20 Minuten Zeit für diese Aufgabe. Bitten Sie die Gruppen, ihre Gedanken sowie ihre Idee für eine Initiative/Intervention zu notieren.

### Moderiertes Feedback/Austausch im Plenum:



Wenn die festgelegte Zeit abgelaufen ist, bitten Sie die Kleingruppen, ihre Gedanken und Ideen für ihre Initiative/Intervention der gesamten Gruppe vorzustellen.

- Welchen Arbeitsbereich haben Sie besprochen und was sind Ihre Ideen?
- Bieten Sie bereits Arbeit oder Unterstützung im besprochenen Arbeitsbereich an?
- Unterscheidet sich der Inhalt der Gespräche von Ihrer aktuellen Arbeit? Welche Änderungen könnten sie vornehmen?
- Wenn es Veränderungen gibt, die die Arbeit verbessern würden, welche Unterstützung halten Sie dafür für notwendig?
- Wie beurteilen Sie Ihre Möglichkeiten, die von Ihnen geleistete Arbeit zu beeinflussen oder Veränderungen vorzunehmen, um „kulturell kompetente“ Elemente einzubeziehen?



Wenn sich alle Gruppen geäußert haben, fragen Sie, ob jemand noch etwas hinzufügen möchte oder weiterführende Gedanken hat. Wenn diese behandelt wurden, schließen Sie die Übung ab.

### Zusätzliche Information:

Falls die Gruppen Probleme oder Schwierigkeiten mit der Übung haben, kann es sinnvoll sein, auf Folgendes zu verweisen:



Kulturelle Kompetenz in der Arbeit zu sexueller Gesundheit könnte definiert werden als:

- Schaffung eines sicheren, nicht abwertenden Umfelds
- Berücksichtigung und Abbau von Hindernissen für eine effektive Kommunikation (z. B. Wissen über gebräuchliche Wörter, die von Schwulen und anderen MSM für sexuelle Praktiken verwendet werden)
- Berücksichtigung des sozio-kulturellen Hintergrunds; angemessene geschlechtliche Benennung von Partnerschaften, Anerkennung des Partnerschafts- und Ehestatus
- Berücksichtigung der Sexualgeschichte: die verwendete Sprache und die gestellten Fragen
- Angemessene Dokumentation der Krankengeschichte: Wer hat Zugriff auf die Dokumentation und wer hat das Recht, sie einzusehen? Könnte sich dies negativ auf den/die Patient\_in/Klient\_in/Nutzer\_in auswirken?

## Die Community kennen, mit der Sie arbeiten („Kulturelle Kompetenz“)

### Wie können Zugang, Angebote und der Verbleib in der Versorgung verbessert werden?

„Kulturelle Kompetenz bezieht sich auf die Fähigkeit, interkulturelle Unterschiede erfolgreich zu verhandeln, um praktische Ziele zu erreichen“.<sup>1</sup>

Das Hauptziel könnte sein:

- eigennützig, wie z. B. beim Dating mit jemandem, der/die eine andere Sprache spricht;
- sozial verantwortlich, wie z. B. beim Versuch, eine inklusivere Gesellschaft zu schaffen; oder
- kollaborativ, wie z. B. bei der Arbeit als Mitglied eines interkulturellen Teams.

„Kulturelle Kompetenz besteht aus vier Hauptkomponenten: Bewusstsein, Einstellung, Wissen und Fähigkeiten“.<sup>2,3</sup>

#### Bewusstsein:

„Es ist wichtig, unsere eigenen Werte und Überzeugungen zu untersuchen, um tief verankerte Vorurteile und Stereotype zu erkennen, die Hindernisse für unser Lernen, unsere persönliche Entwicklung und unsere Arbeit schaffen können. Viele von uns haben blinde Flecken, wenn es um unsere Überzeugungen und Werte geht; ein Diversitätstraining/-Sensibilisierung kann hilfreich sein, um diese aufzudecken.“

#### Einstellung:

Unsere Werte und Überzeugungen wirken sich auf die Wirksamkeit in kulturellen Fragen aus, da von diesen abhängt, inwieweit wir unterschiedlichen Ansichten und Meinungen gegenüber aufgeschlossen sind. Je stärker wir unsere Überzeugungen und Werte spüren, desto wahrscheinlicher werden wir emotional reagieren, wenn sie mit kulturellen Unterschieden kollidieren

#### Wissen:

Je mehr Wissen wir über Menschen aus unterschiedlichen Kulturen und mit unterschiedlichen Hintergründen haben, desto wahrscheinlicher können wir Fehler vermeiden. Zu wissen, wie sich die Kultur auf Problemlösungsstrategien auswirkt, darauf wie wir mit Menschen umgehen, wie wir um Hilfe bitten usw. kann uns dabei helfen, bewusst zu bleiben, wenn wir interkulturell interagieren.

#### Fähigkeiten:

Man kann die „richtige“ Einstellung, ein ausgeprägtes Bewusstsein über die Thematik und viel Wissen über kulturelle Unterschiede haben, aber trotzdem noch nicht die Fähigkeit haben, mit Unterschieden effektiv umzugehen. Wenn wir solche Fähigkeiten nicht erlernt haben oder wenig Gelegenheit zum Üben hatten, reichen unser Wissen und unser Bewusstsein nicht aus, um interkulturelle „Minenfelder“ zu vermeiden und zu bewältigen.

Es reicht nicht aus, wenn der Gesundheitsdienstleister lediglich sagt, dass er die Werte, Überzeugungen und Praktiken eines Klienten respektiere oder pro forma den Ablauf einer kulturspezifischen Intervention durchexerziert, die laut der Literatur für eine bestimmte Gruppe wirksam ist.

Der Fokus auf kulturelle Kompetenz schärft nicht nur das Bewusstsein dafür, dass es sich für alle lohnen kann, zu lernen, mit Unterschieden umzugehen. Gleichzeitig verschiebt sich dadurch auch der Fokus weg vom Social Engineering (der Beeinflussung mit dem Ziel der Verhaltensänderung) und hin zu dem, worum es eigentlich hauptsächlich geht – nämlich, dass Menschen in ihren „interkulturellen“ Interaktionen kompetenter werden. Für Einrichtungen bedeutet dies, Wege zu finden, um Kompetenzlücken zu schließen, damit Mitarbeiter\_innen produktiver zusammenarbeiten können.

Kulturelle Kompetenz ermöglicht Menschen in Organisationen mit einem gewissen Maß an Diversität, effektiver zu arbeiten. Sie ermöglicht den Menschen zu verstehen, woher ihre Einstellungen zu bestimmten Personen und Verhaltensweisen stammen und gibt ihnen die Möglichkeit zu verstehen, wie sie Einstellungen ändern können, die Probleme verursachen.

Sowohl Einzelpersonen als auch Organisationen können kulturell kompetent sein. Eine kulturell kompetente Gesundheitseinrichtung bietet zumindest einige der folgenden Möglichkeiten:

- ein kulturell vielfältiges Personal, das die Community widerspiegelt, mit der es zusammenarbeitet
- Schulungen für Mitarbeiter\_innen zur Kultur und Sprache der Menschen, mit denen sie arbeiten
- Beschilderung und Anweisungen in der/den Sprache(n) der Nutzer\_innen und in Übereinstimmung mit deren kulturellen Normen
- kulturell angemessene Umgebungen in der Gesundheitsversorgung inklusive Richtlinien und Verfahren
- Fairness bei der Mitarbeiterbindung und Beförderung
- Einbeziehung der Nutzer\_innen der Dienstleistungen

Auf individueller Ebene zeichnet sich kulturelle Kompetenz aus durch:

- Anbieter\_innen oder Übersetzer\_innen, die die Sprache(n) ihrer Nutzer\_innen sprechen, einschließlich der Gebärdensprache
- interkulturelle Fähigkeiten
- die Fähigkeit, sich von unvermeidlichen kulturellen Problemen zu erholen
- inklusive Entscheidungsfindung
- viel Wissen über interkulturelle Unterschiede
- interkulturelle Kommunikationsfähigkeiten
- Fähigkeiten im Diversitätsmanagement inklusive Überzeugungen und Werte
- Bewusstsein über persönliche Vorurteile und Stereotype
- Führungseingagement

Auf organisatorischer Ebene sind Praktiken wie inklusive Richtlinien und Bindung Teil von kultureller Kompetenz. Kulturelle Kompetenz verringert Ungleichheiten bei der Förderung, beim Verbleib in der Versorgung, der Leistungserbringung, Gesundheitsversorgung und bei Gesundheitsrisiken und schützt die Einrichtungen darüber hinaus rechtlich.

Über das Gesundheitswesen hinaus kann kulturelle Kompetenz dazu führen, dass die Anzahl der auftretenden „kulturellen Kollisionen“ und die Auswirkungen derer, die unvermeidlich auftauchen, verringert werden.

Die Förderung kultureller Kompetenz unterstützt einen produktiven, unterstützenden Arbeitsplatz, der sowohl Rechtsschutz als auch ein innovationsorientiertes Umfeld bietet.“

<sup>1</sup>Billy Vaughn 2007: High Impact Cultural Competence Consulting and Training; DTUI-Veröffentlichung

<sup>2</sup>Definition von kultureller Kompetenz basierend auf Paul Pedersens (1997) Charakterisierung multikultureller Beratungskompetenzen. Was ist kulturelle Kompetenz?

<sup>3</sup>‘Diversity Officer Magazine’: Mercedes Martin, MA & Vaughn, B.E (2007) Cultural Competence: The nuts and bolts of diversity and inclusion. Strategic Diversity & Inclusion Management Magazine; Billy Vaughn PhD (ED) pp 31-38 [...]

## Schaffung und Aufrechterhaltung von LGBTQI+-bejahenden Leistungen für LGBTQI+

### **Einzelpersonen/Ärzt\_innen**

„Ergreifen Sie die Initiative, um die eigenen Überzeugungen, Einstellungen und Verhaltensweisen gegenüber LGBTQI+-Personen und insbesondere gegenüber LGBTQI+-Klient\_innen zu untersuchen. Entscheiden Sie sich ehrlich dafür, durch Information, Beratung, persönliche Reflexion und Handeln etwas zu verändern.“

### **Direkte Leistungsebene**

Schaffen Sie in Ihrem Arbeitsalltag Verfahren, Instrumente und Gewohnheiten, um Gesundheitsdienstleistungen bereitzustellen, die LGBTQI+-freundlich und respektvoll sind. Stärken Sie LGBTQI+-bejahende Werte bei der Schulung, Supervision und Evaluation von Mitarbeiter\_innen.

### **Behördenebene**

Erstellen Sie behördenweite Richtlinien und Praktiken, die nicht diskriminierend sind und LGBTQI+-Personen offen willkommen heißen.

### **Community-Ebene**

Fördern Sie die LGBTQI+-Toleranz in Ihrer Community und setzen Sie sich gegen Intoleranz oder Diskriminierung ein. Knüpfen Sie Beziehungen zu LGBTQI+-Gruppen und -Ressourcen, indem Sie an ihren Veranstaltungen teilnehmen, gemeinsame Interessen besprechen, ihre Bemühungen unterstützen und Ressourcen gemeinsam nutzen.

### **Richtlinien-Ebene**

Unterstützung und Befürwortung von LGBTQI+-positiven Gesetzen und Kandidat\_innen auf lokaler, staatlicher und nationaler Ebene. Informieren Sie sich über den Stand der lokalen und staatlichen Antidiskriminierungsgesetze und ob diese sexuelle Orientierung und Geschlechtsidentität mit einschließen oder nicht. Unterstützen Sie die Durchsetzung, wenn diese enthalten sind, und unterstützen Sie deren Hinzufügung, wenn dies nicht der Fall ist.

Kulturelle Kompetenz in der Arbeit zu sexueller Gesundheit könnte definiert werden als:

- Schaffung eines sicheren, nicht abwertenden Umfelds
- Berücksichtigung und Abbau von Hindernissen für eine effektive Kommunikation (z. B. Wissen über gebräuchliche Wörter, die von Schwulen und anderen MSM für sexuelle Praktiken verwendet werden)
- Berücksichtigung des sozio-kulturellen Hintergrunds; angemessene geschlechtliche Benennung von Partnerschaften, Anerkennung des Partnerschafts- und Ehestatus
- Berücksichtigung der Sexualgeschichte: die verwendete Sprache und die gestellten Fragen
- Angemessene Dokumentation der Krankengeschichte: Wer hat Zugriff auf die Dokumentation und wer hat das Recht, sie einzusehen? Könnte sich dies negativ auf den/die Patient\_in/Klient\_in/Nutzer\_in auswirken?“

Nachdem Sie die Informationen zur kulturellen Kompetenz gelesen haben und die Community kennen, mit der Sie zusammenarbeiten, wäre es hilfreich für Sie, die folgenden vier Bereiche, die mit der Arbeit mit MSM zusammenhängen, in Ihre Überlegungen mit einzubeziehen. Prüfen Sie, was Sie vorschlagen oder tun könnten, um das Engagement von Schwulen, Lesben und anderen MSM für die Arbeit, die Ihr Dienst bereitstellt, zu verbessern. Dies kann geschehen durch:

- Einbeziehung von Patient\_innen/Nutzer\_innen
- Peer Mentoring
- Kapazitätsaufbau
- Communityengagement

Entnommen aus: **Rainbow Heights LGBT Project (United States)**

Als Unterstützung können Sie folgende Fragen berücksichtigen:

- Wie könnte „Communityengagement“ dazu beitragen, Testdienste bereitzustellen oder zu entwickeln?
- Wie könnte „Peer Mentoring“ bei PrEP helfen?
- Wie könnten Bewusstsein, Einstellung, Wissen und Fähigkeiten dazu beitragen, ein besseres Angebot zu erzielen – durch Einbeziehung von Patient\_innen/Klient\_innen/Nutzer\_innen, Peer Mentoring, Kapazitätsaufbau oder Communityengagement?
- Bieten Sie bereits Arbeit oder Unterstützung für eines der vier oben genannten Bereiche an?
- Unterscheidet sich das, worüber Sie hier nachgedacht haben, von der Arbeit, die gerade stattfindet? Welche Änderungen könnten Sie vornehmen?
- Wenn Veränderungen die Arbeit verbessern würden, welche Unterstützung halten Sie dafür für notwendig?
- Wie könnten Sie Ihre Arbeit beeinflussen oder Veränderungen vornehmen, um „kulturell kompetente“ Elemente einzubeziehen?

Titel der Übung:  
**Arbeiten mit verschiedenen MSM-Communities  
oder -Populationen**

Themenbereich:  
**Die Community kennen, mit der Sie arbeiten:  
„Kulturelle Kompetenz“**



**Ziel der Übung:**

Hilfe bei der Erzielung besserer Ergebnisse mit MSM-Communities/Populationen bei einer Reihe von Problemen, u.a.:

- sexuelle Identität (wie jemand herausfindet, zu wem er\_sie sich sexuell hingezogen fühlt)
- Geschlecht und Geschlechtsidentität (das bei der Geburt zugewiesene Geschlecht und das Geschlecht, mit dem man sich identifiziert)
- Sprache (jeder spezifische Sprachgebrauch, einschließlich Sprache in Bezug auf sexuelle Handlungen)
- Community (Was ist eine MSM/Gay/Bi-Community und was bedeutet es, dazu zu gehören?)
- Sexualpraktiken (welchen Sex schwule und andere MSM haben)
- Homophobie
- Psychische Gesundheit (alle Probleme, die sich auf die psychische Gesundheit auswirken können und mit dem MSM-/Schwulsein in Zusammenhang stehen)
- Alter (wie das Alter einer Person von anderen Community-Mitgliedern gesehen werden kann)
- Ethnizität (die ethnische Gruppe, mit der sich ein MSM identifiziert und wie dies im Zusammenhang mit seiner Sexualität gesehen wird)
- Religion (die religiöse Sicht auf gleichgeschlechtliche Beziehungen - sexuell und emotional)

**Erwartete Ergebnisse der Übung:**

Die Teilnehmer\_innen haben ein besseres Verständnis darüber entwickelt, warum bestimmte Themen und Probleme für die Communities, mit denen sie arbeiten, wichtig sind. Sie verstehen, dass „kulturell kompetente“ Antworten auf einige der Hauptprobleme, mit denen MSM konfrontiert sind, die Arbeit mit diesen Communities verbessern.



**Erforderliches Material:**

- PowerPoint-Folien
- Flipchart, Flipchartpapier und Moderationsstifte
- Papier und Stifte für die Teilnehmer\_innen



**Vorbereitung der Moderator\_innen:**

- ✓ Ermitteln Sie die Themen, die Sie für wichtig halten, anhand der obigen Auflistung (bei „Ziel der Übung“) und anhand Ihrer lokalen Situation.
- ✓ Lesen Sie das E-Learning-Modul zu dieser Übung, das eine vollständige Beschreibung der kulturell kompetenten Ansätze für die Arbeit mit MSM-Communities enthält. Einige dieser Ansätze sind im Abschnitt „Zusätzliche Informationen“ unten aufgeführt.



**Hilfreiche Tipps für Moderator\_innen:**

- 💡 Es ist sinnvoll, die Diskussion, die während „Als ich jung war“ geführt wurde, mit der Diskussion während dieser Übung zu verknüpfen.
- 💡 Es ist ratsam, maximal fünf Themen zu bearbeiten und sie zu Gruppen zusammenzufassen, um die Diskussionen zu unterstützen.

**Ablauf der Übung: (80 Minuten)**

- 1 Stellen Sie der Gruppe das Thema vor, indem Sie „Kulturelle Kompetenz“ als „Kenntnis der Communities, mit denen wir arbeiten“ definieren. Es ist auch gut zu berücksichtigen, dass wir selbst Teil der Community sein können, mit der wir arbeiten – und dass wir in diesem Fall zwar einige Einsichten haben mögen, aber dass es gleichzeitig wichtig ist anzuerkennen, dass niemand alles erlebt hat.
- 2 Stellen Sie der Gruppe das Modell der vier grundlegenden Bereiche kultureller Kompetenz vor (Bewusstsein, Einstellung, Wissen und Fähigkeiten) und erinnern sie dir Gruppe daran oder informieren Sie sie darüber, wie sie zusammenarbeiten können, um kulturell kompetente Entscheidungen zu treffen. Erinnern Sie die Gruppe daran, ihre eigenen Erfahrungen und Kenntnisse zu nutzen, sowohl von außerhalb dieser Gruppe als auch von vorangegangenen Übungen. Wenn Sie mit der Gruppe „Als ich jung war“ durchgeführt haben, greifen Sie auf die dort stattgefundenen Gespräche zurück, um diese Diskussion anzuregen.



**Kulturelle Kompetenz besteht aus vier Hauptkomponenten: Bewusstsein, Einstellung, Wissen und Fähigkeiten.**

**Bewusstsein:**

Es ist wichtig, unsere eigenen Werte und Überzeugungen zu untersuchen, um tief verankerte Vorurteile und Stereotype zu erkennen, die Hindernisse für unser Lernen, unsere persönliche Entwicklung und unsere Arbeit schaffen können. Viele von uns haben blinde Flecken, wenn es um unsere Überzeugungen und Werte geht; ein Diversitätstraining/-Sensibilisierung kann hilfreich sein, um diese aufzudecken.

**Einstellung:**

Unsere Werte und Überzeugungen wirken sich auf die Wirksamkeit in kulturellen Fragen aus, da von ihnen abhängt, inwieweit wir unterschiedlichen Ansichten und Meinungen gegenüber aufgeschlossen sind. Je stärker wir unsere Überzeugungen und Werte spüren, desto wahrscheinlicher werden wir emotional reagieren, wenn sie mit kulturellen Unterschieden kollidieren.

**Wissen:**

Je mehr Wissen wir über Menschen aus unterschiedlichen Kulturen und mit unterschiedlichen Hintergründen haben, desto wahrscheinlicher können wir Fehler vermeiden. Zu wissen, wie sich die Kultur auf Problemlösungsstrategien auswirkt, darauf wie wir mit Menschen umgehen, um Hilfe bitten usw. kann uns dabei helfen, bewusst zu bleiben, wenn wir interkulturell interagieren.

**Fähigkeiten:**

Man kann die „richtige“ Einstellung, ein ausgeprägtes Bewusstsein über die Thematik und viel Wissen über kulturelle Unterschiede haben, aber trotzdem noch nicht die Fähigkeit haben, mit Unterschieden effektiv umzugehen. Wenn wir solche Fähigkeiten nicht erlernt haben oder wenig Gelegenheit zum Üben hatten, reichen unser Wissen und unser Bewusstsein nicht aus, um interkulturelle „Minenfelder“ zu vermeiden und zu bewältigen.

- 3 Teilen Sie die Gruppe in Kleingruppen von 3 bis 5 Personen auf.
- 4 Stellen Sie die Aufgabe vor: Jede Gruppe soll einige der hier relevanten Themen bearbeiten und überlegen, wie in Bezug auf das jeweilige Thema das, was wir über die Kultur von MSM wissen oder nicht wissen, die Arbeit mit ihnen und für sie beeinflusst. Unten finden Sie eine Liste von Themen, mit denen die Gruppen arbeiten können. Wenn Sie jedoch zusätzliche Themen identifiziert haben, die Ihrer Meinung nach für Ihre Arbeit vor Ort wichtig sind, fügen Sie sie dieser Liste hinzu. Die Themen wurden in vorgeschlagenen Gruppierungen zusammengefasst, da sie in gewisser Weise miteinander verknüpft werden können. Sie müssen Sie jedoch nicht auf diese Weise verwenden, wenn die Kleingruppen etwa nur einen Teil der Themen bearbeiten sollen. Die Themen sind:
  - Sexuelle Identität/sexuelle Orientierung
  - Geschlecht
  - Geschlechtsidentität
  - Sexuelle Praktiken
  - Sprache
  - Community
  - Alter
  - Homophobie
  - Psychische Gesundheit
  - Ethnizität
  - Religion

Wenn jeweils mehrere Themen zusammengefasst werden sollen, sind die vorgeschlagenen Gruppierungen wie folgt:

- Sexuelle Identität, Geschlecht, Geschlechtsidentität und sexuelle Praktiken;
- Sprache, Community und Alter;
- Homophobie und psychische Gesundheit
- Ethnizität und Religion.

Die Themen können je nach Bedarf auch in anderen Gruppierungen zusammengefasst oder einzeln verwendet werden, je nachdem, was Sie für die Diskussion als sinnvoll erachten.

- 5 Stellen Sie den Gruppen die Themen vor, die sie diskutieren sollen.
- 6 Die erste Aufgabe für die Kleingruppen besteht darin, relevante Aspekte der zu bearbeitenden Themen (oder damit verbundene Aktivitäten) zu sammeln und in Stichpunkten zu notieren. Geeignete Beispiele könnten sein: „Blow Job/Fellatio“ unter der Überschrift „Sexuelle Praktiken“ oder „sexualisierte oder geschlechtsspezifische Sprache“ unter der Überschrift „Sprache“.
- 7 Die zweite Aufgabe für die Kleingruppen besteht darin, zu überlegen, welche persönlichen und beruflichen Erfahrungen sie mit diesen Themen gemacht haben, und anschließend eine Liste mit Antworten auf die folgenden Fragen zu erstellen:
  - „Welche Erfahrungen würden Sie in Bezug auf diese Themen bei der Nutzung eines Angebots gerne machen?“
  - „Wie möchten Sie gern behandelt werden?“
  - „Was erwarten Sie oder was wünschen Sie sich, dass der Anbieter weiß?“
- 8 Teilen Sie den Gruppen mit, dass sie 40 Minuten für die Bearbeitung dieser Aufgaben haben – 20 Minuten für jede der Aufgaben. Helfen Sie den Gruppen dabei, die Zeitvorgabe einzuhalten.
- 9 Wenden Sie sich nach Ablauf dieser Zeit an die Gruppe und teilen Sie ihr mit, dass die Teilnehmenden jetzt ihre Gedanken und Vorschläge zu jedem Thema miteinander verknüpfen sollen. Für jedes Thema soll ein Beispiel dafür gefunden werden, was sie in Bezug auf dieses Thema als ein bewährtes Verfahren/ „good practice“-Beispiel erachten. Z. B. in Bezug auf Geschlechtsidentität: Wie können Sie sicherstellen und überprüfen, dass Sie eine Person korrekt gendert, z.B. die richtige Anrede und Pronomen verwenden? Was passiert, wenn jemand nach einer Sexualpraxis fragt, die Sie nicht kennen, wie z. B. „Felching“? Wie können wir sicherstellen, dass MSM jeden Alters Zugang zu unseren Diensten haben und sich willkommen fühlen? Teilen Sie den Gruppen mit, dass sie für diese Aufgabe 30 Minuten Zeit haben – 15 Minuten pro Thema – und bitten Sie sie, ihre Vorschläge in Stichpunkten aufzuschreiben.

### Moderiertes Feedback/Austausch im Plenum: (30 Minuten)

- Wenn die Zeit abgelaufen ist, bitten Sie die Gruppen, nacheinander ihre Ideen zu „good practice“-Beispielen für ihre Themen/Probleme vorzustellen. Weisen Sie dabei auf Gemeinsamkeiten zwischen den Ansätzen hin.

### Zusätzliche Information:

- ☝ Kulturelle Kompetenz in der Arbeit zu sexueller Gesundheit könnte definiert werden als:
- Schaffung eines sicheren, nicht abwertenden Umfelds
  - Berücksichtigung und Abbau von Hindernissen für eine effektive Kommunikation (z. B. Wissen über gebräuchliche Wörter, die von Schwulen und anderen MSM für sexuelle Praktiken verwendet werden)
  - Berücksichtigung des sozio-kulturellen Hintergrunds; angemessene geschlechtsspezifische Benennung von Partnerschaften, Anerkennung des Partnerschafts- und Ehestatus
  - Berücksichtigung der Sexualgeschichte: die verwendete Sprache und die gestellten Fragen
  - Angemessene Dokumentation der Krankengeschichte: Wer hat Zugriff auf die Dokumentation und wer hat das Recht, sie einzusehen? Könnte sich dies negativ auf den/die Patient\_in/Klient\_in/Nutzer\_in auswirken?



Weitere zu berücksichtigende Punkte könnten sein:

- Was ist LGBTQI+ -freundliche Sprache (z. B. Verwenden von „LGBTQI+“ anstelle von Begriffen wie „homosexuell“), und was ist es nicht? Bei Unsicherheit nachfragen („Welchen Begriff soll ich verwenden?“)
- Informationen über psychische Gesundheitsprobleme von LGBTQI+, z. B.: nicht-heterosexuelle Orientierungen sind nicht pathologisch; aber aufgrund des Heterosexismus, mit dem sie konfrontiert sind, können manche LGBTQI+ -Personen unter Depressionen oder Angstzuständen leiden.
- Aktuelle Themen, die für LGBTQI+-Populationen wichtig sind und Klient\_innen betreffen, z. B. das Auftreten von „Gay-Bashing“/Übergriffen, politische Wahlen, Debatten über gleichgeschlechtliche Ehe oder Adoption und was aktuell „in den Medien“ ist. Auf dem aktuellen Stand klinischer/medizinischer Informationen zur Therapie von LGBTQI+-Nutzer\_innen sein.
- Proaktive Diskussionen über Respektlosigkeit oder Diskriminierung, sobald sie auftreten; wie man damit umgeht und/oder Diskussionen im Nachgang zu den jüngsten schwierigen Situationen.
- Informationen zu lokalen und anderen Angeboten und Ressourcen, die für Mitarbeiter\_innen und Nutzer\_innen nützlich sind.
- Untersuchung weit verbreiteter Mythen und Stereotype, deren schädliche Auswirkungen auf uns alle und wie man sie abbaut oder ihnen etwas entgegensetzen kann.
- Informationen über die menschliche sexuelle Entwicklung, Sexualität, sexuelle Orientierung und Geschlechtsidentität.
- Informationen über den rechtlichen, religiösen und sozialen Druck zur Durchsetzung von Heterosexualität und die negativen Auswirkungen dieser Kräfte auf alle.
- Strategien, wie auf die Bedürfnisse und das Verhalten von Mitarbeiter\_innen und Nutzer\_innen eingegangen werden kann, die mit ihren negativen Vorurteilen, Überzeugungen und Annahmen sich selbst und/oder anderen physischen, psychologischen, sozialen und/oder wirtschaftlichen Schaden zufügen.

Nach: Rainbow Heights LGBT Projekt (Vereinigte Staaten)

## Die Community kennen, mit der Sie arbeiten („Kulturelle Kompetenz“)

### Arbeiten mit verschiedenen MSM-Communities

„Kulturelle Kompetenz bezieht sich auf die Fähigkeit, interkulturelle Unterschiede erfolgreich zu verhandeln, um praktische Ziele zu erreichen“<sup>1</sup>

Das Hauptziel könnte sein:

- eigennützig, wie z. B. beim Dating mit jemandem, der/die eine andere Sprache spricht;
- sozial verantwortlich, wie z. B. beim Versuch, eine inklusivere Gesellschaft zu schaffen; oder
- kollaborativ, wie z. B. bei der Arbeit als Mitglied eines interkulturellen Teams.

„Kulturelle Kompetenz besteht aus vier Hauptkomponenten: Bewusstsein, Einstellung, Wissen und Fähigkeiten.“<sup>2 3</sup>

#### Bewusstsein:

Es ist wichtig, unsere eigenen Werte und Überzeugungen zu untersuchen, um tief verankerte Vorurteile und Stereotype zu erkennen, die Hindernisse für unser Lernen, unsere persönliche Entwicklung und unsere Arbeit schaffen können. Viele von uns haben blinde Flecken, wenn es um unsere Überzeugungen und Werte geht; ein Diversitätstraining/-Sensibilisierung kann hilfreich sein, um diese aufzudecken.

#### Einstellung:

Unsere Werte und Überzeugungen wirken sich auf die Wirksamkeit in kulturellen Fragen aus, da von ihnen abhängt, inwieweit wir unterschiedlichen Ansichten und Meinungen gegenüber aufgeschlossen sind. Je stärker wir unsere Überzeugungen und Werte spüren, desto wahrscheinlicher werden wir emotional reagieren, wenn sie mit kulturellen Unterschieden kollidieren.

#### Wissen:

Je mehr Wissen wir über Menschen aus unterschiedlichen Kulturen und mit unterschiedlichen Hintergründen haben, desto wahrscheinlicher können wir Fehler vermeiden. Zu wissen, wie sich die Kultur auf Problemlösungsstrategien auswirkt, darauf wie wir mit Menschen umgehen, um Hilfe bitten usw. kann uns dabei helfen, bewusst zu bleiben, wenn wir interkulturell interagieren.

#### Fähigkeiten:

Man kann die „richtige“ Einstellung, ein ausgeprägtes Bewusstsein über die Thematik und viel Wissen über kulturelle Unterschiede haben, aber trotzdem noch nicht die Fähigkeit haben, mit Unterschieden effektiv umzugehen. Wenn wir solche Fähigkeiten nicht erlernt haben oder wenig Gelegenheit zum Üben hatten, reichen unser Wissen und unser Bewusstsein nicht aus, um interkulturelle „Minenfelder“ zu vermeiden und zu bewältigen.

Es reicht nicht aus, wenn der Gesundheitsdienstleister lediglich sagt, dass er die Werte, Überzeugungen und Praktiken eines Klienten respektiert oder pro forma den Ablauf einer kulturspezifischen Intervention durchexerziert, die laut der Literatur für eine bestimmte Gruppe wirksam ist.

Der Fokus auf kulturelle Kompetenz schärft nicht nur das Bewusstsein dafür, dass es sich für alle lohnen kann, zu lernen, mit Unterschieden umzugehen. Gleichzeitig verschiebt sich dadurch auch der Fokus weg

vom Social Engineering (der Beeinflussung mit dem Ziel der Verhaltensänderung) und hin zu dem, worum es eigentlich hauptsächlich geht – nämlich, dass Menschen in ihren „interkulturellen“ Interaktionen kompetenter werden. Für Einrichtungen bedeutet dies, Wege zu finden, um Kompetenzlücken zu schließen, damit Mitarbeiter\_innen produktiver zusammenarbeiten können.

Kulturelle Kompetenz ermöglicht Menschen in Organisationen mit einem gewissen Maß an Diversität, effektiver zu arbeiten. Sie ermöglicht den Menschen zu verstehen, woher ihre Einstellungen zu bestimmten Personen und Verhaltensweisen stammen und gibt ihnen die Möglichkeit zu verstehen, wie sie Einstellungen ändern können, die Probleme verursachen.

Sowohl Einzelpersonen als auch Organisationen können kulturell kompetent sein. Eine kulturell kompetente Gesundheitseinrichtung bietet zumindest einige der folgenden Möglichkeiten:

- Ein kulturell vielfältiges Personal, das die Community widerspiegelt, mit der es zusammenarbeitet
- Schulungen für Mitarbeiter\_innen zur Kultur und Sprache der Menschen, mit denen sie arbeiten
- Beschilderung und Anweisungen in der/den Sprache(n) der Nutzer\_innen und in Übereinstimmung mit deren kulturellen Normen
- Kulturell angemessene Umgebungen in der Gesundheitsversorgung
- Inklusive Richtlinien und Verfahren
- Fairness bei der Mitarbeiterbindung und Beförderung
- Einbeziehung der Nutzer\_innen der Dienstleistungen

Auf individueller Ebene zeichnet sich kulturelle Kompetenz aus durch:

- Anbieter\_innen oder Übersetzer\_innen, die die Sprache(n) ihrer Klient\_innen sprechen, einschließlich der Gebärdensprache
- interkulturelle Fähigkeiten
- die Fähigkeit, sich von unvermeidlichen kulturellen Problemen zu erholen
- inklusive Entscheidungsfindung
- viel Wissen über interkulturelle Unterschiede
- interkulturelle Kommunikationsfähigkeiten
- Fähigkeiten im Diversitätsmanagement
- inklusive Überzeugungen und Werte
- Bewusstsein über persönliche Vorurteile und Stereotype
- Führungengagement

Auf organisatorischer Ebene sind Praktiken wie inklusive Richtlinien und Bindung Teil von kultureller Kompetenz. Kulturelle Kompetenz verringert Ungleichheiten bei der Förderung, beim Verbleib in der Versorgung, der Leistungserbringung, Gesundheitsversorgung und bei Gesundheitsrisiken und schützt die Einrichtungen darüber hinaus rechtlich.

Über das Gesundheitswesen hinaus kann kulturelle Kompetenz dazu führen, dass die Anzahl der auftretenden „kulturellen Kollisionen“ und die Auswirkungen derer, die unvermeidlich auftauchen, verringert werden.

Die Förderung kultureller Kompetenz unterstützt einen produktiven, unterstützenden Arbeitsplatz, der sowohl Rechtsschutz als auch ein innovationsorientiertes Umfeld bietet.“

<sup>1</sup>Billy Vaughn 2007: High Impact Cultural Competence Consulting and Training; DTUI-Veröffentlichung

<sup>2</sup>Definition von kultureller Kompetenz basierend auf Paul Pedersens (1997) Charakterisierung multikultureller Beratungskompetenzen. Was ist kulturelle Kompetenz?

<sup>3</sup>Diversity Officer Magazine: Mercedes Martin, MA & Vaughn, B.E (2007) Cultural Competence: The nuts and bolts of diversity and inclusion. Strategic Diversity & Inclusion Management Magazine; Billy Vaughn PhD (ED) pp 31-38 [...]

## „Schaffung und Aufrechterhaltung von LGBTQI+-bejahenden Leistungen für LGBTQI+

### **Einzelpersonen/Ärzt\_innen**

Ergreifen Sie die Initiative, um die eigenen Überzeugungen, Einstellungen und Verhaltensweisen gegenüber LGBTQI+-Personen und insbesondere gegenüber LGBTQI+-Nutzer\_innen zu untersuchen. Entscheiden Sie sich ehrlich dafür, durch Information, Beratung, persönliche Reflexion und Handeln etwas zu verändern.

### **Direkte Leistungsebene**

Schaffen Sie in Ihrem Arbeitsalltag Verfahren, Instrumente und Gewohnheiten, um Gesundheitsdienstleistungen bereitzustellen, die LGBTQI+-freundlich und respektvoll sind. Stärken Sie LGBTQI+-bejahende Werte bei der Schulung, Supervision und Evaluation von Mitarbeiter\_innen.

### **Behördenebene**

Erstellen Sie behördenweite Richtlinien und Praktiken, die nicht diskriminierend sind und LGBTQI+-Personen offen willkommen heißen.

### **Community-Ebene**

Fördern Sie die LGBTQI+-Toleranz in Ihrer Community und setzen Sie sich gegen Intoleranz oder Diskriminierung ein. Knüpfen Sie Beziehungen zu LGBTQI+-Gruppen und -Ressourcen, indem Sie an ihren Veranstaltungen teilnehmen, gemeinsame Interessen besprechen, ihre Bemühungen unterstützen und Ressourcen gemeinsam nutzen.

### **Richtlinien-Ebene**

Unterstützung und Befürwortung von LGBTQI+-positiven Gesetzen und Kandidat\_innen auf lokaler, staatlicher und nationaler Ebene. Informieren Sie sich über den Stand der lokalen und staatlichen Antidiskriminierungsgesetze und ob diese sexuelle Orientierung und Geschlechtsidentität mit einschließen oder nicht. Unterstützen Sie die Durchsetzung, wenn diese enthalten sind, und unterstützen Sie deren Hinzufügung, wenn dies nicht der Fall ist.

Kulturelle Kompetenz in der Arbeit zu sexueller Gesundheit könnte definiert werden als:

- Schaffung eines sicheren, nicht abwertenden Umfelds
- Berücksichtigung und Abbau von Hindernissen für eine effektive Kommunikation (z. B. Wissen über gebräuchliche Wörter, die von Schwulen und anderen MSM für sexuelle Praktiken verwendet werden)
- Berücksichtigung des sozio-kulturellen Hintergrunds; angemessene geschlechtliche Benennung von Partnerschaften, Anerkennung des Partnerschafts- und Ehestatus
- Berücksichtigung der Sexualgeschichte: die verwendete Sprache und die gestellten Fragen
- Angemessene Dokumentation der Krankengeschichte: Wer hat Zugriff auf die Dokumentation und wer hat das Recht, sie einzusehen? Könnte sich dies negativ auf den/die Patient\_in/Klient\_in/Nutzer\_in auswirken?“

## Arbeiten mit schwulen und anderen MSM-Communities

### **„Sexuelle Orientierung**

- ... unterscheidet sich von sexuellem Verhalten. Das Sexualverhalten eines Menschen muss nicht immer seiner sexuellen Orientierung entsprechen, wie z. B. beim Zölibat, bei experimentellem Sex oder Sexarbeit.
- ... ist ein fester Bestandteil der Kernidentität einer Person. Unsere Gesellschaft betrachtet Heterosexualität als so normativ, dass sie nur selten überhaupt als sexuelle Orientierung angesehen wird; die meisten Heterosexuellen erleben ihre „Orientierung“ als so selbstverständlich, dass sie wenig oder überhaupt kein Hinterfragen oder bewusstes Denken erfordert. Im Gegensatz dazu betrachtet ein Großteil

unserer Gesellschaft die Orientierung von Lesben, Schwulen und Bisexuellen als abnormal (und sogar unmoralisch), was viele LGB-Menschen dazu bringt, sich – anders als Heterosexuelle – bewusst mit diesem natürlichen Teil ihrer Kernidentität auseinanderzusetzen und/oder diesen in Frage zu stellen.

- ... reflektiert die Komplexität der Faktoren, die bestimmen, von wem man sich sexuell angezogen fühlt und in wen man sich verliebt. Die sexuelle Orientierung wird nicht gewählt, sondern vielmehr auf dem Weg von der frühen Kindheit bis ins hohe Alter entdeckt.
- ... ist kein „Lifestyle“ (der Lebensstil von Schwulen, Lesben und Bisexuellen ist so unterschiedlich wie der von Heterosexuellen), sondern ein tief verwurzelter Teil des eigenen Ichs. Sexuelle Orientierung kann etwas sein, dessen man sich nach und nach bewusst wird oder das schon immer da war.
- ... ist nicht gleichbedeutend mit der geschlechtlichen Identität.
- ... ist ein wissenschaftliches Rätsel. Die sexuelle Orientierung ist eine komplexe Mischung aus Biologie, Psychologie, Kultur und vielen anderen Faktoren. Obwohl es dazu viele Theorien und Studien gegeben hat, wissen wir bis heute nicht, warum oder wie sich eine Person letztlich als heterosexuell identifiziert, während eine andere bisexuell, schwul oder lesbisch ist.
- ... macht individuelle Unterschiede. Genau wie Heterosexuelle sich nicht zu jeder Person des anderen Geschlechts hingezogen fühlen, fühlen sich auch Lesben und Schwule nicht zu jeder Person des gleichen Geschlechts hingezogen und auch Bisexuelle fühlen sich nicht zu jeder Person „beider“ Geschlechter hingezogen.
- ... ist vielfältig. Einige Menschen können sich nicht mit Bezeichnungen wie hetero, schwul, lesbisch, bi oder queer identifizieren. Manche ziehen es vor, sich überhaupt nicht auf eine bestimmte Art und Weise zu definieren oder haben andere Vorstellungen oder Begriffe. Die Erfahrungen einer Person mit einer bestimmten Orientierung können sich erheblich von den Erfahrungen anderer unterscheiden. Die sexuelle Orientierung kann sich auch im Verlauf des Lebens entwickeln und verändern.
- ... wird derzeit im allgemeinen Sprachgebrauch als lesbisch, schwul, bisexuell oder heterosexuell benannt. Der Begriff „homosexuell“ wird im LGBTQI+-positiven Umfeld normalerweise nicht verwendet. Historisch gesehen wurde das Wort zunächst als psychiatrischer Begriff der Pathologie verwendet, zu einer Zeit, in der „Homosexualität“ als psychische Erkrankung angesehen wurde. Seine negativen und wertenden Konnotationen haben deswegen dazu geführt, dass er von LGBTQI+-Communities missbilligt bzw. abgelehnt wurde.

### **Geschlechtsidentität**

- ... bezieht sich auf die innere Empfindung, weiblich, männlich, beides oder nichts davon zu sein und kann mit dem biologischen Geschlecht übereinstimmen oder auch nicht.
- „Transgender/Trans\*“ wird häufig als Oberbegriff für eine Reihe geschlechtlicher Identitäten wie transsexuell, transident, nicht-binär/genderqueer, androgyn, agender usw. verwendet – also für Menschen, deren Geschlechtsidentität sich von dem ihnen bei der Geburt zugewiesenen Geschlecht unterscheidet. (Andere Formen des Überschreitens von Geschlechtergrenzen wie z. B. Crossdressing, Travestie oder Drag prägen dagegen in der Regel nicht die Alltags-Identität der Person.)
- „Intersexuell/Inter\*“ bezeichnet Menschen, deren körperliches Geschlecht nicht den medizinischen binären Normen von entweder „männlich“ oder „weiblich“ zugeordnet werden kann, sondern sich auf einem Spektrum dazwischen bewegt.
- Menschen, die sich als transgender/trans\* oder inter\* identifizieren, sind so unterschiedlich wie Menschen, deren biologisches oder zugewiesenes Geschlecht mit der Norm der „Zweigeschlechtlichkeit“ und mit dem persönlichen Empfinden ihrer geschlechtlichen Identität übereinstimmt.

Die geschlechtliche Identität bezieht sich auf das innere Empfinden eines Menschen, weiblich, männlich, beides oder keines von beidem zu sein. Bei vielen Menschen entspricht dieses innere Empfinden ihrem biologischen Geschlecht. Das ist jedoch nicht immer der Fall. Das biologische Geschlecht einer Person kann auf verschiedene Arten definiert werden (Chromosomen, Hormone, innere Geschlechtsorgane, äußere Genitalien und sekundäre Geschlechtsmerkmale), die oft, aber nicht immer miteinander übereinstimmen.

Wenn das biologische oder zugewiesene Geschlecht nicht mit der persönlichen inneren Empfindung der geschlechtlichen Identität übereinstimmt, kann sich die Person als Transgender (oder Trans\*) identifizieren.

Transgender/Trans\* wird häufig als Oberbegriff für eine Reihe geschlechtlicher Identitäten verwendet. Dieser kann transsexuelle, transidente, nicht-binäre/genderqueere oder androgyne oder agender Menschen usw. umfassen. Menschen, die sich als trans\* identifizieren, sind so unterschiedlich wie Menschen, deren biologisches oder zugewiesenes Geschlecht mit dem persönlichen Empfinden ihrer geschlechtlichen Identität übereinstimmt.

Die geschlechtliche Identität bezieht sich auf das Geschlecht, als das man sich selbst erlebt – eine individuelle persönliche Identität. Die geschlechtliche Identität unterscheidet sich grundlegend von der sexuellen Orientierung, dem interpersonellen Konzept des Geschlechts/der Geschlechter von Menschen, zu denen man sich hingezogen fühlt oder die man liebt. Somit kann eine bestimmte Person eine beliebige Kombination von geschlechtlicher Identität (z. B. männlich, weiblich, andere Geschlechter) und sexueller Orientierung (z. B. schwul, lesbisch, bisexuell, heterosexuell usw.) verkörpern. So wäre es beispielsweise falsch anzunehmen, dass alle Trans\*-Personen schwul oder bisexuell sind (obwohl einige es sind) oder dass alle Lesben Männer sein wollen (obwohl dies bei manchen der Fall sein mag) – beides sind weitverbreitete Mythen, die auf die Verwechslung von geschlechtlicher Identität und sexueller Orientierung zurückzuführen sind.

Nach Jahren von Missverstehen und Misshandlung haben viele Trans\*- und Inter\*-Personen Angst bzw. Misstrauen gegenüber medizinischen und psychiatrischen Einrichtungen entwickelt. So wurden beispielsweise viele intersexuelle Menschen als Kinder ohne ihr Wissen (oder ihre Zustimmung) „korrektiv“ operiert, damit sie in eine der beiden geschlechtlichen Kategorien „passten“. Ein weiteres Beispiel: Trans\*-Menschen müssen sich häufig strengen medizinischen und psychiatrischen Untersuchungen unterziehen und mit „Störung der geschlechtlichen Identität“ diagnostiziert werden, um hormonelle bzw. chirurgische Verfahren in Anspruch nehmen zu können, um ihren Körper so zu verändern, dass er besser ihrer geschlechtlichen Identität entspricht. Solche Erfahrungen fördern eine Tendenz von Misstrauen oder zwiespältigen Gefühlen gegenüber medizinischen Einrichtungen.

Wie man das eigene Geschlecht und die eigene sexuelle Orientierung definiert, ist eine persönliche und komplexe Angelegenheit. Es ist unerlässlich, dass Anbieter von psychischen Gesundheitsdiensten jeder einzelnen Person unterstützend und mit Respekt begegnen und vermeiden, dass sexuelle Orientierung und Geschlechtsidentität miteinander verwechselt werden. Es ist auch wichtig, dass die Anbieter keinerlei (expliziten oder impliziten) Druck auf die Menschen ausüben, sich auf eine bestimmte Art und Weise selbst zu definieren. Gesellschaftliche, familiäre, persönliche Vorannahmen und Urteile über sexuelle Orientierung und Geschlechtsidentität verursachen manchmal tiefe innere Konflikte. Die Anbieter müssen vorsichtig sein, wenn es darum geht, sich einer „Seite“ solcher Konflikte anzuschließen. Menschen und Sexualität sind immer nuancierter und komplexer als jede Etikettierung.

### „Queer“

In den letzten Jahren/Jahrzehnten wurde der Begriff „queer“ zunehmend von LGBTQI+ als positives Identitätsetikett verwendet. Manche Personen bezeichnen sich selbst als queer oder beziehen sich auf eine „queere Community“. An manchen Universitäten gibt es „Queer Studies“-Programme. Gleichzeitig wird der Begriff im englischsprachigen Raum von LGBTQI+-feindlich eingestellten Menschen als Beschimpfung verwendet.

Als positive Selbstbezeichnung wird der Begriff „Queer“ wie folgt verwendet:

- als flexibler Überbegriff, der eine Vielzahl von Identitäten einschließt, die ansonsten unter „lesbisch/schwul/bi/trans\*/...“ fallen würden, also ein Überbegriff für „nicht konventionell heterosexuelle“ bzw. „nicht der konventionellen Zweigeschlechternorm entsprechende“ Identitäten, als ein Identitätsbegriff, der umfassender ist als jeder andere als bewusste Wiederaneignung eines verletzenden Wortes
- häufiger von jüngeren Menschen verwendet, die mit stärker eingrenzenden Kategorien wie „schwul/lesbisch vs. bisexuell vs. heterosexuell“ (oder „Männer vs. Frauen vs. Trans\*/Inter\*“) nicht so viel anfangen können.

- v.a. im englischsprachigen Raum wird der Begriff von manchen älteren LGBTQI+ abgelehnt, weil sie damit erlebten Hass und Ablehnung assoziieren, wenn der Begriff oft gegen sie verwendet wurde. Andere stehen dem Begriff kritisch gegenüber, weil er zu viele unterschiedliche Identitäten „in einen Topf“ wirft und Unterschiede verwischt.

Queer ist also ein Wort, das trotz seiner Geschichte (in der es ursprünglich als Schimpfwort für LGBTQI+ verwendet wurde) durch Menschen innerhalb der Community mittlerweile eine positive Aneignung erfahren hat und das von queeren Menschen untereinander häufig als Selbstbezeichnung verwendet wird. Aus den oben genannten Gründen stehen aber nicht alle LGBTQI+ dem Begriff gleichermaßen positiv gegenüber. Daher ist es für psychische Gesundheitsdienste und andere Gesundheitsdienstleister ratsam, mit dem Wort „Queer“ vorsichtig umzugehen, es sei denn, eine Person oder Gruppe bevorzugt es eindeutig, auch von Außenstehenden.

In ähnlicher Weise werden andere Wörter wie „Schwuchtel“ oder „Transe“, die häufig in beleidigender Art und Weise verwendet werden, manchmal auch von Mitgliedern der Community intern benutzt, um sich zu necken oder ironisch ihre Liebe auszudrücken. Dies bedeutet aber nicht, dass es für Nicht-LGBTQI+ angemessen ist, diese Begriffe beiläufig als Fremdbezeichnung zu verwenden.

Umgekehrt können auch klinisch klingende Wörter wie „homosexuell“ und „sexuelle Minderheiten“ von LGBTQI+ als kalt oder marginalisierend empfunden werden.

Fragen Sie nach der Sprache, die mit denen die Menschen sich wohlfühlen und mit der sie bezeichnet werden wollen.

### Mitarbeiter\_innen Training rund um kulturelle Kompetenz und Zusammenarbeit mit schwulen und anderen MSM-Communities

Die Schulung des Personals ist von zentraler/grundlegender Bedeutung, um einen systemischen Wandel zu erreichen. Schulungen, Seminare, Handouts, Briefings und Auffrischungen können Folgendes umfassen:

- Was ist LGBTQI+-freundliche Sprache (z. B. Verwenden von „LGBTQI+“ anstelle von „homosexuell“) und was nicht? Wann und wie sollte man nachfragen (z. B. „Welchen Begriff soll ich bevorzugt verwenden?“)
- Informationen über psychische Gesundheitsprobleme von LGBTQI+, z. B.: nicht-heterosexuelle Orientierungen sind nicht pathologisch; aber aufgrund des Heterosexismus, mit dem sie konfrontiert sind, können manche LGBTQI+ -Personen unter Depressionen oder Angstzuständen leiden.
- Aktuelle Themen, die für LGBTQI+-Populationen wichtig sind und Klient\_innen betreffen, z. B. das Auftreten von „Gay-Bashing“/Übergriffen, politische Wahlen, Debatten über gleichgeschlechtliche Ehe oder Adoption und was aktuell „in den Medien“ ist. Auf dem aktuellen Stand klinischer/medizinischer Informationen zur Therapie von LGBTQI+-Klient\_innen sein.
- Proaktive Diskussionen über Respektlosigkeit oder Diskriminierung, sobald sie auftreten; wie man damit umgeht und/oder Diskussionen im Nachgang zu den jüngsten schwierigen Situationen.
- Informationen zu lokalen und anderen Angeboten und Ressourcen, die für Mitarbeiter\_innen und Klient\_innen nützlich sind.
- Untersuchung weit verbreiteter Mythen und Stereotype, deren schädliche Auswirkungen auf uns alle und wie man sie abbaut oder ihnen etwas entgegensetzen kann.
- Informationen über die menschliche sexuelle Entwicklung, Sexualität, sexuelle Orientierung und Geschlechtsidentität.
- Informationen über den rechtlichen, religiösen und sozialen Druck zur Durchsetzung von Heterosexualität und die negativen Auswirkungen dieser Kräfte auf alle.
- Strategien, wie auf die Bedürfnisse und das Verhalten von Mitarbeiter\_innen und Klient\_innen eingegangen werden kann, die mit ihren negativen Vorurteilen, Überzeugungen und Annahmen sich selbst und/oder anderen physischen, psychologischen, sozialen und/oder wirtschaftlichen Schaden zufügen.



Es ist auch wichtig, das Bewusstsein über LGBTQI+-Themen in alle Ausbildungs- und Schulungsprogramme einzubeziehen. Zum Beispiel sollten Fortbildungsprogramme – egal zu welchem Thema – nicht automatisch davon ausgehen, dass alle Mitarbeiter\_innen oder Klient\_innen heterosexuell sind; gelegentlich sollten Fallbeispiele mit LGBTQI+ mit unterschiedlichen Hintergründen mit einbezogen werden und Illustrationen sollten auch gleichgeschlechtliche Beziehungen widerspiegeln.

## Problemlösung

Da Voreingenommenheit gegenüber LGBTQI+ in Einrichtungen vorkommt, sollte das Augenmerk auf Problemlösungsstrategien gerichtet werden. Tägliche Praktiken, die ein Bewusstsein und Wissen über LGBTQI+-Personen und -Themen mit einbeziehen, können zu effektiven Prozessen und konstruktiven Lösungen führen. Wenn bereits vor dem Auftreten eines Vorfalls Richtlinien und Verfahren vorhanden sind, wird die Problemlösung vereinfacht und somit effektiver.

- Wenn auftretende Probleme auf eine respektvolle Art und Weise angegangen und gelöst werden, bildet dies eine äußerst stabile zwischenmenschliche Brücke. Die meisten LGBTQI+ wissen, dass Ignoranz und Voreingenommenheit nicht vollständig zu vermeiden sind, sie schauen jedoch genau hin, wie mit solchen Vorfällen umgegangen wird.
- Mitarbeiter\_innen in allen Rollen verwenden die gleichen Management-Tools, um einzugreifen, wenn unfreundliches Verhalten gegenüber LGBTQI+-Klient\_innen oder Mitarbeiter\_innen auftritt, wie dies auch gegenüber anderen Klient\_innen oder Mitarbeiter\_innen der Fall wäre. Zum Beispiel: „Wir haben die Regel, dass keine respektlose Sprache verwendet wird. Dieser Kommentar war respektlos gegenüber Schwulen/Lesben/LGBTQI+, daher ist dies hier nicht akzeptabel.“ LGBTQI+-feindliche Kommentare oder Verhaltensweisen von anderen Klient\_innen sind häufig ein Problem für LGBTQI+, die Dienste besuchen, bei denen Klient\_innen Zeit miteinander verbringen, z. B. in Warteräumen, Gruppen, in der Umgebung der Wohnung, in Kliniken und Tagesprogrammen.
- Die Richtlinien müssen für lesbische, schwule, bisexuelle, trans- und heterosexuelle Klient\_innen/Nutzer\_innen/Mitarbeiter\_innen gleichermaßen gelten, z. B. etwaige Regeln für Beziehungen, Besucher\_innen und öffentliche Zuneigungsbekundungen.

## Häufige Fehler im Verhalten des Personals

Es kommt häufig vor, dass Mitarbeiter\_innen in verschiedenen Rollen:

- unvorbereitet und/oder nicht in der Lage sind, ausführliche Gespräche mit Klient\_innen zum Thema Geschlecht und/oder Sexualität zu führen oder bei der Arbeit oft Stereotype und Vorurteile aufschnappen und versehentlich anwenden.
- ignorieren, dass sich LGBTQI+ in Bezug auf Geschlecht, Rasse, Kultur, Klasse, Behinderung usw. unterscheiden und dass all diese Merkmale mit sexueller Orientierung und Geschlechtsidentität in Wechselwirkung stehen, sexuelle Orientierung und Geschlechtsidentität miteinander verwechseln oder vermischen.
- annehmen/glauben, dass die LGBTQI+-Identität einer Person ein Symptom für eine andere psychische Erkrankung, eine psychische Erkrankung an sich und/oder ein Anzeichen für eine unterdurchschnittliche Entwicklung sei.
- annehmen, dass sexuelle Orientierung/Geschlechtsidentität ein Kernproblem für LGBTQI+-Klient\_innen sei, aber niemals für heterosexuelle Klient\_innen.
- glauben, dass es keine große Sache sei, schwul, lesbisch oder bisexuell zu sein, und dass Klient\_innen, die darüber sprechen möchten, dieses Thema nutzen, um sich nicht mit ihren „echten“ Problemen auseinanderzusetzen.
- die Erforschung des eigenen Selbstbildes und der Identitätsbildung von Klient\_innen behindern, indem sie ihre eigenen Schlüsse darüber ziehen, welche sexuelle Orientierung die Klient\_innen „wirklich“ haben oder „haben sollten“, und den Klient\_innen diese Sichtweise aufzwingen.
- Vorurteile und Fehlinformationen akzeptieren, die Ärzt\_innen dazu bringen, Interventionen zu

befürworten, mit denen die LGBTQI+-Identität von Klient\_innen verändert werden soll, z. B. durch Gespräche oder Konversions-„Therapien“, die von den führenden psychiatrischen Einrichtungen abgelehnt werden, enge Vorstellungen davon haben, „wie man LGBTQI+ sein sollte“, und offen oder verdeckt Druck auf die Klient\_innen ausüben, sich diesen Vorstellungen anzupassen. Es gibt so viele Möglichkeiten, LGBTQI+ zu sein, wie es Möglichkeiten gibt, heterosexuell zu sein.

- heterosexuelle Muster als Maßstäbe für ein gesundes Funktionieren von Personen und Beziehungen verwenden. Dadurch werden LGBTQI+ und deren Beziehungen dort, wo sie sich davon unterscheiden, de facto als weniger gesund wahrgenommen.
- ungerechtfertigte Annahmen über die Werte oder den Lebensstil von Personen haben, die auf Mythen oder Stereotypen über LGBTQI+ beruhen.
- positive Stereotype zu LGBTQI+ haben, entweder aus Angst als homophob bezeichnet zu werden oder aufgrund romantisierter Ansichten. Diese können die Klient\_innen unter Druck setzen, ihren Stress oder ihre Leiden zu verbergen, und Therapeut\_innen/Mitarbeiter\_innen dazu verleiten, sich nicht mit den Problemen der Klient\_innen zu befassen.
- sich aus eigenem erotischem oder exotisierendem Interesse voyeuristisch über das Sexualleben und die Geschichte der Klient\_innen erkundigen, eher aus Gründen des Wissensgewinns oder Erregung für sich selbst als wegen der Relevanz dieser Fragen für die Probleme der Klient\_innen.

## LGBTQI+-bejahende Beziehungen zwischen Anbieter und Klient\_innen entwickeln

Es ist gut, wenn sich Anbieter über Folgendes bewusst sind:

- dass kulturell kompetente Verfahren (einschließlich LGBTQI+-freundliche) fortlaufende Prozesse sind und nicht etwas, das einmal erreicht wird und dann abgeschlossen ist.
- über häufige Vorurteile, von denen viele auf alten und falschen Annahmen innerhalb des psychologischen/psychiatrischen Berufsfelds und anderer Gesundheitsberufe sowie der Allgemeingesellschaft beruhen.
- LGBTQI+-freundliches Personal muss nicht selbst LGBTQI+ sein, um gut informiert zu sein und Heterosexismus zu vermeiden.
- dass unsere Gesellschaft heterosexistisch und heteronormativ ist.
- dass Menschen, menschliche Sexualität und Identitäten viel komplexer sind als jedes Etikett, das wir verwenden.
- Selbst bei Mitarbeiter\_innen und Klient\_innen mit ähnlichen Identitäten kann es zu Missverständnissen und Unstimmigkeiten in Bezug auf LGBTQI+-Themen und andere Themen kommen, was u. U. zu fruchtbaren Diskussionen führen kann.
- dass es vorkommen kann, dass ein\_e als LGBTQI+ identifizierte\_r oder LGBTQI+-freundliche\_r Mitarbeiter\_in im Gesundheitsdienst aus anderen Gründen möglicherweise nicht gut zu einem\_einer LGBTQI+-Klient\_in passt.
- die Anbieter von Diensten im Bereich der psychischen Gesundheit, die selbst aus der LGBTQI+-Community stammen, sich einerseits auf diese Community und ihre Erfahrungen darin stützen, wenn sie mit LGBTQI+-Klient\_innen zusammenarbeiten. Andererseits können sie jedoch auch zusätzlichen Herausforderungen wie höheren Erwartungen, widersprüchlichen Ansichten oder Identitäten, fälschlicherweise angenommenen Übereinstimmungen sowie in der Szene gängigen Vorurteilen gegenüberstehen.
- Aufgrund der geringen Größe vieler LGBTQI+-Communities besteht eine höhere Wahrscheinlichkeit, dass ein\_e LGBTQI+-Anbieter\_in und ein\_e LGBTQI+-Klient\_in überlappende soziale Kreise haben bzw. möglicherweise mehr Überschneidungen in ihrem jeweiligen Bekanntenkreis haben, als das in der Regel bei Menschen mit unterschiedlichen Identitäten der Fall ist oder wenn beide heterosexuell sind. Die Tendenz einiger Gesundheitsdienstleister (und einiger Nutzer\_innen), LGBTQI+-Identitäten aufgrund der Herausforderungen des Lebens als besonders belastet oder tragisch zu betrachten und dabei die positiven Aspekte dieser Identitäten zu ignorieren oder zu vernachlässigen.

Über folgende Faktoren, die in den Interaktionen vieler Menschen eine Rolle spielen, sollten sich Anbieter bewusst sein:

- die Auswirkungen ihrer früheren Erfahrungen mit Gesundheitsdienstleistern
- extreme Wachsamkeit aufgrund ausgeprägt entwickelter Selbstschutzzfähigkeiten, um subtile Anzeichen für die Reaktionen anderer Menschen auf sexuelle Orientierungen und/oder Geschlechtsidentitäten zu erkennen. Solche Fähigkeiten helfen LGBTQI+, peinliche oder gefährliche Interaktionen zu vermeiden oder sich darauf vorzubereiten.
- Vorsicht, bis sie sich sicher fühlen, dass der Arzt/die Ärztin sowohl LGBTQI+-freundlich als auch in der Lage ist, mit ihnen in anderen Bereichen (Kernprobleme, Kultur, Klasse usw.) zusammenzuarbeiten.
- Widerwillen, einen Gesundheitsdienstleister zu informieren, dass man LGBTQI+ ist, um mögliche Ablehnung oder intolerante Reaktionen zu vermeiden, selbst wenn man sich mit seiner Identität wohlfühlt. Kummer über mögliche Konflikte im Zusammenhang mit ihrer Identität mit Familienmitgliedern, die nicht LGBTQI+-positiv eingestellt sind; insbesondere, wenn sie auf familiäre Unterstützung angewiesen sind, aus einem kulturellen oder persönlichen Umfeld stammen, das Familienharmonie, Ehre und/oder kindlichen Gehorsam oder Angst betont oder andere Arten von familiären Konflikten erfahren haben.
- ein Gefühl der Isolation und das Fehlen einer unterstützenden Community oder eines sozialen Netzwerks; insbesondere wenn die Person bisexuell, trans\* oder POC (Person of Color) ist oder andere stigmatisierte „Unterschiede“ hat und/oder nicht in der Nähe einer Großstadt lebt.
- ein Konflikt oder eine Belastung bezüglich ihrer sexuellen Orientierung aufgrund von Fehlinformationen, kulturellen oder religiösen Werten und/oder verinnerlichten negativen Botschaften.
- eine Notwendigkeit, aktiv daran zu arbeiten, eine positive Identität zu entwickeln. Heterosexuelle müssen in der Regel nicht so bewusst an ihrer Identitätsentwicklung arbeiten, weil sie selten diesbezüglich in Frage gestellt werden oder auf Widerstände stoßen. Sorgen wegen Stressfaktoren aufgrund von Vorurteilen gegenüber LGBTQI+, z. B. Missbrauch, Verlust eines Arbeitsplatzes usw.
- ein Bedürfnis, über Drogenkonsum zu sprechen, der mit sozialer Isolation, Stress oder persönlichen Konflikten in Bezug auf LGBTQI+-Themen im Zusammenhang stehen kann oder auch nicht.
- Belastungen und positive Aspekte, die spezifisch sind für gleichgeschlechtliche Beziehungen (zusätzlich zu denen, die für alle Beziehungen gelten). Zu den Belastungen zählen mangelnde soziale Akzeptanz, fehlende Vorbilder für Beziehungsmodelle, Pathologisierung von Beziehungen und Diskriminierung. Zu den positiven Aspekten zählen ein hohes Maß an Freundschaft und Flexibilität, gleichberechtigte Rollenverteilung, kreative Beziehungsmodelle, tiefe Intimität und sexuelle Kommunikation.

## **Mögliche Strategien zur Förderung des individuellen und institutionellen Wandels**

### **Persönlich/Individuell**

- Klären Sie Ihre eigenen Werte, Prioritäten und Absichten. Leidenschaft ist stark.
- Rufen Sie sich immer wieder ins Gedächtnis, dass Ihr Ziel ist, eine gerechtere, humanere Welt anzustreben. Sie haben das Recht zu versuchen, Dinge zu ändern.
- Suchen Sie nach kleinen, alltäglichen Handlungsmöglichkeiten und nutzen Sie sie, um Veränderungen herbeizuführen. Diese summieren sich und erfordern nicht so viel Risiko.
- Akzeptieren Sie den momentanen Zustand der Dinge, und überlegen Sie, wo Sie Änderungen erwirken können und wo nicht. Lenken Sie Ihre Energie und setzen Sie sie bewusst ein: „Was kann ich in dieser Situation tun oder wie komme ich einem weit entfernten Ziel näher?“
- Scheuen Sie sich nicht vor Fehlern und Scheitern, untersuchen Sie missglückte Versuche und schauen Sie, was Sie aus diesen lernen können. Seien Sie mitfühlend mit sich selbst und mit anderen.
- Übernehmen Sie die Verantwortung dafür, dass Sie sich persönlich betroffen fühlen, wenn Sie Ungerechtigkeit erleben, auch wenn Sie selbst nicht Mitglied der Gruppe sind, die in diesem Moment schlecht behandelt wird.

- Wenn Sie auf negative Reaktionen oder Feindseligkeiten stoßen, erkennen Sie Ihre Gefühle an, anstatt sie zu leugnen oder zu unterdrücken. Versuchen Sie nicht, sich zu rächen, sondern lenken Sie Ihren Ärger oder Ihre Verletzung stattdessen in konstruktive Handlungen.
- Erkennen Sie die Kraftquellen und Privilegien, die Sie besitzen, und setzen Sie sie bewusst ein.
- Zerbrecen Sie sich nicht zu sehr den Kopf – erkennen Sie Ihre eigenen Grenzen und die Grenzen der Situation an.
- Seien Sie bereit, Ihre Komfortzone zu verlassen, um Veränderungen herbeizuführen.
- Gehen Sie nicht vom Schlimmsten aus – das tritt nur selten wirklich ein. Vermeiden Sie es, den Teufel an die Wand zu malen, und achten Sie auf echte Risiken.
- Fragen Sie: „Was ist der Preis dafür, nicht zu handeln?“ Für Sie selbst, für Ihr Gewissen und für andere?
- Zeigen Sie selbst Akzeptanz, um Akzeptanz zu fördern.
- Tun Sie, was Sie tun müssen, um sich zu stärken und zu ermutigen.

### **Zwischenmenschliche Beziehungen**

- Finden Sie Gleichgesinnte und arbeiten Sie zusammen, um sich gegenseitig zu unterstützen.
- Beheben Sie Probleme, solange sie noch klein sind, anstatt darauf zu warten, dass sie wachsen oder explodieren. Ziehen Sie andere für unsensible oder ungerechte Dinge, die sie sagen oder tun, zur Verantwortung, aber bleiben Sie dabei freundlich.
- Bleiben Sie offen für neue Ideen, Strategien und Kreativität. Betrachten Sie ein Problem aus verschiedenen Blickwinkeln und probieren Sie verschiedene Wege zum Ziel.
- Sprechen Sie mit jemandem außerhalb der Situation, an der Sie arbeiten, um eine neue Perspektive zu erhalten.
- Ressourcen organisieren: Stellen Sie die Informationen, Verbündeten und Ressourcen zusammen, die Sie benötigen.
- Verwenden Sie spezifische Beispiele (oder die Geschichte einer Person), um anderen die Auswirkungen des Problems und die Wichtigkeit der Änderungen aufzuzeigen, die Sie vorschlagen oder auf die Sie hinarbeiten.
- Überlegen Sie sich im Voraus, wie Sie Feedback geben oder auf ein negatives Vorkommnis reagieren können.
- Wenn Sie versuchen, Änderungen vorzunehmen, die mit echten Risiken verbunden sind, sprechen Sie vorab mit anderen darüber, insbesondere mit denjenigen, die möglicherweise beteiligt sind oder von den Folgen betroffen sein werden.

### **Organisationsebene**

- Binden Sie die gewünschten Veränderungen in das Leitbild und die Richtlinien Ihrer Einrichtung ein.
- Beziehen Sie Vorgesetzte und Personen auf Führungsebene mit ein und suchen Sie die Unterstützung von Vorstand/Direktion/Aufsichtsrat, um Veränderungen in der gesamten Organisation erwirken zu können.
- Betrachten Sie mögliche Probleme und erstellen Sie Reaktions-/Lösungspläne, bevor die Probleme tatsächlich auftreten. Untersuchen Sie bestehende Richtlinien und Verfahren auf Lücken.
- Wenn sich ein negativer Vorfall ereignet, sollten Sie im Idealfall sowohl auf die akute Situation reagieren als auch sie später dafür nutzen, um darüber nachzudenken, wie dies geschehen konnte, wie ähnliche Fälle in Zukunft verhindert werden können und ob die akute Reaktion optimal war.
- Untersuchen Sie, was in der Vergangenheit bei ähnlichen Bemühungen um Veränderung funktioniert hat und was nicht, und überlegen Sie, was Sie daraus lernen können und inwieweit diese Beispiele auch für Ihre aktuelle Situation relevant sein könnten oder nicht.
- Versuchen Sie, jede Veränderung, für die Sie arbeiten, zu institutionalisieren, und lassen Sie sie in den Richtlinien und üblichen Verfahren Ihrer Organisation verankern, damit sie zur „üblichen Verfahrensweise“ wird.

- Stellen Sie den Mitarbeiter\_innen Informationen, Schulungen, Coachings und Supervision zur Verfügung, die diejenigen Fähigkeiten fördern, die Sie in Ihrem Bereich oder Ihrer Organisation fördern möchten.
- Sprechen Sie mit anderen ähnlichen Praxen/Organisationen/Behörden über ihre Bemühungen in diesem Bereich. Dadurch erhalten Sie einen größeren Kontext, Vergleiche mit anderen und können auf diese Weise auch möglichen Skeptiker\_innen zeigen, dass Sie nicht die einzige Person/Einrichtung sind, die sich um Themen rund um LGBTQI+ kümmert. So können auch neue Ideen, Netzwerke und Ressourcen generiert werden.
- Bitten Sie Nutzer\_innen und Mitarbeiter\_innen um Feedback zu vorgenommenen Veränderungen.
- Schließen Sie sich mit Selbsthilfe- und Interessengruppen zusammen, und teilen Sie so oft wie möglich die vorhandenen Ressourcen, die Arbeit sowie deren Früchte.

## Schaffung und Aufrechterhaltung von LGBTQI+-freundlichen Services

### **Einzelpersonen/Ärzt\_innen**

Ergreifen Sie die Initiative, um die eigenen Überzeugungen, Einstellungen und Verhaltensweisen gegenüber LGBTQI+-Personen und insbesondere gegenüber LGBTQI+-Klient\_innen zu untersuchen. Entscheiden Sie sich ehrlich dafür, durch Information, Beratung, persönliche Reflexion und Handeln etwas zu verändern.

### **Direkte Leistungsebene**

Schaffen Sie in Ihrem Arbeitsalltag Verfahren, Instrumente und Gewohnheiten, um Gesundheitsdienstleistungen bereitzustellen, die LGBTQI+-freundlich und respektvoll sind. Stärken Sie LGBTQI+-bejahende Werte bei der Schulung, Supervision und Evaluation von Mitarbeiter\_innen.

### **Behördenebene**

Erstellen Sie behördenweite Richtlinien und Praktiken, die nicht diskriminierend sind und LGBTQI+-Personen offen willkommen heißen.

### **Community-Ebene**

Fördern Sie die LGBTQI+-Toleranz in Ihrer Community und setzen Sie sich gegen Intoleranz oder Diskriminierung ein. Knüpfen Sie Beziehungen zu LGBTQI+-Gruppen und -Ressourcen, indem Sie an ihren Veranstaltungen teilnehmen, gemeinsame Interessen besprechen, ihre Bemühungen unterstützen und Ressourcen gemeinsam nutzen.

### **Richtlinien-Ebene**

Unterstützung und Befürwortung von LGBTQI+-positiven Gesetzen und Kandidat\_innen auf lokaler, staatlicher und nationaler Ebene. Informieren Sie sich über den Stand der lokalen und staatlichen Antidiskriminierungsgesetze und ob diese sexuelle Orientierung und Geschlechtsidentität mit einschließen oder nicht. Unterstützen Sie die Durchsetzung, wenn diese enthalten sind, und unterstützen Sie deren Hinzufügung, wenn dies nicht der Fall ist.

Kulturelle Kompetenz in der Arbeit zu sexueller Gesundheit könnte definiert werden als:

- Schaffung eines sicheren, nicht abwertenden Umfelds
- Berücksichtigung und Abbau von Hindernissen für eine effektive Kommunikation (z. B. Wissen über gebräuchliche Wörter, die von Schwulen und anderen MSM für sexuelle Praktiken verwendet werden)
- Berücksichtigung des sozio-kulturellen Hintergrunds; angemessene geschlechtliche Benennung von Partnerschaften, Anerkennung des Partnerschafts- und Ehestatus
- Berücksichtigung der Sexualgeschichte: die verwendete Sprache und die gestellten Fragen
- Angemessene Dokumentation der Krankengeschichte: Wer hat Zugriff auf die Dokumentation und wer hat das Recht, sie einzusehen? Könnte sich dies negativ auf den\_die Patient\_in/Klient\_in/Nutzer\_in auswirken?"

Entnommen aus: **Rainbow Heights LGBT Project (United States)**

Nachdem Sie diese Informationen gelesen haben, sollten Sie über Änderungen nachdenken, die Sie oder Ihr Dienst unternehmen können in Bezug auf Fragen wie:

- sexuelle Identität (Wie identifizieren sich Ihre Nutzer\_innen?)
- Geschlecht & Geschlechtsidentität (Als welches Geschlecht identifizieren sich Ihre Nutzer\_innen?)
- sexuelle Praktiken (Was machen Schwule und andere MSM sexuell?)
- Sprache (Welche Sprache, insbesondere im Bereich sexueller Praktiken, wird von MSM verwendet, die Sie möglicherweise nicht kennen?)
- Community (Gibt es eine „Community“? Sind Ihre Nutzer\_innen ein Teil davon?)
- Alter (Haben die Nutzer\_innen Probleme, weil sie sich „zu alt“ fühlen, um attraktiv zu sein?)
- Homophobie (Wie werden Ihre Nutzer\_innen im täglichen Leben behandelt? Was wird in den Medien über LGBTQI+/MSM gesagt?)
- psychische Gesundheit (Wie wirken sich die Probleme, mit denen sie konfrontiert sind, auf ihre psychische Gesundheit aus?)
- ethnische Zugehörigkeit (Gehören die Nutzer\_innen zu einer Minderheit in Ihrer Region? Wie wirkt sich dies auf ihren wirtschaftlichen Status und den Zugang zur Gesundheitsversorgung aus? Wie werden sie von ihrer Community als 'schwuler Mann' oder MSM angesehen?)
- Religion (Ist den Nutzer\_innen Religion wichtig? Wie sind sie mit der Religionsgemeinschaft verbunden, der sie angehören, und wirkt sich dies auf sie als MSM aus?)

Betrachten Sie die Gespräche, die Sie bereits geführt haben, und denken Sie an die schwulen Männer und anderen MSM, mit denen Sie gearbeitet haben. Prüfen Sie, ob Sie mögliche Veränderungen identifizieren können, die Sie oder der Dienst, dem Sie angehören, herbeiführen können, um MSM entgegen zu kommen, die möglicherweise mit Stigma und Diskriminierung zu tun haben.

## 2.1.3 Stigmatisierung und Diskriminierung bekämpfen

Titel der Übung:

### Vulnerable MSM-Gruppen und ihre Bedürfnisse für die sexuelle Gesundheit

Themenbereich:

#### Stigmatisierung und Diskriminierung bekämpfen



#### Ziel der Übung:

Die spezifischen Bedürfnisse von Minderheiten-Gruppen innerhalb der MSM-Population erfüllen zu können. Es ist sinnvoll, u. a. folgende MSM-Gruppen in der Diskussion zu beachten:

- junge/jugendliche MSM
- migrantische MSM
- MSM, die sich nicht als schwul oder bi identifizieren
- MSM aus ethnischen oder kulturellen Minderheiten
- Trans\*-MSM
- MSM, die mit HIV leben
- MSM, die Sexarbeit machen
- MSM mit Bedürfnissen hinsichtlich Drogen- und Alkoholabhängigkeit (insbesondere ChemSex)
- MSM in Gefängnissen

Diese Übung ermöglicht den Teilnehmer\_innen, die Bedürfnisse in Bezug auf sexuelle Gesundheit von besonders vulnerablen MSM-Gruppen zu erforschen und zu untersuchen.

#### Erwartete Ergebnisse der Übung:

Die Teilnehmer\_innen haben die Themen untersucht, mit denen besonders vulnerable MSM-Gruppen konfrontiert sind. Sie haben mögliche Initiativen erörtert und entwickelt, die die negativen Auswirkungen der besprochenen Probleme verringern könnten.



#### Erforderliches Material:

- PowerPoint-Folien
- ASTOR-Blätter – eines für jede Arbeitsgruppe
- Flipchart, Flipchartpapier und Moderationsstifte.
- Papier und Stifte für die Teilnehmer\_innen



#### Vorbereitung der Moderator\_innen:

- ✓ Entscheiden Sie anhand der Auflistung (bei "Ziel der Übung"), auf welche Gruppen von MSM Sie sich konzentrieren möchten. Es kann nützlich sein, Informationen zu vulnerablen Gruppen auf nationaler oder lokaler Ebene zu ermitteln, um die Übung zu unterstützen.
- ✓ Wenn Sie der Meinung sind, dass dies hilfreich sein könnte, lesen Sie einige ECDC-Daten zu vulnerablen Gruppen von MSM. Die Links befinden sich im E-Learning-Modul.



#### Hilfreiche Tipps für Moderator\_innen:

- 💡 Seien Sie nicht zu ehrgeizig und wählen Sie nicht zu viele Gruppen für die Diskussion in den Arbeitsgruppen aus. Orientieren Sie sich an den Ergebnissen des Needs Assessment und daran, welche Gruppen von den Teilnehmer\_innen im ersten Gespräch zur Thematik benannt werden.
- 💡 Wenn Sie über die Teilgruppe „MSM, die mit HIV leben“ sprechen möchten, sollten Sie im Verlauf der Trainingseinheit auch die Übung „Sensibilisierung für die Ursachen von Stigmatisierung von HIV/AIDS und Sexualität“ durchführen.
- 💡 Es ist hilfreich, wenn Sie sich erneut mit den Daten zu MSM aus EMIS 2010 und 2017 vertraut machen.

## Ablauf der Übung: (60 Minuten)

- 1 Stellen Sie der Gruppe das Thema vor und fragen Sie sie:
  - Was meinen wir mit 'besonders vulnerablen MSM-Gruppen'?
  - „Können Sie MSM-Gruppen nennen, die Sie für besonders vulnerabel halten?“
- 2 Notieren Sie die genannten Untergruppen auf dem Flipchart.
- 3 Sagen Sie der Gruppe, dass wir jetzt einige dieser MSM-Untergruppen betrachten und überlegen, wie ihre Bedürfnisse in Bezug auf ihre sexuelle Gesundheit aussehen könnten. Markieren Sie die MSM-Gruppen an der Tafel, die Sie in den Arbeitsgruppen diskutieren lassen wollen, und fügen Sie ggf. fehlende MSM-Gruppen hinzu, damit Sie die vollständige Liste der Gruppen haben, über die diskutiert werden soll. Sie sollten mindestens drei MSM-Gruppen für die Diskussion festlegen, um ein Spektrum unterschiedlicher Gespräche zu ermöglichen.
- 4 Zu den MSM-Gruppen, die sich als sinnvoll für die Diskussion erwiesen haben, gehören unter anderem:
  - junge/jugendliche MSM
  - migrantische MSM
  - MSM, die sich nicht als schwul oder bi identifizieren
  - MSM aus ethnischen oder kulturellen Minderheiten
  - Trans\*-MSM
  - MSM, die mit HIV leben
  - MSM, die Sexarbeit machen
  - MSM mit Bedürfnissen hinsichtlich Drogen- und Alkoholabhängigkeit (insbesondere ChemSex)
  - MSM in GefängnissenWenn in der Diskussion weitere relevante Untergruppen identifiziert werden, können diese auch mit einbezogen werden.
- 5 Teilen Sie die Gruppe in kleinere Arbeitsgruppen von 3 bis 5 Personen auf.
- 6 Die Aufgabe für die Arbeitsgruppen besteht darin, sich mit den besonders vulnerablen MSM-Gruppen zu befassen, die sie ausgewählt haben oder die Ihnen zugeteilt wurden, und die wahrscheinlichen oder möglichen Probleme der sexuellen Gesundheit zu ermitteln und zu diskutieren, mit denen die MSM-Gruppe konfrontiert ist. Hilfreiche Impulsfragen können sein:
  - Was sind die Probleme und warum könnte die jeweilige Gruppe davon betroffen sein?
  - Wie sind sie betroffen – wie wirken sich diese Probleme auf sie aus?
  - Welche Unterschiede gibt es für diese MSM-Gruppen, wenn sie z. B. mit HIV leben oder mit einem anderen Problem konfrontiert sind, wenn sie beispielsweise außerdem gehörlos sind oder einen Rollstuhl benutzen? Worin bestehen diese Unterschiede?
- 7 Teilen Sie den Arbeitsgruppen mit, dass sie für diese Aufgabe 30 Minuten Zeit haben, und bitten Sie sie, ihre Diskussionen in Stichpunkten auf einem Flipchart-Blatt festzuhalten (ein Blatt für jede MSM-Gruppe, über die sie diskutieren).
- 8 Bitten Sie die Gruppen nach Ablauf der 30 Minuten, ihre Flipchart-Blätter an die Wand des Schulungsraums zu hängen und der gesamten Gruppe ihre Listen von möglichen Problemen vorzustellen, mit denen die MSM-Untergruppen konfrontiert sind, auf die sie sich konzentriert hatten. Geben Sie jeder Gruppe hierfür etwa 5 Minuten Zeit.
- 9 Jetzt haben Sie eine Liste der Probleme, mit denen die MSM-Untergruppen konfrontiert sind. Teilen Sie den Arbeitsgruppen mit, dass ihre Aufgabe nun darin besteht, Interventionen für eine der MSM-Gruppen zu entwickeln, die sich auf ihre sexuelle Gesundheit konzentrieren, sei es in der direkten Arbeit mit der Gruppe oder in einer Umgebung, in der sich Mitglieder dieser Gruppe aufhalten.
- 10 Die Interventionen sollen mithilfe eines ASTOR-Blattes entwickelt werden. Führen Sie die Gruppe also durch die PowerPoint-Folie, die beschreibt, was ein ASTOR ist, und geben Sie jeder Gruppe ihr eigenes ASTOR-Blatt.



Ein ASTOR ist ein einfaches und nützliches Instrument für die Erstellung von Projekten, mit dem Sie einige der Schlüsselemente ermitteln können, die Sie für eine Intervention benötigen. Es ist aufgegliedert in:

**AIM (ZIELVORGABE):** Was versuchen Sie zu tun?

**SETTING (UMGEBUNG):** Wo tun Sie das, was Sie tun wollen?

**TARGET (ZIELGRUPPE):** Für wen ist die Intervention bestimmt?

**OBJECTIVES (ZIELE):** Welche Schritte sind erforderlich, um das Ziel (AIM) zu erreichen?

**RESSOURCEN:** Was brauchen Sie, um die Intervention durchzuführen?

Zum Beispiel: Geld, Personalzeit, Büroräume, sonstige Ressourcen?

- 11 Sagen Sie den Gruppen, dass sie während des Gesprächs, in dem sie langsam herausfinden, was sie tun wollen, am besten zunächst auf einem anderen Flipchart-Blatt arbeiten und das Ergebnis dann zum Schluss auf das ASTOR-Blatt übertragen sollen. Sagen Sie ihnen, dass sie 30 Minuten für diese Aufgabe haben.

**Moderiertes Feedback/Austausch im Plenum:**

- Der\_die Moderator\_in bittet die Arbeitsgruppen, ihre Ergebnisse zu den jeweils behandelten MSM-Gruppen nacheinander vorzustellen.
- Bitten Sie die Arbeitsgruppen, anhand des ASTOR ihre Intervention vorzustellen. Lassen Sie sie auch ihre weiteren Überlegungen zum Ablauf und dem beabsichtigten Ergebnis der Intervention erläutern. Was könnte damit erreicht werden? Bei Bedarf können die Interventionen durch weitere Vorschläge oder Kommentare aus der Gesamtgruppe ergänzt werden.
- Im Anschluss fragen Sie die gesamte Gruppe nach ihren Erfahrungen mit der Entwicklung dieser Interventionen:
  - Wie war es?
  - Wie wirkt sich ihre Intervention auf die Bedürfnisse der sexuellen Gesundheit der MSM-Gruppe aus, zu der sie gearbeitet haben?
  - Meinen sie, dass die Diskussion dazu beigetragen hat, die Fähigkeiten und den Ansatz zu klären, mit denen sie die Initiative entwickelt haben? Sind diese auch in den MSM-Gruppen, mit denen sich andere Arbeitsgruppen befasst haben, problemlos einsetzbar?
  - Haben sie im Zuge der Entwicklung einer Intervention für ihre jeweilige MSM-Gruppe weitere Ideen oder Gedanken zu Interventionen für andere MSM-Untergruppen gehabt?
- Wenn die Teilnehmer\_innen interessiert sind, verweisen Sie die Gruppe auf das E-Learning-Modul, um weitere Informationen zu besonders vulnerablen MSM-Untergruppen und Links zu Daten zu erhalten. Beenden Sie die Übung.

**Teilnehmer\_innen-Arbeitsblatt: Stigmatisierung bekämpfen – Vulnerable MSM-Gruppen**

ASTOR

<p><b>Aim (Zielvorgabe):</b> Was versuchen Sie zu tun?</p>	
<p><b>Setting (Umgebung):</b> Wo tun Sie das?</p>	
<p><b>Target (Zielgruppe):</b> Für wen ist die Intervention bestimmt?</p>	
<p><b>Objectives (Ziele):</b> Welche Schritte sind erforderlich, um das Ziel (AIM) zu erreichen?</p>	
<p><b>Ressourcen:</b> Was brauchen Sie, um die Intervention durchzuführen?  Zum Beispiel: Geld, Personalzeit, Büroräume, sonstige Ressourcen?</p>	

Titel der Übung:

## Sensibilisierung für die Ursachen von Stigmatisierung von HIV/AIDS und Sexualität

Themenbereich:

Stigmatisierung und Diskriminierung bekämpfen

ESTICOM



### Ziel der Übung:

Aufbau von Wissen über die Ursachen und sowie über die Auswirkungen von Stigmatisierung von HIV/AIDS, sexuell übertragbaren Krankheiten oder Sexualität auf die sexuelle Gesundheit. Diese Übung ermöglicht den Teilnehmer\_innen, die Ursachen von Stigmatisierung in Bezug auf sexuelle Orientierung und HIV/AIDS zu erforschen und zu untersuchen.

### Erwartete Ergebnisse der Übung

Die Teilnehmer\_innen haben über die Ursachen für Stigmatisierung im Zusammenhang mit Sexualität und HIV/AIDS nachgedacht und sind sich nun der Stigmatisierungsmechanismen sowohl in der MSM-Bevölkerung als auch in der breiteren Gesellschaft bewusster. Diese Übung ermöglicht den Teilnehmer\_innen, die Schritte zu untersuchen, die erforderlich sind, um angemessene und akzeptable Dienste für Schwule und andere MSM bereitzustellen.



#### Erforderliches Material:

- Gedrucktes „Probleme“-Blatt (am besten A3-Papier). Alternativ können Sie das Arbeitsblatt auf Flipchart-Papier abschreiben.
- Flipchart, Flipchartpapier und Moderationsstifte
- Papier und Stifte für die Teilnehmer\_innen



#### Vorbereitung der Moderator\_innen:

- Denken Sie über die folgenden drei Bereiche nach:
  - Mangelndes Wissen
  - Mangelnde Sichtbarkeit
  - soziale Normen

und wie diese das Stigma und die Diskriminierung in Bezug auf HIV/AIDS und Sexualität beeinflussen können. Als Beispiel für das Thema mangelnder Sichtbarkeit: Wenn Sie niemals „schwule“ Personen im Fernsehen oder in Filmen sehen, ist es einfach zu glauben, dass sie gar nicht existieren.



#### Hilfreiche Tipps für Moderator\_innen:

- Denken Sie an stigmatisierende Aussagen, die Sie gehört haben oder vielleicht sogar bearbeitet haben, um die Anweisungen für die Gruppe zu unterstützen. Ermutigen Sie sie, über die Dinge nachzudenken, die sie gehört haben, auch während sie die Übung machen.

### Ablauf der Übung: (45 Minuten)

- 1 Führen Sie die Gruppe in das Thema ein und bitten Sie sie, sich zu zweit oder zu dritt zusammenzufinden und über folgende Fragen nachzudenken:
  - „Inwiefern ist HIV stigmatisiert?“
  - Wie äußert sich Stigmatisierung in Bezug darauf, HIV-positiv zu sein oder schwul/ein Mann zu sein, der Sex mit Männern hat?“
- 2 Wenn Sie es für sinnvoll halten, halten Sie einige der Antworten auf dem Flipchart fest. Nehmen Sie sich für dieses Brainstorming etwa 5 Minuten Zeit.
- 3 Wenn das Brainstorming abgeschlossen ist, teilen Sie die Gruppe in 3 kleinere Gruppen auf. Wenn es zu viele Teilnehmer\_innen gibt, um die kleinen Gruppen funktionsfähig zu machen, teilen Sie die große Gruppe in 6 Gruppen auf, und 2 Gruppen betrachten jeweils dieselbe Stigmatisierungsursache.
- 4 Jede Gruppe betrachtet eine der Stigmatisierungsursachen, mit denen wir uns befassen:
  - Mangelndes Wissen
  - Mangelnde Sichtbarkeit
  - Soziale Normen in Bezug auf Geschlecht, Sexualität und Geschlechtsidentität
- 5 Die Gruppen sollen über diese Ursachen für Stigmatisierung nachdenken und ihre Gedanken notieren. Einige hilfreiche Impulsfragen lauten:
  - Was verstehen wir unter „mangelndem Wissen“? Was sind die Wissenslücken und wie spiegeln sich diese in der Stigmatisierung von HIV, Sexualität und Geschlechtsidentität wider?
  - Was ist mit „mangelnder Sichtbarkeit“ von HIV, Sexualität und Geschlechtsidentität gemeint und wie könnte sich dies auf Mechanismen von Stigmatisierung und Diskriminierung auswirken?
  - Was sind „soziale Normen“, und wie spiegeln sich solche „Normen“ in Bezug auf Geschlecht, Sexualität und Geschlechtsidentität in der stigmatisierten MSM-Erfahrung wider?
- 6 Falls nötig, können sie die Gespräche in den Gruppen mit einigen Beispielen für Stigmatisierungsursachen unterstützen, wie z. B.
  - HIV:
    - Angst vor einer Infektion;
    - Angst vor Sterben und Tod;
    - sexuelle Tabus über analsex;
    - als schwul/schmutzig/infiziert bezeichnet werden;
    - das Gefühl, die LGBTQI+-Community „schlecht zu vertreten“, weil man selbst positiv ist;
    - eine „Schlampe“ sein
  - LGBTQI+:
    - als „unnatürlich“ angesehen werden; LGBTQI+ waren/sind in der Öffentlichkeit kaum repräsentiert;
    - die Erwartungen anderer Menschen zu Ihrer Person in Frage stellen/enttäuschen
    - Religion(en) und religiöses Dogma;
    - beschuldigt zu werden, Sex zu haben, der nicht dazu führt, schwanger zu werden oder Kinder zu haben.
- 7 Die Gruppen sollen diese Ursachen für Stigmatisierung sowohl in Bezug auf HIV/AIDS als auch in Bezug auf sexuelle Orientierung betrachten, und zwar sowohl im Kontext der MSM-Population/LGBTQI+-Community als auch allgemein in der Gesellschaft.
- 8 Geben Sie jeder Gruppe genügend Exemplare des „Problem“-Blattes (siehe unten), damit sie es ausfüllen können. Die unten aufgeführten Beispiele dienen lediglich der Information. Die Gruppen erhalten leere Blätter zum Ausfüllen.



### Problem: Mangel an Wissen

HIV/AIDS		Sexuality	
MSM-population	„infektiöse Schlampe“	MSM-population	„zu tuntenhaft“
	Beispiel 2		Beispiel 2
	Beispiel 3 usw. usw.		Beispiel 3 usw. usw.
Gesellschaft	„Tabuisierung von Analsex zwischen Männern“	Gesellschaft	„unnatürlich“
	Beispiel 2		Beispiel 2
	Beispiel 3 usw. usw.		Beispiel 3 usw. usw.

9 Informieren Sie die Gruppen, dass sie für diese Aufgabe 30 Minuten Zeit haben.

### Moderiertes Feedback/Austausch im Plenum: (30 Minuten)

- Wenn die Zeit abgelaufen ist, rufen Sie die Gruppen ins Plenum zurück. Jede Arbeitsgruppe berichtet kurz von ihrer Diskussion und stellt der Gesamtgruppe ihr Plakat mit ihren Ergebnissen vor. Fragen Sie nach Abschluss der Präsentation jeder Kleingruppe, ob es Ergänzungen aus dem Plenum gibt für weitere Stigmatisierungsursachen.
- Wenn es jeweils zwei Gruppen pro „Ursache“ gibt, bitten Sie die Gruppen, sich zusammenzuschließen und 10 Minuten vor Ablauf der vorgegebenen Zeit ihr endgültiges Präsentationsblatt zusammenzustellen.
- Wenn alle Gruppen ihre Ergebnisse vorgestellt haben, beenden Sie die Übung.

## Teilnehmerarbeitsblatt: Bekämpfung von Stigmatisierung und Diskriminierung – Sensibilisierung für Treiber der Stigmatisierung

Problem:			
HIV/AIDS		Sexualität	
MSM-population		MSM-population	
Gesellschaft		Gesellschaft	

Titel der Übung:  
**Schaffung eines vorurteilsfreien Angebots oder Umfelds für Schwule und andere MSM**

Themenbereich:  
**Stigmatisierung und Diskriminierung bekämpfen**

ESTICOM



**Ziel der Übung:**

Diese Übung ermöglicht den Teilnehmer\_innen, sich mit den Schritten zu befassen, die erforderlich sind, um angemessene und akzeptable Dienste für Schwule und andere MSM bereitzustellen. Die Teilnehmer\_innen untersuchen, wie sie Einzelpersonen oder Einrichtungen kompetenter in die Bekämpfung von HIV-Stigmatisierung und Homophobie einbeziehen können, und wie sie darüber hinaus „kulturelle Kompetenz“ anwenden können, um in der Arbeit mit MSM bessere Ergebnisse zu erzielen.

**Erwartete Ergebnisse der Übung:**

Die Teilnehmer\_innen haben die Schritte betrachtet und evaluiert, die zur Schaffung vorurteilsfreier Angebote erforderlich sind, und haben eine bessere Vorstellung davon, wie sie die von ihnen erarbeiteten möglichen Veränderungen in der Praxis herbeiführen können.



**Erforderliches Material:**

- PowerPoint-Folien
- Flipchart, Flipchartpapier und Moderationsstifte
- Papier und Stifte für die Teilnehmer\_innen



**Vorbereitung der Moderator\_innen:**

- ✓ Lesen Sie die Folien über die Definition von Stigmatisierung und die Schritte zu deren Bekämpfung.
- ✓ Bei der Übung geht es nicht darum, Angebote „schlecht zu machen“, die ihre Grundlage nicht in der Community haben, sondern um die Frage, wie alle Angebote verbessert werden könnten.
- ✓ Berücksichtigen Sie sowohl die Anbieter der Teilnehmer\_innen sowie andere lokale Anbieter, wenn Sie nach Beispielen für die Gruppe suchen.
- ✓ Denken Sie daran, sowohl positive als auch negative Beispiele zu verwenden.
- ✓ Betrachten Sie sowohl praktische Fragen als auch Richtlinien-Fragen oder Fragen auf politischer Ebene. Berücksichtigen Sie die Informationen über bestimmte Angebote/Dienste sowie auch den Zugang zu diesen Angeboten/Dienstleistungen.
- ✓ Berücksichtigen Sie alle Aspekte einer „nicht-diskriminierenden“ Praxis. Auch einfache Dinge sind wichtig: Sind z. B. die Öffnungszeiten oder die Zeiten von Gruppen-Angeboten angemessen für den Personenkreis, mit dem Sie arbeiten?
- ✓ Im Folgenden werden zwei unterschiedliche Übungen beschrieben. Im Feedback/Austausch im Plenum ist der Ablauf für beide Übungen gleich. Die zweite Übung ist nur dann anzuwenden, wenn Sie ein Training innerhalb Ihrer eigenen Organisation durchführen und alle Teilnehmer\_innen für denselben Anbieter arbeiten. In diesem Fall sollten Sie in der Vorbereitung auch alle Richtlinien und praktischen Schritte zu Antidiskriminierungspraktiken, die in ihrer Organisation gelten, lesen und verstehen.



**Hilfreiche Tipps für Moderator\_innen:**

- Denken Sie daran, dass Sie nicht alle Antworten haben müssen. Lassen Sie das Wissen und die Erfahrung der Gruppenmitglieder die Diskussionen prägen, und geben Sie bei Bedarf Unterstützung und Hilfestellungen.

**Übung 1: (40 Minuten)**

- 1 Stellen Sie der Gruppe das Thema vor und fragen Sie die Gruppe:
  - „Was verstehen Sie unter vorurteilsfreien/nicht abwertenden Angeboten?“Halten Sie einige der Rückmeldungen aus der Gruppe in Stichpunkten auf dem Flipchart fest, wenn Sie dies für sinnvoll halten. Nehmen Sie sich dafür nur etwa 5 Minuten Zeit (maximal 10), es handelt sich um ein kurzes Brainstorming, keine Diskussion.
- 2 Wenn dies abgeschlossen ist, stellen Sie die Informationen zu den vorgeschlagenen Schritten zum Aufbau vorurteilsfreier Angebote auf den PowerPoint-Folien vor.



**Stigmatisierung definieren**

- UNAIDS definiert Stigmatisierung und Diskriminierung als: „... einen 'Prozess der Abwertung' von Menschen, die mit HIV und AIDS leben oder damit in Verbindung stehen... Diskriminierung folgt auf Stigmatisierung und ist die unfaire oder ungerechte Behandlung einer Person basierend auf... dem wahrgenommenen HIV-Status.“



**Stigmatisierung in Gesundheitseinrichtungen reduzieren**

- Erhöhen Sie das Bewusstsein dafür, was Stigmatisierung ist und warum es sich lohnt, dagegen anzugehen.
- Ängste und falsche Vorstellungen in Bezug auf die Übertragung von HIV müssen behandelt und abgebaut werden.
- Verstehen Sie den Zusammenhang von HIV und AIDS mit unterstellten „unmoralischen“ oder „unlauteren“ Verhaltensweisen, und problematisieren Sie diese Vorstellung.
- Entwickeln Sie klare Handlungsempfehlungen oder spezifische Richtlinien zur Bekämpfung diskriminierenden Verhaltens, und überprüfen Sie diese regelmäßig.

- 3 Es ist sinnvoll, diese Einheit mit den vier Punkten rund um die „kulturelle Kompetenz“ (Bewusstsein, Einstellung, Wissen und Fähigkeiten) zu verknüpfen, indem Sie die PowerPoint-Folie zeigen, sowie die Verbindung zur Diskussion aus der Übung „Als ich jung war“ herzustellen, sofern Sie diese Übung mit der Gruppe durchgeführt haben.



4

**Kulturelle Kompetenz“ besteht aus vier Hauptkomponenten: Bewusstsein, Einstellung, Wissen und Fähigkeiten.****Bewusstsein:**

Es ist wichtig, unsere eigenen Werte und Überzeugungen zu untersuchen, um tief verankerte Vorurteile und Stereotype zu erkennen, die Hindernisse für unser Lernen, unsere persönliche Entwicklung und unsere Arbeit schaffen können. Viele von uns haben blinde Flecken, wenn es um unsere Überzeugungen und Werte geht; ein Diversitätstraining/-Sensibilisierung kann hilfreich sein, um diese aufzudecken.

**Einstellung:**

Unsere Werte und Überzeugungen wirken sich auf die Wirksamkeit in kulturellen Fragen aus, da von diesen abhängt, inwieweit wir unterschiedlichen Ansichten und Meinungen gegenüber aufgeschlossen sind. Je stärker wir unsere Überzeugungen und Werte spüren, desto wahrscheinlicher werden wir emotional reagieren, wenn sie mit kulturellen Unterschieden kollidieren.

**Wissen:**

Je mehr Wissen wir über Menschen aus unterschiedlichen Kulturen und mit unterschiedlichen Hintergründen haben, desto wahrscheinlicher können wir Fehler vermeiden. Zu wissen, wie sich die Kultur auf Problemlösungsstrategien auswirkt, darauf wie wir mit Menschen umgehen, wie wir um Hilfe bitten usw. kann uns dabei helfen, bewusst zu bleiben, wenn wir interkulturell interagieren.

**Fähigkeiten:**

Man kann die „richtige“ Einstellung, ein ausgeprägtes Bewusstsein über die Thematik und viel Wissen über kulturelle Unterschiede haben, aber trotzdem noch nicht die Fähigkeit haben, mit Unterschieden effektiv umzugehen. Wenn wir solche Fähigkeiten nicht erlernt haben oder wenig Gelegenheit zum Üben hatten, reichen unser Wissen und unser Bewusstsein nicht aus, um interkulturelle „Minenfelder“ zu vermeiden und zu bewältigen.

5 Teilen Sie die Gruppe in Kleingruppen von 3-5 Personen auf.

6 Die Aufgabe für die Gruppen besteht darin, sich mit einem Angebot oder einer Umgebung aus der Arbeit mit MSM zu befassen, die entweder Teil ihrer eigenen Organisation oder Teil eines anderen ihnen bekannten communitybasierten oder klinischen Dienstes ist. Sie sollen alle Änderungen erwägen, die an diesem Angebot vorgenommen werden könnten, unter Verwendung der Informationen aus den PowerPoint-Folien und unter den Überschriften Bewusstsein, Einstellung, Wissen und Fähigkeiten. Folgende Impulsfragen können dafür verwendet werden:

- Wie würden diese Änderungen aussehen? Denken Sie an kleine und große Veränderungen, die durchgeführt werden können.
- An wen können Sie sich wenden, um diese Änderungen vorzunehmen, und wie können Sie Unterstützung sowohl für sich selbst als auch für die vorgeschlagenen Änderungen aufbauen?
- Wie können Sie sicherstellen, dass die angebotenen Dienstleistungen „kulturell kompetent“ sind? Dass Sie tatsächlich für die Menschen arbeiten, die Ihre Dienste nutzen?
- Wie könnten Sie Netzwerke nutzen, um sich gegenseitig zu unterstützen? Welche Netzwerke gibt es schon; und wie könnte dieses Training genutzt werden, um neue aufzubauen?
- Wie würde ein „perfektes“ Angebot aussehen? In dem Bewusstsein, dass es nirgendwo einen perfekten Dienstleister gibt, geht es hier darum, herauszufinden, wie man ein Angebot so gut wie nur irgend möglich gestalten kann.

7 Sagen Sie den Gruppen, dass sie für diese Aufgabe 20 Minuten Zeit haben.

**Übung 2 (nur in einem Training innerhalb der eigenen Organisation anzuwenden): (40 Minuten)**

Führen Sie die Trainingseinheit wie in Übung 1 bis Punkt 5 aus.

- 5 Die Aufgabe für die Gruppen besteht darin, in der Übung ihr eigenes Dienstleistungsangebot oder die eigene Umgebung in ihrer Arbeit mit MSM zu betrachten. Sie sollen alle Änderungen erwägen, die an ihrem Angebot vorgenommen werden könnten, unter Verwendung der Informationen aus den PowerPoint-Folien und unter den Überschriften Bewusstsein, Einstellung, Wissen und Fähigkeiten. Folgende Impulsfragen können dafür verwendet werden:
- Wie würden diese Änderungen aussehen? Denken Sie an kleine und große Änderungen, die durchgeführt werden können.
  - Welche Richtlinien gibt es in Ihrer Einrichtung, die den Aufbau vorurteilsfreier/nicht-abwertender Angebote unterstützen? Kennen alle Mitarbeiter\_innen diese Richtlinien? (Einschließlich Rezeption, Reinigung und sonstigem Hilfspersonal)
  - Wissen Ihre Klient\_innen über die Richtlinien Ihres Dienstes Bescheid? Wie erfahren Sie davon? Wie können Sie sicherstellen, dass sie diese kennen?
  - Wenn Sie mögliche Änderungen oder Ergänzungen zu praktischen Vorgehensweisen und Richtlinienfragen ermittelt haben: An wen können Sie sich wenden, um diese Änderungen vorzunehmen/durchzusetzen? Wie können Sie Unterstützung sowohl für sich selbst als auch für die von Ihnen vorgeschlagenen Änderungen aufbauen?
  - Wie würde ein „perfektes“ Angebot aussehen? In dem Bewusstsein, dass es nirgendwo einen perfekten Dienstleister gibt, geht es hier darum, herauszufinden, wie man ein Angebot so gut wie nur irgend möglich gestalten kann.
- 6 Sagen Sie den Gruppen, dass sie für diese Aufgabe 20 Minuten Zeit haben.

**Moderiertes Feedback/Austausch im Plenum: (30 Minuten)**

Wenn die Zeit abgelaufen ist, bitten Sie die Arbeitsgruppen, von ihren Diskussionen zu berichten. Sie haben ungefähr 5 Minuten Zeit für jede Gruppe. Folgende Punkte sollten in der Rückmeldung jeder Gruppe enthalten sein:

- Mit welchem Angebot oder welcher Dienstleistungsart hat sich die Gruppe befasst?
- Was sind die drei wichtigsten Änderungen, die die Gruppe vorschlägt, sowohl auf der Ebene praktischer Vorgehensweisen als auch auf Richtlinien-Ebene?
- Wie können sie für Transparenz sorgen, damit Nutzer\_innen über Richtlinien informiert werden, die sie unterstützen, wenn sie Diskriminierung erfahren? Wie können Nutzer\_innen wissen, wie diese Richtlinien angewandt werden?
- Wie könnten sie die von ihnen vorgeschlagenen Veränderungen angehen?
- Wer könnte an den Änderungen beteiligt sein?
- Welche Art der Unterstützung ist für diese Veränderungen notwendig?

Wenn alle Gruppen ihre Ergebnisse vorgestellt haben, fragen Sie, ob es weitere Punkte zur Ergänzung gibt. Verweisen Sie die Gruppe auf das E-Learning-Modul, um weitere Informationen und unterstützende Ressourcen zu erhalten, die für das Erstellen von Richtlinien für vorurteilsfreie/nicht-abwertende Angebote hilfreich sein können. Beenden Sie die Übung.

## Zusätzliche Informationen:

Die folgenden Informationen können Ihnen bei den Diskussionen oder Fragen aus der Gruppe helfen. Sie sind außerdem in noch ausführlicherer Form im E-Learning-Modul zu finden.

### Stigmatisierung definieren

- UNAIDS definiert Stigmatisierung und Diskriminierung in Zusammenhang mit HIV als: „... einen 'Prozess der Abwertung' von Menschen, die entweder mit HIV und AIDS leben oder damit in Verbindung stehen ... Diskriminierung folgt auf Stigmatisierung und ist die unfaire und ungerechte Behandlung einer Person aufgrund ihres tatsächlichen oder wahrgenommenen HIV-Status.“
- „Stigmatisierung verstärkt häufig bestehende Vorurteile und Ungleichheiten. HIV-bedingte Stigmatisierung schwächt in der Regel diejenigen Menschen am meisten, die bereits sozial ausgegrenzt sind und eng mit HIV und AIDS in Verbindung gebracht werden, wie z. B. Prostituierte, Männer, die Sex mit Männern haben, Konsument\_innen injizierter Drogen und Gefängnisinsass\_innen.“
- Es gibt viele Arten und Weisen, in denen sich Stigmatisierung im Zusammenhang mit HIV im Gesundheitswesen zeigt. Eine Studie in Tansania dokumentierte eine breite Palette von diskriminierenden und stigmatisierenden Praktiken und kategorisierte sie grob in Vernachlässigung, unterschiedliche Behandlung, Verweigerung der Pflege, Testen und Offenlegen des HIV-Status ohne Zustimmung und verbalen Missbrauch/Klatsch.
- Stigmatisierung und Diskriminierung im Gesundheitswesen und anderswo hindern Menschen (einschließlich Gesundheitsdienstleister) daran, Verhaltensweisen zur HIV-Prävention anzunehmen und Zugang zu erforderlicher Pflege und Behandlung zu erhalten. Die Angst, als HIV-infiziert eingestuft zu werden, erhöht die Wahrscheinlichkeit, dass Menschen es vermeiden, sich auf HIV testen zu lassen, ihren HIV-Status gegenüber Leistungserbringern und Familienmitgliedern offenzulegen oder eine Behandlung und Pflege in Anspruch zu nehmen, wodurch ihre Gesundheit und ihr Wohlbefinden beeinträchtigt werden.
- Stigmatisierung hat einen erheblichen „Preis“, sowohl für den Einzelnen als auch für die öffentliche Gesundheit. Untersuchungen haben gezeigt, dass die Erfahrung von oder die Angst vor Stigmatisierung häufig dazu führt, dass die Behandlung verschoben oder abgelehnt wird, dass aus Diskretionsgründen eine weit entfernte Behandlung in Anspruch genommen wird und dass Medikamente nicht eingenommen werden.
- Forschungen, die bei der Allgemeinbevölkerung in verschiedenen Teilen der Welt durchgeführt wurden, haben drei sofort bekämpfbare Hauptursachen für HIV-bedingte Stigmatisierung in der Umgebung einer Community ergeben:
  - ▶ Mangelndes Bewusstsein, was Stigmatisierung ist und warum sie schädlich ist;
  - ▶ Angst vor Alltagskontakt aufgrund von unvollständigem Wissen über die Übertragung von HIV; und
  - ▶ Werte, die Menschen mit HIV mit unangemessenem oder unmoralischem Verhalten in Verbindung bringen.

### Reduzierung der Stigmatisierung in Gesundheitseinrichtungen

- Eine wichtige Lehre, die sich aus jüngsten Forschungen und Praxiserfahrungen ergibt, ist, dass sich die Interventionen zur Bekämpfung von Stigmatisierungsmechanismen im Gesundheitswesen auf die Ebene des Individuums, der Umwelt und der Richtlinien/Politik konzentrieren müssen.

#### Individuelle Ebene:

- Auf individueller Ebene ist es von entscheidender Bedeutung, das Bewusstsein des Gesundheitspersonals für Stigmatisierung und die Vorteile ihrer Verringerung zu schärfen. Ein besseres Verständnis dessen, was Stigma ist, wie es sich manifestiert und welche negativen Konsequenzen es hat, kann dazu beitragen, Stigma und Diskriminierung zu reduzieren und die Interaktionen zwischen Patient\_innen und Anbieter\_innen zu verbessern.
- Die Befürchtungen und Missverständnisse des Gesundheitspersonals in Bezug auf die HIV-Übertragung müssen ebenfalls behandelt werden. Die Programme müssen den Angehörigen der Gesundheitsberufe umfassende Informationen darüber liefern, wie HIV übertragen wird und wie nicht, und wie die Anwendung allgemeiner Vorsichtsmaßnahmen ihre Befürchtungen zerstreuen kann.
- Es ist außerdem unerlässlich, den Zusammenhang von HIV und AIDS mit der Annahme/Unterstellung unmoralischer und unangemessener Verhaltensweisen zu verstehen, um Wahrnehmungen entgegenzutreten, die stigmatisierende Einstellungen gegenüber Menschen fördern, die mit HIV leben.

#### „Umwelt“ Ebene

- In der physischen Umgebung müssen die Anbieter sicherstellen, dass das Gesundheitspersonal über die erforderlichen Informationen, Hilfsmittel und Ausrüstungen verfügt, um allgemeine Vorsichtsmaßnahmen zu treffen und die Übertragung von HIV bei der Ausübung des Berufs zu verhindern.

#### Richtlinien-Ebene

- Der Mangel an spezifischen Richtlinien oder klaren Anleitungen in Bezug auf die Versorgung von Patient\_innen mit HIV verstärkt das diskriminierende Verhalten des Gesundheitspersonals. Die Gesundheitseinrichtungen müssen Richtlinien einführen, die die Sicherheit und Gesundheit der Patient\_innen sowie des Gesundheitspersonals schützen, um die Diskriminierung von Menschen mit HIV zu verhindern. Solche Richtlinien sind am erfolgreichsten, wenn sie zusammen entwickelt, den Mitarbeiter\_innen klar mitgeteilt und nach der Implementierung routinemäßig überwacht werden.

#### Die entsprechenden Handlungsvorschläge sind u.a.:

- Die Einbeziehung aller Mitarbeiter\_innen, nicht nur der Angehörigen der Gesundheitsberufe, in die Fortbildungen und in die Ausarbeitung von Richtlinien
- Verwenden Sie partizipative Übungen wie Spiele, Rollenspiele, Übungen und Gruppendiskussionen, um Erfahrungen auszutauschen
- Anbieten von Trainings zu Stigmatisierung und allgemeinen Vorsichtsmaßnahmen
- Einbeziehung von HIV-Infizierten in den Aufbau von Richtlinien und in die Entwicklung der Schulungen für Mitarbeiter\_innen
- Regelmäßige Überwachung der Stigmatisierung im Bereich des Gesundheitspersonals
- Nutzen vorhandener Instrumente
- Eingehen auf die Bedürfnisse von HIV-infiziertem Gesundheitspersonal durch das Angebot von Dienstleistungen wie Beratung, Tests und Unterstützung.“

Entnommen aus: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2731724/>

## Stigmatisierung und Diskriminierung bekämpfen:

### Schaffung von vorurteilsfreien Angeboten oder Umfeldern für Schwule und andere MSM

#### Stigmatisierung definieren

UNAIDS definiert Stigmatisierung und Diskriminierung in Zusammenhang mit HIV als: „... einen 'Prozess der Abwertung' von Menschen, die entweder mit HIV und AIDS leben oder damit in Verbindung stehen ... Diskriminierung folgt auf Stigmatisierung und ist die unfaire und ungerechte Behandlung einer Person aufgrund ihres tatsächlichen oder wahrgenommenen HIV-Status.“

„Stigmatisierung verstärkt häufig bestehende Vorurteile und Ungleichheiten. HIV-bedingte Stigmatisierung schwächt in der Regel diejenigen Menschen am meisten, die bereits sozial ausgegrenzt sind und eng mit HIV und AIDS in Verbindung gebracht werden, wie z. B. Prostituierte, Männer, die Sex mit Männern haben, Konsument\_innen injizierter Drogen und Gefängnisinsass\_innen.“

Es gibt viele Arten und Weisen, in denen sich Stigmatisierung im Zusammenhang mit HIV im Gesundheitswesen zeigt. Eine Studie in Tansania dokumentierte eine breite Palette von diskriminierenden und stigmatisierenden Praktiken und kategorisierte sie grob in Vernachlässigung, unterschiedliche Behandlung, Verweigerung der Pflege, Testen und Offenlegen des HIV-Status ohne Zustimmung und verbalen Missbrauch/Klatsch.

Stigmatisierung und Diskriminierung im Gesundheitswesen und anderswo hindern Menschen (einschließlich Gesundheitsdienstleister) daran, Verhaltensweisen zur HIV-Prävention anzunehmen und Zugang zu erforderlicher Pflege und Behandlung zu erhalten. Die Angst, als HIV-infiziert eingestuft zu werden, erhöht die Wahrscheinlichkeit, dass Menschen es vermeiden, sich auf HIV testen zu lassen, ihren HIV-Status gegenüber Leistungserbringern und Familienmitgliedern offenzulegen oder eine Behandlung und Pflege in Anspruch zu nehmen, wodurch ihre Gesundheit und ihr Wohlbefinden beeinträchtigt werden.

Stigmatisierung hat einen erheblichen „Preis“, sowohl für den Einzelnen als auch für die öffentliche Gesundheit. Untersuchungen haben gezeigt, dass die Erfahrung von oder die Angst vor Stigmatisierung häufig dazu führt, dass die Behandlung verschoben oder abgelehnt wird, dass aus Diskretionsgründen eine weit entfernte Behandlung in Anspruch genommen wird und dass Medikamente nicht eingenommen werden.

Forschungen, die bei der Allgemeinbevölkerung in verschiedenen Teilen der Welt durchgeführt wurden, haben drei sofort bekämpfbare Hauptursachen für HIV-bedingte Stigmatisierung in der Umgebung einer Community ergeben:

- Mangelndes Bewusstsein, was Stigmatisierung ist und warum sie schädlich ist;
- Angst vor Alltagskontakt aufgrund von unvollständigem Wissen über die Übertragung von HIV; und
- Werte, die Menschen mit HIV mit unangemessenem oder unmoralischem Verhalten in Verbindung bringen.

#### Reduzierung der Stigmatisierung in Gesundheitseinrichtungen

Eine wichtige Lehre, die sich aus jüngsten Forschungen und Praxiserfahrungen ergibt, ist, dass sich die Interventionen zur Bekämpfung von Stigmatisierungsmechanismen im Gesundheitswesen auf die Ebene des Individuums, der Umwelt und der Richtlinien/Politik konzentrieren müssen.

#### Individuelle Ebene:

Auf individueller Ebene ist es von entscheidender Bedeutung, das Bewusstsein des Gesundheitspersonals für Stigmatisierung und die Vorteile ihrer Verringerung zu schärfen. Ein besseres Verständnis dessen, was Stigma ist, wie es sich manifestiert und welche negativen Konsequenzen es hat, kann dazu beitragen, Stigma und

Diskriminierung zu reduzieren und die Interaktionen zwischen Patient\_innen und Anbieter\_innen zu verbessern.

Die Befürchtungen und Missverständnisse des Gesundheitspersonals in Bezug auf die HIV-Übertragung müssen ebenfalls behandelt werden. Die Programme müssen den Angehörigen der Gesundheitsberufe umfassende Informationen darüber liefern, wie HIV übertragen wird und wie nicht, und wie die Anwendung allgemeiner Vorsichtsmaßnahmen ihre Befürchtungen zerstreuen kann.

Es ist außerdem unerlässlich, den Zusammenhang von HIV und AIDS mit der Annahme/Unterstellung unmoralischer und unangemessener Verhaltensweisen zu verstehen, um Wahrnehmungen entgegenzutreten, die stigmatisierende Einstellungen gegenüber Menschen fördern, die mit HIV leben.

#### „Umwelt“-Ebene

In der physischen Umgebung müssen die Anbieter sicherstellen, dass das Gesundheitspersonal über die erforderlichen Informationen, Hilfsmittel und Ausrüstungen verfügt, um allgemeine Vorsichtsmaßnahmen zu treffen und die Übertragung von HIV bei der Ausübung des Berufs zu verhindern.

#### Richtlinien-Ebene

Der Mangel an spezifischen Richtlinien oder klaren Anleitungen in Bezug auf die Versorgung von Patient\_innen mit HIV verstärkt das diskriminierende Verhalten des Gesundheitspersonals. Die Gesundheitseinrichtungen müssen Richtlinien einführen, die die Sicherheit und Gesundheit der Patient\_innen sowie des Gesundheitspersonals schützen, um die Diskriminierung von Menschen mit HIV zu verhindern. Solche Richtlinien sind am erfolgreichsten, wenn sie zusammen entwickelt, den Mitarbeiter\_innen klar mitgeteilt und nach der Implementierung routinemäßig überwacht werden.

Die entsprechenden Handlungsvorschläge sind u.a.:

- Die Einbeziehung aller Mitarbeiter\_innen, nicht nur der Angehörigen der Gesundheitsberufe, in die Fortbildungen und in die Ausarbeitung von Richtlinien
- Verwenden Sie partizipative Übungen wie Spiele, Rollenspiele, Übungen und Gruppendiskussionen, um Erfahrungen auszutauschen
- Anbieten von Trainings zu Stigmatisierung und allgemeinen Vorsichtsmaßnahmen
- Einbeziehung von HIV-Infizierten in den Aufbau von Richtlinien und in die Entwicklung der Schulungen für Mitarbeiter\_innen
- Regelmäßige Überwachung der Stigmatisierung im Bereich des Gesundheitspersonals
- Nutzen vorhandener Instrumente
- Eingehen auf die Bedürfnisse von HIV-infiziertem Gesundheitspersonal durch das Angebot von Dienstleistungen wie Beratung, Tests und Unterstützung.'

Entnommen aus: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2731724/>

Die Schaffung eines vorurteilsfreien/nicht abwertenden Dienstes oder Umfelds hängt stark vom Verständnis und dem Einsatz kultureller Kompetenz ab. Kulturelle Kompetenz bezieht sich auf die Fähigkeit, interkulturelle Unterschiede erfolgreich zu verhandeln, um praktische Ziele zu erreichen.

„Kulturelle Kompetenz“ besteht aus vier Hauptkomponenten: Bewusstsein, Einstellung, Wissen und Fähigkeiten.

#### Bewusstsein:

„Es ist wichtig, unsere eigenen Werte und Überzeugungen zu untersuchen, um tief verankerte Vorurteile und Stereotype zu erkennen, die Hindernisse für unser Lernen, unsere persönliche Entwicklung und unsere Arbeit schaffen können. Viele von uns haben blinde Flecken, wenn es um unsere Überzeugungen und Werte geht; ein Diversitätstraining/-Sensibilisierung kann hilfreich sein, um diese aufzudecken.“

### Einstellung:

Unsere Werte und Überzeugungen wirken sich auf die Wirksamkeit in kulturellen Fragen aus, da von diesen abhängt, inwieweit wir unterschiedlichen Ansichten und Meinungen gegenüber aufgeschlossen sind. Je stärker wir unsere Überzeugungen und Werte spüren, desto wahrscheinlicher werden wir emotional reagieren, wenn sie mit kulturellen Unterschieden kollidieren.

### Wissen:

Je mehr Wissen wir über Menschen aus unterschiedlichen Kulturen und mit unterschiedlichen Hintergründen haben, desto wahrscheinlicher können wir Fehler vermeiden. Zu wissen, wie sich die Kultur auf Problemlösungsstrategien auswirkt, darauf wie wir mit Menschen umgehen, wie wir um Hilfe bitten usw. kann uns dabei helfen, bewusst zu bleiben, wenn wir interkulturell interagieren.

### Fähigkeiten:

Man kann die „richtige“ Einstellung, ein ausgeprägtes Bewusstsein über die Thematik und viel Wissen über kulturelle Unterschiede haben, aber trotzdem noch nicht die Fähigkeit haben, mit Unterschieden effektiv umzugehen. Wenn wir solche Fähigkeiten nicht erlernt haben oder wenig Gelegenheit zum Üben hatten, reichen unser Wissen und unser Bewusstsein nicht aus, um interkulturelle „Minenfelder“ zu vermeiden und zu bewältigen.“

Nach: **Rainbow Heights LGBT Project.**

Es gibt ein nützliches Evaluationsinstrument, mit dem die Stigmatisierung innerhalb von Diensten gemessen werden kann. Es wird hier in Bezug auf Stigmatisierung von HIV und LGBTQI+/MSM vorgestellt.

### Messen von HIV-Stigmatisierung und Diskriminierung

Entnommen aus: [http://strive.lshtm.ac.uk/system/files/attachments/STRIVE\\_stigma%20brief-A4.pdf](http://strive.lshtm.ac.uk/system/files/attachments/STRIVE_stigma%20brief-A4.pdf)

„Das Ausmaß der Stigmatisierung und Diskriminierung im Zusammenhang mit HIV/AIDS lässt sich anhand einer Reihe von Fragen messen, die sich an die allgemeine Bevölkerung, an Beschäftigte im Gesundheitswesen und an Menschen richten, die selbst mit HIV leben. Das Folgende ist ein Beispiel dafür, wie eine solche Evaluations-Übung aussehen könnte:

Veranschauliche Fragen zum Thema HIV-Stigmatisierung und -Diskriminierung

	Allgemeinbevölkerung	Personal im Gesundheitswesen	Menschen, die mit HIV leben
Bereich			
Furcht vor Infektion	Befürchten Sie, dass Sie sich mit HIV infizieren könnten, wenn Sie mit dem Speichel eines HIV-Infizierten in Berührung kommen?	Wie besorgt wären Sie über eine HIV-Infektion, wenn Sie Folgendes tun würden? <ul style="list-style-type: none"> <li>• Messung der Temperatur einer mit HIV lebenden Person</li> <li>• etc.</li> <li>• etc</li> </ul> Wenden Sie normalerweise eine der folgenden Maßnahmen an, wenn Sie Dienstleistungen für einen mit HIV lebenden Patient_innen erbringen? <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vermeidung von Körperkontakt</li> <li>• etc.</li> <li>• etc.</li> </ul> Wie besorgt sind Sie über die Unterstützung bei der Geburt und Entbindung, wenn: <ul style="list-style-type: none"> <li>• die Frau mit HIV lebt?</li> <li>• der HIV-Status der Frau unbekannt ist?</li> </ul>	N/A
Soziale Verurteilung	Stimmen Sie der folgenden Aussage zu oder nicht: <p>„Ich würde mich schämen, wenn jemand in meiner Familie HIV hätte.“</p>	Stimmen Sie den folgenden Aussagen absolut, einigermaßen, nicht oder überhaupt nicht zu? <p>„Menschen, die mit HIV leben, hätten HIV vermeiden können, wenn sie gewollt hätten.“</p> <p>„Menschen, die mit HIV leben, sollten sich schämen.“</p> <p>„Ich würde mich schämen, wenn jemand in einer Familie mit HIV infiziert wäre.“</p>	Stimmen Sie der folgenden Aussage zu oder nicht: <p>„Die Leute halten HIV für schändlich und sollten nicht mit mir in Verbindung gebracht werden.“</p>

Rechtlicher Rahmen und Richtlinien	Weiterentwicklung erforderlich.	Treffen die folgenden Aussagen für Sie zu?  „In meiner Gesundheitseinrichtung gibt es Richtlinien, die HIV-positive Patienten vor Diskriminierung schützen.“  „Ich bekomme bei der Arbeit Schwierigkeiten, wenn ich die Richtlinien zum Schutz von HIV-Patienten nicht befolge.“  „Seitdem ich in meiner Einrichtung arbeite, wurde ich darin geschult, die Vertraulichkeit des HIV-Status von Patienten zu schützen.“	Haben Sie von [hier die bekanntesten nationalen Gesetze oder Richtlinien Ihres Landes einfügen] gehört, die die Rechte der Menschen schützen, die in diesem Land mit HIV leben?  Wenn ja, haben Sie jemals den Inhalt dieses Gesetzes/dieser Richtlinie gelesen oder mit jemandem darüber gesprochen?  Waren Sie in den letzten 12 Monaten an der Entwicklung von Gesetzen, Richtlinien oder Leitfäden in Bezug auf HIV beteiligt?  Haben Sie das Gefühl, in einem der folgenden Bereiche Entscheidungen beeinflussen zu können?  <ul style="list-style-type: none"> <li>• Rechtliche Angelegenheiten, die Menschen betreffen, die mit HIV leben.</li> <li>• Lokale/kommunale öffentliche Richtlinien, die Menschen betreffen, die mit HIV leben.</li> <li>• Nationale/staatliche Richtlinien, die Menschen betreffen, die mit HIV leben.</li> </ul>
Vorweggenommene Stigmatisierung	Sind die erwarteten Reaktionen anderer Menschen auf ein mögliches positives Testergebnis ihrer Meinung nach ein Grund dafür, warum manche Menschen zögern, sich auf HIV testen zu lassen?	Wie sehr zögern Ihrer Meinung nach die Mitarbeiter_innen im Gesundheitswesen dieser Einrichtung, einen HIV-Test durchzuführen, weil sie die Reaktion anderer befürchten, wenn das Testergebnis positiv ausfällt?  Wie sehr zögern die Mitarbeiter_innen im Gesundheitswesen dieser Einrichtung, unabhängig von ihren Pflichten mit einem mit HIV lebenden Mitarbeiter zusammenzuarbeiten?	Waren die Ängste davor, wie andere Menschen (zum Beispiel Ihre Freund_innen, Familie, Arbeitgeber oder Community) im Fall eines positiven HIV-Testergebnisses reagieren würden, für Sie ein Grund zu zögern, sich testen zu lassen? Ja/Nein  Hatten Sie in den letzten 12 Monaten Angst vor einem der folgenden Ereignisse?  <ul style="list-style-type: none"> <li>• Zielscheibe von Lästereien zu werden.</li> <li>• beschimpft, belästigt und/oder bedroht zu werden.</li> <li>• körperlich belästigt und/oder bedroht zu werden.</li> <li>• körperlich angegriffen zu werden.</li> </ul>

Verinnerlichte Stigmatisierung	N/A	N/A	Haben Sie in den letzten 12 Monaten aufgrund Ihres HIV-Status eines oder mehrere der folgenden Gefühle verspürt?  <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ich habe mich geschämt.</li> <li>• Ich fühlte mich schuldig.</li> <li>• Ich habe mir Vorwürfe gemacht.</li> <li>• Ich habe anderen Vorwürfe gemacht.</li> <li>• Ich hatte ein geringes Selbstwertgefühl.</li> <li>• Ich hatte das Gefühl, ich sollte bestraft werden.</li> <li>• Ich hatte Selbstmordgedanken.</li> </ul>
Wahrgenommene Stigmatisierung war	Reden die Leute schlecht über Menschen, die mit HIV leben oder von denen sie annehmen, dass sie mit HIV leben?  Verlieren Menschen, die mit HIV leben oder von denen man annimmt, dass sie mit HIV leben, Respekt oder Ansehen?	Wie oft haben Sie in den letzten 12 Monaten in Ihrer Gesundheitseinrichtung Folgendes beobachtet?  Beschäftigte im Gesundheitswesen, die schlecht über Menschen sprechen, die mit HIV leben oder von denen sie annehmen, dass sie mit HIV leben.	Siehe parallele Fragen unter „erfahrene Stigmatisierung“.
Erfahrene Stigmatisierung (außerhalb des gesetzlichen Geltungsbereichs)	Würden Sie frisches Gemüse von einem Ladenbesitzer oder Verkäufer kaufen, wenn Sie wüssten, dass diese Person HIV hat?	Wie oft haben Sie in den letzten 12 Monaten Folgendes erfahren:  <ul style="list-style-type: none"> <li>• Leute reden schlecht über Sie, weil Sie sich um Patient_innen kümmern, die mit HIV leben.</li> <li>• Sie wurden von Freund_innen oder der Familie gemieden, weil Sie sich um Patient_innen kümmern, die mit HIV leben.</li> <li>• Es wurde angenommen, dass Sie HIV-positiv seien, weil Sie Patient_innen mit HIV betreuen.</li> </ul>	Wie oft wurde in den letzten 12 Monaten auf Grund Ihres HIV-Status über Sie gelästert?  Wie oft wurden Sie in den letzten 12 Monaten von gesellschaftlichen Zusammenkünften oder Aktivitäten ausgeschlossen?

<p>Diskriminierung (innerhalb des gesetzlichen Geltungsbereichs)</p>	<p>Glauben Sie, dass Kinder mit HIV in der Lage sein sollten, mit HIV-negativen Kindern zur Schule zu gehen?</p> <p>Sollte eine Lehrerin, die HIV hat, aber nicht krank ist, Ihrer Meinung nach weiterhin in der Schule unterrichten dürfen?</p>	<p>Stimmen Sie den folgenden Aussagen zu?</p> <p><i>„Ich würde niemals eine_n Patient_in ohne Einverständniserklärung auf HIV testen.“</i></p> <p><i>„Unabhängig von meinen Ansichten oder Gefühlen ist es meine berufliche Verantwortung, in Bezug auf mit HIV lebenden Patient_innen die Schweigepflicht zu wahren.“</i></p> <p>Um die Stigmatisierung der relevanten demographischen Gruppen zu bewerten:</p> <p><i>„Gruppen zu bewerten würde ich es vorziehen, keine Dienstleistungen zu erbringen für:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><i>• Menschen, die sich illegale Drogen injizieren</i></li> <li><i>• Männer, die Sex mit Männern haben</i></li> <li><i>• Sexarbeiter_innen</i></li> <li><i>• Transgender-Menschen</i></li> <li><i>• Frauen, die Sex mit Frauen haben</i></li> <li><i>• Migrant_innen“</i></li> </ul> <p>Für jede der demographischen Gruppen, für die die Frage bejaht wurde, gibt es eine Folgefrage:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><i>• Ich stimme aus folgenden Gründen zu:</i></li> <li><i>• „Sie setzen mich einem höheren Krankheitsrisiko aus.“</i></li> <li><i>• „Diese Gruppe verhält sich unmoralisch.“</i></li> <li><i>• „Ich habe keine Ausbildung für die Arbeit mit dieser Gruppe erhalten.“</i></li> <li><i>• „Ich mache mir Sorgen, dass die Leute denken, ich sei Teil dieser Gruppe.“</i></li> </ul>	<p>Wie oft wurde Ihnen in den letzten 12 Monaten aufgrund Ihres HIV-Status die medizinische Versorgung (einschließlich der zahnärztlichen Versorgung) verweigert?</p> <p>War die Entscheidung, auf HIV getestet zu werden, Ihre Entscheidung?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><i>• „Ja, ich habe selbst die Entscheidung getroffen, getestet zu werden (d. h. es war freiwillig).“</i></li> <li><i>• „Ich habe die Entscheidung getroffen, getestet zu werden, wurde aber von anderen unter Druck gesetzt.“</i></li> <li><i>• „Ich musste einen HIV-Test machen (Zwang).“</i></li> <li><i>• „Ich wurde ohne mein Wissen getestet.“</i></li> <li><i>• „Ich fand es erst heraus, nachdem der Test durchgeführt worden war.“</i></li> </ul> <p>Um die Stigmatisierung der relevanten demographischen Gruppen zu bewerten:</p> <p>Wenn Sie aus anderen Gründen als Ihrem HIV-Status Stigmatisierung und/oder Diskriminierung erfahren haben, wählen Sie bitte eine Kategorie aus, die am besten erklärt, warum Sie stigmatisiert und/oder diskriminiert wurden:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><i>• sexuelle Orientierung (Männer, die Sex mit Männern haben, schwul oder lesbisch, bisexuell) Geschlechtsidentität (transgender / nicht-binär).</i></li> <li><i>• Sexarbeiter_in</i></li> <li><i>• Konsument_in von Injektionsdrogen</i></li> <li><i>• Flüchtling oder Asylbewerber_in</i></li> <li><i>• Binnenvertriebene</i></li> <li><i>• Mitglied einer indigenen Gruppe</i></li> <li><i>• Wanderarbeiter_in</i></li> <li><i>• Gefängnisinsasse</i></li> <li><i>• Keiner der oben genannten Gründe/andere Gründe</i></li> </ul>
--	--	---	---

Resilienz	N/A	<p>Wie oft haben Sie in den letzten 12 Monaten in Ihrer Gesundheitseinrichtung Folgendes beobachtet?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Beschäftigte im Gesundheitswesen, die sich mit jemandem auseinandersetzen oder ihn aufklären, der/die Menschen mit HIV schlecht behandelt oder schlecht über sie gesprochen hat</li> </ul>	<p>Haben Sie in den letzten 12 Monaten jemanden konfrontiert, herausgefordert oder aufgeklärt, der Sie stigmatisiert und/oder diskriminiert hat?</p> <p>Haben Sie in den letzten 12 Monaten Menschen unterstützt, die mit HIV leben?</p> <p>Wenn ja, welche Art von Unterstützung haben Sie geleistet?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>emotionale Unterstützung</li> <li>körperliche Unterstützung</li> <li>Verweis auf andere Dienste</li> </ul>
-----------	-----	--	--

Diese Art von Messinstrument kann auch angepasst werden, um das Ausmaß von Stigmatisierung in Bezug auf andere Themen wie HIV-Status im Zusammenhang mit sexueller Orientierung zu messen. Das Folgende ist ein Vorschlag, wie dies aussehen könnte:

	Allgemeinbevölkerung	Personal im Gesundheitswesen	MSM/LGBTQI+
Bereich			
Furcht vor Infektion	<p>Befürchten Sie, dass Sie sich mit HIV infizieren könnten, wenn Sie mit einem schwulen Mann in Kontakt kommen?</p>	<p>Wie besorgt wären Sie über eine HIV-Infektion, wenn Sie Folgendes tun würden?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Messung der Temperatur eines mit HIV lebenden Patienten</li> <li>etc.</li> <li>etc</li> </ul> <p>Wenden Sie normalerweise eine der folgenden Maßnahmen an, wenn Sie Dienstleistungen für einen mit HIV lebenden Patient_innen erbringen?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Vermeidung von Körperkontakt</li> <li>etc.</li> <li>etc</li> </ul> <p>Wie besorgt sind Sie über die Arbeit mit HIV-positiven MSM?</p>	<p>Wenn Sie ein HIV-negativer Mann sind, weigern Sie sich, mit HIV-positiven Männern zu schlafen, weil Sie befürchten, sich mit HIV anzustecken?</p> <p>Denken Sie, dass HIV-positive Männer ihre Sexualpartner vor dem Sex über ihren HIV-Status informieren sollten?</p> <p>Denken Sie, dass HIV-positive Männer, die ihren Partnern nicht mitteilen, dass sie HIV-positiv sind, bevor sie Sex haben, strafrechtlich verfolgt werden sollten?</p>

Soziale Verurteilung	Stimmen Sie der folgenden Aussage zu oder nicht:  „Ich würde mich schämen, wenn jemand in meiner Familie schwul/LGBTQI+ wäre.“	Stimmen Sie den folgenden Aussagen absolut, einigermaßen, nicht oder überhaupt nicht zu?  „MSM, die mit HIV leben, hätten HIV vermeiden können, wenn sie gewollt hätten.“  „MSM könnte ihre sexuelle Orientierung ändern, wenn sie es wirklich wollten.“  „Ich würde mich schämen, wenn jemand in meiner Familie schwul/LGBTQI+ wäre.“	Stimmen Sie der folgenden Aussage zu oder nicht:  „Die Leute halten schwul/LGBTQI+ sein für schändlich und sollten nicht mit mir in Verbindung gebracht werden.“
Rechtlicher Rahmen und Richtlinien	Welche gesetzlichen Rechte oder Schutzrechte haben MSM/LGBTQI+ Menschen	Treffen die folgenden Aussagen für Sie zu?  „In meiner Gesundheitseinrichtung gelten Richtlinien zum Schutz von MSM/LGBTQI+-Klient_innen/-Patient_innen vor Diskriminierung.“  „Ich bekomme Probleme bei der Arbeit, wenn ich die Richtlinien zum Schutz von MSM/LGBTQI+-Patient_innen nicht befolge.“  „Seitdem ich in meiner Einrichtung arbeite, bin ich darin geschult worden, die Vertraulichkeit des HIV-Status von Patient_innen zu schützen.“	Haben Sie von [hier die bekanntesten nationalen Gesetze oder Richtlinien Ihres Landes einfügen] gehört, die die Rechte der Menschen schützen, die in diesem Land mit HIV leben?  Wenn ja, haben Sie jemals den Inhalt dieses Gesetzes/dieser Richtlinie gelesen oder mit jemandem darüber gesprochen?  Waren Sie in den letzten 12 Monaten an der Entwicklung von Gesetzen, Richtlinien oder Leitfäden in Bezug auf HIV beteiligt?  Haben Sie das Gefühl, in einem der folgenden Bereiche Entscheidungen beeinflussen zu können? <ul style="list-style-type: none"> <li>• Rechtliche Angelegenheiten, die MSM/LGBTQI+ betreffen.</li> <li>• Lokale/kommunale öffentliche Richtlinien, die MSM/LGBTQI+ betreffen.</li> <li>• Nationale/staatliche Richtlinien, die MSM/LGBTQI+ betreffen, die mit HIV leben.</li> </ul>

Vorweggenommene Stigmatisierung	Zögern die Leute Ihrer Meinung nach aufgrund der Reaktion anderer Menschen, sich als LGBTQI+ zu identifizieren?	Wie sehr zögern Ihrer Meinung nach Angestellte des Gesundheitswesens in dieser Einrichtung, sich als MSM/LGBTQI+ zu identifizieren, weil sie die Reaktion anderer befürchten?  Wie groß sind die Bedenken von Mitarbeiter_innen in dieser Einrichtung, mit LGBTQI+-Mitarbeiter_innen zusammenzuarbeiten (unabhängig von den konkreten Aufgaben)?	Hat Sie die Angst vor der Reaktion anderer Menschen (zum Beispiel Ihre Freunde, Familie, Arbeitgeber oder Community) davon abgehalten/Sie zögern lassen, sich als LGBTQI+ zu outen? Ja/Nein  Hatten Sie in den letzten 12 Monaten Angst vor einem der folgenden Ereignisse? <ul style="list-style-type: none"> <li>• Zielscheibe von Lästereien zu werden</li> <li>• beschimpft, belästigt und/oder bedroht zu werden</li> <li>• körperlich belästigt und/oder bedroht zu werden</li> <li>• körperlich angegriffen zu werden</li> </ul>
Internalisierte Stigmatisierung	N/A	N/A	Haben Sie in den letzten 12 Monaten eines der folgenden Gefühle erfahren, weil Sie LGBTQI+ sind? <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ich schämte mich</li> <li>• Ich fühlte mich schuldig</li> <li>• Ich machte mir Vorwürfe</li> <li>• Ich machte anderen Vorwürfe</li> <li>• Ich hatte ein geringes Selbstwertgefühl</li> <li>• Ich hatte das Gefühl, ich sollte bestraft werden</li> <li>• Ich hatte Selbstmordgedanken</li> </ul>
Wahrgenommene Stigmatisierung	Reden die Leute schlecht über andere, die LGBTQI+ sind oder von ihnen annehmen, es zu sein?  Verlieren LGBTQI+ oder Menschen, die für LGBTQI+ gehalten werden, Respekt oder Ansehen?	Wie oft haben Sie in den letzten 12 Monaten in Ihrer Gesundheitseinrichtung Folgendes beobachtet?  Beschäftigte im Gesundheitswesen sprechen schlecht über LGBTQI+	Siehe parallele Fragen unter „erfahrene Stigmatisierung“

Erfahrene Stigmatisierung (außerhalb des gesetzlichen Geltungsbereichs)	Hätten Sie etwas dagegen, LGBTQI+-Nachbar_innen zu haben?	<p>Wie oft haben Sie in den letzten 12 Monaten Folgendes erfahren:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Leute reden schlecht über Sie, weil Sie LGBTQI+ sind.</li> <li>• Sie wurden von Freund_innen oder Familie gemieden, weil Sie HIV-positiv sind.</li> <li>• Sie wurden als HIV-positiv eingestuft, weil Sie Klient_innen/Patient_innen betreuen, die mit HIV leben.</li> </ul>	<p>Wie oft wurde in den letzten 12 Monaten auf Grund Ihres LGBT-Status über Sie gelästert?</p> <p>Wie oft wurden Sie in den letzten 12 Monaten von gesellschaftlichen Zusammenkünften oder Aktivitäten ausgeschlossen?</p>
---	---	--	--

Diskriminierung (innerhalb des gesetzlichen Geltungsbereichs)	<p>Denken Sie, dass Kinder in der Schule etwas über LGBTQI+ lernen sollten?</p> <p>Wenn ein_e Lehrer_in LGBTQI+ ist, sollte er_sie Ihrer Meinung nach an einer Grundschule unterrichten dürfen?</p>	<p>Stimmen Sie den folgenden Aussagen zu?</p> <p><i>„Ich würde niemals einen Patienten ohne Einverständniserklärung auf HIV testen.“</i></p> <p><i>„Unabhängig von meinen Ansichten oder Gefühlen ist es meine berufliche Verantwortung, in Bezug auf LGBTQI+-Klient_innen/Patient_innen die Schweigepflicht zu wahren.“</i></p> <p>Um die Stigmatisierung der relevanten demographischen: „Gruppen zu bewerten würde ich es vorziehen, keine Dienstleistungen zu erbringen für:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Menschen, die sich illegale Drogen injizieren</li> <li>• Männer, die Sex mit Männern haben</li> <li>• Sexarbeiter_innen</li> <li>• Transgender-Menschen</li> <li>• Frauen, die Sex mit Frauen haben</li> <li>• Migrant_innen“</li> </ul> <p>Für jede der demographischen Gruppen, für die die Frage bejaht wurde, gibt es eine Folgefrage:</p> <p>Ich stimme aus folgenden Gründen zu:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• „Sie setzen mich einem höheren Krankheitsrisiko aus.“</li> <li>• „Diese Gruppe verhält sich unmoralisch.“</li> <li>• „Ich habe keine Ausbildung für die Arbeit mit dieser Gruppe erhalten.“</li> <li>• „Ich mache mir Sorgen, dass die Leute denken, ich sei Teil dieser Gruppe.“</li> </ul>	<p>Wie oft wurden Ihnen in den letzten 12 Monaten Dienste verweigert, weil Sie LGBTQI+ sind oder angenommen wird, dass Sie es seien? Wenn Sie auf HIV getestet wurden, lag die Entscheidung bei Ihnen?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• „Ja, ich habe selbst die Entscheidung getroffen, getestet zu werden (d.h. es war freiwillig).“</li> <li>• „Ich habe die Entscheidung getroffen, getestet zu werden, wurde aber von anderen unter Druck gesetzt.“</li> <li>• „Ich musste einen HIV-Test machen (Zwang).“</li> <li>• „Ich wurde ohne mein Wissen getestet.“</li> <li>• „Ich fand es erst heraus, nachdem der Test durchgeführt worden war.“</li> </ul> <p>Um die Stigmatisierung der relevanten demographischen Gruppen zu bewerten: Wenn Sie aus anderen Gründen als Ihrem HIV-Status Stigmatisierung und/oder Diskriminierung erfahren haben, wählen Sie bitte eine Kategorie aus, die am besten erklärt, warum Sie stigmatisiert und/oder diskriminiert wurden:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• sexuelle Orientierung (Männer, die Sex mit Männern haben, schwul oder lesbisch, bisexuell)</li> <li>• Geschlechtsidentität (transgender / nicht-binär)</li> <li>• Sexarbeiter_in</li> <li>• Konsument_in von Injektionsdrogen</li> <li>• Flüchtling oder Asylbewerber_in</li> <li>• Binnenvertriebene</li> <li>• Mitglied einer indigenen Gruppe</li> <li>• Wanderarbeiter_in</li> <li>• Gefängnisinsasse</li> <li>• Keiner der oben genannten Gründe/</li> </ul>
---	---	--	---



Resilienz	N/A	<p>Wie oft haben Sie in den letzten 12 Monaten in Ihrer Gesundheitseinrichtung Folgendes beobachtet?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Beschäftigte im Gesundheitswesen, die sich mit jemandem auseinandersetzen oder jemanden aufklären, der die LGBTQI+ schlecht behandelt oder schlecht über sie gesprochen hat</li> </ul>	<p>Haben Sie in den letzten 12 Monaten jemanden konfrontiert, herausgefordert oder aufgeklärt, der die Sie stigmatisiert und/oder diskriminiert hat?</p> <p>Haben Sie in den letzten 12 Monaten LGBTQI+-Menschen unterstützt?</p> <p>Wenn ja, welche Art von Unterstützung haben Sie geleistet?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>emotionale Unterstützung</li> <li>körperliche Unterstützung</li> <li>Verweis auf andere Dienste</li> </ul>
-----------	-----	--	---

Es kann hilfreich sein, über ein Angebot oder eine Umgebung in der Arbeit für MSM nachzudenken, und mit Hilfe der Informationen zu Stigmatisierung und kultureller Kompetenz oder anhand des Fragebogens zur Messung von Stigmatisierung mögliche Änderungen an diesem Angebot in Betracht zu ziehen.

Bitte denken Sie über Änderungen in den Bereichen Bewusstsein, Einstellung, Wissen und Fähigkeiten nach und gehen Sie zur Unterstützung diese Fragen durch:

- Wie würden diese Änderungen aussehen? Denken Sie an kleine und große Änderungen, die durchgeführt werden können.
- An wen können Sie sich wenden, um diese Änderungen vorzunehmen, und wie können Sie Unterstützung sowohl für sich selbst als auch für die vorgeschlagenen Änderungen aufbauen?
- Wie können Sie sicherstellen, dass die Dienstleistungen „kulturell kompetent“ sind? (Für die Menschen arbeiten, die die Dienste nutzen)
- Wie könnten Sie Netzwerke nutzen, die sie aufbauen könnten oder zu denen sie bereits gehören, um sich gegenseitig zu unterstützen?
- Welche Richtlinien gibt es in Ihrer Einrichtung, die den Aufbau vorurteilsfreier/nicht-abwertender Angebote unterstützen? Kennen alle Mitarbeiter\_innen diese Richtlinien? (Einschließlich Rezeption, Reinigung und sonstigem Hilfspersonal)
- Wissen Ihre Klient\_innen über die Richtlinien Ihres Dienstes Bescheid? Wie erfahren sie davon? Wie können Sie sicherstellen, dass sie diese Informationen bekommen?
- Wenn Sie mögliche Änderungen oder Ergänzungen zu praktischen Vorgehensweisen und Richtlinienfragen ermittelt haben: An wen können Sie sich wenden, um diese Änderungen vorzunehmen/durchzusetzen? Wie können Sie Unterstützung sowohl für sich selbst als auch für die von Ihnen vorgeschlagenen Änderungen aufbauen?

Wie würde ein „perfektes“ Angebot aussehen? In dem Bewusstsein, dass es nirgendwo einen perfekten Dienstleister gibt, geht es hier darum, herauszufinden, wie man ein Angebot so gut wie nur irgend möglich gestalten kann.

Haben Sie Vorschläge für Änderungen in Ihren Arbeitsbeziehungen? Wie könnten Sie diese Arbeit in die Praxis umsetzen?

Titel der Übung:  
**Einbindung und Einbeziehung der Nutzer\_innen Ihres Angebotes**

Themenbereich:  
**Stigmatisierung und Diskriminierung bekämpfen**



**Ziel der Übung:**

In dieser Übung erfahren die Teilnehmer\_innen, wie sie ihre Nutzer\_innen an den für sie bereitgestellten Angeboten beteiligen können.

**Erwartete Ergebnisse der Übung:**

Die Teilnehmer\_innen haben sich mit Aspekten der Beteiligung und Einbeziehung von „Patient\_innen“ (Nutzer\_innen) auseinandergesetzt und untersucht, wie sie dies in ihrer eigenen Praxis umsetzen und die Beteiligung/ Einbeziehung verbessern können.



**Erforderliches Material:**

- PowerPoint-Folien
- Flipchart, Flipchartpapier und Moderationsstifte
- Papier und Stifte für die Teilnehmer\_innen



**Vorbereitung der Moderator\_innen:**

- Der Begriff „Patient\_in“ in Begriffen wie „Patient\_innen-Beteiligung“ und „Patient\_innen-Einbeziehung“ wurde in der Übung durch „Nutzer\_innen“ oder „Nutzer\_innen der Angebote“ ersetzt, da viele Menschen, die von Community Health Workern betreut werden, nicht als „unsere“ Patient\_innen angesehen werden. Wenn Sie mit klinischem Personal arbeiten, können Sie den Begriff „Patient\_in“ anstelle von „Nutzer\_in“ verwenden.
- Lesen Sie die fünf Schritte durch, um zu verstehen, wie sie die Nutzer\_innen von Angeboten beteiligen.
- Ermitteln Sie Beispiele für Angebote oder Projekte, an denen Nutzer\_innen lokal oder national beteiligt waren oder einbezogen wurden.
- Ermitteln Sie lokale Beispiele für Projekte oder Angebote, die durch die Beteiligung oder Einbeziehung von Nutzer\_innen verbessert werden könnten.



**Helpful hints for facilitators:**

- Lassen Sie die Erfahrungen der Gruppe die Diskussionen prägen, Sie müssen nicht alles wissen.
- Überlegen Sie, wie Sie die fünf Schritte für ein Projekt oder eine Dienstleistung anwenden, mit der Sie vertraut sind.
- Es kann nützlich sein, diese Diskussion mit den vier Fähigkeiten der „kulturellen Kompetenz“ (Bewusstsein, Einstellung, Wissen, Fähigkeiten) und den Diskussionen aus „Als ich jung war“ zu verknüpfen, wenn Sie diese Übungen mit der Gruppe durchgeführt haben.
- Vergessen Sie nicht, dass viele Community-Gruppen bei Projekten und Angeboten eine Grundhaltung von „nichts für mich ohne mich“ fordern. Mit anderen Worten, glauben Sie nicht, dass Sie irgendwelche effektiven Angebote für die Nutzer\_innen schaffen können, ohne sich mit ihnen zu beraten oder sie in irgendeiner Weise zu beteiligen.

## Ablauf der Übung: (45 Minuten)

- 1 Stellen Sie der Gruppe das Thema vor und bitten Sie die Gruppe um ein Brainstorming, um folgende Begriffe zu definieren/Fragen zu beantworten:
  - Einbeziehung der Nutzer\_innen der Angebote („Was verstehen wir unter Einbeziehung der Nutzer\_innen? Welche Ebenen der Einbeziehung innerhalb des Angebots/der Einrichtung sind gemeint?“)
  - Beteiligung von Nutzer\_innen der Angebote („Was versteht man unter Beteiligung von Nutzer\_innen? Wie unterscheidet sich Beteiligung von der Einbeziehung von Nutzer\_innen?“)Warum ist die Einbeziehung oder Beteiligung von Nutzer\_innen wichtig?
- 2 Führen Sie die Gruppe durch die PowerPoint-Folie, in der die fünf Schritte zur Einbeziehung der Nutzer\_innen erläutert werden:
  - „informiere mich“
  - „beziehe mich ein“
  - „befähige mich“
  - „baue eine Partnerschaft mit mir auf“
  - „unterstütze meine (e)-Kommunikation“



### Die fünf Schritte der Einbeziehung des\_der „Patient\_in“ oder „Nutzer\_in“

- „informiere mich“: Gewinnen Sie mit (Online-) Informationsdiensten neue „Nutzer\_innen“
- „beziehe mich ein“: Diese „Nutzer\_innen“ anregen, mit Ihnen in Kontakt zu treten
- „befähige mich“: Diese „Nutzer\_innen“ erhalten und mit ihnen eine Partnerschaft aufbauen
- „baue eine Partnerschaft mit mir auf“: Schaffen von Interaktionen und Kollaborationen zwischen Ihnen
- „unterstütze meine (e)-Kommunikation“: Der\_die „Nutzer\_in“ definiert seine\_ihre eigene (e)-Community

- 3 Erklären Sie, dass diese Schritte entwickelt wurden, um über Online-Angebote und -Umgebungen mit „Nutzer\_innen“ in Kontakt zu treten, und dass die Überschriften für eine Reihe von Initiativen zur Einbeziehung von Nutzer\_innen verwendet werden können.
- 4 Teilen Sie die Gruppe in kleinere Gruppen von 3-5 Personen auf.
- 5 Die Aufgabe der Gruppen ist es, folgende Fragen zu bearbeiten:
  - Welches sind die Hindernisse, denen Sie bei der Beteiligung oder Einbeziehung von Nutzer\_innen begegnen?
  - Was könnte dazu beitragen, dass die Nutzer\_innen besser (oder mehr) einbezogen werden oder dass damit begonnen wird?
  - Wie können die „fünf Schritte“ für die Planung einer besseren Beteiligung und Einbeziehung der MSM, mit denen Sie arbeiten, genutzt werden?
- 6 Die Teilnehmer\_innen greifen für die Diskussion und ihre Entscheidungen auf ihre eigenen Erfahrungen zurück. Die Gruppen haben 30 Minuten Zeit für diese Aufgabe (10 Minuten für jede Frage). Ihre Gedanken sollen sie dabei auf Flipchartpapier notieren. Ermutigen Sie die Gruppen, zu überlegen, was ihrer Meinung nach die „perfekte“ Methode wäre, um Patient\_innen zu beteiligen und einzubeziehen, wenn es keinerlei Hindernisse gäbe, und nutzen Sie dies beim Aufbau ihrer Szenarien.

### Moderiertes Feedback/Austausch im Plenum: (15-20 Minuten)

- Bitten Sie die Arbeitsgruppen, der Großgruppe die Ergebnisse ihrer Diskussionen vorzustellen. Regen Sie sie an, darüber nachzudenken und zu diskutieren, wie sie Hindernisse überwinden könnten, was sie tun könnten, um Beteiligung und Einbeziehung zu fördern, und was ihre Ideen für „perfekte“ Methoden sind (falls vorhanden).
- Wenn die Gruppen ihre Rückmeldungen beendet haben oder die Zeit abgelaufen ist, beenden Sie die Übung.

### Zusätzliche Information:



Wenn Ihre Einrichtung an den Programmen „Partizipative Qualitätsentwicklung im HIV-Bereich“ (PQHIV <https://www.pq-hiv.de>) oder „Quality Action“ (<https://www.qualityaction.eu>), beteiligt ist oder daran teilnimmt, kann die Skala angeben, wo Sie sich in Bezug auf Beteiligung und Einbeziehung befinden – in diesem Fall sind Bewertungen von Nutzer\_innen verfügbar, wie Sie die Beteiligung und Einbeziehung von Nutzer\_innen auf Dienstleistungsebene verbessern können.



Hier finden Sie auch alternative Modelle für die Beteiligung:  
<https://www.pq-hiv.de/en/chapter/levels-participation>  
<https://www.pq-hiv.de/en/method/circles-influence>

Titel der Übung:  
**Verständnis syndemischer Modelle und welchen Einfluss diese auf unsere Arbeit haben**

Themenbereich:  
**Stigmatisierung und Diskriminierung bekämpfen**

ESTICOM



**Ziel der Übung:**

Aufbau eines guten Wissens über die Faktoren, die einen schlechten sexuellen Gesundheitszustand von Schwulen und anderen MSM beeinflussen. Diese Übung ermöglicht den Teilnehmer\_innen, ihr Wissen über das Modell der „Syndemie-Produktion“ und die Auswirkungen verschiedener Faktoren im Leben von Schwulen und anderen MSM auf ihre sexuelle Gesundheit zu erweitern.

**Erwartete Ergebnisse der Übung:**

Die Teilnehmer\_innen erhalten ein besseres Wissen darüber, was das Modell der „Syndemie-Produktion“ ist und wie es unser Verständnis über die Verflechtungsfaktoren beeinflussen kann, die zu einem schlechten sexuellen Gesundheitszustand für Schwule und andere MSM führen können.



**Erforderliches Material:**

- PowerPoint-Folien
- Flipchart, Flipchartpapier und Moderationsstifte
- Papier und/oder Karten und Stifte für Teilnehmer\_innen



**Vorbereitung der Moderator\_innen:**

- ✓ Ermitteln Sie einige Probleme, die mit einer Syndemie in Verbindung gebracht werden könnten, und verwenden Sie sowohl lokale Beispiele, die Sie kennen, als auch „allgemeine“
- ✓ Ermitteln Sie anhand Ihrer eigenen Erfahrungen und Gedanken mögliche Interventionen, die verschiedene Probleme miteinander verknüpfen könnten. Sie müssen nicht notwendigerweise bereits in der Praxis existieren; wählen Sie ein Beispiel, das Sie für eine gute Intervention halten würden.



**Hilfreiche Tipps für Moderator\_innen:**

- 💡 Nutzen Sie das Wissen und die Erfahrung der Gruppe während der Diskussionen, Sie müssen nicht alles wissen.
- 💡 Es stehen zwei Varianten zum Ablauf der Übung zur Verfügung. Wählen Sie die aus, die für die Gruppe, mit der Sie arbeiten, am besten passt. Variante 1 ist schneller und aktionsorientierter bzw. praktischer, Variante 2 ist eher diskussionsbasiert.
- 💡 Lesen und arbeiten Sie sich durch die Online-Supportmaterialien zu Syndemie, um das Konzept besser zu verstehen.

**Ablauf der Übung:**

- 1 Stellen Sie der Gruppe das Thema vor, und führen Sie sie dann durch die PowerPoint-Folie(n), in der erläutert wird, was ein syndemisches Modell ist, und geben Sie das Beispiel des ursprünglichen syndemischen Modells, das auf HIV/AIDS angewandt wurde.



**Syndemische Modelle verstehen**

Eine Syndemie ist das Vorhandensein von zwei oder mehr Krankheitszuständen oder Problemen, die sich negativ aufeinander auswirken, die den Verlauf des/der anderen Problems/Probleme oder Krankheit(en) beeinflussen, die Anfälligkeit für die Krankheit erhöhen und die sich durch etwaige Ungleichheiten verschlimmern.

In den 1990er Jahren wurde der Begriff der Syndemie verwendet, um die Wechselwirkungen zwischen Drogenmissbrauch, Gewalt und AIDS (Substance Abuse, Violence and AIDS = SAVA) zu beschreiben, die in Hartford, USA, zu einer ausgewachsenen Krise geführt hatten.

In den Jahren, nachdem SAVA als Begriff geprägt wurde, wurden weitere Syndemien beschrieben, die HIV/AIDS und sexuelle Gesundheit als Komponenten umfassen.



**Syndemische Modelle verstehen**

Diagramm – Grundlegendes Syndemie-Modell: the Lancet



**Syndemische Modelle verstehen**

Diagramm: Modell der „Syndemie-Produktion“ – Gesundheit von Schwulen und anderen MSM  
Angepasst von Stall, Friedman und Catania 2008

- 2 Teilen Sie die Gruppe in kleinere Gruppen von 3 bis 5 Personen auf.
- 3 Die Aufgabe der Gruppen ist es, gemeinsam zu erarbeiten, was ihrer Meinung nach einige der häufigsten Faktoren sind, die Einfluss auf Schwule und andere MSM haben können, z. B. Homophobie/verinnerlichte Homonegativität.
- 4 Es gibt zwei Möglichkeiten, die Übung durchzuführen: Eine kürzere, praxisorientierte Variante und eine etwas längere, diskussionsbasierte Variante.



**Übung 1**

- 1 Sagen Sie den Gruppen, dass sie 10 Minuten Zeit haben, um Probleme zu sammeln, von denen sie glauben, dass sie Schwule und andere MSM betreffen. Die Ergebnisse sollen auf den Karten/Blättern festgehalten werden, die Sie ihnen gegeben haben. Bitten Sie sie, bei Themen wie der psychischen Gesundheit konkrete Faktoren zu benennen, die sich negativ auf die psychische Gesundheit auswirken können, wie z. B. Einsamkeit oder physischer/psychischer Missbrauch.
- 2 Wenn die 10 Minuten vorbei sind, bitten Sie die Gruppen, ihre Karten auf den Boden zu legen, und vorzuschlagen, wie 3 bis 5 der Themen miteinander verknüpft werden könnten. Fördern Sie die Diskussion zwischen den Teilnehmer\_innen, während sie die Karten gruppieren:
  - Warum haben sie das Gefühl, dass diese Themen zusammengehören?
  - Wie beeinflussen sie sich gegenseitig negativ?
- 3 Wenn die Gruppen die Probleme auf den Karten miteinander verknüpft haben, weisen Sie die Gruppe darauf hin, dass es sich um Syndemien handelt. Bitten Sie sie, mögliche Interventionen für die von ihnen aufgebauten Syndemien vorzuschlagen, wie beispielsweise Dienstleistungen zum Thema Alkohol- und Drogenmissbrauch in Verbindung mit STI-Tests und Behandlungsangeboten etc.


## Übung 2

- 1 Die Gruppen haben 15 Minuten Zeit, um ihre Ideen auf den Flipchart-Blättern festzuhalten, die Sie ihnen geben. Bitten Sie sie, einige der größeren Faktoren wie z. B. psychische Gesundheit auszudifferenzieren in die Faktoren, die ihrer Meinung nach die psychische Gesundheit einer Person beeinträchtigen können, z. B. Angstzustände, Depressionen, Einsamkeit, körperlicher oder seelischer Missbrauch usw. Bitten Sie sie, soziale Faktoren (z. B. schlechte Wohnverhältnisse, fehlende Beschäftigungsmöglichkeiten) sowie physische Faktoren zu berücksichtigen.
- 2 Bitten Sie die Gruppen nach Ablauf der Zeit, zu prüfen, ob sie 3 bis 5 ihrer vorgeschlagenen Faktoren zu einer Syndemie verknüpfen können (verwenden Sie das bereits vorgestellte Modell, um zum Nachdenken anzuregen), und Diagramme zu zeichnen, welche die Faktoren verknüpfen. Sie haben weitere 10 Minuten für diesen Teil der Aufgabe. Bitten Sie sie zu diskutieren, warum sie glauben, dass die Faktoren zusammen eine Syndemie bilden.
- 3 Die letzte Phase der Aufgabe besteht darin, dass die Gruppen über Handlungsmöglichkeiten nachdenken. Dabei können sie entweder eine neue mögliche Intervention erarbeiten oder aber eine Intervention beschreiben, die sie bereits kennen oder mit der sie arbeiten. Sie haben weitere 15 Minuten für diesen Teil der Aufgabe.

### Moderiertes Feedback/Austausch im Plenum:

-  Der\_die Moderator\_in bittet jede Gruppe, ein von ihnen ermitteltes Syndemie-Modell und die von ihnen erarbeiteten Interventionen vorzustellen.
-  Laden Sie die Gruppe ein, sich das E-Learning-Modul anzuschauen, wenn sie mehr Hintergrundinformationen zu Syndemien wünschen. Beenden Sie die Übung.

### Zusätzliche Information:

-  "Das Kennzeichen einer Syndemie ist das Vorhandensein von zwei oder mehr Krankheitszuständen, die nachteilig miteinander interagieren, einen negativen gegenseitigen Einfluss auf den jeweiligen Krankheitsverlauf haben, die Anfälligkeit erhöhen und durch erfahrene Ungleichheiten verschlimmert werden.  
Der in den 1990er Jahren vom medizinischen Anthropologen Merrill Singer eingeführte Begriff der Syndemie wurde verwendet, um die Wechselwirkungen zwischen Drogenmissbrauch, Gewalt und AIDS (Substance Abuse, Violence and AIDS = SAVA) zu beschreiben, die bei heterosexuellen Frauen in Hartford, CT, USA, zu einer ausgewachsenen Krise geworden waren. Die Forscher\_innen bemerkten die Konstellation von Elementen, die sich auf das Risiko auswirkten: strukturelle Faktoren wie Wohnungsnot und Armut sowie soziale Aspekte wie Stigmatisierung und fehlende Unterstützungssysteme, die die Krankheitslast verstärkten.  
In den Jahren, seitdem SAVA als Begriff geprägt wurde, wurden weitere Syndemien beschrieben, die HIV/AIDS als Komponente einschließen, wie beispielsweise die Syndemie aus HIV und schlechter und unregelmäßiger Ernährung in der Subsahara von Afrika.  
Schnelle Veränderungen können bestehende Syndemien auslösen oder beschleunigen oder Bedingungen schaffen, die der Entwicklung von Syndemien förderlich sind. Zum Beispiel haben Globalisierungsmuster die Ernährungsgewohnheiten in Ländern mit niedrigem/mittlerem Einkommen schnell und grundlegend verändert, indem sie den Zugang zu kalorienreichen Nahrungsmitteln und verarbeiteten Kohlenhydraten verbessert haben, was den Anteil von Personen mit Typ-2-Diabetes radikal erhöht.  
Veränderungen der politischen und wirtschaftlichen Verhältnisse und der damit verbundene Zusammenbruch der Gesundheitsschutzmaßnahmen oder -infrastruktur können unterschiedliche und besonders nachteilige Auswirkungen auf bestimmte Bevölkerungsgruppen haben.  
Aus klinischer Sicht ist die Anwendung eines syndemischen Ansatzes neu und nützlich, um den Fokus darauf zu erweitern, warum ein Patient ein schlechtes Ergebnis hat (z. B. schlecht regulierter Blutzucker) und welche anderen Faktoren dazu beitragen.

Auch wenn praktizierende Ärzt\_innen und Akteur\_innen im Bereich der öffentlichen Gesundheit möglicherweise nur wenig Einfluss auf die sozialen und politischen Umstände haben, die sich negativ auf die Gesundheit auswirken könnten, kann die Perspektive des syndemischen Ansatzes doch dazu beitragen, diese Auswirkungen zu mildern, indem die Komplexität bestimmter Krankheiten und ihrer Entstehungsbedingungen berücksichtigt wird. Die Syndemien legen den Schluss nahe, dass der Kontext der Schlüssel ist, um das Spektrum der Faktoren zu behandeln, die zur Entstehung von Krankheiten führen."

Aus: The Lancet Vol 389 March 4 2017 and Resilience, Syndemic Factors, and serosorting behaviours among HIV positive and HIV negative substance using MSM. AIDS Educ Prev. 2012 Jun; 24(3): 193-205. Steven Kurtz et al.

## Stigmatisierung und Diskriminierung bekämpfen

### Verständnis syndemischer Modelle und welchen Einfluss diese auf unsere Arbeit haben

„Das Kennzeichen einer Syndemie ist das Vorhandensein von zwei oder mehr Krankheitszuständen, die nachteilig miteinander interagieren, einen negativen gegenseitigen Einfluss auf den jeweiligen Krankheitsverlauf haben, die Anfälligkeit erhöhen und durch erfahrene Ungleichheiten verschlimmert werden.“

Der in den 1990er Jahren vom medizinischen Anthropologen Merrill Singer eingeführte Begriff der Syndemie wurde verwendet, um die Wechselwirkungen zwischen Drogenmissbrauch, Gewalt und AIDS (Substance Abuse, Violence and AIDS = SAVA) zu beschreiben, die bei heterosexuellen Frauen in Hartford, CT, USA, zu einer ausgewachsenen Krise geworden waren. Die Forscher\_innen bemerkten die Konstellation von Elementen, die sich auf das Risiko auswirkten: strukturelle Faktoren wie Wohnungsnot und Armut sowie soziale Aspekte wie Stigmatisierung und fehlende Unterstützungssysteme, die die Krankheitslast verstärkten.

In den Jahren, seitdem SAVA als Begriff geprägt wurde, wurden weitere Syndemien beschrieben, die HIV/AIDS als Komponente einschließen, wie beispielsweise die Syndemie aus HIV und schlechter und unregelmäßiger Ernährung in der Subsahara von Afrika.

Schnelle Veränderungen können bestehende Syndemien auslösen oder beschleunigen oder Bedingungen schaffen, die der Entwicklung von Syndemien förderlich sind. Zum Beispiel haben Globalisierungsmuster die Ernährungsgewohnheiten in Ländern mit niedrigem/mittlerem Einkommen schnell und grundlegend verändert, indem sie den Zugang zu kalorienreichen Nahrungsmitteln und verarbeiteten Kohlenhydraten verbessert haben, was den Anteil von Personen mit Typ-2-Diabetes radikal erhöht.

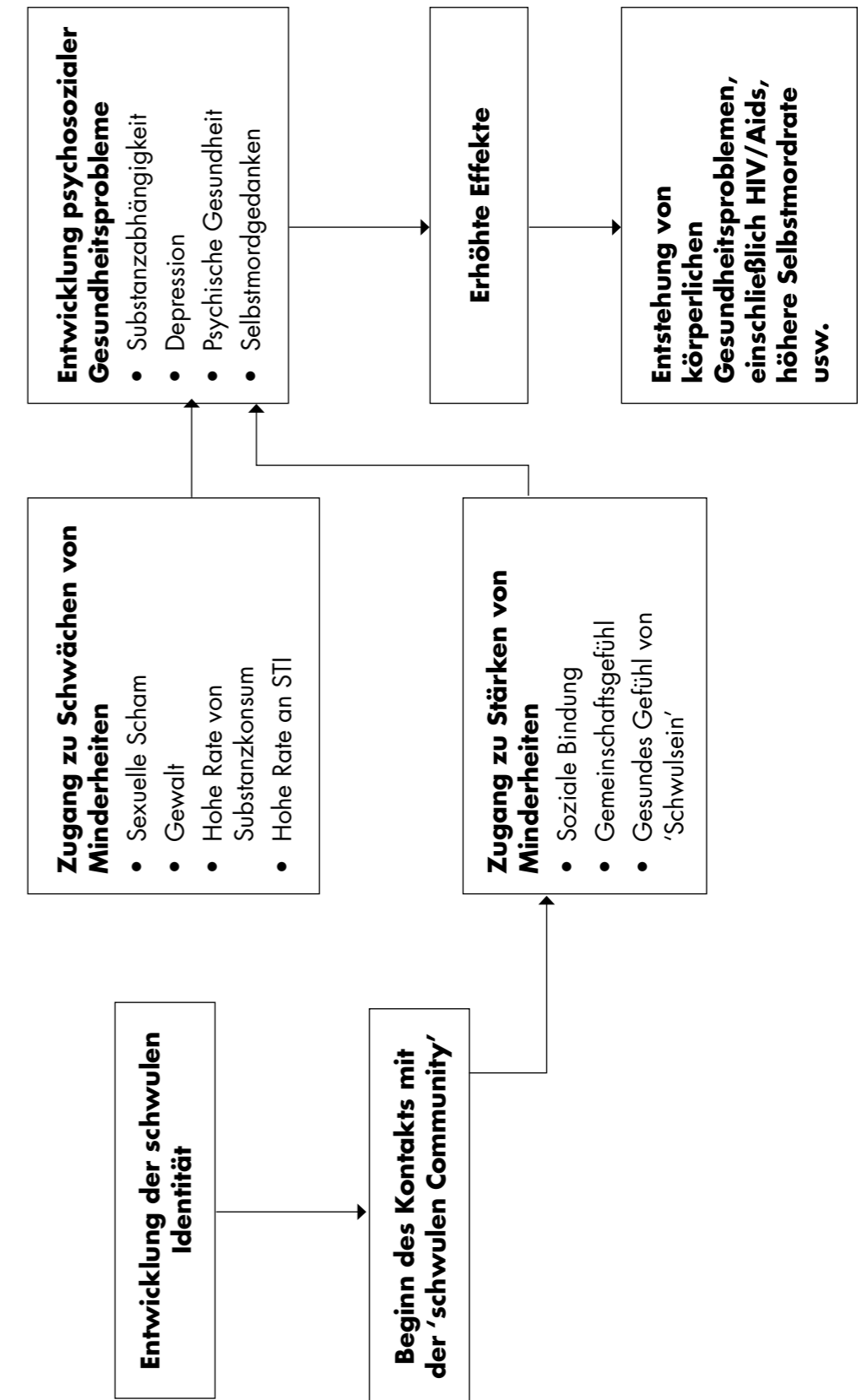
Veränderungen der politischen und wirtschaftlichen Verhältnisse und der damit verbundene Zusammenbruch der Gesundheitsschutzmaßnahmen oder -infrastruktur können unterschiedliche und besonders nachteilige Auswirkungen auf bestimmte Bevölkerungsgruppen haben.

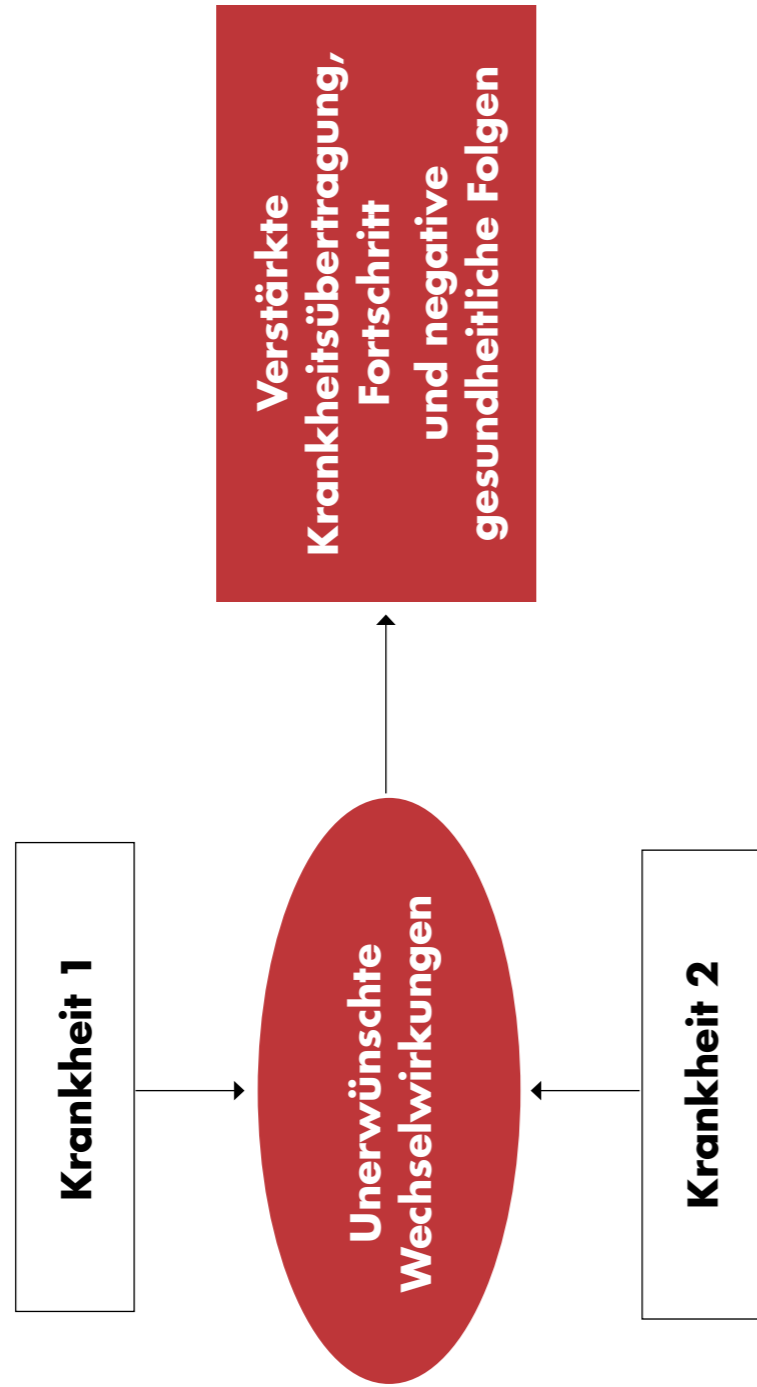
Aus klinischer Sicht ist die Anwendung eines syndemischen Ansatzes neu und nützlich, um den Fokus darauf zu erweitern, warum ein Patient ein schlechtes Ergebnis hat (z. B. schlecht regulierter Blutzucker) und welche anderen Faktoren dazu beitragen.

Auch wenn praktizierende Ärzt\_innen und Akteur\_innen im Bereich der öffentlichen Gesundheit möglicherweise nur wenig Einfluss auf die sozialen und politischen Umstände haben, die sich negativ auf die Gesundheit auswirken könnten, kann die Perspektive des syndemischen Ansatzes doch dazu beitragen, diese Auswirkungen zu mildern, indem die Komplexität bestimmter Krankheiten und ihrer Entstehungsbedingungen berücksichtigt wird. Die Syndemien legen den Schluss nahe, dass der Kontext der Schlüssel ist, um das Spektrum der Faktoren zu behandeln, die zur Entstehung von Krankheiten führen.“

Aus: The Lancet Vol 389 March 4 2017 and Resilience, Syndemic Factors, and serosorting behaviours among HIV positive and HIV negative substance using MSM. AIDS Educ Prev. 2012 Jun; 24(3): 193-205. Steven Kurtz et al.

Modell der „Syndemie-Produktion“ – Gesundheit von Schwulen und anderen MSM.  
Angepasst von Stall, Friedman und Catania 2008





Nachdem Sie die Informationen zu Modellen der Syndemie-Produktion gelesen haben und sowohl das einfache Modell als auch das spezifische Modell gesehen haben, besteht Ihre Aufgabe darin, einige Ihrer Meinung nach häufig auftretende Faktoren zu ermitteln und zu notieren, die sich auf MSM auswirken, z. B. Homophobie/internalisierte Homonegativität. Nehmen Sie sich einige der größeren Faktoren wie z. B. die psychische Gesundheit vor und differenzieren sie sie aus in einzelne Probleme, die die psychische Gesundheit beeinflussen, z. B. Körperdysmorphie usw. 15 Minuten sind eine gute Zeit dafür.

Wenn die 15 Minuten abgelaufen sind, nehmen Sie sich etwas Zeit, um zu prüfen, ob Sie die von Ihnen vorgeschlagenen Faktoren miteinander verknüpfen können, um ein Syndemie-Modell zu erstellen (verwenden Sie das bereits bekannte Modell, um zum Nachdenken anzuregen), und zeichnen Sie Diagramme, die die Faktoren verknüpfen. Sie haben weitere 15 Minuten für diesen Teil der Aufgabe.

Die letzte Phase der Aufgabe besteht darin, die Gruppen aufzufordern, jetzt zu überlegen, was sie tun können, um einzugreifen, und entweder über eine neue Intervention nachzudenken oder eine Intervention zu beschreiben, die sie bereits kennen oder anwenden. Sie haben weitere 15 Minuten für diesen Teil der Aufgabe.

Titel der Übung:

## Erkennen komplexer gesundheitsbezogener Systeme und wie diese angegangen werden können

Themenbereich:

Stigmatisierung und Diskriminierung bekämpfen

ESTICOM



### Ziel der Übung:

Ein gutes Wissen über die Faktoren, die eine schlechte sexuelle Gesundheit von schwulen und anderen MSM beeinflussen, bekommen und einen ganzheitlichen Systemansatz für die Gesundheit dieser Bevölkerungsgruppen mit umfassenderen gesundheitlichen, gesetzlichen und kommunalen Diensten zu planen. Diese Übung ermöglicht den Teilnehmer\_innen, ihr Wissen über einen „ganzheitlichen Systemansatz“ aufzubauen, einzelne Aspekte davon zu untersuchen und die sexuelle Gesundheit von Schwulen und anderen MSM in einen „ganzheitlichen Systemansatz“ zu integrieren, der für die Zielgruppe geeignet ist.

### Erwartete Ergebnisse der Übung:

Die Teilnehmer\_innen haben ihr Wissen um einen ganzheitlichen Systemansatz aufgebaut und erfahren, wie sie Interventionen und Initiativen entwickeln können, die in dieses Modell passen.



#### Erforderliches Material:

- PowerPoint-Folien
- Flipchart, Flipchartpapier und Moderationsstifte
- Papier und Stifte für die Teilnehmer\_innen



#### Vorbereitung der Moderator\_innen:

- ✓ Lesen Sie die zusätzlichen Informationen im entsprechenden Abschnitt und in den Online-Support-Materialien und erweitern Sie Ihr Wissen über „Krankheitsinseln“ und „Inseldenen“.
- ✓ Ermitteln Sie konkrete lokale oder nationale Beispiele für Krankheitsinseln.
- ✓ Ermitteln Sie (wenn möglich) Beispiele für Modelle der Zusammenarbeit oder Ansätze für einen „ganzheitlichen Systemansatz“
- ✓ Lesen Sie die Informationen zu EMIS 2010 rund um „Ihr bestes Sexleben“.



#### Hilfreiche Tipps für Moderator\_innen:

- 💡 Erinnern Sie sich an die Zusammenhänge zwischen dieser Thematik und der Arbeit zu Stigmatisierung und Diskriminierung. Einer der Gründe, warum in bestimmten Situationen ein ganzheitlicher Systemansatz möglicherweise nicht in Betracht gezogen wird, ist die „traditionelle“ Arbeitsweise in dieser „Insel“, dass z. B. Drogendienste sich in erster Linie mit injizierenden Opiatkonsument\_innen befassen und wenig Erfahrung mit anderem Freizeitdrogenkonsum oder mit den Problemen von Schwulen und anderen MSM haben.

### Ablauf der Übung: (40 Minuten)

- 1 Stellen Sie das Thema „ganzheitliche Systemansätze“ vor und gehen Sie mit der Gruppe die Informationen in den PowerPoint-Folien durch über die Definition eines ganzheitlichen Systemansatzes – die Verbindungen zwischen Diensten und Initiativen. Stellen Sie die Folien vor, in denen „Inseldenen“ und „Krankheitsinseln“ erläutert werden.



#### Definition ganzheitlicher Systemansätze

Ganzheitliche Systemansätze umfassen die Ermittlung verschiedener Komponenten eines Systems und bewerten die Art der Verknüpfungen und Beziehungen zwischen den einzelnen Komponenten.



#### Inseldenen

Krankheiten und Gesundheitsprobleme werden normalerweise in getrennten Inselbereichen untersucht.

Dies bedeutet, dass sie eher einzeln und auf lineare Weise betrachtet werden, anstatt mögliche Überschneidungen zu erkennen, die sich auf Veränderungen auswirken könnten. (Grafik hier bei Freigabe der Texte)

Gesundheit ist kein alleinstehendes Phänomen mit klaren Grenzen, sondern wird durch individuelle, soziale, wirtschaftliche und ökologische Faktoren beeinflusst.



#### Krankheitsinseln

Krankheiten und Gesundheitsprobleme haben mehrere Ursachen, einschließlich sozialer, wirtschaftlicher und ökologischer Faktoren. Sie hängen mit der genetischen Veranlagung und der individuellen Fähigkeit, auf die eigene Gesundheit zu achten, zusammen; und beides verändert sich im Laufe der Zeit.

Gesundheitssysteme entziehen sich einer einfachen Darstellung. Ein ganzheitlicher Rahmen ist erforderlich, um verschiedene Krankheiten und Gesundheitsprobleme und deren Zusammenwirken in einem einheitlichen Ansatz zu erfassen. Es ist wichtig, sich nicht nur auf eine „Insel“ wie z. B. individuelle Verhaltensweisen zu konzentrieren.

- 2 Teilen Sie die Gruppe in kleinere Gruppen von 3 bis 5 Personen auf. Lassen Sie sie eine Liste mit Problemen der sexuellen Gesundheit von Männern, die Sex mit Männern haben, erstellen. Die Vorschläge sollen auf einem Flipchart-Papier festgehalten werden. Die Gruppen haben 15 Minuten für diese Aufgabe.
- 3 Wenn die Zeit abgelaufen ist, rufen Sie die Kleingruppen in die große Gruppe zurück und führen Sie sie durch die PowerPoint-Folie mit den Informationen von EMIS 2010 über „Ihr bestes Sexleben“. Erinnern Sie die Gruppe an die bereits bearbeitete Thematik Stigmatisierung und Diskriminierung, die für Schwule und andere MSM Hindernisse darstellen können, das für sie persönlich „beste Sexleben“ zu haben – d. h. Zugang zu Kondomen oder PrEP, Drogenkonsum zur Überwindung von Scham, Einschränkung der Möglichkeit, Partner zu treffen, weil Veranstaltungen/Online-Apps abgeschafft werden.
- 4 Bitten Sie die Gruppen, auch andere Aspekte zu berücksichtigen, mit denen sich schwule Männer und andere MSM konfrontiert sehen, z. B. problematischer Drogen- und Alkoholkonsum, Einsamkeit usw. usw.



## EMIS 2010: Komponenten eines „besten Sexlebens“ (für MSM)

- Aufbau von Beziehungen
- emotionale/sexuelle Verbindung mit dem Sexualpartner
- Häufigkeit und Vielfältigkeit (des sexuellen Kontakts)
- sexuelle Handlung/Verhalten (spezifische sexuelle Handlungen) frei von körperlichen Schäden
- idealisierte körperliche Eigenschaften (des Partners/der Partner)
- psychologische und soziale Barrieren überwinden (selbstbewusst und/oder durchsetzungsfähig sein; Sex ohne Stress genießen)
- Umgebungen oder physische Räume
- Ich weiß nicht ...



## EMIS 2010

„Der Inhalt dieser Antworten spiegelt möglicherweise auch den weitverbreiteten Wunsch einzelner MSM nach einem festen Partner wider, und die sozialen und gemeinschaftlichen Bedürfnisse, die diesen Wunsch antreiben.“

„Emotional bedeutsame Beziehungen sind das am häufigsten genannte Merkmal. Daher sollten sich Programme zur Verbesserung der Qualität des Sexlebens von MSM auf emotionale und zwischenmenschliche Aspekte und Fähigkeiten konzentrieren sowie auf die allgemeineren Themen Sicherheit und Technik.“

Laut EMIS sind 47 % der MSM auf Länderebene mit ihrem Sexleben unzufrieden.

Die Vorteile:

- Sexuelle Unzufriedenheit zu lindern ist in sich ein lohnendes Ziel.
- Die HIV-Prävention wird gestärkt, wenn sie nicht in direkter Konkurrenz zu dem steht, was MSM von ihrem Sexleben erwarten.
- Ein „gutes“ Sexleben ist positiv mit einer wirksamen Behandlung von HIV verbunden.

- 5 Bitten Sie die Teilnehmer\_innen, sich wieder in ihren ursprünglichen Kleingruppen zusammenzufinden und diese neuen Informationen zusammen mit der von ihnen erstellten Liste der sexuellen Gesundheitsprobleme und den Informationen zu ganzheitlichen Systemansätzen zu betrachten. Erinnern Sie sie an die Arbeit zu Syndemien, wenn Sie diese Thematik mit der Gruppe bereits bearbeitet haben.
- 6 Die Aufgabe der Gruppen ist es, Bereiche zu ermitteln, in denen sie intervenieren oder die Inanspruchnahme anderer Dienste als ihrer eigenen unterstützen könnten. Sie sollen eine oder zwei Initiative(n) entwickeln, die in einen ganzheitlichen Systemansatz einfließen könnten, z. B. Informationen über die Abhängigkeit von ChemSex neben sexuellen Gesundheits- und Drogendiensten.
- 7 Bitten Sie die Gruppen, diese Themen sowohl auf persönlicher als auch auf organisatorischer Ebene zu erörtern und darüber nachzudenken, eine „Back-to-Basics“-Initiative (wie die Bereitstellung/Verwendung von Kondomen) sowie ein weiteres Thema zu entwickeln. Bitten Sie sie außerdem, auch über Dienstleistungen nachzudenken, die für sie außerhalb ihrer „Norm“ liegen, wie beispielsweise Gefängnisdienste. Sie haben 20 Minuten für diese Aufgabe.

### Moderiertes Feedback/Austausch im Plenum:



Der\_die Moderator\_in bittet die Kleingruppen, nacheinander eine ihrer Initiativen vorzustellen – worin die Initiative besteht, was sie sich von dieser als Auswirkung auf die Gesundheit und/oder das Verhalten von schwulen Männern und anderen MSM erwarten und wie das in den ganzheitlichen Systemansatz passt.

### Zusätzliche Information:



„Ganzheitliche Systemansätze umfassen die Ermittlung verschiedener Komponenten eines Systems und bewerten die Art der Verknüpfungen und Beziehungen zwischen den einzelnen Komponenten.“



Ganzheitliche Systemansätze sind aus folgenden Gründen eine nützliche Sichtweise auf Partizipation:

- Wenn eine sinnvolle Beteiligung erreicht werden soll, müssen Einrichtungen sich auf jeder Ebene ändern, von der Geschäftsleitung bis zum Service-Personal, das direkt mit den Nutzer\_innen arbeitet.
- Partizipation sollte Teil der täglichen Praxis sein und keine einmalige Aktivität.
- Partizipation erfolgt auf verschiedenen Ebenen. Es gibt viele Möglichkeiten, die Nutzer\_innen einer Dienstleistung in verschiedene Arten von Entscheidungen einzubeziehen. (Kirby et al., 2003b, S. 144-145)



Wright and Colleagues (2006) schlagen vor, dass verschiedene Elemente der Partizipation in einem einzigen Rahmen zusammengeführt werden können, wie bei einem Puzzle. Dies ist ein Beispiel für einen ganzheitlichen Systemansatz, der zur Veranschaulichung des Konzepts verwendet wird. Im Abschnitt PRAXIS kann „Kinder und Jugendliche“ durch „Personen“ oder „Klient\_innen“ oder „Nutzer\_innen“ ersetzt werden - alle, die einbezogen werden könnten.“

### Ganzheitliche Systemansätze und Gesundheit

Aus: Complex systems analysis: towards holistic approaches to health systems planning and policy  
Babak Pourbohloul & Marie-Paule Kieny

„Krankheiten und Gesundheitsprobleme werden im Großen und Ganzen als jeweils abgegrenzte Inseln untersucht. Auf jeder „Krankheitsinsel“ werden Richtlinien zur Reduzierung von Morbidität und Mortalität entwickelt. In vielen Teilen der Welt gibt es noch keine systematische Evaluation von Krankheitsbekämpfungs- oder Gesundheitsprogrammen, was die Bemühungen um eine effiziente Verteilung knapper Ressourcen behindert. Gesundheit ist kein alleinstehendes Phänomen mit klaren Grenzen.“

Krankheiten und Gesundheitsprobleme haben immer mehrere Ursachen, auch soziale. Sie sind mit dem Zusammenspiel von Anlage und Umwelt verbunden und entwickeln sich im Laufe der Zeit.

Gesundheitssysteme entziehen sich einer einfachen Darstellung. Sie fordern neue Denkweisen, um unsere Fähigkeit zu verbessern, individuelle und bevölkerungsbezogene Gesundheitsergebnisse vorherzusagen und zu kontrollieren. Es ist ein ganzheitlicher Rahmen erforderlich, um die unterschiedlichen Krankheiten und Gesundheitsprobleme und ihre komplexen Beziehungen in einer einheitlichen Plattform zu erfassen. Ein solcher Rahmen kann mithilfe einer komplexen Netzwerkanalyse entwickelt werden.

Komplexe Systeme bestehen aus Netzwerken miteinander verbundener Komponenten, die sich gegenseitig beeinflussen, oft auf eine nicht-lineare Art und Weise. Gleichgültig, ob wir uns auf ein Ökosystem oder ein Gesundheitssystem beziehen, müssen wir das Zusammenspiel innerhalb eines Systems und zwischen solchen Systemen berücksichtigen.

Ein Gesundheitssystem besteht aus allen Einrichtungen, Personen und Maßnahmen, deren Hauptziel es ist, die Gesundheit zu fördern, wiederherzustellen oder zu erhalten. Die Bereitstellung optimaler Gesundheitsdienstleistungen hängt entscheidend von der Inzidenz und Prävalenz von Infektions- oder chronischen Krankheiten, von bestimmenden sozialen Faktoren und verfügbaren Ressourcen ab. Ganz gleich, ob global oder lokal, Gesundheitssysteme sind komplexe Netzwerke, die alle Dimensionen der menschlichen Gesundheit durchdringen.

Auf gesellschaftlicher Ebene ist die soziale Interaktion die Grundlage für die Ausbreitung sowohl von Krankheitserregern (von der Grippe bis hin zu HIV/AIDS) als auch von individuellen Verhaltensweisen (von Gewohnheiten, die zu Adipositas führen, bis hin zu illegalem Drogenkonsum).

Auf institutioneller Ebene ist die komplexe Interaktion zwischen nationalen und internationalen Einrichtungen die Grundlage für die Gestaltung und Umsetzung politischer Entscheidungen in Bezug auf Governance, Verteilung von Arbeitskräften, Diensten und Technologien, Informationsaustausch und Verteilung von Ressourcen.

Auf molekularer Ebene haben mehrere Krankheiten einen gemeinsamen genetischen oder funktionellen Ursprung. Daher ist ein kooperativer und kollaborativer Ansatz für die Gestaltung von Gesundheitsmaßnahmen erforderlich.“

<sup>1</sup>Inseln und Krankheitsinseln = einzeln und linear denken, anstatt mehrere Faktoren, Akteur\_innen und Ansätze sowie unterschiedliche Krankheitsprobleme und/oder -effekte zu berücksichtigen.



## Stigmatisierung und Diskriminierung bekämpfen

### Erkennen komplexer gesundheitsbezogener Systeme und wie diese angegangen werden können (ganzheitliche Systemansätze)

Babak Pourbohloul and Marie-Paule Kiemy

Ganzheitliche Systemansätze umfassen die Ermittlung verschiedener Komponenten eines Systems und bewerten die Art der Verknüpfungen und Beziehungen zwischen den einzelnen Komponenten.

„Krankheiten und Gesundheitsprobleme werden im Großen und Ganzen als jeweils abgegrenzte Inseln untersucht. Auf jeder „Krankheitsinsel“ werden Richtlinien zur Reduzierung von Morbidität und Mortalität entwickelt. In vielen Teilen der Welt gibt es noch keine systematische Evaluation von Krankheitsbekämpfungs- oder Gesundheitsprogrammen, was die Bemühungen um eine effiziente Verteilung knapper Ressourcen behindert. Gesundheit ist kein alleinstehendes Phänomen mit klaren Grenzen.

Krankheiten und Gesundheitsprobleme haben immer mehrere Ursachen, auch soziale. Sie sind mit dem Zusammenspiel von Anlage und Umwelt verbunden und entwickeln sich im Laufe der Zeit. Gesundheitssysteme entziehen sich einer einfachen Darstellung. Sie fordern neue Denkweisen, um unsere Fähigkeit zu verbessern, individuelle und bevölkerungsbezogene Gesundheitsergebnisse vorherzusagen und zu kontrollieren. Es ist ein ganzheitlicher Rahmen erforderlich, um die unterschiedlichen Krankheiten und Gesundheitsprobleme und ihre komplexen Beziehungen in einer einheitlichen Plattform zu erfassen. Ein solcher Rahmen kann mithilfe einer komplexen Netzwerkanalyse entwickelt werden.

Komplexe Systeme bestehen aus Netzwerken miteinander verbundener Komponenten, die sich gegenseitig beeinflussen, oft auf eine nicht-lineare Art und Weise. Gleichgültig, ob wir uns auf ein Ökosystem oder ein Gesundheitssystem beziehen, müssen wir das Zusammenspiel innerhalb eines Systems und zwischen solchen Systemen berücksichtigen.

Ein Gesundheitssystem besteht aus allen Einrichtungen, Personen und Maßnahmen, deren Hauptziel es ist, die Gesundheit zu fördern, wiederherzustellen oder zu erhalten. Die Bereitstellung optimaler Gesundheitsdienstleistungen hängt entscheidend von der Inzidenz und Prävalenz von Infektions- oder chronischen Krankheiten, von bestimmenden sozialen Faktoren und verfügbaren Ressourcen ab. Ganz gleich, ob global oder lokal, Gesundheitssysteme sind komplexe Netzwerke, die alle Dimensionen der menschlichen Gesundheit durchdringen.

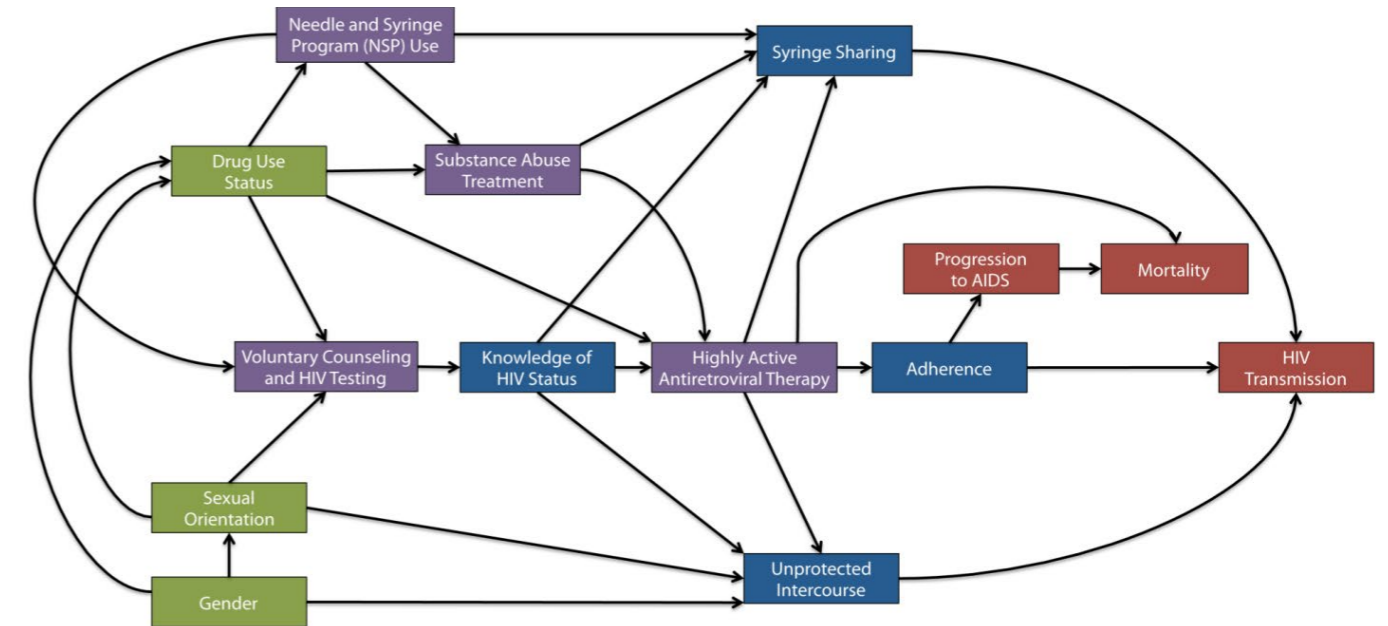
Auf gesellschaftlicher Ebene ist die soziale Interaktion die Grundlage für die Ausbreitung sowohl von Krankheitserregern (von der Grippe bis hin zu HIV/AIDS) als auch von individuellen Verhaltensweisen (von Gewohnheiten, die zu Adipositas führen, bis hin zu illegalem Drogenkonsum).

Auf institutioneller Ebene ist die komplexe Interaktion zwischen nationalen und internationalen Einrichtungen die Grundlage für die Gestaltung und Umsetzung politischer Entscheidungen in Bezug auf Governance, Verteilung von Arbeitskräften, Diensten und Technologien, Informationsaustausch und Verteilung von Ressourcen.

Auf molekularer Ebene haben mehrere Krankheiten einen gemeinsamen genetischen oder funktionellen Ursprung. Daher ist ein kooperativer und kollaborativer Ansatz für die Gestaltung von Gesundheitsmaßnahmen erforderlich.“

<sup>1</sup>Inseln und Krankheitsinseln = einzeln und linear denken, anstatt mehrere Faktoren, Akteur\_innen und Ansätze sowie unterschiedliche Krankheitsprobleme und/oder -effekte zu berücksichtigen.

## Modell eines ganzheitlichen Systemansatzes gegen HIV



Needle and Syringe Program (NPS) Use	Nadel- und Spritzenprogramm (NPS) Einsatz
Drug Use Status	Status des Drogenkonsums
Voluntary Counseling and HIV Testing	Freiwillige Beratung und HIV-Testung
Sexual Orientation	Sexuelle Orientierung
Gender	Geschlecht
Substance Abuse Treatment	Behandlung von Substanzmissbrauch
Knowledge of HIV Status	Kenntnis des HIV-Status
Syringe Sharing	Teilen von Spritzen
Highly Active Antiretroviral Therapy	Hochwirksame Antiretrovirale Therapie
Unprotected Intercourse	Ungeschützter Geschlechtsverkehr
Progression of AIDS	AIDS-Progression
Adherence	Adhärenz
Mortality	Sterblichkeit
HIV Transmission	HIV-Übertragung

Nachdem Sie diese Informationen gelesen haben, erstellen Sie eine Liste der sexuellen Gesundheitsprobleme für Männer, die Sex mit Männern haben, und schreiben Sie Ihre Vorschläge als Notizen auf ein Blatt Papier. Sie haben 15 Minuten für diese Aufgabe.

Nachdem Sie dies getan haben, lesen Sie bitte die folgenden Informationen darüber, was MSM (nach EMIS 2010) für ein „bestes Sexleben“ für erforderlich halten

## EMIS 2010: Komponenten eines „besten Sexlebens“ (für MSM)

- Aufbau von Beziehungen
- emotionale/sexuelle Verbindung mit dem Sexualpartner
- Häufigkeit und Vielfältigkeit (des sexuellen Kontakts)
- sexuelle Handlung/Verhalten (spezifische sexuelle Handlungen) frei von körperlichen Schäden
- idealisierte körperliche Eigenschaften (des Partners/der Partner)
- psychologische und soziale Barrieren überwinden (selbstbewusst und/oder durchsetzungsfähig sein; Sex ohne Stress genießen)
- Umgebungen oder physische Räume
- Ich weiß nicht ...

„Der Inhalt dieser Antworten spiegelt möglicherweise auch den weitverbreiteten Wunsch einzelner MSM nach einem festen Partner wider, und die sozialen und gemeinschaftlichen Bedürfnisse, die diesen Wunsch antreiben.“

„Emotional bedeutsame Beziehungen sind das am häufigsten genannte Merkmal. Daher sollten sich Programme zur Verbesserung der Qualität des Sexlebens von MSM auf emotionale und zwischenmenschliche Aspekte und Fähigkeiten konzentrieren sowie auf die allgemeineren Themen Sicherheit und Technik.“

Laut EMIS sind 47 % der MSM auf Länderebene mit ihrem Sexleben unzufrieden.

Die Vorteile...

- Sexuelle Unzufriedenheit zu lindern ist in sich ein lohnendes Ziel.
- Die HIV-Prävention wird verstärkt, wenn sie nicht in direkter Konkurrenz zu dem steht, was MSM von ihrem Sexleben erwarten.
- Ein „gutes“ Sexleben ist positiv mit einer wirksamen Behandlung von HIV verbunden.

Nachdem Sie diese Informationen aus EMIS 2010 gelesen haben, beachten Sie sie bitte gemeinsam mit den Notizen, die Sie bereits zu Fragen der sexuellen Gesundheit für MSM gemacht haben, und den Informationen, die Sie zu einem ganzheitlichen Systemansatz gelesen haben.

Ihre Aufgabe ist es, Bereiche zu ermitteln, in denen sie intervenieren können oder in denen Sie die Inanspruchnahme anderer Dienste als den eigenen unterstützen könnten. Entwickeln Sie eine oder zwei Initiative(n), die in einen ganzheitlichen Systemansatz einfließen könnten, z. B. Informationen über ChemSex innerhalb von klinischen Gesundheits- und Drogendiensten.

Denken Sie sowohl auf persönlicher als auch auf organisatorischer Ebene über diese Themen nach. Es kann nützlich sein, darüber nachzudenken, eine „Back-to-Basics“-Initiative wie die Bereitstellung/Verwendung von Kondomen sowie ein weiteres Thema zu entwickeln. Denken Sie auch über Dienstleistungen nach, die möglicherweise nicht Ihrer „Norm“ entsprechen, z. B. Gefängnisdienste.

## 2.1.4 Arbeiten in Partnerschaften

Titel der Übung:

### Ermittlung und Aufbau von Good Practices für die partnerschaftliche Arbeit mit staatlichen und communitybasierten Gesundheitsdiensten

Themenbereich:

#### Arbeiten in Partnerschaften



#### Ziel der Übung:

Verständnis und Aufbau des Wissens der Teilnehmer\_innen über Partnerschaften zwischen staatlichen und communitybasierten Diensten, die mit schwulen Männern und anderen MSM zusammenarbeiten.

#### Erwartete Ergebnisse der Übung:

Die Teilnehmer\_innen haben einige der Gründe für Partnerschaften reflektiert sowie verschiedene Ansätze, Phasen und Vorgehensweisen ermittelt, die zum Aufbau erfolgreicher Partnerschaften erforderlich sind.



#### Erforderliches Material:

- PowerPoint-Folien
- Blatt „Elemente effektiver Partnerschaften“ – eins pro Teilnehmer\_in
- Flipchart, Flipchartpapier und Moderationsstifte
- Papier und Stifte für die Teilnehmer\_innen



#### Vorbereitung der Moderator\_innen:

- Ermitteln Sie lokale Partnerschaften zwischen staatlichen und communitybasierten Gesundheitsdiensten, die Sie bei Bedarf als Beispiele verwenden können.
- Lesen Sie den Abschnitt über die Vorteile und Risiken von Partnerschaften im untenstehenden Abschnitt zu „zusätzlichen Informationen“ und im E-Learning-Modul, um die Diskussion zwischen den Teilnehmer\_innen anzuregen.



#### Hilfreiche Tipps für Moderator\_innen:

- Ermutigen Sie die Gruppe, ihr Wissen und ihre Erfahrung im Bereich der partnerschaftlichen Zusammenarbeit zu nutzen, um die Diskussionen zu unterstützen.
- Bereiten Sie das Flipchart-Blatt mit den sechs Fragen zur Zusammenarbeit in Partnerschaften vor, bevor Sie mit der Übung beginnen.
- Lesen Sie unter „zusätzliche Informationen“ den Abschnitt über Arnsteins Partizipationsleiter, um die Beziehung zwischen Partnerschaften und Machtungleichgewichten besser zu verstehen. Siehe [http://www.citizenshandbook.org/arnsteins\\_ladder.pdf](http://www.citizenshandbook.org/arnsteins_ladder.pdf) – hier finden Sie eine hochauflösende PDF-Illustration der „Leiter“.

## Ablauf der Übung: (40 Minuten)

- 1 Stellen Sie der Gruppe das Thema vor und bitten Sie die Teilnehmer\_innen, mögliche Antworten auf die folgende Frage zu finden:
  - Wann und warum möchten Sie eine Partnerschaft zwischen staatlichen und communitybasierten Gesundheitsdiensten?“
- 2 Der\_die Moderator\_in erfasst die Vorschläge aus dem Brainstorming auf einem Flipchart.
- 3 Der\_die Moderator\_in teilt die Informationen auf der PowerPoint-Folie über Partnerschaften, die vorgeschlagenen Ansätze und Anforderungen für den Aufbau einer erfolgreichen Partnerschaft.



### Elemente effektiver Partnerschaften

- *Führung und Vision* – das Management und die Entwicklung einer gemeinsamen, realistischen Vision für die Arbeit der Partnerschaft durch die Schaffung gemeinsamer Ziele.
- *Organisation und Einbeziehung* – die Beteiligung aller wichtigen Akteur\_innen vor Ort und insbesondere die Einbeziehung der Communities als gleichberechtigte Partner.
- *Strategieentwicklung und -koordination* – Entwicklung einer klaren, auf die Community ausgerichteten Strategie, die das gesamte Spektrum von Themen abdeckt, die von relevanten Richtlinien, Plänen, Zielen, Zielgruppen, Durchführungsmechanismen und Prozessen unterstützt werden. Die Entwicklung lokaler Prioritäten für Maßnahmen beruht auf der Bewertung lokaler Bedürfnisse, dem Austausch von Daten und einem kontinuierlichen Dialog zwischen den Partnern.



### Elemente effektiver Partnerschaften

- *Lernen und Entwicklung* – effektive Partnerschaften investieren nicht nur in gemeinsame Ziele und Ergebnisse, sondern schaffen durch Abordnungen/personellen Austausch auch einen zusätzlichen Wert. Die Bereitschaft zuzuhören und voneinander zu lernen schafft Vertrauen.
- *Ressourcen* – Der Beitrag und die gemeinsame Nutzung von Informationen sowie finanziellen, personellen und technischen Ressourcen.
- *Evaluation und Überprüfung* – Evaluation der Qualität des Partnerschaftsprozesses und Messung der Fortschritte bei der Erreichung der Ziele.

- 4 Teilen Sie die Gruppe in kleinere Gruppen von 5 oder 6 Personen auf. Wenn Sie es für hilfreich halten, können Sie vorschlagen, dass Teilnehmer\_innen, die für dieselbe Einrichtung oder für denselben Einrichtungstyp arbeiten, in dieser Aufgabe zusammenarbeiten.
- 5 Bitten Sie die Kleingruppen, folgende Aufgaben und Fragen zu bearbeiten:
  - Entwickeln Sie eine Idee für eine Intervention, für die sich Ihrer Meinung nach eine Partnerschaft zwischen einer staatlichen und einer communitybasierten Gesundheitseinrichtung anbietet. Welche Vorteile bringt die partnerschaftliche Zusammenarbeit für Ihre Interventionsidee?
  - Wie könnte die „gemeinsame Vision“ für Ihre Intervention entwickelt werden?
  - Was sind die Hauptschritte, die Ihre Intervention für einen erfolgreichen Verlauf durchlaufen müsste?
  - Wie könnten Sie mit möglichen Interessenskonflikten zwischen der Zielgruppe für Ihre Intervention und der am Projekt beteiligten staatlichen oder communitybasierten Gesundheitseinrichtungen umgehen?
  - Wie würden Sie die Community als einen „wichtigen Mitspieler“ in die Partnerschaftsarbeit integrieren?
  - Welche „Risiken“ könnten Ihrer Meinung nach mit Partnerschaften zwischen staatlichen Gesundheitsdiensten und Gesundheitseinrichtungen aus der Community verbunden sein? Wie könnten Sie diese Risiken verringern?
- 6 Bitten Sie die Gruppen, sich Notizen über ihre Diskussionen zu diesen sechs Fragen zu machen und dabei insbesondere die Vorteile und Risiken für die beteiligten Einrichtungen und die Community, für die die Arbeit bestimmt ist, zu beachten. Sie haben 20 Minuten Zeit für diese Diskussionen.

## Moderiertes Feedback/Austausch im Plenum: (15-20 Minuten)

- Bitten Sie die Gruppen nacheinander, jeweils ihre wichtigsten Gedanken zu ihren Ansätzen und zu möglichen Problemen beim Aufbau ihrer Partnerschaft(en) vorzustellen.
- Zeigen Sie Unterschiede in den gewählten Ansätzen auf. Fragen Sie die Gruppe, warum diese Unterschiede möglicherweise erforderlich sind – wer beispielsweise in der vorgeschlagenen Partnerschaft die größte „Macht“ hat.
- Nachdem alle ihre Ergebnisse vorgestellt haben, fragen Sie die Gruppe, ob sie weitere Gedanken zur Zusammenarbeit hat. Sobald diese Rückmeldung beendet ist, beenden Sie die Übung.

## Zusätzliche Information:



### Effektive Partnerschaften:

„Partnerschaften können ganz unterschiedliche Formen, Größenordnungen und Strukturen aufweisen. Es gibt nicht das eine „richtige“ Modell für erfolgreiche Partnerschaften. Je nach den lokalen Bedürfnissen und Umständen sind unter unterschiedlichen Bedingungen unterschiedliche Arten von Partnerschaften effektiv, aber es gibt Faktoren, die allen erfolgreichen Partnerschaften gemeinsam sind. Analysen zeigen, dass folgende Faktoren für eine effektive partnerschaftliche Zusammenarbeit entscheidend sind (Audit Commission, 1998; Pratt et al., 1998):

- *Führung und Vision* – das Management und die Entwicklung einer gemeinsamen, realistischen Vision für die Arbeit der Partnerschaft durch die Schaffung gemeinsamer Ziele. Eine effektive Führung zeigt sich darin, andere zu beeinflussen, mit ihnen zu kommunizieren und sie zu motivieren, sodass die Verantwortung für die Entscheidungsfindung zwischen den Partnern aufgeteilt wird.
- *Organisation und Einbeziehung* – die Beteiligung aller wichtigen Akteure vor Ort und insbesondere die Einbeziehung der Communities als gleichberechtigte Partner. Nicht alle können den gleichen Beitrag leisten. Die meisten ehrenamtlichen Einrichtungen sind klein und lokal mit wenigen Mitarbeiter\_innen. Sie benötigen möglicherweise Ressourcen und Zeit, um sich voll engagieren zu können.
- *Strategieentwicklung und -koordination* – Entwicklung einer klaren, auf die Community ausgerichteten Strategie, die das gesamte Spektrum relevanter Themen abdeckt und von den entsprechenden Richtlinien, Plänen, Zielen, Zielgruppen, Durchführungsmechanismen und Prozessen unterstützt wird. Die Entwicklung lokaler Prioritäten für durchzuführende Maßnahmen beruht auf der Erhebung und Einschätzung lokaler Bedürfnisse, dem Austausch von Daten und einem kontinuierlichen Dialog zwischen den Partnern.
- *Lernen und Entwicklung* – Effektive Partnerschaften investieren nicht nur in gemeinsame Ziele und Ergebnisse, sondern schaffen auch durch Abordnungen/personellen Austausch sowie durch andere Gelegenheiten, bei denen das Gelernte geteilt wird und zur beruflichen und organisatorischen Entwicklung in Partnerorganisationen beiträgt, einen Mehrwert. Die Bereitschaft zuzuhören und voneinander zu lernen, schafft Vertrauen.
- *Ressourcen* – Das Teilen und die gemeinsame Nutzung von Informationen sowie finanziellen, personellen und technischen Ressourcen. Die neuen Freiheiten durch die Bündelung von Budgets und Bereitstellung integrierter Dienste, beispielsweise zwischen Grundversorgung und sozialen Diensten, können einige der traditionellen Hindernisse für die gemeinsame Arbeit beseitigen. Die Zusammenarbeit kann durch das Teilen solcher Ressourcen beginnen, die für alle Beteiligten hilfreich sind, beispielsweise Schulungen zu IT-Kenntnissen.
- *Evaluation und Überprüfung* – Die Evaluation der Qualität des Partnerschaftsprozesses und Messung der Fortschritte bei der Erreichung der Ziele. Partnerschaften müssen zeigen, dass sie etwas bewirken und dass Besprechungen mehr sind als nur Quasselei. Sie müssen auch nachweisen können, dass durch die Zusammenarbeit die angebotenen Dienstleistungen tatsächlich verbessert werden.  
Die Herausforderungen einer Zusammenarbeit werden leicht unterschätzt. Partnerschaften müssen in den Augen der lokalen Bevölkerung Legitimität erlangen und dem ehrenamtlichen Sektor, der Community und den Nutzer\_innen ermöglichen, sich uneingeschränkt zu beteiligen. Sie müssen auch mittlere Führungskräfte und die Mitarbeiter\_innen mit direktem Nutzer\_innen-Kontakt in staatlichen Einrichtungen mit einbeziehen.  
Partnerschaften müssen auch wirksame einrichtungsübergreifende Vereinbarungen treffen, die mehrere Verantwortungsbereiche abdecken können, um eine echte Zusammenarbeit zu erreichen. Sie müssen sich außerdem sinnvolle und gleichzeitig realistische Ziele für Veränderungen setzen und Erfolge und Verbesserungen aufzeigen.“

Entnommen aus 'Understanding Public Health: Health Promotion Theory. Edited by Maggie Davies and Wendy McDowell. Open University Press.



Arnsteins Partizipationsleiter:

Sherry R. Arnstein: 'A Ladder of Citizen Participation' Journal der American Planning Association, Bd. 35, Nr. 4, Juli 1969, S. 216-224

„Die Leiter ist eine Orientierungshilfe, um festzustellen, wer beim Treffen wichtiger Entscheidungen die Macht hat. Sie ist immer noch in Verwendung, weil die Menschen weiterhin mit Prozessen konfrontiert sind, in denen alles, was über die unteren Sprossen hinausgeht, nicht in Betracht gezogen wird. Die Leiter wird von unten nach oben gelesen, beginnend mit der Nummer 1 und dann die Stufen hoch bis Nummer 8 (siehe pdf). Auf [www.partnerships.org.uk/part/arn.htm](http://www.partnerships.org.uk/part/arn.htm) beschreibt David Wilcox die 8 Sprossen der Leiter.

- 1 Manipulation and 2 Therapie.** Beide sind nicht partizipativ. Ziel ist es, die Teilnehmer\_innen zu heilen oder auszubilden. Der vorgeschlagene Plan ist der beste und die Rolle der Partizipation besteht darin, durch Öffentlichkeitsarbeit öffentliche Unterstützung zu erhalten.
- 3 Anhörung.** Ein sehr wichtiger erster Schritt zur Legitimierung der Partizipation. Es kommt jedoch allzu häufig vor, dass Information schwerpunktmäßig nur in eine Richtung fließt und es keinen Kanal für ein Feedback gibt.
- 4 Konsultation.** Wieder ein legitimer Schritt; dazu gehören Interventionen wie Umfragen zur Einstellung, Nachbarschaftstreffen und öffentliche Anfragen. Arnstein sieht diesen Schritt jedoch immer noch vor allem als ein „Ritual der Schaufensterdekoration“ an.
- 5 Beschwichtigung** Zum Beispiel die Vereinnahmung von ausgesuchten „Verdiensten“ durch Ausschüsse. Ermöglicht den Bürger\_innen, endlos zu beraten oder zu planen, behält jedoch den „Machthaber\_innen“ das Recht vor, über die Legitimität oder Umsetzbarkeit der Beratung zu urteilen.
- 6 Partnerschaft.** Die Macht wird in der Tat durch Verhandlungen zwischen Bürger\_innen und Machthaber\_innen neu verteilt. Planungs- und Entscheidungskompetenzen werden z. B. durch gemeinsame Ausschüsse geteilt.
- 7 Machtübertragung.** Bürger\_innen haben in Ausschüssen mit delegierten Entscheidungsbefugnissen eine klare Mehrheit der Sitze. Die Öffentlichkeit kann nun die Rechenschaftspflicht des Programms ihnen gegenüber sicherstellen.
- 8 Bürgerkontrolle.** „Habenichtse“ erledigen die gesamten Aufgaben der Planung, Politikgestaltung und Verwaltung eines Programms, z. B. einer Nachbarschaftsinitiative, ohne Vermittler zwischen dem Programm und der Geldquelle.“

## Online-Support-Materialien

### Arbeiten in Partnerschaften

#### Ermittlung und Aufbau von Good Practices für die partnerschaftliche Arbeit mit staatlichen und communitybasierten Gesundheitsdiensten

Entnommen aus 'Understanding Public Health: Health Promotion Theory' Edited by Maggie Davies and Wendy McDowell. Open University Press. 'Social Capital and Health' Campbell, et al., Gender Institute, London School of Economics. Health Education Authority Report 1999.

#### Effektive Partnerschaften

„Partnerschaften können ganz unterschiedliche Formen, Größenordnungen und Strukturen aufweisen. Es gibt nicht das eine „richtige“ Modell für erfolgreiche Partnerschaften. Je nach den lokalen Bedürfnissen und Umständen sind unter unterschiedlichen Bedingungen unterschiedliche Arten von Partnerschaften effektiv, aber es gibt Faktoren, die allen erfolgreichen Partnerschaften gemeinsam sind.

Analysen zeigen, dass folgende Faktoren für eine effektive partnerschaftliche Zusammenarbeit entscheidend sind (Audit Commission, 1998; Pratt et al., 1998):

- *Führung und Vision* – das Management und die Entwicklung einer gemeinsamen, realistischen Vision für die Arbeit der Partnerschaft durch die Schaffung gemeinsamer Ziele. Eine effektive Führung zeigt sich darin, andere zu beeinflussen, mit ihnen zu kommunizieren und sie zu motivieren, sodass die Verantwortung für die Entscheidungsfindung zwischen den Partnern aufgeteilt wird.
- *Organisation und Einbeziehung* – die Beteiligung aller wichtigen Akteure vor Ort und insbesondere die Einbeziehung der Communities als gleichberechtigte Partner. Nicht alle können den gleichen Beitrag leisten. Die meisten ehrenamtlichen Einrichtungen sind klein und lokal mit wenigen Mitarbeiter\_innen. Sie benötigen möglicherweise Ressourcen und Zeit, um sich voll engagieren zu können.
- *Strategieentwicklung und -koordination* – Entwicklung einer klaren, auf die Community ausgerichteten Strategie, die das gesamte Spektrum relevanter Themen abdeckt und von den entsprechenden Richtlinien, Plänen, Zielen, Zielgruppen, Durchführungsmechanismen und Prozessen unterstützt wird. Die Entwicklung lokaler Prioritäten für durchzuführende Maßnahmen beruht auf der Erhebung und Einschätzung lokaler Bedürfnisse, dem Austausch von Daten und einem kontinuierlichen Dialog zwischen den Partnern.
- *Lernen und Entwicklung* – Effektive Partnerschaften investieren nicht nur in gemeinsame Ziele und Ergebnisse, sondern schaffen auch durch Abordnungen/personellen Austausch sowie durch andere Gelegenheiten, bei denen das Gelernte geteilt wird und zur beruflichen und organisatorischen Entwicklung in Partnerorganisationen beiträgt, einen Mehrwert. Die Bereitschaft zuzuhören und voneinander zu lernen, schafft Vertrauen.
- *Ressourcen* – Das Teilen und die gemeinsame Nutzung von Informationen sowie finanziellen, personellen und technischen Ressourcen. Die neuen Freiheiten durch die Bündelung von Budgets und Bereitstellung integrierter Dienste, beispielsweise zwischen Grundversorgung und sozialen Diensten, können einige der traditionellen Hindernisse für die gemeinsame Arbeit beseitigen. Die Zusammenarbeit kann durch das Teilen solcher Ressourcen beginnen, die für alle Beteiligten hilfreich sind, beispielsweise Schulungen zu IT-Kenntnissen.
- *Evaluation und Überprüfung* – Die Evaluation der Qualität des Partnerschaftsprozesses und Messung der Fortschritte bei der Erreichung der Ziele. Partnerschaften müssen zeigen, dass sie etwas bewirken und dass Besprechungen mehr sind als nur Quasselei. Sie müssen auch nachweisen können, dass durch die Zusammenarbeit die angebotenen Dienstleistungen tatsächlich verbessert werden.

Eine andere Art, sich diesen Elementen zu nähern, ist:

### **Führung**

Bei einer effektiven Führung wird Folgendes beachtet:

- Entwicklung und Kommunikation einer gemeinsamen Vision
- Zum Ausdruck bringen und Fördern der Eigenverantwortung und des Engagements für die Partnerschaft und ihre Ziele
- Beachtung von Faktoren und Beziehungen im externen Umfeld, die sich auf die Partnerschaft auswirken könnten

### **Organisation**

Klare und effektive Systeme sind erforderlich für:

- *Beteiligung der Öffentlichkeit* an Partnerschafts- und Entscheidungsprozessen.
- *Flexibilität* bei der Arbeitsorganisation.
- Transparente und effektive *Verwaltung* der Partnerschaft
- *Kommunikation zu angemessenen Zeitpunkten und auf eine Art und Weise, die leicht verstanden, interpretiert und umgesetzt werden kann*

### **Strategie**

Die Partnerschaft muss ihre Mission und Vision durch eine klare Strategie umsetzen, die von den lokalen Communities und anderen Interessengruppen geprägt wird und sich auf Folgendes konzentriert:

- *Strategische Entwicklung* zur Vereinbarung von Prioritäten und zur Festlegung von Zielen für das Ergebnis
- Weitergabe von *Informationen und Evaluation* von Fortschritten und Erfolgen
- Einen kontinuierlichen Prozess des *Handelns und der Überprüfung*

### **Lernen**

Partnerorganisationen müssen Mitarbeiter\_innen gewinnen, verwalten und weiterbilden, um ihr gesamtes Wissen und Potenzial freizusetzen, indem sie:

- *Menschen* als primäre Ressource wertschätzen
- *Wissen und Fähigkeiten* entwickeln und anwenden
- *Innovation unterstützen*

### **Ressourcen**

Der Beitrag und die gemeinsame Nutzung von Ressourcen, einschließlich

- Aufbau und Stärkung des *sozialen Kapitals\**
- Verwaltung und Bündelung von *finanziellen Ressourcen*
- *Informationen* zirkulieren
- Angemessener Einsatz von Informations- und *Kommunikationstechnologie*

### **Programme**

Die Partner sind bestrebt, koordinierte Programme und integrierte Dienste zu entwickeln, die gut zusammenpassen. Dies erfordert die Beachtung von:

- der Realisierung der Wertschöpfung aus gemeinsamer *Planung*
- fokussierter *Umsetzung*
- regelmäßiger *Überwachung* und Überprüfung

Die Herausforderungen einer Zusammenarbeit werden leicht unterschätzt. Partnerschaften müssen in den Augen der lokalen Bevölkerung Legitimität erlangen und dem ehrenamtlichen Sektor, der Community und den Nutzer\_innen ermöglichen, sich uneingeschränkt zu beteiligen. Sie müssen auch mittlere Führungskräfte und die Mitarbeiter\_innen mit direktem Nutzer\_innen-Kontakt in staatlichen Einrichtungen mit einbeziehen.

Partnerschaften müssen auch wirksame einrichtungsübergreifende Vereinbarungen treffen, die mehrere Verantwortungsbereiche abdecken können, um eine echte Zusammenarbeit zu erreichen. Sie müssen sich außerdem sinnvolle und gleichzeitig realistische Ziele für Veränderungen setzen und Erfolge und Verbesserungen aufzeigen.“

### **Was ist \*soziales Kapital?**

„In den letzten zehn Jahren hat die Vorstellung, dass soziale, psychologische, wirtschaftliche und kontextbezogene Faktoren einen erheblichen Einfluss auf die Gesundheit von Einzelpersonen und Communities haben, an Aktualität gewonnen, da die Datengrundlage gewachsen ist. Gleichzeitig haben auf das Individuum fokussierte Modelle für Gesundheitsverhalten und -auswirkungen an Popularität verloren und ihre Verwendung im Bereich der öffentlichen Gesundheit und Gesundheitsförderung hat abgenommen. In diesem Zusammenhang hat sich das Konzept des sozialen Kapitals als hilfreich erwiesen, da es erlaubt, das Verhältnis zwischen Gesundheit und den entscheidenden Faktoren, die sie beeinflussen, genauer zur Sprache zu bringen.

Soziales Kapital kann allgemein als die Ressourcen innerhalb einer Gemeinschaft beschrieben werden, die eine familiäre und soziale Organisation schaffen. Diese Ressourcen, die sich aus Aktivitäten wie bürgerschaftlichem Engagement, sozialer Unterstützung oder Beteiligung ergeben, kommen dem\_der Einzelnen zugute, werden jedoch in Beziehung zu und mit anderen entwickelt, beispielsweise innerhalb von Gruppen oder Communities. Zu den Schlüsselkonstrukten innerhalb des Konzepts, die häufig (und wechselnd) als Indikatoren verwendet werden, gehören soziale Beziehungen, Gruppenmitgliedschaft, geteilte Normen, Vertrauen, formelle und informelle soziale Netzwerke sowie Gegenseitigkeit und bürgerschaftliches Engagement.

Campbell et al. (1999) gibt als Beispiele für Merkmale von Communities, in denen soziales Kapital im Überfluss vorhanden ist, Folgendes an:

- Der\_die Einzelne fühlt sich verpflichtet, anderen und Bedürftigen zu helfen. Dies wird durch ein dichtes persönliches Unterstützungsnetzwerk erreicht, das Einzelpersonen, Haushalte und Peer Groups miteinander verbindet.
- Es besteht die Bereitschaft und Fähigkeit, die Ressourcen der Gemeinschaft, insbesondere die vom Staat bereitgestellten, zu nutzen, was sich beispielsweise in der Nutzung institutionalisierter Systeme der Gesundheitsversorgung zeigt.
- Einzelpersonen zeigen mehr Vertrauen und weniger Angst im Umgang mit anderen in der Gemeinschaft, was sich beispielsweise in einer positiven Einstellung gegenüber persönlichen Interaktionen, der Nutzung von Community-Einrichtungen und dem Gefühl der Zugehörigkeit zur Community äußert.

### **Das Verhältnis zwischen sozialem Kapital und Gesundheit (Überschneidungen/Syndemien)**

Aber wie hängen soziales Kapital und Gesundheit zusammen? Im Allgemeinen ist die Gesundheit von Bevölkerungsgruppen, die von materiellem Mangel und Armut geprägt sind, schlechter. Zum Beispiel stellte Kawachi (1996) in prospektiven Studien an berufstätigen Männern in den USA fest, dass diejenigen mit der niedrigsten Anzahl sozialer Netzwerke signifikant häufiger an Herz-Kreislauf-Erkrankungen sterben. Cooper et al. (1999) stellten fest, dass Frauen, die in Großbritannien in Vierteln leben, in denen ihres Erachtens ein hoher Anteil an sozialem Kapital vorhanden ist, nach Berücksichtigung von materiellem Mangel und sozioökonomischen Faktoren mit geringerer Wahrscheinlichkeit rauchen.

Campbell et al. deuten darauf hin, dass einige Elemente von Putnams ursprünglichem Konzept des sozialen Kapitals (insbesondere Vertrauen und bürgerschaftliches Engagement) gesundheitsfördernder sein könnten als andere. In dieser Studie wurde festgestellt, dass Gemeinschaften und Netzwerke komplexer und

vielschichtiger sind als diejenigen, die durch geografische Grenzen wie Straße oder Gemeinde definiert sind, und es wurden starke Unterschiede innerhalb der Communities festgestellt in der Art und Weise, wie Elemente des sozialen Kapitals geschaffen, erhalten und zugänglich gemacht wurden. Es gab auch deutliche Unterschiede in den Arten von Community-Netzwerken, die Männer und Frauen in ihrem täglichen Leben einrichteten und nutzten, und in der Art der Unterstützung, die sie von diesen Netzwerken aus gaben und erhielten. Die individuellen Gesundheitskonstruktionen und das Verhältnis zur Gemeinschaft schienen je nach Geschlecht, ethnischer Zugehörigkeit und Lebensphase zu variieren. Diese Ergebnisse stimmen mit umfassenderen Untersuchungen zu gesundheitlichen Ungleichheiten überein, bei der in Bezug auf die gesundheitlicher Situation und das Gesundheitsverhalten klare Muster je nach Geschlecht, ethnischer Zugehörigkeit, Lebensphase und Einkommen beobachtet werden können.

Campbell et al. (1999) haben darauf hingewiesen, dass ein hohes Maß an sozialem Kapital in benachteiligten Gemeinschaften als eine Art „Stoßdämpfer“ fungieren kann und sie vor einigen der schlimmsten Auswirkungen der Benachteiligung schützen kann. Andere haben die Verbindung zwischen Benachteiligung und Gesundheit über die psychologischen Konstrukte von Selbstwirksamkeit und Stress hergestellt, wobei diejenigen, die auf sozioökonomischer Ebene auf der niedrigsten Stufe stehen, die geringste Kontrolle über ihr Lebens- und Arbeitsumfeld haben, mehr Stress und folglich eine schlechtere Gesundheit aufweisen.“

### **Arnsteins Partizipationsleiter:**

Sherry R. Arnstein: 'A Ladder of Citizen Participation', Journal der American Planning Association, Bd. 35, Nr. 4, Juli 1969, S. 216-224

„Die Leiter ist eine Orientierungshilfe, um festzustellen, wer beim Treffen wichtiger Entscheidungen die Macht hat, und um die Beziehung zwischen Partnerschaften und Machtungleichgewichten besser zu verstehen. Sie ist immer noch in Verwendung, weil die Menschen weiterhin mit Prozessen konfrontiert sind, in denen alles, was über die unteren Sprossen hinausgeht, nicht in Betracht gezogen wird. Die Leiter wird von unten nach oben gelesen, die Sprossen aufsteigend (siehe pdf). Auf [www.partnerships.org.uk/part/arn.htm](http://www.partnerships.org.uk/part/arn.htm) beschreibt David Wilcox die 8 Sprossen der Leiter.

- 1 Manipulation, and 2 Therapie.** Beide sind nicht partizipativ. Ziel ist es, die Teilnehmer\_innen zu heilen oder auszubilden. Der vorgeschlagene Plan ist der beste und die Rolle der Partizipation besteht darin, durch Öffentlichkeitsarbeit öffentliche Unterstützung zu erhalten.
- 3 Anhörung.** Ein sehr wichtiger erster Schritt zur Legitimierung der Partizipation. Es kommt jedoch allzu häufig vor, dass Information schwerpunktmäßig nur in eine Richtung fließt und es keinen Kanal für ein Feedback gibt.
- 4 Konsultation.** Wieder ein legitimer Schritt; dazu gehören Interventionen wie Umfragen zur Einstellung, Nachbarschaftstreffen und öffentliche Anfragen. Arnstein sieht diesen Schritt jedoch immer noch vor allem als ein „Ritual der Schaufensterdekoration“ an.
- 5 Beschwichtigung.** Zum Beispiel die Vereinnahmung von ausgesuchten „Verdiensten“ durch Ausschüsse. Ermöglicht den Bürger\_innen, endlos zu beraten oder zu planen, behält jedoch den „Machthaber\_innen“ das Recht vor, über die Legitimität oder Umsetzbarkeit der Beratung zu urteilen.
- 6 Partnerschaft.** Die Macht wird in der Tat durch Verhandlungen zwischen Bürger\_innen und Machthaber\_innen neu verteilt. Planungs- und Entscheidungskompetenzen werden z. B. durch gemeinsame Ausschüsse geteilt.
- 7 Machtübertragung.** Bürger\_innen haben in Ausschüssen mit delegierten Entscheidungsbefugnissen eine klare Mehrheit der Sitze. Die Öffentlichkeit kann nun die Rechenschaftspflicht des Programms ihnen gegenüber sicherstellen.
- 8 Bürgerkontrolle.** „Habenichtse“ erledigen die gesamten Aufgaben der Planung, Politikgestaltung und Verwaltung eines Programms, z. B. einer Nachbarschaftsinitiative, ohne Vermittler zwischen dem Programm und der Geldquelle.“

Unter [http://www.citizenshandbook.org/arnsteins\\_ladder.pdf](http://www.citizenshandbook.org/arnsteins_ladder.pdf) finden Sie eine hochauflösende PDF-Illustration der „Leiter“.

Ihre Aufgabe ist es nun, eine Partnerschaft zu ermitteln, zu der Ihre Organisation gehört, oder eine Partnerschaft, die Sie zwischen einer staatlichen und einer communitybasierten Einrichtung für die Gesundheitsversorgung kennen.

Wenn Sie diese Partnerschaft betrachten, analysieren Sie, wie Ihrer Meinung nach jedes der zuvor beschriebenen Elemente umgesetzt wurde und was Ihrer Meinung nach fehlt oder fehlen könnte. Ermitteln Sie für jedes Element, das Sie betrachten, einige solcher Punkte. Nehmen Sie sich dafür maximal 30 Minuten Zeit, da die Liste unter Umständen sehr umfangreich sein kann.

Überlegen Sie, wie Sie mit dem Wissen um diese Elemente und ihr Zusammenwirken jetzt eine Partnerschaft angehen könnten. Wie könnten Sie Ihren Ansatz etablieren, um die bestmögliche Partnerschaft aufzubauen – sowohl für die Partner als auch die Community, mit der Sie zusammenarbeiten?

# Teilnehmer\_innen Arbeitsblatt: Arbeiten in Partnerschaften

## Elemente effektive Partnerschaften

Entnommen aus 'Understanding Public Health: Health Promotion Theory' Edited by Maggie Davies and Wendy McDowell. Open University Press.

„Partnerschaften können ganz unterschiedliche Formen, Größenordnungen und Strukturen aufweisen. Es gibt nicht das eine „richtige“ Modell für erfolgreiche Partnerschaften. Je nach den lokalen Bedürfnissen und Umständen sind unter unterschiedlichen Bedingungen unterschiedliche Arten von Partnerschaften effektiv, aber es gibt Faktoren, die allen erfolgreichen Partnerschaften gemeinsam sind.

Analysen zeigen, dass folgende Faktoren für eine effektive partnerschaftliche Zusammenarbeit entscheidend sind (Audit Commission, 1998; Pratt et al., 1998):

- **Führung und Vision** – das Management und die Entwicklung einer gemeinsamen, realistischen Vision für die Arbeit der Partnerschaft durch die Schaffung gemeinsamer Ziele. Eine effektive Führung zeigt sich darin, andere zu beeinflussen, mit ihnen zu kommunizieren und sie zu motivieren, sodass die Verantwortung für die Entscheidungsfindung zwischen den Partnern aufgeteilt wird.
- **Organisation und Einbeziehung** – die Beteiligung aller wichtigen Akteure vor Ort und insbesondere die Einbeziehung der Communities als gleichberechtigte Partner. Nicht alle können den gleichen Beitrag leisten. Die meisten ehrenamtlichen Einrichtungen sind klein und lokal mit wenigen Mitarbeiter\_innen. Sie benötigen möglicherweise Ressourcen und Zeit, um sich voll engagieren zu können.
- **Strategieentwicklung und -koordination** – Entwicklung einer klaren, auf die Community ausgerichteten Strategie, die das gesamte Spektrum relevanter Themen abdeckt und von den entsprechenden Richtlinien, Plänen, Zielen, Zielgruppen, Durchführungsmechanismen und Prozessen unterstützt wird. Die Entwicklung lokaler Prioritäten für durchzuführende Maßnahmen beruht auf der Erhebung und Einschätzung lokaler Bedürfnisse, dem Austausch von Daten und einem kontinuierlichen Dialog zwischen den Partnern.
- **Lernen und Entwicklung** – Effektive Partnerschaften investieren nicht nur in gemeinsame Ziele und Ergebnisse, sondern schaffen auch durch Abordnungen/personellen Austausch sowie durch andere Gelegenheiten, bei denen das Gelernte geteilt wird und zur beruflichen und organisatorischen Entwicklung in Partnerorganisationen beiträgt, einen Mehrwert. Die Bereitschaft zuzuhören und voneinander zu lernen, schafft Vertrauen.
- **Ressourcen** – Das Teilen und die gemeinsame Nutzung von Informationen sowie finanziellen, personellen und technischen Ressourcen. Die neuen Freiheiten durch die Bündelung von Budgets und Bereitstellung integrierter Dienste, beispielsweise zwischen Grundversorgung und sozialen Diensten, können einige der traditionellen Hindernisse für die gemeinsame Arbeit beseitigen. Die Zusammenarbeit kann durch das Teilen solcher Ressourcen beginnen, die für alle Beteiligten hilfreich sind, beispielsweise Schulungen zu IT-Kenntnissen.
- **Evaluation und Überprüfung** – Die Evaluation der Qualität des Partnerschaftsprozesses und Messung der Fortschritte bei der Erreichung der Ziele. Partnerschaften müssen zeigen, dass sie etwas bewirken und dass Besprechungen mehr sind als nur Quasalei. Sie müssen auch nachweisen können, dass durch die Zusammenarbeit die angebotenen Dienstleistungen tatsächlich verbessert werden.“

Titel der Übung:  
**Partnerschaften mit und zwischen LGBTQI+  
-Organisationen und anderen Angeboten**

Themenbereich:  
**Arbeiten in Partnerschaften**

ESTICOM



### Ziel der Übung:

Diese Übung ermöglicht den Teilnehmer\_innen, die Zusammenarbeit mit und zwischen LGBTQI+-Einrichtungen zu untersuchen. Unterstützt die Verringerung von Stigmatisierung und Diskriminierung aufgrund der sexuellen Orientierung und von Menschen, die mit HIV/AIDS leben, in verschiedenen Settings der Gesundheitsversorgung und in der Community.

### Erwartete Ergebnisse der Übung:

Die Teilnehmer\_innen erreichen ein besseres Verständnis für den Aufbau von Partnerschaften mit und zwischen LGBTQI+ -Einrichtungen. Sie sind sich bewusst über mögliche Hindernisse wie etwa Machtungleichgewichte zwischen den Partnern sowie über den Nutzen erfolgreicher Partnerschaftsarbeit und die Unterstützungsmechanismen, die für eine solche erforderlich sind.



### Erforderliches Material:

- PowerPoint-Folien
- Blatt „Elemente effektiver Partnerschaften“ – eins pro Teilnehmer\_in
- Flipchart, Flipchartpapier und Moderationsstifte
- Papier und Stifte für die Teilnehmer\_innen



### Vorbereitung der Moderator\_innen:

- ✓ Machen Sie lokale Partnerschaften zwischen LGBTQI+ -Einrichtungen und anderen Dienstleistungsanbietern ausfindig, die sie bei Bedarf als Beispiele verwenden können.
- ✓ Lesen Sie den Abschnitt über die Vorteile und Risiken von Partnerschaften im folgenden Abschnitt mit zusätzlichen Informationen und im E-Learning-Modul.



### Hilfreiche Tipps für Moderator\_innen:

- Ermutigen Sie die Gruppe, ihr Wissen und ihre Erfahrung im Bereich der partnerschaftlichen Zusammenarbeit in ihren Diskussionen zu nutzen.

## Ablauf der Übung: (60 Minuten)

- 1 Stellen Sie der Gruppe das Thema vor und bitten Sie sie, zur folgenden Frage einige Ideen zu erarbeiten:
  - „Wann und warum würden Sie eine Partnerschaft zwischen einer LGBTQI+ -Einrichtung und einem anderen Dienstleistungsanbieter aufbauen wollen?“Schreiben Sie die Antworten der Gruppe auf dem Flipchart mit, wenn Sie der Meinung sind, dass dies die Diskussionen im Verlauf der Übung weiter unterstützen wird.
- 2 Teilen Sie anschließend die Informationen auf den PowerPoint-Folien zum erfolgreichen Aufbau von Arbeitspartnerschaften mit der Gruppe.

### Elemente effektiver Partnerschaften

- *Führung und Vision* – das Management und die Entwicklung einer gemeinsamen, realistischen Vision für die Arbeit der Partnerschaft durch die Schaffung gemeinsamer Ziele.
- *Organisation und Einbeziehung* – die Beteiligung aller wichtigen Akteur\_innen vor Ort und insbesondere die Einbeziehung der Communities als gleichberechtigte Partner.
- *Strategieentwicklung und -koordination* – Entwicklung einer klaren, auf die Community ausgerichteten Strategie, die das gesamte Spektrum von Themen abdeckt, die von relevanten Richtlinien, Plänen, Zielen, Zielgruppen, Durchführungsmechanismen und Prozessen unterstützt werden. Die Entwicklung lokaler Prioritäten für Maßnahmen beruht auf der Bewertung lokaler Bedürfnisse, dem Austausch von Daten und einem kontinuierlichen Dialog zwischen den Partnern.

### Elemente effektiver Partnerschaften

- *Lernen und Entwicklung* – effektive Partnerschaften investieren nicht nur in gemeinsame Ziele und Ergebnisse, sondern schaffen durch Abordnungen/personellen Austausch auch einen zusätzlichen Wert. Die Bereitschaft zuzuhören und voneinander zu lernen, schafft Vertrauen.
- *Ressourcen* – Der Beitrag und die gemeinsame Nutzung von Informationen sowie finanziellen, personellen und technischen Ressourcen.
- *Evaluation und Überprüfung* – Evaluation der Qualität des Partnerschaftsprozesses und Messung der Fortschritte bei der Erreichung der Ziele.

- 3 Bitten Sie die Gruppe, Beispiele für Partnerschaften zwischen LGBTQI+ -Einrichtungen und anderen Organisationen, die sie kennen oder zu denen sie gehören, zu finden. Sammeln Sie diese mit der Gruppe und halten Sie die Beispiele auf dem Flipchart fest. Sie benötigen nur ein oder zwei Beispiele, maximal drei.
- 4 Bitten Sie die Gruppe, ihr Wissen darüber zu teilen, wie nützlich oder erfolgreich diese Beispiele für partnerschaftliches Arbeiten waren.
  - Was hat sie nützlich und erfolgreich gemacht?
  - Gab es irgendwelche Schwierigkeiten für die Partnerschaft?Halten Sie die Antworten in Stichpunkten auf dem Flipchart fest und bringen Sie sie, falls möglich, mit den Punkten zu den Elementen effektiver Partnerschaften aus den PowerPoint-Folien in Verbindung.
- 5 Wenn Sie die Übung(n) zu kultureller Kompetenz durchgeführt haben, können Sie die Gruppe an die vier Elemente Bewusstsein, Einstellung, Wissen und Fähigkeiten erinnern, die bei der Arbeit mit einer marginalisierten Gruppe hilfreich wären.
- 6 Teilen Sie die Gruppe in Kleingruppen von 3 bis 5 Personen auf. Deren Aufgabe ist es, folgende Fragen zu diskutieren:
  - Wie könnte die „gemeinsame Vision“ für das Projekt (weiter) entwickelt werden?
  - Welchen Einfluss hat ein Verständnis für Stigmatisierung und Diskriminierung, mit dem schwule Männer und andere MSM konfrontiert sind, auf die Arbeit der Partnerschaft?
  - Wie könnten sich mögliche Unterschiede in der Größe und dem wirtschaftlichen Status der beteiligten Agenturen/Einrichtungen auf die Partnerschaften und deren Arbeit auswirken?
  - Wie könnte die Zusammenarbeit mit und zwischen LGBTQI+ -Einrichtungen, einschließlich der am Projekt beteiligten Personen, effektiv unterstützt werden?

- Wie könnte der Evaluations- und Überprüfungsprozess die Partnerschaft und die Fortsetzung des Projekts unterstützen?
  - Was könnte dazu beitragen, Konflikte zu bewältigen, die während der Entwicklungs- oder Umsetzungsphase des Projekts auftreten?
- 7 Informieren Sie die Gruppen, dass sie 30 bis 40 Minuten Zeit für ihre Diskussionen haben. Bitten Sie sie, ihre Diskussionspunkte auf einem Flipchart-Papier festzuhalten und für das Vorstellen in der Großgruppe die drei wichtigsten Punkte zu jeder Frage zu bestimmen.

### Moderiertes Feedback/Austausch im Plenum: (30 Minuten)

- Wenn die Zeit abgelaufen ist, rufen Sie die Gruppen ins Plenum zurück und bitten Sie sie, jeweils ihre drei wichtigsten Punkte zu jeder der sechs Fragen vorzustellen. Befassen Sie sich dabei jeweils nur mit einer Frage und sammeln Sie die Antworten aller Gruppen, bevor sie zur nächsten Frage übergehen. Sie können die Antworten entweder auf einem Flipchart festhalten (ein separates Blatt für jede Frage) oder die Gruppen auffordern, ihre Blätter an einem Platz im Raum abzulegen.
- Nach der ersten gehen Sie auf die gleiche Weise weiter zur zweiten Frage und dann zur dritten und so weiter, bis alle Fragen beantwortet sind. Bitten Sie dann die große Gruppe, sich Gedanken zu machen, welches ihrer Meinung nach die wichtigsten Punkte sind, die von allen Kleingruppen angesprochen wurden. Versuchen Sie, dies auf ein oder zwei Punkte pro Frage zu begrenzen. Alle vorgebrachten Punkte sind berechtigt, und es gibt einige Punkte, die zunächst am nützlichsten sein könnten.
- Am Ende dieser Diskussion sollten einige wichtige Punkte stehen, die die Teilnehmer\_innen für die Diskussion und Entwicklung von Partnerschaften mitnehmen können. Informieren Sie die Gruppe, dass es im E-Learning-Modul weitere Informationen zum Aufbau von Partnerschaften und zum Verständnis von „sozialem Kapital“ gibt und wie sich dies auf Partnerschaften zwischen oder mit Minderheitengruppen auswirken kann. Beenden Sie die Übung.

### Zusätzliche Information:

Entnommen aus 'Understanding Public Health: Health Promotion Theory' Edited by Maggie Davies and Wendy McDowell. Open University Press. 'Social Capital and Health' Campbell, et al., Gender Institute, London School of Economics. Health Education Authority Report 1999.

### Effektive Partnerschaften

„Partnerschaften können ganz unterschiedliche Formen, Größenordnungen und Strukturen aufweisen. Es gibt nicht das eine „richtige“ Modell für erfolgreiche Partnerschaften. Je nach den lokalen Bedürfnissen und Umständen sind unter unterschiedlichen Bedingungen unterschiedliche Arten von Partnerschaften effektiv, aber es gibt Faktoren, die allen erfolgreichen Partnerschaften gemeinsam sind.

Analysen zeigen, dass folgende Faktoren für eine effektive partnerschaftliche Zusammenarbeit entscheidend sind (Audit Commission, 1998; Pratt et al., 1998):

- *Führung und Vision* – das Management und die Entwicklung einer gemeinsamen, realistischen Vision für die Arbeit der Partnerschaft durch die Schaffung gemeinsamer Ziele. Eine effektive Führung zeigt sich darin, andere zu beeinflussen, mit ihnen zu kommunizieren und sie zu motivieren, sodass die Verantwortung für die Entscheidungsfindung zwischen den Partnern aufgeteilt wird.
- *Organisation und Einbeziehung* – die Beteiligung aller wichtigen Akteure vor Ort und insbesondere die Einbeziehung der Communities als gleichberechtigte Partner. Nicht alle können den gleichen Beitrag leisten. Die meisten ehrenamtlichen Einrichtungen sind klein und lokal mit wenigen Mitarbeiter\_innen. Sie benötigen möglicherweise Ressourcen und Zeit, um sich voll engagieren zu können.
- *Strategieentwicklung und -koordination* – Entwicklung einer klaren, auf die Community ausgerichteten Strategie, die das gesamte Spektrum relevanter Themen abdeckt und von den entsprechenden Richtlinien, Plänen, Zielen, Zielgruppen, Durchführungsmechanismen und Prozessen unterstützt wird. Die Entwicklung lokaler Prioritäten für durchzuführende Maßnahmen beruht auf der Erhebung und Einschätzung lokaler Bedürfnisse, dem Austausch von Daten und einem kontinuierlichen Dialog zwischen den Partnern.



- **Lernen und Entwicklung** – Effektive Partnerschaften investieren nicht nur in gemeinsame Ziele und Ergebnisse, sondern schaffen auch durch Abordnungen/personellen Austausch sowie durch andere Gelegenheiten, bei denen das Gelernte geteilt wird und zur beruflichen und organisatorischen Entwicklung in Partnerorganisationen beiträgt, einen Mehrwert. Die Bereitschaft zuzuhören und voneinander zu lernen, schafft Vertrauen.
- **Ressourcen** – Das Teilen und die gemeinsame Nutzung von Informationen sowie finanziellen, personellen und technischen Ressourcen. Die neuen Freiheiten durch die Bündelung von Budgets und Bereitstellung integrierter Dienste, beispielsweise zwischen Grundversorgung und sozialen Diensten, können einige der traditionellen Hindernisse für die gemeinsame Arbeit beseitigen. Die Zusammenarbeit kann durch das Teilen solcher Ressourcen beginnen, die für alle Beteiligten hilfreich sind, beispielsweise Schulungen zu IT-Kenntnissen.
- **Evaluation und Überprüfung** – Die Evaluation der Qualität des Partnerschaftsprozesses und Messung der Fortschritte bei der Erreichung der Ziele. Partnerschaften müssen zeigen, dass sie etwas bewirken und dass Besprechungen mehr sind als nur Quasselei. Sie müssen auch nachweisen können, dass durch die Zusammenarbeit die angebotenen Dienstleistungen tatsächlich verbessert werden.

Die Herausforderungen einer Zusammenarbeit werden leicht unterschätzt. Partnerschaften müssen in den Augen der lokalen Bevölkerung Legitimität erlangen und dem ehrenamtlichen Sektor, der Community und den Nutzer\_innen ermöglichen, sich uneingeschränkt zu beteiligen. Sie müssen auch mittlere Führungskräfte und die Mitarbeiter\_innen mit direktem Nutzer\_innen-Kontakt in staatlichen Einrichtungen mit einbeziehen.

Partnerschaften müssen auch wirksame einrichtungsübergreifende Vereinbarungen treffen, die mehrere Verantwortungsbereiche abdecken können, um eine echte Zusammenarbeit zu erreichen. Sie müssen sich außerdem sinnvolle und gleichzeitig realistische Ziele für Veränderungen setzen und Erfolge und Verbesserungen aufzeigen.“

### Was ist soziales Kapital?

„In den letzten zehn Jahren hat die Vorstellung, dass soziale, psychologische, wirtschaftliche und kontextbezogene Faktoren einen erheblichen Einfluss auf die Gesundheit von Einzelpersonen und Communities haben, an Aktualität gewonnen, da die Datengrundlage gewachsen ist. Gleichzeitig haben auf das Individuum fokussierte Modelle für Gesundheitsverhalten und -auswirkungen an Popularität verloren und ihre Verwendung im Bereich der öffentlichen Gesundheit und Gesundheitsförderung hat abgenommen. In diesem Zusammenhang hat sich das Konzept des sozialen Kapitals als hilfreich erwiesen, da es erlaubt, das Verhältnis zwischen Gesundheit und den entscheidenden Faktoren, die sie beeinflussen, genauer zur Sprache zu bringen.“

Soziales Kapital kann allgemein als die Ressourcen innerhalb einer Gemeinschaft beschrieben werden, die eine familiäre und soziale Organisation schaffen. Diese Ressourcen, die sich aus Aktivitäten wie bürgerschaftlichem Engagement, sozialer Unterstützung oder Beteiligung ergeben, kommen dem Einzelnen zugute, werden jedoch in Beziehung zu und mit anderen entwickelt, beispielsweise innerhalb von Gruppen oder Communities. Zu den Schlüsselkonstrukten innerhalb des Konzepts, die häufig (und wechselnd) als Indikatoren verwendet werden, gehören soziale Beziehungen, Gruppenmitgliedschaft, geteilte Normen, Vertrauen, formelle und informelle soziale Netzwerke sowie Gegenseitigkeit und bürgerschaftliches Engagement.

Campbell et al. (1999) gibt als Beispiele für Merkmale von Communities, in denen soziales Kapital im Überfluss vorhanden ist, Folgendes an:

- ▶ Der\_die Einzelne fühlt sich verpflichtet, anderen und Bedürftigen zu helfen. Dies wird durch ein dichtes persönliches Unterstützungsnetzwerk erreicht, das Einzelpersonen, Haushalte und Peer Groups miteinander verbindet.
- ▶ Es besteht die Bereitschaft und Fähigkeit, die Ressourcen der Gemeinschaft, insbesondere die vom Staat bereitgestellten, zu nutzen, was sich beispielsweise in der Nutzung institutionalisierter Systeme der Gesundheitsversorgung zeigt.
- ▶ Einzelpersonen zeigen mehr Vertrauen und weniger Angst im Umgang mit anderen in der Gemeinschaft, was sich beispielsweise in einer positiven Einstellung gegenüber persönlichen Interaktionen, der Nutzung von Community-Einrichtungen und dem Gefühl der Zugehörigkeit zur Community äußert.



### Das Verhältnis zwischen sozialem Kapital und Gesundheit

Aber wie hängen soziales Kapital und Gesundheit zusammen? Im Allgemeinen ist die Gesundheit von Bevölkerungsgruppen, die von materiellem Mangel und Armut geprägt sind, schlechter. Zum Beispiel stellte Kawachi (1996) in prospektiven Studien an berufstätigen Männern in den USA fest, dass diejenigen mit der niedrigsten Anzahl sozialer Netzwerke signifikant häufiger an Herz-Kreislauf-Erkrankungen sterben. Cooper et al. (1999) stellten fest, dass Frauen, die in Großbritannien in Vierteln leben, in denen ihres Erachtens ein hoher Anteil an sozialem Kapital vorhanden ist, nach Berücksichtigung von materiellem Mangel und sozioökonomischen Faktoren mit geringerer Wahrscheinlichkeit rauchen.

Campbell et al. deuten darauf hin, dass einige Elemente von Putnams ursprünglichem Konzept des sozialen Kapitals (insbesondere Vertrauen und bürgerschaftliches Engagement) gesundheitsfördernder sein könnten als andere. In dieser Studie wurde festgestellt, dass Gemeinschaften und Netzwerke komplexer und vielschichtiger sind als diejenigen, die durch geografische Grenzen wie Straße oder Gemeinde definiert sind, und es wurden starke Unterschiede innerhalb der Communities festgestellt in der Art und Weise, wie Elemente des sozialen Kapitals geschaffen, erhalten und zugänglich gemacht wurden. Es gab auch deutliche Unterschiede in den Arten von Community-Netzwerken, die Männer und Frauen in ihrem täglichen Leben einrichteten und nutzten, und in der Art der Unterstützung, die sie von diesen Netzwerken aus gaben und erhielten. Die individuellen Gesundheitskonstruktionen und das Verhältnis zur Gemeinschaft schienen je nach Geschlecht, ethnischer Zugehörigkeit und Lebensphase zu variieren. Diese Ergebnisse stimmen mit umfassenderen Untersuchungen zu gesundheitlichen Ungleichheiten überein, bei der in Bezug auf die gesundheitlicher Situation und das Gesundheitsverhalten klare Muster je nach Geschlecht, ethnischer Zugehörigkeit, Lebensphase und Einkommen beobachtet werden können.

Campbell et al. (1999) haben darauf hingewiesen, dass ein hohes Maß an sozialem Kapital in benachteiligten Gemeinschaften als eine Art „Stoßdämpfer“ fungieren kann und sie vor einigen der schlimmsten Auswirkungen der Benachteiligung schützen kann. Andere haben die Verbindung zwischen Benachteiligung und Gesundheit über die psychologischen Konstrukte von Selbstwirksamkeit und Stress hergestellt, wobei diejenigen, die auf sozioökonomischer Ebene auf der niedrigsten Stufe stehen, die geringste Kontrolle über ihr Lebens- und Arbeitsumfeld haben, mehr Stress und folglich eine schlechtere Gesundheit aufweisen.“

Entnommen aus: Understanding Public Health: Health Promotion Theory. Davies & McDowell. Open University Press.

## Arbeiten in Partnerschaften

### Partnerschaften mit und zwischen LGBTQI+ -Einrichtungen und anderen Diensten

Entnommen aus 'Understanding Public Health: Health Promotion Theory' Edited by Maggie Davies and Wendy McDowell. Open University Press. 'Social Capital and Health' Campbell, et al., Gender Institute, London School of Economics. Health Education Authority Report 1999.

### Effektive Partnerschaften

„Partnerschaften können ganz unterschiedliche Formen, Größenordnungen und Strukturen aufweisen. Es gibt nicht das eine „richtige“ Modell für erfolgreiche Partnerschaften. Je nach den lokalen Bedürfnissen und Umständen sind unter unterschiedlichen Bedingungen unterschiedliche Arten von Partnerschaften effektiv, aber es gibt Faktoren, die allen erfolgreichen Partnerschaften gemeinsam sind.

Analysen zeigen, dass folgende Faktoren für eine effektive partnerschaftliche Zusammenarbeit entscheidend sind (Audit Commission, 1998; Pratt et al., 1998):

- *Führung und Vision* – das Management und die Entwicklung einer gemeinsamen, realistischen Vision für die Arbeit der Partnerschaft durch die Schaffung gemeinsamer Ziele. Eine effektive Führung zeigt sich darin, andere zu beeinflussen, mit ihnen zu kommunizieren und sie zu motivieren, sodass die Verantwortung für die Entscheidungsfindung zwischen den Partnern aufgeteilt wird.
- *Organisation und Einbeziehung* – die Beteiligung aller wichtigen Akteure vor Ort und insbesondere die Einbeziehung der Communities als gleichberechtigte Partner. Nicht alle können den gleichen Beitrag leisten. Die meisten ehrenamtlichen Einrichtungen sind klein und lokal mit wenigen Mitarbeiter\_innen. Sie benötigen möglicherweise Ressourcen und Zeit, um sich voll engagieren zu können.
- *Strategieentwicklung und -koordination* – Entwicklung einer klaren, auf die Community ausgerichteten Strategie, die das gesamte Spektrum relevanter Themen abdeckt und von den entsprechenden Richtlinien, Plänen, Zielen, Zielgruppen, Durchführungsmechanismen und Prozessen unterstützt wird. Die Entwicklung lokaler Prioritäten für durchzuführende Maßnahmen beruht auf der Erhebung und Einschätzung lokaler Bedürfnisse, dem Austausch von Daten und einem kontinuierlichen Dialog zwischen den Partnern.
- *Lernen und Entwicklung* – Effektive Partnerschaften investieren nicht nur in gemeinsame Ziele und Ergebnisse, sondern schaffen auch durch Abordnungen/personellen Austausch sowie durch andere Gelegenheiten, bei denen das Gelernte geteilt wird und zur beruflichen und organisatorischen Entwicklung in Partnerorganisationen beiträgt, einen Mehrwert. Die Bereitschaft zuzuhören und voneinander zu lernen, schafft Vertrauen.
- *Ressourcen* – Das Teilen und die gemeinsame Nutzung von Informationen sowie finanziellen, personellen und technischen Ressourcen. Die neuen Freiheiten durch die Bündelung von Budgets und Bereitstellung integrierter Dienste, beispielsweise zwischen Grundversorgung und sozialen Diensten, können einige der traditionellen Hindernisse für die gemeinsame Arbeit beseitigen. Die Zusammenarbeit kann durch das Teilen solcher Ressourcen beginnen, die für alle Beteiligten hilfreich sind, beispielsweise Schulungen zu IT-Kenntnissen.
- *Evaluation und Überprüfung* – Die Evaluation der Qualität des Partnerschaftsprozesses und Messung der Fortschritte bei der Erreichung der Ziele. Partnerschaften müssen zeigen, dass sie etwas bewirken und dass Besprechungen mehr sind als nur Quasselei. Sie müssen auch nachweisen können, dass durch die Zusammenarbeit die angebotenen Dienstleistungen tatsächlich verbessert werden.“

„Schlüsselemente für eine erfolgreiche Partnerschaft

### Führung

Bei einer effektiven Führung wird Folgendes beachtet:

- Entwicklung und Kommunikation einer gemeinsamen *Vision*
- Zum Ausdruck bringen und Fördern der Eigenverantwortung und des *Engagements* für die Partnerschaft und ihre Ziele
- Beachtung von Faktoren und *Beziehungen* im externen Umfeld, die sich auf die Partnerschaft auswirken könnten

### Organisation

Klare und effektive Systeme sind erforderlich für:

- *Beteiligung der Öffentlichkeit* an Partnerschafts- und Entscheidungsprozessen
- *Flexibilität* bei der Arbeitsorganisation
- Transparente und effektive *Verwaltung* der Partnerschaft
- *Kommunikation* zu angemessenen Zeitpunkten und auf eine Art und Weise, die leicht verstanden, interpretiert und umgesetzt werden kann

### Strategie

Die Partnerschaft muss ihre Mission und Vision durch eine klare Strategie umsetzen, die von den lokalen Communities und anderen Interessengruppen geprägt wird und sich auf Folgendes konzentriert:

- *Strategische Entwicklung* zur Vereinbarung von Prioritäten und zur Festlegung von Zielen für das Ergebnis
- Weitergabe von *Informationen und Evaluation* von Fortschritten und Erfolgen
- Einen kontinuierlichen Prozess des *Handelns und der Überprüfung*

### Lernen

Partnerorganisationen müssen Mitarbeiter\_innen gewinnen, verwalten und weiterbilden, um ihr gesamtes Wissen und Potenzial freizusetzen, indem sie:

- *Menschen* als primäre Ressource wertschätzen
- *Wissen und Fähigkeiten* entwickeln und anwenden
- *Innovation* unterstützen

### Ressourcen

Der Beitrag und die gemeinsame Nutzung von Ressourcen, einschließlich

- Aufbau und Stärkung des *sozialen Kapitals*\*
- Verwaltung und Bündelung von *finanziellen Ressourcen*
- *Informationen* zirkulieren
- Angemessener Einsatz von Informations- und *Kommunikationstechnologie*

## Programme

Die Partner sind bestrebt, koordinierte Programme und integrierte Dienste zu entwickeln, die gut zusammenpassen. Dies erfordert die Beachtung von:

- der Realisierung der Wertschöpfung aus gemeinsamer *Planung*
- fokussierter *Umsetzung*
- regelmäßiger *Überwachung* und Überprüfung

Die Herausforderungen einer Zusammenarbeit werden leicht unterschätzt. Partnerschaften müssen in den Augen der lokalen Bevölkerung Legitimität erlangen und dem ehrenamtlichen Sektor, der Community und den Nutzer\_innen ermöglichen, sich uneingeschränkt zu beteiligen. Sie müssen auch mittlere Führungskräfte und die Mitarbeiter\_innen mit direktem Nutzer\_innen-Kontakt in staatlichen Einrichtungen mit einbeziehen.

Partnerschaften müssen auch wirksame einrichtungsübergreifende Vereinbarungen treffen, die mehrere Verantwortungsbereiche abdecken können, um eine echte Zusammenarbeit zu erreichen. Sie müssen sich außerdem sinnvolle und gleichzeitig realistische Ziele für Veränderungen setzen und Erfolge und Verbesserungen aufzeigen.“

## Was ist soziales Kapital?

„In den letzten zehn Jahren hat die Vorstellung, dass soziale, psychologische, wirtschaftliche und kontextbezogene Faktoren einen erheblichen Einfluss auf die Gesundheit von Einzelpersonen und Communities haben, an Aktualität gewonnen, da die Datengrundlage gewachsen ist. Gleichzeitig haben auf das Individuum fokussierte Modelle für Gesundheitsverhalten und -auswirkungen an Popularität verloren und ihre Verwendung im Bereich der öffentlichen Gesundheit und Gesundheitsförderung hat abgenommen. In diesem Zusammenhang hat sich das Konzept des sozialen Kapitals als hilfreich erwiesen, da es erlaubt, das Verhältnis zwischen Gesundheit und den entscheidenden Faktoren, die sie beeinflussen, genauer zur Sprache zu bringen.

Soziales Kapital kann allgemein als die Ressourcen innerhalb einer Gemeinschaft beschrieben werden, die eine familiäre und soziale Organisation schaffen. Diese Ressourcen, die sich aus Aktivitäten wie bürgerschaftlichem Engagement, sozialer Unterstützung oder Beteiligung ergeben, kommen dem/der Einzelnen zugute, werden jedoch in Beziehung zu und mit anderen entwickelt, beispielsweise innerhalb von Gruppen oder Communities. Zu den Schlüsselkonstrukten innerhalb des Konzepts, die häufig (und wechselnd) als Indikatoren verwendet werden, gehören soziale Beziehungen, Gruppenmitgliedschaft, geteilte Normen, Vertrauen, formelle und informelle soziale Netzwerke sowie Gegenseitigkeit und bürgerschaftliches Engagement.

Campbell et al. (1999) gibt als Beispiele für Merkmale von Communities, in denen soziales Kapital im Überfluss vorhanden ist, Folgendes an:

- Der/die Einzelne fühlt sich verpflichtet, anderen und Bedürftigen zu helfen. Dies wird durch ein dichtes persönliches Unterstützungsnetzwerk erreicht, das Einzelpersonen, Haushalte und Peer Groups miteinander verbindet.
- Es besteht die Bereitschaft und Fähigkeit, die Ressourcen der Gemeinschaft, insbesondere die vom Staat bereitgestellten, zu nutzen, was sich beispielsweise in der Nutzung institutionalisierter Systeme der Gesundheitsversorgung zeigt.
- Einzelpersonen zeigen mehr Vertrauen und weniger Angst im Umgang mit anderen in der Gemeinschaft, was sich beispielsweise in einer positiven Einstellung gegenüber persönlichen Interaktionen, der Nutzung von Community-Einrichtungen und dem Gefühl der Zugehörigkeit zur Community äußert.

## Das Verhältnis zwischen sozialem Kapital und Gesundheit (Überschneidungen/Syndemien)

Aber wie hängen soziales Kapital und Gesundheit zusammen? Im Allgemeinen ist die Gesundheit von Bevölkerungsgruppen, die von materiellem Mangel und Armut geprägt sind, schlechter. Zum Beispiel stellte Kawachi (1996) in prospektiven Studien an berufstätigen Männern in den USA fest, dass diejenigen mit der niedrigsten Anzahl sozialer Netzwerke signifikant häufiger an Herz-Kreislauf-Erkrankungen sterben. Cooper et al. (1999) stellten fest, dass Frauen, die in Großbritannien in Vierteln leben, in denen ihres Erachtens ein hoher Anteil an sozialem Kapital vorhanden ist, nach Berücksichtigung von materiellem Mangel und sozioökonomischen Faktoren mit geringerer Wahrscheinlichkeit rauchen.

Campbell et al. deuten darauf hin, dass einige Elemente von Putnams ursprünglichem Konzept des sozialen Kapitals (insbesondere Vertrauen und bürgerschaftliches Engagement) gesundheitsfördernder sein könnten als andere. In dieser Studie wurde festgestellt, dass Gemeinschaften und Netzwerke komplexer und vielschichtiger sind als diejenigen, die durch geografische Grenzen wie Straße oder Gemeinde definiert sind, und es wurden starke Unterschiede innerhalb der Communities festgestellt in der Art und Weise, wie Elemente des sozialen Kapitals geschaffen, erhalten und zugänglich gemacht wurden. Es gab auch deutliche Unterschiede in den Arten von Community-Netzwerken, die Männer und Frauen in ihrem täglichen Leben einrichteten und nutzten, und in der Art der Unterstützung, die sie von diesen Netzwerken aus gaben und erhielten. Die individuellen Gesundheitskonstruktionen und das Verhältnis zur Gemeinschaft schienen je nach Geschlecht, ethnischer Zugehörigkeit und Lebensphase zu variieren. Diese Ergebnisse stimmen mit umfassenderen Untersuchungen zu gesundheitlichen Ungleichheiten überein, bei der in Bezug auf die gesundheitlicher Situation und das Gesundheitsverhalten klare Muster je nach Geschlecht, ethnischer Zugehörigkeit, Lebensphase und Einkommen beobachtet werden können.

Campbell et al. (1999) haben darauf hingewiesen, dass ein hohes Maß an sozialem Kapital in benachteiligten Gemeinschaften als eine Art „Stoßdämpfer“ fungieren kann und sie vor einigen der schlimmsten Auswirkungen der Benachteiligung schützen kann. Andere haben die Verbindung zwischen Benachteiligung und Gesundheit über die psychologischen Konstrukte von Selbstwirksamkeit und Stress hergestellt, wobei diejenigen, die auf sozioökonomischer Ebene auf der niedrigsten Stufe stehen, die geringste Kontrolle über ihr Lebens- und Arbeitsumfeld haben, mehr Stress und folglich eine schlechtere Gesundheit aufweisen.“

Kennen Sie Partnerschaften zwischen staatlichen Stellen und LGBTQ+ -Einrichtungen? Oder zwischen unterschiedlichen LGBTQ+ -Einrichtungen? Machen Sie sich Notizen darüber, was Sie über diese Partnerschaften wissen und wie nützlich oder erfolgreich diese Beispiele für partnerschaftliche Zusammenarbeit waren. Es könnte hilfreich sein, folgende Punkte zu erfassen:

Wie wurde die „gemeinsame Vision“ für das Projekt entwickelt?

- Welchen Einfluss hat ein Verständnis für Stigmatisierung und Diskriminierung, mit dem schwule Männer und andere MSM konfrontiert sind, auf die Arbeit der Partnerschaft?
- Wie könnten sich mögliche Unterschiede in der Größe und dem wirtschaftlichen Status der beteiligten Agenturen/Einrichtungen auf die Partnerschaften und deren Arbeit auswirken?
- Wie könnte die Zusammenarbeit mit und zwischen LGBTQI+ -Einrichtungen, einschließlich der am Projekt beteiligten Personen, effektiv unterstützt werden?
- Wie könnte der Evaluations- und Überprüfungsprozess die Partnerschaft und die Fortsetzung des Projekts unterstützen?
- Was könnte dazu beitragen, Konflikte zu bewältigen, die während der Entwicklungs- oder Umsetzungsphase des Projekts auftreten?

Nehmen Sie sich 30 Minuten Zeit, um sich Notizen zu machen und Ihre Ideen zu diesen Fragen festzuhalten. Wenn die Zeit abgelaufen ist, verbringen Sie etwas Zeit damit, die Punkte zu sammeln, die Ihrer Meinung nach für den Aufbau guter Partnerschaften mit und zwischen LGBTQI+/MSM-Einrichtungen und anderen Diensten von entscheidender Bedeutung sind.

# Teilnehmer\_innen Arbeitsblatt: Arbeiten in Partnerschaften

## Elemente effektive Partnerschaften

Entnommen aus 'Understanding Public Health: Health Promotion Theory' Edited by Maggie Davies and Wendy McDowell. Open University Press.

„Partnerschaften können ganz unterschiedliche Formen, Größenordnungen und Strukturen aufweisen. Es gibt nicht das eine „richtige“ Modell für erfolgreiche Partnerschaften. Je nach den lokalen Bedürfnissen und Umständen sind unter unterschiedlichen Bedingungen unterschiedliche Arten von Partnerschaften effektiv, aber es gibt Faktoren, die allen erfolgreichen Partnerschaften gemeinsam sind.

Analysen zeigen, dass folgende Faktoren für eine effektive partnerschaftliche Zusammenarbeit entscheidend sind (Audit Commission, 1998; Pratt et al., 1998):

- **Führung und Vision** – das Management und die Entwicklung einer gemeinsamen, realistischen Vision für die Arbeit der Partnerschaft durch die Schaffung gemeinsamer Ziele. Eine effektive Führung zeigt sich darin, andere zu beeinflussen, mit ihnen zu kommunizieren und sie zu motivieren, sodass die Verantwortung für die Entscheidungsfindung zwischen den Partnern aufgeteilt wird.
- **Organisation und Einbeziehung** – die Beteiligung aller wichtigen Akteure vor Ort und insbesondere die Einbeziehung der Communities als gleichberechtigte Partner. Nicht alle können den gleichen Beitrag leisten. Die meisten ehrenamtlichen Einrichtungen sind klein und lokal mit wenigen Mitarbeiter\_innen. Sie benötigen möglicherweise Ressourcen und Zeit, um sich voll engagieren zu können.
- **Strategieentwicklung und -koordination** – Entwicklung einer klaren, auf die Community ausgerichteten Strategie, die das gesamte Spektrum relevanter Themen abdeckt und von den entsprechenden Richtlinien, Plänen, Zielen, Zielgruppen, Durchführungsmechanismen und Prozessen unterstützt wird. Die Entwicklung lokaler Prioritäten für durchzuführende Maßnahmen beruht auf der Erhebung und Einschätzung lokaler Bedürfnisse, dem Austausch von Daten und einem kontinuierlichen Dialog zwischen den Partnern.
- **Lernen und Entwicklung** – Effektive Partnerschaften investieren nicht nur in gemeinsame Ziele und Ergebnisse, sondern schaffen auch durch Abordnungen/personellen Austausch sowie durch andere Gelegenheiten, bei denen das Gelernte geteilt wird und zur beruflichen und organisatorischen Entwicklung in Partnerorganisationen beiträgt, einen Mehrwert. Die Bereitschaft zuzuhören und voneinander zu lernen, schafft Vertrauen.
- **Ressourcen** – Das Teilen und die gemeinsame Nutzung von Informationen sowie finanziellen, personellen und technischen Ressourcen. Die neuen Freiheiten durch die Bündelung von Budgets und Bereitstellung integrierter Dienste, beispielsweise zwischen Grundversorgung und sozialen Diensten, können einige der traditionellen Hindernisse für die gemeinsame Arbeit beseitigen. Die Zusammenarbeit kann durch das Teilen solcher Ressourcen beginnen, die für alle Beteiligten hilfreich sind, beispielsweise Schulungen zu IT-Kenntnissen.
- **Evaluation und Überprüfung** – Die Evaluation der Qualität des Partnerschaftsprozesses und Messung der Fortschritte bei der Erreichung der Ziele. Partnerschaften müssen zeigen, dass sie etwas bewirken und dass Besprechungen mehr sind als nur Quasalei. Sie müssen auch nachweisen können, dass durch die Zusammenarbeit die angebotenen Dienstleistungen tatsächlich verbessert werden.“

## 2.1.5 Prävention

Titel der Übung:

### Einsatz von Techniken der Motivierenden Gesprächsführung (Motivational Interviewing) in Ihrer Arbeit

Themenbereich:  
**Prävention**

ESTICOM



#### Ziel der Übung:

Diese Übung ermöglicht den Teilnehmer\_innen, die Verwendung von Techniken der motivierenden Gesprächsführung zu erforschen und ihr Verständnis dieser Übung zu verbessern, um ihren Kontakt mit schwulen Männern und anderen MSM zu verbessern.

#### Erwartete Ergebnisse der Übung:

Die Teilnehmer\_innen haben ein besseres Verständnis für Techniken der motivierenden Gesprächsführung erlangt und diese geübt und ihre Verwendung im Kontakt mit schwulen Männern und anderen MSM untersucht.



#### Erforderliches Material:

- PowerPoint-Folien
- Blätter mit Impuls-Skripten – eins pro Teilnehmer\_in
- Flipchart, Flipchartpapier und Moderationsstifte
- Papier und Stifte für die Teilnehmer\_innen



#### Vorbereitung der Moderator\_innen:

- Lesen Sie die Informationen zur motivierenden Gesprächsführung und zu den beiden beschriebenen Techniken - OARS und LURE
- Lesen Sie die Impuls-Skripte durch, um zu überprüfen, ob sie für Ihre Gruppe geeignet sind. Es kann hilfreich sein, eigene Skripte zu schreiben, die auf lokalen Problemen oder Ihren Erfahrungen mit der Arbeit mit schwulen und anderen MSM-Gruppen vor Ort basieren. Sie könnten die Paare auch bitten, ein eigenes Skript zu verfassen oder einfach nur über ein Thema zu improvisieren, wie z. B. „Schwierigkeiten beim Gebrauch von Kondomen“ oder „betrunken und außer Kontrolle sein“.
- Unter <http://equip-elearning.woncaeurope.org/> steht ein E-Learning-Tool zur motivierenden Gesprächsführung mit Hausärzt\_innen als Zielgruppe zur Verfügung, das zwei nützliche Beispiele für Interaktionen mit motivierender Gesprächsführung enthält, eines zum Thema übermäßiger Alkoholkonsum und das andere zum Beginn einer medikamentösen Langzeittherapie. Es kann nützlich sein, diese durchzuarbeiten, wenn Sie selbst wenig Erfahrung mit motivierender Gesprächsführung haben.



#### Hilfreiche Tipps für Moderator\_innen:

- Hier geht es darum, dass die Teilnehmer\_innen motivierende Gesprächsführung praktizieren, nicht darum darüber zu sprechen, was sie tun könnten oder würden. Ermutigen Sie sie, ihre Zeit für praktische Übungen zu nutzen, auch wenn sie erfahren sind – wir profitieren alle von mehr Übung.
- Wenn Sie die Übungen der Teilnehmer\_innen beobachten und ihnen bei ihren Übungen helfen, erinnern Sie sie an OARS und LURE, ohne darauf zu bestehen, dass sie ihnen genau folgen müssen – sagen Sie ihnen, dass normalerweise, wenn Sie sich an die erste Anweisung des Akronyms erinnern können, die anderen natürlich folgen.

## Ablauf der Übung: (40 Minuten)

- 1 Sagen Sie der Gruppe, dass wir jetzt über motivierende Gesprächsführung (Motivational Interviewing – MI) sprechen und diese üben und uns damit befassen werden, wie wir sie am besten in unserer Arbeit einsetzen können.
- 2 Stellen Sie der Gruppe die Definition motivierender Gesprächsführung auf der PowerPoint-Folie vor.



### Motivierende Gesprächsführung (Motivational Interviewing – MI)

- ist eine geführte und Klient\_innen-basierte Kommunikationsstrategie.
- hilft Klient\_innen dabei, Gefühle zu erforschen und aufzulösen, um problematische Verhaltensweisen zu korrigieren oder zu ändern.
- bietet spezifische, bestärkende Schritte, um den Klient\_innen zu helfen.

- 3 Informieren Sie die Gruppe über die Instrumente motivierender Gesprächsführung und stellen Sie der Gruppe die entsprechenden PowerPoint-Folien zu OARS & LURE vor.



### Instrumente der motivierenden Gesprächsführung – OARS

#### OPEN QUESTIONS / OFFENE FRAGEN (anstatt geschlossene)

„Was denken Sie darüber?“ (offen) statt „Hat Sie das wütend gemacht?“ (geschlossen)

#### AFFIRMATIONS / BESTÄTIGUNGEN (zur positiven Bestärkung)

„Herzlichen Glückwunsch zur regelmäßigen Einnahme Ihrer Medikamente, das kann für viele Menschen schwierig sein.“

#### REFLECTIONS / REFLEXIONEN (Wiederholung, Umformulierung, Umschreibung)

„Wollen Sie damit sagen, es fällt Ihnen schwer, Ihre Partner zu bitten, Kondome zu benutzen?“

#### SUMMARY / ZUSAMMENFASSUNG (2 oder 3 wichtige Punkte, die von der Person angesprochen wurden)

„Also geht es Ihnen heute vor allem darum, Ihre Testergebnisse anzusehen und sich über die Selbsthilfegruppe zu informieren?“



### Instrumente der motivierenden Gesprächsführung – LURE

#### LISTEN / HÖREN Sie der Person ZU.

MI besteht gleichermaßen aus Zuhören wie aus Informieren, denn Sie können die Motivation eines Menschen nur durch gutes Zuhören verstehen.

#### UNDERSTAND / VERSTEHEN Sie die Beweggründe.

Die eigenen Gründe der Person für eine Veränderung tragen eher zu einer Verhaltensänderung bei als die Ihren.

#### RESIST / WIDERSTEHEN Sie dem Drang, die Person, mit der Sie sprechen, zu „korrigieren“.

Es ist deren Konversation, nicht Ihre.

#### EMPOWER / BEFÄHIGEN Sie die Person, mit der Sie sprechen.

Die Ergebnisse für die Gesundheit sind besser, wenn sich jemand für die eigene Versorgung interessiert und eine aktive Rolle darin einnimmt.

- 4 Bitten Sie die Teilnehmer\_innen, die Hand zu heben, wenn sie in ihrer aktuellen Arbeit motivierende Gesprächsführung verwenden. Wenn keiner sich meldet, lassen Sie die Teilnehmer\_innen sich einfach paarweise zusammensetzen. Wenn sich einige Leute melden, setzen Sie die erfahrenen Personen mit unerfahrenen zusammen; wenn sich alle melden, lassen Sie die Leute einfach Paare bilden und sagen Sie der Gruppe, das Üben für uns alle gut ist, gleichgültig, welchen Erfahrungsstand sie haben. Übung ist immer nützlich und die vorgeschlagenen Techniken können trotzdem für manche Menschen neu sein.

- 5 Informieren Sie die Gruppe darüber, dass sie, wenn Sie sich in Paaren gefunden haben, in Bezug auf drei Themen motivierende Gesprächsführung üben werden:
  - Testen auf HIV
  - Einhaltung der Einnahme von Medikamenten
  - Drogenkonsum (Alkohol und Freizeitdrogen)
- 6 eilen Sie den Teilnehmer\_innen mit, dass sie als Grundlage für ihre Übungsgespräche die Impuls-Skripte auf den Blättern verwenden werden. Hier geht es darum, zu zweit zu üben – nicht darüber zu sprechen, wie sie an unterschiedliche Situationen herangehen würden, sondern praktisch zu üben. Es ist auch wichtig klarzustellen, dass dies keine Beratungsausbildung ist. Hierfür stehen weder die nötige Zeit noch die Ressourcen zur Verfügung. In dieser Übung geht es vielmehr darum, eine gute Grundlage für motivierende Gesprächsführung zu erlernen.



### Motivierende Gesprächsführung (MI) – Impuls-Skripte

#### Skript 1

„Ich fühle mich heute ziemlich niedergeschlagen, ich war das ganze Wochenende wieder unterwegs ... und es hat Spaß gemacht, habe aber am Wochenende nicht geschlafen, Sex gehabt und Drogen genommen und am Montag bin ich nicht zur Arbeit gegangen. Ich muss nächstes Wochenende zu dieser Geburtstagsfeier gehen. Ich mache mir Sorgen, dass wieder das Gleiche passieren wird. Ich glaube nicht wirklich, dass ich darum herumkommen kann, hinzugehen.“

#### Skript 2

„Ich war in den letzten Wochen so ein Idiot mit allem, was passiert ist. Ich hatte viel Sex ohne Kondom mit verschiedenen Partnern. Ich kenne die Risiken, aber währenddessen ist es mir einfach egal. Danach fühle ich mich dann so dumm. Tut mir leid. Ich weiß gar nicht genau, warum ich hier bin.“

#### Skript 3

„Ich weiß nicht, ob ich besorgt sein soll oder nicht, aber am Wochenende verliere ich so sehr die Kontrolle, dass ich immer wieder meine Medikamente vergesse. Ich nehme sie, wenn ich daran denke, und manchmal habe ich zwei Dosen eingenommen, nur um sicherzugehen, aber ich kriege es irgendwie nicht hin, das Einnehmen zu einer Routine zu machen.“

- 7 Lassen Sie die Gruppe mit ihren Übungen beginnen und sagen Sie ihnen, dass sie je 10 Minuten (also insgesamt 20 Minuten) Zeit haben, zu üben, wobei eine Person der\_die Nutzer\_in des Dienstes und die andere der\_die CHW ist.
- 8 Gehen Sie zwischen den Gruppen herum, helfen Sie ihnen und erinnern Sie sie an die Anleitungen für OARS und LURE. Erinnern Sie sie gegebenenfalls daran, dass es an der Zeit ist, zu üben und nicht darüber zu sprechen, was sie tun würden oder könnten. Übung macht den Meister...
- 9 Nach den ersten 10 Minuten machen Sie die Ansage, dass es Zeit ist, zu wechseln. Die zweite Person verwendet nun ein anderes Problem und Impuls-Skript als die erste Person. Gehen Sie noch einmal durch die Gruppen, helfen Sie mit den Anleitungen von OARS und LURE und erinnern Sie sie daran, zu üben anstatt zu sprechen.
- 10 Kommen Sie nach Ablauf dieser zweiten 10 Minuten wieder als große Gruppe zusammen.

### Moderiertes Feedback/Austausch im Plenum: (15-20 Minuten)

- Bitten Sie die Gruppe um Rückmeldungen aus ihren Übungen:
  - Haben OARS und LURE geholfen?
  - Wenn die Teilnehmer\_innen bereits Erfahrung mit motivierender Gesprächsführung hatten, haben sie bereits vorher OARS und LURE eingesetzt?
  - Wie waren ihre Gespräche?
  - Was war das Ergebnis?
- Sammeln Sie kurze Beispiele der Rückmeldungen der Paare in Bezug auf diese Fragen.
- Wenn die Gruppen ihre Rückmeldungen beendet haben (oder die Zeit abgelaufen ist), beenden Sie die Übung.

### Zusätzliche Information:

- „Untersuchungen haben gezeigt, dass:
    - MI erheblich zur Änderung einer Reihe von Verhaltensweisen, einschließlich Ernährung, Bewegung, Einhaltung der Einnahme von Medikamenten, Verringerung des Alkohol- und Drogenkonsums und Safer Sex-Praktiken beiträgt (Burke et al., 2003; Hettema et al., 2005; Rubak et al., 2005).
    - MI auch zur Unterstützung der Raucherentwöhnung gut funktioniert, obwohl dort die Effekte weniger drastisch sind als bei anderen gesundheitlich relevanten Verhaltensweisen (Hettema & Hendricks, 2010). MI funktioniert genauso gut wie andere Methoden zur Raucherentwöhnung, möglicherweise in kürzerer Zeit.
    - die Ergebnisse verbessert werden, wenn andere aktive Behandlungen mit MI ergänzt werden.
    - im Vergleich von MI mit anderen etablierten Beratungsmethoden die Ergebnisse von MI trotz der geringeren Intensität ähnlich sind. MI erzeugt positive Ergebnisse bei gleichzeitig geringeren Kosten und Aufwand.
    - MI sich gut für Klient\_innen/Patient\_innen eignet, die wütend sind, Widerstände zeigen oder weniger bereit für Veränderungen sind. Eine der ursprünglichen Studien bot Patient\_innen mit Alkoholismus, den sie sich selbst noch nicht eingestanden hatten, einen „Trinker-Check-up“ an. MI half diesen Patient\_innen, ihren Alkoholkonsum zu verändern, ohne dass sie sich zuvor eingestehen mussten, dass sie ein Problem haben (Miller & Rose, 2009).
    - MI ist weniger effektiv bei Klient\_innen/Patient\_innen, die sich bereits eindeutig für Veränderungen entschieden haben und bereit sind, Maßnahmen zu ergreifen. Für diese Patient\_innen ist es stattdessen hilfreich, eine aktivere Form der Unterstützung bei der Problemlösung zu erhalten.
    - MI funktioniert gut mit Minderheiten. Es gibt Parallelen mit den lateinamerikanischen kulturellen Werten von Respecto und Personalismo (Anez, Silba, Paris & Bedregal, 2008), und hat bei afroamerikanischen Patient\_innen größere Auswirkungen als bei weißen Patient\_innen (Miller & Rose, 2009). MI wurde auch speziell für indigene Patient\_innen angepasst (Tomlin, Walker, Grover, Arquette & Stewart, n.d.; Venner et al., 2006).
    - MI wurde hauptsächlich mit Erwachsenen getestet, ist jedoch auch für Verhaltensänderungen bei Jugendlichen (Berg-Smith et al., 1999) und Kindern (Lozano et al., 2010; Resnicow, Davis & Rollnick, 2006; Schwartz et al., 2007; Suarez & Mullins, 2008; Weinstein, Harrison & Benton, 2006) wirksam.
    - MI wurde auch für den Einsatz in der Palliativmedizin angepasst (Pollak, Childers & Arnold, 2011).
    - MI wirkt schnell; es zeigen sich in der Regel sofort Resultate Ihrer Bemühungen (Rollnick, et al., 2008).
    - MI-Training verbessert die Kommunikation mit Klient\_innen/Patient\_innen und das Beratungsverhalten zu Lifestyle-Fragen (Söderlund, Madson, Rubak & Nilsen, 2011). Erstversorger berichten, dass der Einsatz von MI ihre Praxis verbessert und bereichert (Brobeck, Bergh, Odencrants & Hildingh).“
- Entnommen aus: Motivational Interviewing & HIV: Reducing Risk, Inspiring Change. Mountain Plains AIDS Education and Training Centre.

## Teilnehmer\_innen-Arbeitsblatt:

### Prävention - Einsatz von Techniken der Motivierenden Gesprächsführung (Motivational Interviewing – MI)

#### MI – Impuls-Skripte

##### Skript 1

*„Ich fühle mich heute ziemlich niedergeschlagen, ich war das ganze Wochenende wieder unterwegs... und es hat Spaß gemacht, habe aber am Wochenende nicht geschlafen, Sex gehabt und Drogen genommen und am Montag bin ich nicht zur Arbeit gegangen. Ich muss nächstes Wochenende zu dieser Geburtstagsfeier gehen. Ich mache mir Sorgen, dass wieder das Gleiche passieren wird. Ich glaube nicht wirklich, dass ich darum herumkommen kann, hinzugehen.“*

##### Skript 2

*„Ich war in den letzten Wochen so ein Idiot mit allem, was passiert ist. Ich hatte viel Sex ohne Kondom mit verschiedenen Partnern. Ich kenne die Risiken, aber währenddessen ist es mir einfach egal. Danach fühle ich mich dann so dumm. Tut mir leid. Ich weiß gar nicht genau, warum ich hier bin.“*

##### Skript 3

*„Ich weiß nicht, ob ich besorgt sein soll oder nicht, aber am Wochenende verliere ich so sehr die Kontrolle, dass ich immer wieder meine Medikamente vergesse. Ich nehme sie, wenn ich daran denke, und manchmal habe ich zwei Dosen eingenommen, nur um sicherzugehen, aber ich kriege es irgendwie nicht hin, das Einnehmen zu einer Routine zu machen.“*

### Einsatz von Techniken der Motivierenden Gesprächsführung (Motivational Interviewing – MI) in Ihrer Arbeit

„Zu Beginn – Motivierende Gesprächsführung (MI) ist eine geführte und an den Klient\_innen orientierte Kommunikationsstrategie. Es handelt sich nicht um eine Beratung oder Therapie, auch wenn MI als Teil einer therapeutischen Sitzung eingesetzt werden kann.“

Das Ziel von MI ist es, der Person, mit der Sie arbeiten, dabei zu helfen, Ambivalenzen zu untersuchen und aufzulösen, um ungesunde oder problematische Verhaltensweisen zu ändern. Das Herz von MI ist ein Geist von Empathie, Akzeptanz, Respekt, Ehrlichkeit und Fürsorge (Moyers, Miller & Hendrickson, 2005).

Motivierende Gespräche bieten spezifische Bestärkungsmanöver für jeden Schritt des Weges an, wenn sich der\_die Klient\_in - oft auf „spiralförmige“ Art und Weise – einer Veränderung annähert.

Es ist ein stufenweises Modell und ein personenzentrierter, zielorientierter Ansatz zur Erleichterung von Veränderungen durch die Erforschung und Auflösung von Ambivalenzen. Es gibt pragmatische Strategien, die auf das Maß der Bereitschaft des\_der Klient\_in zugeschnitten sind, sein\_ihr Verhalten anzupassen.

Der Ansatz der motivierenden Gesprächsführung wurde ursprünglich 1991 für die Drogenberatung veröffentlicht und seither in mehr als 200 randomisierten kontrollierten Studien für verschiedene die Gesundheit betreffende Verhaltensweisen untersucht (Miller & Rollnick, 1991; Rollnick, Miller & Butler, 2008).

Was ist der Beweis für die Wirksamkeit von MI als Intervention?

Untersuchungen haben gezeigt, dass:

- MI erheblich zur Änderung einer Reihe von Verhaltensweisen, einschließlich Ernährung, Bewegung, Einhaltung der Einnahme von Medikamenten, Verringerung des Alkohol- und Drogenkonsums und Safer-Sex-Praktiken beiträgt (Burke et al., 2003; Hettema et al., 2005; Rubak et al., 2005).
- die Ergebnisse verbessert werden, wenn andere aktive Behandlungen mit MI ergänzt werden.
- im Vergleich von MI mit anderen etablierten Beratungsmethoden die Ergebnisse von MI trotz der geringeren Intensität ähnlich sind. MI erzeugt positive Ergebnisse bei gleichzeitig geringeren Kosten und Aufwand.
- MI sich gut für Klient\_innen/Patient\_innen eignet, die wütend sind, Widerstände zeigen oder weniger bereit für Veränderungen sind. Eine der ursprünglichen Studien bot Patient\_innen mit Alkoholismus, den sie sich selbst noch nicht eingestanden hatten, einen „Trinker-Check-up“ an. MI half diesen Patient\_innen, ihren Alkoholkonsum zu verändern, ohne dass sie sich zuvor eingestehen mussten, dass sie ein Problem haben (Miller & Rose, 2009).
- MI ist weniger effektiv bei Klient\_innen/Patient\_innen, die sich bereits eindeutig für Veränderungen entschieden haben und bereit sind, Maßnahmen zu ergreifen. Für diese Patient\_innen ist es stattdessen hilfreich, eine aktivere Form der Unterstützung bei der Problemlösung zu erhalten.
- MI funktioniert gut mit Minderheiten. Es gibt Parallelen mit den lateinamerikanischen kulturellen Werten von Respeto und Personalismo (Anez, Silba, Paris & Bedregal, 2008), und hat bei afroamerikanischen Patient\_innen größere Auswirkungen als bei weißen Patient\_innen (Miller & Rose, 2009). MI wurde auch speziell für indigene Patient\_innen angepasst (Tomlin, Walker, Grover, Arquette & Stewart, n.d.; Venner et al., 2006).

- MI wirkt schnell; es zeigen sich in der Regel sofort Resultate Ihrer Bemühungen (Rollnick, et al., 2008).
- MI-Training verbessert die Kommunikation mit Klient\_innen/Patient\_innen und das Beratungsverhalten zu Lifestyle-Fragen (Söderlund, Madson, Rubak & Nilsen, 2011). Erstversorger berichten, dass der Einsatz von MI ihre Praxis verbessert und bereichert (Brobeck, Bergh, Odencrants & Hildingh).

Obwohl MI traditionell im persönlichen Einzelgespräch angeboten wird, deuten Forschungsergebnisse darauf hin, dass es auch in Gruppen (Santa Ana, Wulfert & Nietert, 2007) oder telefonisch (Cook, 2006) wirksam sein kann.

Laufende Studien werden dazu beitragen festzustellen, ob MI auch per E-Mail, SMS oder über soziale Netzwerke effektiv bereitgestellt werden kann. Aktuelle Daten deuten darauf hin, dass in elektronischem Format übermittelte MI-Nachrichten die telefonische MI-Beratung sinnvoll ergänzen kann (Battaglia, Benson, Cook & Prochazka, im Druck).

Untersuchungen zeigen auch, dass MI von einer Reihe von Akteur\_innen unterschiedlicher beruflicher Hintergründe, die in beratender Funktion für Klient\_innen/Patient\_innen tätig sind, erfolgreich eingesetzt werden kann, darunter:

- Krankenpfleger\_innen (Cook & Sakranda, 2006),
- Kinderärzt\_innen (Lozano et al., 2010),
- Zahnärzt\_innen (Weinstein et al., 2006),
- Gesundheitsberater\_innen (Cook, Bremer, Ayala & Kahook, 2010),
- Apotheker\_innen (Basiago, 2007),
- Schulkrankenschwester\_innen (Robbins, Preiffer, Maier, LaDrig & Berg-Smith, 2012),
- Lehrer\_innen (Cook, Richardson & Wilson, 2012) und
- Fachkräfte für psychische Gesundheit und Drogenmissbrauch (Miller & Rollnick, 1991).

Nachdem wir uns angeschaut haben, was MI ist und was Forschungsergebnisse darüber aussagen, möchten wir nun den Fokus darauf richten, wie wir MI am besten anwenden können und welche Werkzeuge beim Einsatz von MI in einer Vielzahl von Situationen hilfreich sein können.

Es gibt einige nützliche Instrumente, die wir zum Strukturieren unserer MI-Gespräche verwenden können, zum Beispiel OARS und LURE.

#### **OARS.**

Eine einfache Möglichkeit, mit dem Einsatz von MI zu beginnen, ist die Verwendung des Akronyms OARS (Miller & Rollnick, 1991). Sie praktizieren MI, wenn Sie Folgendes beachten:

#### **OPEN QUESTIONS /** Offene (anstatt geschlossene) Fragen stellen

- „Was denken Sie darüber?“ (offen) statt „Hat Sie das wütend gemacht?“ (geschlossen)
- „Erzählen Sie mir von dem letzten Mal, als Sie Meth genommen haben.“ (offen) statt „Sie nehmen keine Drogen mehr – oder?“ (geschlossen und führend)

#### **AFFIRMATIONS /** Bestätigungen (zur positiven Bestärkung)

- „Es hört sich an, als ob Sie sich Sorgen wegen Ihrer Kopfschmerzen machen.“
- „Wollen Sie damit sagen, dass Sie Angst haben, Ihren Partner zu bitten, Kondome zu benutzen?“

#### **REFLECTIONS /** Reflexionen (wiederholen, umformulieren, umschreiben)

- „Es hört sich an, als ob Sie sich Sorgen wegen Ihrer Kopfschmerzen machen.“
- „Wollen Sie damit sagen, dass Sie Angst haben, Ihren Partner zu bitten, Kondome zu benutzen?“

## **SUMMARY / Zusammenfassung** (2 oder 3 wichtige Punkte, die von der Person

- „Also geht es Ihnen heute vor allem darum, Ihre Testergebnisse anzusehen und sich über die Selbsthilfegruppe zu informieren?“
- „Es sieht so aus, als hätten wir Ihren neuen Trainingsplan und Sie beginnen morgen mit Schritt 1.“

## **LURE.**

Dies ist eine weitere Möglichkeit, an ein MI-Gespräch heranzugehen.

LURE ist eine Weiterentwicklung des ursprünglich veröffentlichten RULE (Rollnick et al. 2008), um nicht hilfreiche Kommunikationsmuster zu vermeiden, die auftreten können, und weil es immer am besten ist, einem\_einer Patient\_in/Klient\_in/einer Person zuerst zuzuhören, bevor ein Vorschlag gemacht wird.

## **LISTEN / Hören Sie der Person zu:**

- Bei MI wird mindestens so viel zugehört wie informiert, und Sie können die Motivation Ihres\_Ihrer Klient\_in/Patient\_in nur durch Zuhören verstehen.
- Gutes Zuhören ist Teil einer guten allgemeinen Gesundheitsversorgung.
- Zuhören ist ein Ausdruck von Empathie, der Ihrem\_Ihrer Klient\_in/Patient\_in zeigt, dass Sie wirklich an ihm\_ihr interessiert sind.

## **UNDERSTAND / VERSTEHEN** Sie die Motivationen der Person:

- Es ist wahrscheinlicher, dass die eigenen Gründe des\_der Klient\_in/Patient\_in zu einer Verhaltensänderung führen als die Gründe des Anbieters.
- Der Anbieter hilft, indem er sein Interesse an den Werten, Anliegen, Motivationen und dem Lebenskontext des\_der Klient\_in/Patient\_in zum Ausdruck bringt.

**RESIST / WIDERSTEHEN** Sie dem Drang, den\_die Klient\_in/Patient\_in zu korrigieren. Rollnick und Kollegen (2008) bezeichnen dies als den „Verbesserungsreflex“. Gesundheitsdienstleister haben ein starkes Bedürfnis, zu heilen, Schaden zu vermeiden und „den\_die Patient\_in auf den richtigen Weg zu bringen“. Das kann aber auch den gegenteiligen Effekt haben, weil niemand es mag, von anderen belehrt zu werden, was man zu tun hat.

Die Person, die MI praktiziert, widersteht im Gespräch dem Korrekturreflex durch reflektierendes Zuhören:

- „Sie sagen, dass Ihr Partner wütend auf Sie wird, wenn Sie ihm sagen, dass Sie Kondome benutzen möchten.“
- „Sie möchten keine antiretrovirale Medikamente einnehmen, da diese neben Ihrem derzeitigen Alkoholkonsum Ihre Leber zusätzlich belasten.“

## **EMPOWER / Befähigen Sie die Person:**

- Die gesundheitlichen Ergebnisse sind besser, wenn Klient\_innen/Patient\_innen sich für ihre Behandlung interessieren und in dieser eine aktive Rolle übernehmen.
- Sie stärken Ihre Klient\_innen/Patient\_innen, wenn Sie ihnen dabei helfen, herauszufinden, wie sie Verantwortung für ihre Gesundheit übernehmen können.
- Klient\_innen/Patient\_innen sind Expert\_innen für ihr eigenes Leben und für die Art und Weise, wie sie Verhaltensänderungen erfolgreich in ihre täglichen Routinen einbauen können.

- Gestärkte Klient\_innen/Patient\_innen, die selbst Verantwortung übernehmen, können eher Veränderungen aufrechterhalten, bei denen die kurzfristige Bequemlichkeit zugunsten einer langfristigen Risikominderung geopfert wird.
- Das Fachpersonal stärkt Klient\_innen/Patient\_innen, indem es Optionen von ihnen einholt und in der Gesundheitsversorgungs-Beziehung ein Machtgleichgewicht aufrechterhält. Von dem\_der Klient\_in/Patient\_in entwickelte Optionen und Lösungen sind mit größerer Wahrscheinlichkeit erfolgreich als vom Anbieter entwickelte Optionen. Klient\_innen/Patient\_innen geht es am besten, wenn sie bei ihrer Versorgung eine aktive Rolle einnehmen.

MI funktioniert auch, wenn ein Ansatz wie das „Stages-of-Change-Modell“ verwendet wird.

Das Stages-of-Change-Modell (Modell zu den Stadien der Verhaltensänderung) (Prochaska & Velicer, 1997) bietet einen Rahmen, mit dem Sie Ihren Klient\_innen/Patient\_innen helfen können, auf jeder Ebene der Bereitschaft positive gesundheitliche Veränderungen zu erreichen. Wenn Sie diese Stadien verstehen, können Sie das Maß der Bereitschaft für Veränderung der Person ermitteln und entsprechende Handlungsempfehlungen bereitstellen.

Menschen sind zu bestimmten Zeiten mehr oder weniger bereit, ihr Verhalten zu ändern, und je nach dem auf welcher Stufe der Veränderungsbereitschaft sich ein Mensch befindet, sind unterschiedliche Botschaften angemessen.

Hier besteht das Ziel darin, herauszufinden, auf welcher Stufe im Veränderungsprozess sich die Person, mit der Sie arbeiten, befindet, um festzulegen, welche Interventionen am besten funktionieren könnten.

Beginnen Sie, wie immer, mit einer offenen Frage oder Aussage:

- „Ich sehe, Ihr behandelnder Arzt hat Ihnen empfohlen, mit der Einnahme von ART zu beginnen. Können Sie mir sagen, was Sie darüber denken?“
- „Wie weit sind Sie mit Ihrem Plan, das Rauchen aufzugeben?“

Die Fragen in den folgenden Abschnitten sind als Beispiele oder Gesprächsstarter gedacht, damit Sie und Ihre Klient\_innen/Patient\_innen eine Diskussion über Veränderungen führen können.

## **Es handelt sich dabei weder um ein zu befolgendes Skript noch um eine Forschungsfrage.**

Je nach Gespräch können mehrere oder auch keines davon verwendet werden. Denken Sie daran, dass bei MI der Schlüssel zum Erfolg darin liegt, eine authentische Verbindung mit der Person aufzubauen, mit der Sie zusammenarbeiten und zu versuchen, ihre Perspektive wirklich zu verstehen.

## **ABSICHTSLOSIGKEITSSTADIUM („Precontemplation“)**

Klient\_innen/Patient\_innen im Absichtslosigkeitsstadium der Bereitschaft haben möglicherweise noch nicht erkannt, dass sie ein Problem haben und noch nicht über Veränderungen nachgedacht

### **Die Ziele sind:**

- **das Problembewusstsein an die Oberfläche zu bringen, damit der\_die Klient\_in/Patient\_in anfangen kann darüber nachzudenken, und**
- **zu erreichen, dass der\_die Klient\_in/Patient\_in weiterhin in diesem Prozess bleibt.**

Es kann leicht passieren, diese „nicht festgelegten“ Leute während dieser Phase wieder zu verlieren. Wählen Sie daher geeignete Botschaften aus. Denken Sie daran, dass Sie die Tür für zukünftige Diskussionen offenhalten möchten.



## HÖREN Sie auf Bedenken

Inhalte reflektieren:

- „Es hört sich an, als wollten Sie sicher sein, dass unsere Diskussion hier vertraulich ist.“
- „Ich hörte Sie sagen, dass Sie Husten haben, aber dass Sie nicht daran glauben, mit dem Rauchen aufhören zu können.“
- „Sie möchten, dass Ihr Partner aufhört, Sie zu nerven.“

Emotionen widerspiegeln:

- „Sie fühlen sich also überfordert?“
- „Es hört sich an, als ob Sie sich depressiv fühlen.“

Zusammenfassen:

- „Sie rauchen wirklich gerne.“
- „Es scheint, dass Sie nicht glauben, nein sagen zu können, wenn Ihr Partner Sex haben möchte.“

## Mehr Informationen ENTLOCKEN

Vergangene Erfahrungen:

- „Erzählen Sie mir, wann Sie versucht haben, mit dem Rauchen aufzuhören.“
- „Was ist passiert, als Sie ihn gebeten haben, Kondome zu benutzen?“

Aktuelle Stärken:

- „Wie schaffen Sie es, so konsequent zu trainieren?“
- „Sie halten Ihre Termine so gut ein. Was hilft Ihnen, sich zu erinnern?“

Aktuelles Verhalten:

- „Was denken Sie über eine Änderung Ihrer Medikamente?“
- „Wie stehen Sie zur Verwendung von Kondomen, wenn Sie Sex mit neuen Partnern haben?“
- „Immer mehr Menschen nutzen Online-Dating. Was halten Sie davon?“

## KOMMUNIZIEREN Sie ihre Fürsorge

Empathie:

- „Das hört sich sehr schwer an. Wie sind Sie damit umgegangen?“

Ehrlichkeit:

- „Ich hätte wahrscheinlich auch Angst, wenn meine CD4-Werte sinken würden.“

Akzeptanz:

- „Es ist Ihre Entscheidung; denn es ist Ihre Gesundheit.“
- „Sie sind der einzige, der diese Entscheidungen treffen kann, aber ich kann Ihnen helfen, das Problem zu untersuchen und Ihre Optionen zu erkunden.“

## ABSICHTSBILDUNGSSTADIUM („Contemplation“)

Klient\_innen/Patient\_innen sind im Absichtsbildungsstadium bereit, über eine Änderung nachzudenken, sind jedoch noch nicht bereit, etwas zu unternehmen.

**Das Ziel besteht darin, die Person, mit der Sie zusammenarbeiten, zum Handeln zu bewegen, indem Sie:**

- **sie anregen, weiter über mögliche Veränderungen zu reden,**
- **das Bewusstsein für Veränderungsoptionen schärfen und**
- **das Bewusstsein über den Nutzen von Veränderungen steigern.**

## WIDERSPRÜCHE SICHTBAR MACHEN

Ambivalenz widerspiegeln:

- „Sie sehen Vorteile in der Veränderung, aber auch einige Nachteile.“
- „Es klingt so, als ob Sie das Gefühl haben, nicht weiterzukommen.“

Bedenken untersuchen:

- „Wie würde sich die Verwendung von Kondomen auf Ihr Sexleben auswirken?“
- „Welche Bedenken haben Sie, mit ART zu beginnen?“

Werte und Ziele erforschen:

- „Was erhoffen Sie sich von der Behandlung?“
- „Sagen Sie mir, welchen Unterschied es machen würde, Ihren Partner zu schützen.“

Absichten reflektieren:

- „Es klingt, als ob Sie bei Ihrem Drogenkonsum sicherer sein wollen, aber Sie sind sich nicht sicher, wie Sie das anstellen sollen.“
- „Sie denken also darüber nach, einen Plan zu erstellen, um Ihre Medikamente konsequent einzunehmen.“

Kontext erkunden:

- „Was hat sich in Ihrem Leben geändert, dass Sie meinen, es sei jetzt eine gute Zeit, um mit den Drogen aufzuhören?“
- „Wie haben Sie sich aufgrund der Bedenken Ihres Partners für die Verwendung von Kondomen entschieden?“
- „Hat sich etwas geändert, das Sie ermutigt, mit ART zu beginnen?“

Feedback geben:

„Ihre Ärztin wird Ihnen sagen, warum sie ART für notwendig hält. Ich kann Ihnen sagen, was andere gesagt haben, und Ihnen eine Broschüre mitgeben, wenn Sie möchten.“

Widerständen nachgeben:

Widerstand bedeutet, dass der Anbieter die Taktik ändern muss. Versuchen Sie Strategien aus dem Absichtslosigkeitsstadium, anstatt zu argumentieren oder zu versuchen, den\_die Klient\_in/Patient\_in zu überzeugen.

Entschuldigen:

- „Es tut mir leid, vielleicht habe ich Sie falsch verstanden. Lassen Sie uns noch einmal zurückgehen.“

Bestätigen:

- „Ich höre Ihre Besorgnis über die Nebenwirkungen der Medikamente und das ist berechtigt. Lassen Sie uns darüber sprechen.“

Akzeptieren:

- „Vielleicht war es nicht die beste Idee, dieses pflanzliche Mittel zu verwenden. Wenn es bei Ihnen nicht funktioniert, können wir einige andere Optionen untersuchen.“

Bedenken anderer reflektieren:

- „Sie machen sich vielleicht keine Sorgen, Ihr Partner aber schon. Welche Sorgen hat er?“

„Ja, und“ statt „Ja, aber“:

- „Es hört sich an, als ob Sie möchten, dass Ihr Plan funktioniert, und Sie haben auch einige Vorbehalte.“

Klären:

- „Was brauchen Sie, um Ihren Plan voranzutreiben?“ „Wie kann ich Ihnen helfen?“

Verstärkte Reflexion: (Wenn Sie diese Strategie anwenden, achten Sie darauf, dass Ihr Ton nicht abfällig oder abwertend ist. Wenn es respektvoll vorgebracht wird, antworten die meisten Patient\_innen mit Punkten, die sie zu ändern bereit sind.)

- „Vielleicht sind Sie jetzt noch nicht bereit, mit ART zu beginnen.“
- „Es könnte sein, dass die Verwendung von Kondomen nichts für Sie ist.“

## Selbstwirksamkeit UNTERSTÜTZEN

Selbstkontrolle:

- „Wären Sie bereit, eine Woche lang nachzuerfolgen, wie Sie Ihre Medikamente einnehmen? Das kann uns helfen Muster zu erkennen, wann und warum Sie Probleme haben, sich an Ihre Pillen zu erinnern.“

Erfolge in der Vergangenheit:

- „Welche Strategien haben in der Vergangenheit für Sie funktioniert?“
- „Erzählen Sie mir vom letzten Mal, als Sie in der Lage waren, ein Kondom zu benutzen.“

Optimismus:

- „Was ist jetzt anders und ermöglicht Veränderungen?“

Extreme erforschen:

- „Was ist das Beste/Schlimmste, das passieren kann, wenn Sie mit diesem Plan beginnen? Wie hoch ist die Wahrscheinlichkeit, dass es passieren wird?“

Bekennen:

- „Wie stehen Sie zu diesem Thema, zumindest für heute?“

Entscheidungsfindung:

- „Welche dieser Ideen wären Sie bereit auszuprobieren?“
- „Könnten Sie mit einer dieser Ideen Ihren Alkoholkonsum senken?“

Autonomie:

- „Sie sind selbst dafür verantwortlich – niemand wird mit Ihnen nach Hause gehen, um Ihren Fortschritt zu überprüfen.“
- „Sie können entscheiden, ob Sie es tun möchten.“

## HANDLUNGSSTADIUM („Action“)

Menschen im Handlungsstadium sind bereit, einen ersten Versuch zu unternehmen, ihr Verhalten zu ändern, sind jedoch möglicherweise noch unsicher, ob sie es schaffen können.

**Ziel ist es, die Hürden für Veränderung abzubauen.**

Fortschritt BESTÄRKEN

- „Ich bin beeindruckt, was Sie erreicht haben.“
- Bitten Sie den\_die Patient\_in, Ihnen bei der „Skalierung“ von Veränderungen zu helfen:
  - „Wo waren Sie auf einer Skala von 1-10 vorher? Wo stehen Sie heute?“
  - „Eine 7 ist großartig. Sie haben einen langen Weg zurückgelegt, verglichen mit der 2, bei der Sie zu Beginn waren.“
  - „Möchten Sie jetzt auf einer 7 stehen? Wenn nicht, was benötigen Sie, um eine 8 zu erreichen?“

Hürden ABBAUEN

- „Was hat bisher am besten funktioniert?“
- „Welche anderen Maßnahmen würden dazu führen, dass diese Strategie noch besser funktioniert?“
- „Hier sind einige Ressourcen, die Ihnen helfen könnten (Planung ausgewogener Mahlzeiten, Entwicklung eines Zeitplans für die Einnahme Ihrer Medikamente usw.).“
- „Wie kann ich Ihnen helfen, über diese Schwierigkeit hinwegzukommen?“

## Übermäßige Veränderung ZÜGELN

- „Es ist besser, nicht zu viele Dinge auf einmal zu ändern. Wie können Sie einen kleinen Schritt in diese Richtung machen?“
- „Wo fangen Sie am besten an?“
- „Was können Sie Ihrer Meinung nach tun, um Ihre Gesundheit in dieser Woche zu verbessern?“

## AUFRECHTERHALTUNGSSTADIUM („Maintenance“)

Personen im Aufrechterhaltungsstadium haben es geschafft, ein Verhalten zu ändern und die Änderung mindestens 6 Monate lang aufrechtzuerhalten.

Die Ziele sind:

- dem\_der Patient\_in zu helfen, weiterhin fokussiert zu bleiben und
- die Wahrscheinlichkeit eines Rückfalls vorwegzunehmen und zu verringern.

Höhen und Tiefen NORMALISIEREN und ERMUTIGUNG anbieten

- „Es ist nicht ungewöhnlich, dass sich Menschen, die ein Verhalten geändert haben, gelegentlich wieder rückwärts bewegen. Das ist normal. Wenn Sie wissen, dass dies passieren kann, können Sie darauf vorbereitet sein, damit umzugehen.“
- „Ein kleiner Rückschritt ist nicht gleich ein Rückfall.“
- „Sie haben es schon einmal gemacht und können es wieder tun. Ich glaube an Sie.“

UNTERSTÜTZUNG organisieren

- „Gibt es jemanden, der Sie daran erinnern kann, Ihre Medikamente einzunehmen?“
- „Welche anderen Aktivitäten könnten Ihnen helfen, sich von den Bars fernzuhalten?“
- „Sind Sie bereit, Ihren Erfolg mit anderen zu teilen?“

VORAUSPLANEN

- „Welche Situationen könnten es schwierig machen, Ihr neues Verhalten beizubehalten? Wie werden Sie mit diesen Situationen umgehen?“
- Vereinbaren Sie ein Follow-up: „Wann können wir uns wieder treffen, um darüber zu sprechen, wie es läuft?“

## RÜCKFALL

Rückfälle sind ein normaler und erwartbarer Teil des Veränderungsprozesses. Wenn dies eintritt, können Sie dem\_der Patient\_in helfen, die Situation mit etwas Abstand zu betrachten und die persönlichen Ziele, die Bereitschaft zur Veränderung und die bisher verwendeten Strategien nochmals neu zu bewerten.

Die Ziele sind:

- der Person zu helfen, sich nicht entmutigen zu lassen und
- die Person dabei zu unterstützen, sich wieder ihrem Veränderungsprozess zu verpflichten.

Verwenden Sie alle Ihre MI-Fähigkeiten, um den\_die Patient\_in bei der Erörterung dieser Probleme zu unterstützen. Einige Fragen, die hilfreich sein können, um dieses Gespräch zu beginnen:

- „Gab es diesmal einen Auslöser für Ihren Drogenkonsum?“
- „Was hat Ihre Fähigkeit, Ihre Medikamente einzunehmen, beeinträchtigt?“
- „Sie können stolz darauf sein, in den letzten 14 Monaten nicht geraucht, keine Drogen genommen oder getrunken zu haben. Das war ein großer Erfolg.“
- „Erzählen Sie mir, was passiert ist. Wie bewerten Sie das für sich?“
- „Es kann sehr hilfreich sein zu wissen, was genau nicht funktioniert hat. Was können Sie aus diesem Rückfall lernen?“
- „Was könnten Sie das nächste Mal anders machen?“
- „Sie haben die Fähigkeiten, diese Änderung vorzunehmen. Sie haben es schon einmal gemacht und Sie können es wieder tun.“
- „Wie geht es nun weiter?“
- „Ein Rückfall ist kein Zusammenbruch.“

Entnommen aus 'Motivational Interviewing & HIV: Reducing Risk, Inspiring Change. Mountain Plains AIDS Education and Training Centre and the Terrence Higgins Trust 'Motivational Interviewing: Tools and Techniques' training course.

Titel der Übung:

## Sensibilisierung für und Anwendung von TasP (U=U), PrEP, PEP und Selbsttests/Einsendetests für schwule Männer und andere MSM

Themenbereich:  
Prävention

ESTICOM



### Ziel der Übung:

Verbesserung des Zugangs zur Prävention, einschließlich Testdienstleistungen, für HIV, STI und virale Hepatitis bei MSM und prioritären Teilgruppen. Diese Übung ermöglicht den Teilnehmer\_innen, sich über neue Präventionstechnologien zu informieren und zu erfahren, wie sie diese im Rahmen von Interventionen anwenden können, die sich an schwule Männer und andere MSM richten.

### Erwartete Ergebnisse der Übung:

Die Teilnehmer\_innen haben die neuen Präventionstechnologien (TasP oder U=U, PrEP, PEP und Selbsttest/Einsendetest) untersucht und erforscht und haben geplant, wie sie schwule Männer und andere MSM über diese informieren können.



#### Erforderliches Material:

- PowerPoint-Folien
- Flipchart, Flipchartpapier und Moderationsstifte
- Papier und Stifte für die Teilnehmer\_innen



#### Vorbereitung der Moderator\_innen:

- ✓ Informieren Sie sich über die sogenannten „neuen Technologien“ – TasP (U=U), PrEP, PEP und Selbsttest/Einsendetest – und berücksichtigen Sie, welche Angebote vor Ort verfügbar sein werden, welchen rechtlichen Status sie haben und welche finanziellen Hürden für ihre Verwendung bestehen könnten.
- ✓ Entscheiden Sie, welche der „Technologien“ sie in der Übung behandeln wollen. Sie können alle vier der hier genannten verwenden oder sich auf eine konzentrieren.
- ✓ Seien Sie sich über Fragen zur Wirksamkeit oder Ethik dieser neuen Technologien bewusst und bereiten Sie sich darauf vor, diese zu diskutieren. Denken Sie daran, dass es in dieser Schulung sowohl darum geht, Informationen über diese „Technologien“ bereitzustellen als auch darum, Stigmatisierungen und falsche Vorstellungen über deren Verwendung und die Personen, die diese verwenden, zu hinterfragen. Zum Beispiel haben viele Menschen ein Problem mit PrEP, da es abgesehen von HIV keinen Schutz vor anderen sexuell übertragbaren Krankheiten bietet, Kondome dagegen aber schon. Die grundlegende Antwort ist, dass dies so ist, und wenn ein geeigneter Handlungsplan implementiert wird, werden Tests und Behandlungen für STI verstärkt, da Nutzer\_innen in die Versorgung eingebunden sind und mit größerer Wahrscheinlichkeit Tests und Behandlungen durchführen und darüber informiert sind, wonach zu suchen ist.
- ✓ Lesen Sie die „7 A's of Accessibility“ (7 Punkte zur Zugänglichkeit), um sich mit dem Prozess vertraut zu machen.



#### Hilfreiche Tipps für Moderator\_innen:

- 💡 Lassen Sie das Wissen, die Erfahrung und die Meinungen der Teilnehmer\_innen die Diskussion prägen, während Sie gleichzeitig Ihre Rolle zur Bereitstellung aktueller Informationen, der Korrektur falscher Informationen und der Bekämpfung von Stigmatisierung im Auge behalten. Im Kern liegt die Wahl einer Person, die „Technologien“ zu nutzen, bei ihr selbst und nicht bei uns. Unsere Aufgabe ist es, sie darüber zu informieren, wie sie auf die von ihnen gewählte „Technologie“ zugreifen und sie nutzen können, damit sie so sicher sein können, wie sie es möchten.

### Ablauf der Übung: (70 Minuten)

- 1 Fragen Sie die Gruppe nach ihren Gedanken zu den folgenden Fragen:
  - Was meinen wir mit „Neuen Präventionstechnologien“? Welche davon stehen uns hier vor Ort zur Verfügung?
- 2 Sie werden hoffentlich Antworten erhalten, die Folgendes enthalten: TasP, PrEP, PEP sowie Selbsttests und Einsendetests (Selbstprobenahme).
- 3 Stellen Sie der Gruppe die die PowerPoint-Folien vor und stellen Sie jede der neuen Technologien vor, die sie in der Übung verwenden, und wie sich diese gegenseitig verknüpfen und unterstützen können, z. B. wie sich PrEP und TasP für die Prävention von HIV miteinander verbinden usw. Stellen Sie auch die Folie der „7 A's of Accessibility“ vor.



#### Behandlung als Prävention (Treatment as Prevention – TasP)

- Auch bekannt als U=U oder Undetectable = Uninfectious (nicht nachweisbar = nicht infektiös)
- Wenn sich Menschen mit HIV in einer wirksamen Behandlung befinden und eine nicht nachweisbare Viruslast aufweisen, können sie HIV beim Sex nicht auf eine andere Person übertragen. Wir haben noch nicht genügend Daten, um sicherzugehen, dass dies auch für Konsument\_innen von Injektionsdrogen gilt, die möglicherweise ihre Ausrüstung/Nadeln teilen.
- Die HIV-Behandlung verhindert die Vermehrung des Virus und verringert die Menge an HIV im Blut. Die Menge an HIV wird durch eine Blutuntersuchung gemessen, die als Viruslast-Test bezeichnet wird.
- Wenn jemand eine nicht nachweisbare Viruslast hat, bedeutet dies, dass sich in den Körperflüssigkeiten kaum HIV befindet.
- Wenn der Samen kaum HIV enthält, kann HIV beim Sex nicht weitergegeben werden – auch wenn keine Kondome verwendet werden.
- Nicht jeder, der Medikamente einnimmt, hat eine nicht nachweisbare Viruslast, insbesondere, wenn die Behandlung erst innerhalb der letzten sechs Monate begonnen hat oder wenn die Medikamente häufig zu spät oder manchmal gar nicht eingenommen werden.



#### PrEP – Präexpositionsprophylaxe

- PrEP ist eine Pille, die eingenommen wird, um die Person vor HIV zu schützen. Sie ist äußerst effektiv, wenn sie richtig eingenommen wird. PrEP schützt nur vor HIV.
- Eines der Hauptmedikamente, die als PrEP zugelassen sind, ist das Medikament der Marke Truvada. PrEP ist auch in generischer, manchmal markenloser Form mit denselben Inhaltsstoffen wie Truvada erhältlich, die auf dieselbe Weise wirken. Beide enthalten zwei Wirkstoffe: Tenofovir und Emtricitabin.
- Eine On-Demand-Dosierung (oder event-basierte Dosierung) und 4 Tabletten pro Woche sind nur für Analsex geeignete Methoden.
- „Daily PrEP“ (tägliche Einnahme) und „Holiday PrEP“ (tägliche Einnahme für einen begrenzten Zeitraum) sind die einzigen Methoden zur Einnahme von PrEP, die sowohl für Anal- als auch für Vaginal- oder Frontalsex geeignet sind. Sie werden sowohl für Trans\*-Personen als auch für Menschen mit chronischer Hepatitis B empfohlen.



### PEP – Postexpositionsprophylaxe

- Ein einmonatiger Verlauf der HIV-Behandlung, der innerhalb von maximal 72 Stunden nach dem vermuteten Infektionsrisiko begonnen wird.
- Es wird empfohlen, die PEP so bald wie möglich nach einer vermuteten Gefährdung zu starten, idealerweise innerhalb von 24 Stunden.
- Wird hauptsächlich bei berufsbedingten Nadelstichverletzungen und bei gerissenem Kondom angewandt oder nach ungeschütztem Sex mit einem\_einer Partner\_in mit unbekanntem oder unterschiedlichem HIV-Status.



### Selbsttest & Einsendetest

- HIV-Einsendetest (Selbstprobenahme): Ein Kit, mit dem Nutzer\_innen eine Blutfleck- oder Speichelprobe entnehmen, an ein Testlabor senden und die Ergebnisse per Telefon, Text oder E-Mail erhalten können.
- HIV-Selbsttest: Ein Kit zur Entnahme einer Blut- oder Speichelprobe, die dann anhand dieses Kits selbst getestet wird, woraus dann das Ergebnis ersichtlich ist.
- Viele Länder haben die Verwendung von Einsende- und Selbsttest-Kits zugelassen.
- In einigen Ländern sind auch Selbsttest- oder Einsendetest-Kits für andere STI erhältlich.



### Die „7 A's of Accessibility“ (7 Punkte zur Zugänglichkeit)

- Awareness: Bewusstsein über das „Produkt“ und damit verbundene Aspekte; sowie über die Einrichtungen und Anbieter, die an der Bereitstellung von Informationen über das Produkt und des Produkts selbst beteiligt sind.
- Accessibility: Zugänglichkeit des „Produkts“ und auch der beteiligten Einrichtungen, Dienstleistungsanbieter und Vertreter.
- Affordability: Erschwinglichkeit des Produkts, sowohl für die Anbieter als auch für die Nutzer\_innen und beteiligte Dienste.
- Appropriateness: Angemessenheit eines Produkts in der jeweiligen Situation für den\_die Klient\_in, basierend auf Gesprächen mit dem\_der Klient\_in darüber, ob seine\_ihre Bedürfnisse erfüllt werden/würden oder nicht.
- Adequacy: Eignung: Werden die Bedürfnisse des\_der Klient\_in erfüllt?
- Acceptability: Akzeptanz: Ist das Produkt für den\_die Klient\_in aufgrund seiner\_ihrer körperlichen, emotionalen, psychologischen und kulturellen Bedürfnisse akzeptabel?
- Availability: Verfügbarkeit: Steht das Produkt dem Anbieter/den Klient\_innen zur Verfügung? Gibt es finanzielle oder rechtliche Hindernisse?

- 4 Informieren Sie die Gruppe darüber, dass sie nun eine Informations-Intervention zu einer neuen Technologie entwickeln soll.
- 5 Teilen Sie die Teilnehmer\_innen in Kleingruppen von 3-5 Personen auf.
- 6 Teilen Sie den Gruppen die Aufgabe mit: „Sie müssen einer MSM-Zielgruppe Informationen über die gewählte Technologie – TasP, PrEP, PEP oder Selbsttest/Einsendetest zur Verfügung stellen.“ Ermutigen Sie sie, die „7 A's of Accessibility“ zu nutzen, um folgende Fragen zu beantworten:
  - Welche Informationen möchten Sie schwulen Männern und anderen MSM über diese Technologie vermitteln?
  - Was ist das beste Setting oder das beste Format, um Ihrer Zielgruppe Informationen bereitzustellen? Überlegen Sie, was Sie über MSM vor Ort wissen und was mit ihnen funktioniert.
  - Wie können Sie Männer auf entsprechende Dienste hinweisen oder darauf, wo sie weitere Informationen erhalten können? Können Sie ihnen über Ihre Organisation Informationen oder Zugriff auf die „Technologie“ bieten?

- Wie würden Sie mit Risiken im Zusammenhang mit Fehlinformationen oder Stigmatisierungen in Bezug auf diese „Technologie“ umgehen, die MSM möglicherweise von Freund\_innen oder anderen Quellen hören?
- Unterstützung von MSM bei der Integration der Technologie in ihre Sexualstrategie(n): Auf welche praktische Weise können wir MSM helfen?

- 7 Abhängig davon, ob Sie sich auf eine oder mehrere „Technologien“ konzentrieren, können Sie auch jeder Gruppe eine bestimmte Technologie zuweisen, oder die Gruppen auffordern, eine „Technologie“ auszuwählen. Stellen Sie in diesem Fall sicher, dass jede der Technologien von einer Gruppe abgedeckt wird.
- 8 Sagen Sie der Gruppe, dass sie 40-50 Minuten Zeit hat, um die Aufgabe abzuschließen.

### Moderiertes Feedback/Austausch im Plenum: (30 Minuten)

- Wenn die festgelegte Zeit abgelaufen ist (oder wenn alle Gruppen die Aufgabe abgeschlossen haben), bitten Sie die Gruppen, ihre Ideen und Diskussionen vorzustellen.
- Fordern Sie die Gruppen auf, mithilfe der „7 A's of Accessibility“ ihre Ergebnisse vorzustellen und dabei Folgendes einzuschließen:
  - Welche Entscheidungen haben sie in Bezug auf Settings, Informationen und Weitervermittlungen getroffen?
  - Warum haben sie diese Entscheidungen getroffen?
  - Welche Probleme oder Schwierigkeiten haben sie festgestellt?
  - Was war einfach oder einfacher, als sie zuerst dachten?
- Fordern Sie die Gruppe auf, das E-Learning-Modul der Übung zu lesen, wenn Sie weitere Hintergrundinformationen zu diesen „Technologien“ wünschen, und beenden Sie dann die Übung.

## Prävention

### **Sensibilisierung für und Anwendung der Behandlung als Prävention (TasP oder U=U) sowie von PrEP, PEP und Selbsttests/Einsendetests für MSM**

Wir werden uns nun mit den sogenannten neuen Präventionstechnologien befassen: Behandlung als Prävention (Treatment as Prevention – TasP), Präexpositionsprophylaxe (PrEP), Postexpositionsprophylaxe (PEP) und Selbsttest/Einsendetest.

#### **Behandlung als Prävention (Treatment as Prevention – TasP)**

„Es hat sich gezeigt, dass eine HIV-Behandlung sowohl für die Gesundheit der betreffenden Person selbst als auch für die Senkung des Übertragungsrisikos für die Partner der Person von Vorteil ist.

Die sexuelle Übertragung von HIV von einer HIV-positiven Person auf ihre\_n Partner\_in hängt mit den HIV-Konzentrationen im Genitaltrakt und in den Genitalflüssigkeiten zusammen. Dies ist der Mechanismus dafür, wie die antiretrovirale Kombinationstherapie (ART) die sexuelle Übertragung von HIV verringert.

Studien zur HIV-Übertragung wurden hauptsächlich an heterosexuellen Paaren mit unterschiedlichem HIV-Status durchgeführt und haben gezeigt, dass die Behandlung von Personen mit HIV das Risiko einer sexuellen Übertragung von HIV auf ihren Partner um über 90 % senken kann.

Die Ergebnisse der PARTNER-Studie, an der MSM-Paare mit unterschiedlichem HIV-Status teilnahmen, haben diese Ergebnisse für die MSM-Population bestätigt, da keine Fälle einer HIV-Übertragung von mit HIV infizierten Männern bei einer Viruslast unterhalb der Nachweisgrenze nachgewiesen wurden. Es wurde geschätzt, dass die Mehrzahl der HIV-Übertragungen unter MSM in Großbritannien vor der Diagnose des positiven Partners erfolgt. Daher konzentrieren sich die Hauptanstrengungen für wirksame HIV-Präventions- und Versorgungsprogramme im EU/EWR-Umfeld darauf, eine hohe und regelmäßige Testhäufigkeit für die am stärksten gefährdeten MSM zu erreichen sowie den Zugang zur Behandlung und die Einhaltung der Behandlung bei positiv getesteten Personen zu erleichtern.

Neue Daten aus der PARTNER-II-Studie, die sich auf serodiskordante MSM-Paare konzentrierten, stützen die Ergebnisse der ursprünglichen PARTNER-Studie. In keiner dieser Studien wurden genetisch verlinkte Infektionen beobachtet, während die Viruslast des HIV-positiven Partners unterdrückt wurde und die Paare kondomlosen Sex hatten und keine Präexpositionsprophylaxe (PrEP) verwendeten. In diesen Studien wurde die Virussuppression mit weniger als 200 Exemplaren von HIV-RNA pro Milliliter Blut definiert. Die meisten HIV-positiven Teilnehmer hatten weniger als 50 Exemplare der HIV-RNA pro Milliliter Blut. Die Paare in den beiden Studien waren an insgesamt über 100.000 sexuellen Handlungen ohne Kondom oder PrEP beteiligt – und die Schätzungen des Übertragungsrisikos und die entsprechenden 95 %-Konfidenzniveaus werden als 0,00 Risiko (0,00-0,24) pro 100 Paarjahre angegeben. Deshalb können wir jetzt mit Zuversicht sagen, dass „nicht nachweisbar“ mit „nicht übertragbar“ gleichzusetzen ist („Undetectable equals Untransmissible“, U=U) und dass HIV-positive Partner\_innen bei wirksamer Behandlung ihr HIV nicht weitergeben können.“

Entnommen aus dem „National Centre for HIV/AIDS, Viral Hepatitis, STI and TB Prevention“, USA – Dezember 2018

„Eine einfache Erklärung, die für die Erklärung von Behandlung als Prävention hilfreich sein kann, ist:

- Wenn Menschen mit HIV Anti-HIV-Medikamente einnehmen und eine nicht nachweisbare Viruslast haben, ist es äußerst unwahrscheinlich, dass sie HIV auf eine andere Person übertragen.
- Die HIV-Behandlung verhindert die Vermehrung des Virus und verringert die Menge an HIV im Blut. Die Menge an HIV wird durch eine Blutuntersuchung gemessen, die als Viruslast-Test bezeichnet wird.
- Wenn jemand eine nicht nachweisbare Viruslast hat, bedeutet dies, dass sich in den Körperflüssigkeiten kaum HIV befindet.

- Wenn im Samen (und in den Vaginalflüssigkeiten) kaum HIV vorhanden ist, ist es äußerst unwahrscheinlich, dass HIV während des Geschlechtsverkehrs übertragen wird – auch wenn keine Kondome verwendet werden.
- Nicht jede\_r, der\_die Medikamente einnimmt, hat eine nicht nachweisbare Viruslast, insbesondere, wenn die Behandlung innerhalb der letzten sechs Monate begonnen hat oder wenn die Medikamente häufig zu spät oder manchmal gar nicht eingenommen werden.“

#### **Prä-Expositions-Prophylaxe (PrEP):**

„PrEP ist eine Methode zur Reduzierung des HIV-Infektionsrisikos bei HIV-negativen Erwachsenen mit hohem HIV-Expositionsrisiko. Die Behandlung umfasst die Verwendung oral eingenommener antiretroviraler Mittel, um zu verhindern, dass das Virus eine dauerhafte Infektion verursacht. Der nachweisbare Wirkstoffspiegel im Blut hängt stark mit dem prophylaktischen Effekt zusammen, was die Bedeutung der Einhaltung der Einnahme von PrEP noch unterstreicht.

Die endgültigen Ergebnisse der Erweiterung einer großen klinischen Studie (iPrEX OLE), die bei MSM und Transfrauen durchgeführt wurde, zeigten, dass eine gute Einhaltung der Einnahme von PrEP mit einer Risikoreduktion von 84 % für eine HIV-Infektion verbunden war.

Während davon ausgegangen wurde, dass die offene, nicht innerhalb einer Studie durchgeführte Anwendung von PrEP zu einer geringeren Wirksamkeit führen könnte, ergab die randomisierte UK-PROUD-Studie mit 545 MSM mit den Behandlungsgruppen von unmittelbarer oder verzögerter täglicher PrEP-Einnahme eine 86%ige Verringerung bei Männern in der Behandlungsgruppe der unmittelbaren PrEP-Einnahme und die gleiche Rate an rektalen STI, sowie einen hohen Gebrauch von Kondomen in beiden Gruppen im Verlauf der Studie. Dies weist darauf hin, dass Männer PrEP in bestehende Risikominderungsstrategien einbezogen hatten.

Die französische Ipergay-Studie, die mit 400 MSM durchgeführt wurde, zeigte ebenfalls eine 86%ige Verringerung des HIV-Infektionsrisikos bei MSM, die intermittierend PrEP einnahmen (zwei Tabletten 2–24 Stunden vor dem Sex, eine Tablette 24 Stunden später und eine Tablette 48 Stunden nach der ersten Dosis) im Vergleich zur Placebo-Behandlungsgruppe. Eine hohe Wirksamkeit wurde erreicht, obwohl nur 43 % der MSM angaben, PrEP beim letzten Geschlechtsverkehr optimal eingenommen zu haben.

Diese Studien liefern aussagekräftige Belege für die Wirksamkeit von PrEP und signalisieren, dass die Aufnahme von PrEP in die „HIV-Präventions-Toolbox“ ernsthaft in Betracht gezogen werden sollte, insbesondere für diejenigen MSM, bei denen das Risiko einer Infektion am größten ist.

In einem umfassenden HIV-Präventionspaket, das im Juli 2014 veröffentlicht wurde, hat die WHO eine neue Empfehlung zur Verwendung von PrEP für MSM als zusätzliche Präventions-Option aufgenommen. In den USA wird es seit 2012 empfohlen, obwohl die Umsetzung in vielen Bereichen langsamer war als erwartet.

Die hohe Wirksamkeit von PrEP bei der Verringerung des Risikos einer sexuell erworbenen HIV-Infektion wurde kürzlich in einer Reihe randomisierter kontrollierter Studien nachgewiesen, darunter zwei Studien, die unter MSM in Europa durchgeführt wurden. Im Juli 2016 empfahl die Europäische Arzneimittel-Agentur die Erteilung einer Marktzulassung für die Verwendung von antiretroviralen Medikamenten für PrEP. Diese Empfehlung wurde von der Europäischen Kommission im August 2016 genehmigt.

Derzeit bieten zwei Länder in Europa – Frankreich und Norwegen – PrEP über ihre öffentlichen Gesundheitsdienste an. Es gibt jedoch noch keinen klaren Konsens in Europa in Bezug auf die Implementierung von PrEP.“

## Post-Expositions-Prophylaxe (PEP)

„Die ARV-basierte Postexpositionsprophylaxe ist für die Anwendung in Europa zugelassen und sollte so bald wie möglich nach einer HIV-Exposition, auf jeden Fall jedoch innerhalb von 48 bis 72 Stunden begonnen werden. Die Behandlung sollte 28 Tage lang fortgesetzt werden, außer es stellt sich heraus, dass die als Infektionsquelle vermutete Person HIV-negativ ist.

In Tierversuchen wurde konsequent gezeigt, dass PEP die HIV-Übertragung verringert. Ursprünglich wurde es eingeführt, um die Übertragung nach Nadelstichverletzungen zu verringern. Aus ethischen Gründen wurde keine randomisierte kontrollierte Studie durchgeführt. Beobachtungsstudien zeigen einen konsistenten Schutz, jedoch in unterschiedlichem Ausmaß.

Abgesehen von berufsbedingter PEP und PEP nach Situationen sexualisierter Gewalt wird PEP in den meisten Ländern auch Personen empfohlen, die ohne Kondom Analverkehr mit einem\_einer Partner\_in mit unbekanntem HIV-Serostatus hatten und innerhalb von 48 bis 72 Stunden um Hilfe bitten.

Die häufigste Verwendung von nicht berufsbezogener PEP ist bei Paaren mit unterschiedlichem HIV-Status (bei denen der Indexpartner nicht mit ART behandelt wird) aufgrund von Kondomriss oder -versagen. US-amerikanische und die meisten europäischen Richtlinien schließen insbesondere auch Personen, die ungeschützten rezeptiven Analverkehr mit einem homosexuellen oder bisexuellen Mann mit unbekanntem HIV-Status hatten, in die Personengruppe mit ein, für die PEP in Frage kommt.

Da antiretrovirale Medikamente auch das Risiko unerwünschter Nebenwirkungen bergen, muss der individuelle Nutzen von PEP gegen die Risiken abgewogen werden. In Ländern, in denen PEP verfügbar ist, ist dies eine ärztliche Entscheidung, die auf dem Abwägen des individuellen Nutzens und nicht auf einem strengen, richtlinienbasierten Maßstab beruht.

PEP wurde nicht mit einem Anstieg des sexuellen Risikoverhaltens bei MSM in Verbindung gebracht, und es wurde selten als Hauptpräventionsmethode für die MSM-Population gefördert. Das Bewusstsein für PEP und die wahrgenommene Zugänglichkeit von PEP ist bei MSM in den meisten europäischen Ländern gering, was darauf hinweist, dass PEP keine Präventionsmaßnahme der ersten Wahl ist.

Eine dänische Studie zeigte nur eine geringe Zunahme der Anfragen nach PEP, obwohl die dortige MSM-Population gut über PEP informiert ist und der Zugang zur Behandlung einfach ist. Eine Studie zur Evaluation des Amsterdamer PEP-Programms stellte einen ähnlichen Trend eines sehr geringen Anstiegs der PEP-Anfragen fest, wobei aber 75 % der Anfragen von MSM stammten.

In der EMIS-Studie 2010 gaben weniger als 2 % der Befragten in 26 der 38 eingeschlossenen Länder an, jemals auf PEP zugegriffen zu haben. Die übrigen Länder verzeichneten eine etwas stärkere Nutzung, wobei bei den Befragten in Frankreich die stärkste Nutzung festgestellt wurde, die aber immer bei lediglich 9 % lag.

Der geringe Einsatz von PEP in den meisten europäischen Settings könnte durch ein geringes Bewusstsein oder einen geringen Bedarf für die Intervention erklärt werden. Die Zugänglichkeit ist ebenfalls ein wichtiges Thema, und in der EMIS-Umfrage 2010 berichtete etwa ein Drittel der europäischen Länder, dass kein kostenloser Zugang zu PEP möglich ist.

In Bezug auf die Häufigkeit, mit der PEP in der HIV-Prävention in Betracht gezogen und verschrieben wird, gibt es europaweit große Unterschiede. MSM, die – unabhängig vom Grund der Exposition – HIV ausgesetzt sind, haben ein Recht auf Information

über alle möglichen Interventionen, einschließlich des Wissens darüber, was PEP ist und wo es erhältlich ist. Die Ergebnisse von EMIS 2010 legen nahe, dass eher als reine Nachlässigkeit viel häufiger Unfälle mit Kondomen und ein anhaltender Mangel an Wissen über den korrekten Umgang mit Kondomen mit HIV-Exposition und den entsprechenden Erfahrungen mit PEP in Verbindung gebracht werden.

Behörden wie das ECDC (Europäisches Zentrum für die Prävention und die Kontrolle von Krankheiten) haben nachdrücklich empfohlen, das Wissen über PEP bei MSM zu fördern und nach Möglichkeit PEP in Kliniken bereitzustellen, die auf MSM oder sexuelle Gesundheit spezialisiert sind. PEP sollte MSM angeboten werden, die Sex ohne Kondom mit einem HIV-positiven Partner mit unbekanntem Viruslaststatus hatten, und zusätzlich MSM, die rezeptiven Analverkehr mit einem Partner mit unbekanntem HIV-Status hatten und innerhalb von 48 bis 72 Stunden Hilfe suchen.“

## HIV-Einsendetests und Selbsttests

„Ein HIV-Einsendetest (Selbstprobenahme) besteht aus einem Kit, mit dem Nutzer\_innen eine Blutfleck- oder Speichelprobe entnehmen, an ein Testlabor senden und die Ergebnisse per Telefon, Text oder E-Mail erhalten können.

Ein HIV-Selbsttest impliziert, dass der\_die Nutzer\_in nach eigenem Ermessen eine Probe entnimmt (z. B. eine Speichelprobe), den Test selbst durchführt und dann das Ergebnis interpretiert. Einige Länder haben den Verkauf von Selbsttest-Kits für HIV genehmigt oder sind gerade dabei, ihn zu genehmigen.

Großbritannien hat als erstes Land im April 2015 den Verkauf von Heimtests eingeleitet. Diese Kits ermöglichen der Person, ihre eigene Probe zu entnehmen und den Test in ihrem eigenen Zuhause durchzuführen, mit einem Ergebnis innerhalb von 15 bis 40 Minuten.

Selbsttests können die Testhäufigkeit aufgrund der Verfügbarkeit und des einfachen Zugriffs auf den Test erhöhen, erfordern jedoch eine sorgfältige Qualitätssicherung, um falsch negative und falsch positive Ergebnisse zu minimieren, sowie genau definierte Wege für den Zugriff auf Bestätigungstests und Beratung, um die Verknüpfung mit der Versorgung und den Zugang zu Prävention und Unterstützung sicherzustellen.

Neue WHO-Richtlinien empfehlen den Ländern, das Angebot an innovativen HIV-Selbstteststrategien zu erweitern, um eine höhere Rate der Durchführung von Tests zu erlangen. Bisher ist die Implementierung von Einsendetests und Selbsttests in Europa relativ begrenzt.

Laut der Datenbank „Barring the Way to Health“ sind HIV-Einsendetests (d. h. die Entnahme einer Probe zu Hause und die postalische Übermittlung an ein Labor, in dem die Tests durchgeführt werden) in 5 der in EMIS 2010 erfassten Länder legal, nämlich in Belgien, Irland, den Niederlanden, der Schweiz und Großbritannien.

Der HIV-Selbsttest (d. h. die Entnahme einer Probe und die Durchführung des Tests zu Hause) ist in Frankreich legalisiert und ein zugelassenes Produkt kann erworben werden. In Großbritannien wurde der Selbsttest im April 2014 legalisiert, und das erste HIV-Selbsttest-Kit wurde im April 2015 auf den Markt gebracht. Erste Ergebnisse zeigen, dass 75 % der Tests an Personen verkauft wurden, die außerhalb städtischer Gebiete leben und dass die Hälfte der Nutzer\_innen, die den Test gekauft haben, zuvor noch keinen HIV-Test durchgeführt haben.

Die Bestellungen der Tests waren eng mit externen Einflüssen verbunden (z. B. Welt-Aids-Tag, Nationale Aids-Woche). Die Bestellungen nahmen zu, wenn HIV in der Presse war und/oder wenn das Kit über soziale Netzwerke beworben wurde.

Qualitative Untersuchungen unter MSM in Großbritannien ergaben, dass der Hauptvorteil von Selbsttests (und in geringerem Maße auch von Einsendetests) die erhöhte Anonymität von Personen war, die sich beim Testen mit persönlicher Anwesenheit um ihre Privatsphäre und Vertraulichkeit sorgten. Selbsttests wurden auch als potenziell vorteilhaft für diejenigen angesehen, die sich noch nicht über ihre Sexualität im Klaren waren, wie z. B. junge Männer; diejenigen, die auch Beziehungen zu Frauen hatten; Männer, die in ländlichen Gebieten leben; und solche aus ethnischen und kulturellen Communities, bei denen ein offenes Bekenntnis zu homosexueller Aktivität immer noch ein Tabu ist. Zu den wahrgenommenen Nachteilen des Selbsttests gehört die Befürchtung, ohne unmittelbare persönliche Unterstützung ein reaktives Ergebnis zu erzielen, die Sorge

der Männer über ihre Fähigkeit, den Test durchzuführen, sowie die Kosten (Selbsttest-Kits müssen in Großbritannien gekauft werden), während andere Tests in manchen Settings gratis verfügbar sind (auch Einsendetests).

Außerhalb Frankreichs und Großbritanniens ist die Legalisierung und Verfügbarkeit von HIV-Selbsttests in Europa begrenzt. In Belgien ist der Verkauf von Selbsttest-Kits gestattet, aber mit dem Stand von Mitte / Ende 2016 waren offiziell keine Produkte auf dem Markt erhältlich, und die belgische Krankenversicherung deckt die Testkosten nicht ab. In den Niederlanden wurden Leitfäden zur Verwendung von Selbsttests veröffentlicht, es wurde jedoch keine öffentliche Richtlinie festgelegt und es wurden keine Tests für den niederländischen Markt genehmigt. In Deutschland erlauben die aktuellen gesetzlichen Bestimmungen keinen Verkauf von Selbsttests und sie gelten als „Medizinprodukte“, die von einer medizinischen Fachkraft verwaltet werden müssen. Spanien erwägt derzeit die Einführung von HIV-Selbsttests, es wurde jedoch noch kein Kit zum Verkauf zugelassen. Laut der Datenbank „Barring the Way to Health“ sind Selbsttests in einer Reihe von osteuropäischen Ländern (Tschechien, Estland, Moldawien, Polen, Rumänien, Russland, Ukraine) legal. Die Richtigkeit dieser Daten wurde jedoch nicht mit Kontakten aus den jeweiligen Ländern überprüft.“

Entnommen aus ECDC: HIV and STI prevention among men who have sex with men. Stockholm: ECDC 2015 and the Terrence Higgins Trust website.

Titel der Übung:

**„Frontline Interventions“ – Zusammenarbeit mit MSM unter Verwendung von Einzel- und Gruppenberatung & Informationsinterventionen; Motivierende Gesprächsführung sowie communitybasierten HIV- und STI Beratungs- und Testangeboten**

Themenbereich: **Prävention**



#### Ziel der Übung:

Diese Übung ermöglicht den Teilnehmer\_innen, ihr Wissen zu individuellen und Gruppen-Beratungs- und Informationsgesprächen zu erkunden und zu vertiefen (einschließlich Online Vor-Ort-Arbeit) sowie zu motivierender Gesprächsführung und therapeutischen Veränderungen (Beratung) und zu HIV- und STI-Tests in der Community.

#### Erwartete Ergebnisse der Übung:

Die Teilnehmer\_innen haben das Spektrum der Basis-Interventionen im Bereich der Prävention untersucht und die Erfahrungen der Gruppe mit deren Bereitstellung ausgetauscht.



#### Erforderliches Material:

- ✎ PowerPoint-Folien
- ✎ Flipchart, Flipchartpapier und Moderationsstifte
- ✎ Papier und Stifte für die Teilnehmer\_innen



#### Vorbereitung der Moderator\_innen:

- ✓ Entscheiden Sie, ob Sie sich auf eine oder mehrere der Interventionen konzentrieren möchten. Es lohnt sich nicht, sich mit motivierender Gesprächsführung zu befassen, wenn Sie mit der Gruppe bereits die praktische Sitzung absolviert haben, in der die praktischen Fähigkeiten trainiert wurden. Hier geht es in der Diskussion eher um die Unterschiede zwischen Beratung/Therapie und motivierender Gesprächsführung/MI.
- ✓ Ermitteln Sie passende Beispiele für Arbeit in Bezug auf die von Ihnen ausgewählten Interventionen (einschließlich Online-Beispiele).
- ✓ Wenn es „lokale“ Leitfäden, Richtlinien oder Grenzen für die von Ihnen gewählten Interventionen gibt, informieren Sie sich selbst über diese und wie sie sich auf die Arbeit auswirken.
- ✓ Lesen Sie die „5 C's“ für HIV-Testdienste durch und überlegen Sie, ob sie noch für alle MSM relevant sind, insbesondere in Community-Settings.



#### Hilfreiche Tipps für Moderator\_innen:

- 💡 Diese Übung ist eher für Menschen geeignet, für die die Arbeit mit schwulen Männern und anderen MSM im Bereich HIV und sexueller Gesundheit noch neu ist, als für erfahrene Mitarbeiter\_innen.
- 💡 Diese Übungen sind hilfreich, um Erfahrungen und Fähigkeiten innerhalb der Gruppe, mit der Sie arbeiten, auszutauschen und zu teilen. Es geht also eher darum, darüber zu sprechen, was bereits passiert, was passieren könnte und was in Ihrer Region die besten Vorgehensweisen sind, als um den „einen richtigen Weg“.



## Übung: In Einzel- oder Gruppen-Sitzungen oder im Online-Kontakt Informationen oder Ratschläge geben

### Ablauf der Übung: (30 Minuten)

- 1 Informieren Sie die Gruppe darüber, dass wir uns nun mit dem (Weiter-)Geben von Informationen und Ratschlägen beschäftigen, sowohl in Einzelsitzungen als auch in der Gruppe sowie bei online durchgeführter Arbeit.
- 2 Bitten Sie die Gruppe, ihre Gedanken und Erfahrungen darüber auszutauschen, was unter Einzelberatung, Gruppenberatung oder Informationsvermittlung zu verstehen ist.
- 3 Schreiben Sie die Definitionen in Stichpunkten auf einem Flipchart mit.
- 4 Wenn Sie der Meinung sind, dass es hilfreich ist, zeigen Sie die PowerPoint-Folie(n) mit den grundlegenden Definitionen.



#### Einzel- oder Gruppen-Gespräche – Information und/oder Beratung

- Für eine Person oder eine Gruppe von Personen zu einer Reihe sozialer oder persönlicher Fragen Informationen vermitteln oder Ratschläge erteilen.
- Online-Beratung: diese Aufgabe in einem Online-Forum über eine Website oder eine Online-App ausführen.
- Dabei geht es in der Regel um eine einmalige Intervention.

- 5 Bitten Sie die Gruppe, Beispiele einer typischen Beratungs- oder Informations-Intervention im Einzelgespräch oder in einer Gruppe zu nennen:
  - Welche Art von Informationen oder Ratschlägen/Empfehlungen? (Beratung worüber?)
  - Wo bieten Sie diese Interventionen an? In welchen Settings?
  - Welche Ressourcen benötigen Sie/werden Sie benötigen, um zu helfen?
  - Wie können wir das verbessern, was wir bereits tun? Kennen Sie Beispiele der Arbeit an anderen Orten?
- 6 Fragen Sie die Gruppe, ob jemand von ihnen Erfahrung in der Durchführung von Online-Beratungs- oder Informationsangeboten hat.
- 7 Wenn ja, bitten Sie diese Person(en), mit der Gruppe zu teilen, wie sie arbeiten und wie sich dies von der Arbeit mit persönlichem Kontakt unterscheidet?
- 8 Wenn nicht, fragen Sie die Gruppe, was ihrer Meinung nach im Vergleich zur Arbeit mit persönlichem Kontakt anders wäre.
- 9 In beiden Fällen suchen Sie Probleme wie:
  - Sie können die Person, mit der Sie sprechen, nicht sehen und können daher Mimik und Körpersprache nicht lesen.
  - Die Person, mit der Sie chatten, könnte denken, dass Sie ihr sagen, was sie zu tun hat.
  - Es kann schwieriger sein, Fragen zu stellen und zu beantworten, wenn Sie tippen oder SMS schreiben, anstatt einfach mit jemandem zu sprechen.
- 10 Informieren Sie die Gruppe, dass es im E-Learning-Modul dieser Übung weitere Informationen zu Einzelgesprächen und Gruppenberatungen und -informationen gibt.

## Übung: Motivierende Gesprächsführung in Einzelgesprächen oder Gruppen-Therapie/-Beratung

### Ablauf der Übung: (30 Minuten)

- 1 Informieren Sie die Gruppe darüber, dass wir uns jetzt mit Motivierender Gesprächsführung (MI) und therapeutischer Arbeit sowohl in Einzel- als auch in Gruppensituationen befassen werden.
- 2 Bitten Sie die Gruppe, ihre Gedanken darüber zu teilen, was Motivierende Gesprächsführung ist, und schreiben Sie die Antworten auf einem Flipchart mit. Es können ziemlich lose Definitionen sein, sie müssen nicht genau dem entsprechen, was auf dem Flipchart steht.
- 3 Bitten Sie die Gruppe, ihre Gedanken darüber zu teilen, was man unter therapeutischer Veränderung versteht, sowohl in Einzelgesprächen als auch in Gruppensettings. Schreiben Sie wieder auf einem Flipchart mit; auch dies können ziemlich lose Ideen/Gedanken sein.
- 4 Zeigen Sie die PowerPoint-Folie(n) mit Informationen zu den Definitionen.



#### Motivierende Gesprächsführung (Motivational Interviewing – MI)

Motivierende Gesprächsführung ist ein kurzes Behandlungsmodell, das Klient\_innen mit geringer Motivation zu Veränderungen verhelfen soll und sie unterstützen soll, die Notwendigkeit von Veränderungen in Bezug auf selbst erkanntes Risikoverhalten zu realisieren.

- Therapeutische Arbeit in Einzelgesprächen (Beratung/Therapie)

Unterstützung von und Hilfestellung für Klient\_innen/Personen, um persönliche, soziale oder psychologische Probleme oder Schwierigkeiten zu lösen – insbesondere durch eine geschulte Person auf professioneller Basis. Für gewöhnlich ist dies eine Intervention, die mehrere Sitzungen umfasst, obwohl im Zusammenhang mit HIV-Tests in der Regel auch beratende Einzelgespräche durchgeführt werden.

- Gruppentherapeutische Arbeit (Gruppenarbeit)

Gruppenarbeit umfasst verschiedene Arten von Interventionen, die für eine Gruppe von Personen mit einem gemeinsamen Interesse bereitgestellt werden. Diese können eine Reihe von Funktionen haben, z. B. Informationsvermittlung, Aufbau von Fähigkeiten, sozialer Kapazität und Wissen sowie die Lösung psychosozialer Konflikte.

- 5 Fragen Sie die Gruppe nach Beispielen für Arbeit, die sie mit motivierender Gesprächsführung oder therapeutischen Veränderungen entweder in Einzelsitzungen oder in Gruppen kennt oder durchführt.
  - Wie und wo findet diese Arbeit statt?
  - Was ist der Unterschied zwischen Einzelgesprächen und Gruppenarbeit?
  - Wie unterscheidet sich die Arbeit mit MI oder therapeutischen Veränderungen von der Beratungs- und Informationsarbeit? Mischen sich die beiden Ansätze? Könnten Sie motivierende Gesprächsführung in der Vor-Ort-Arbeit verwenden?
- 6 Weitere Informationen zu motivierender Gesprächsführung finden Sie im „Quality Action Training“. Links zur Website sind im E-Learning-Modul dieser Übung verfügbar. Sie können die Teilnehmer\_innen auf diesen Link verweisen, wenn sie weitere Fragen haben.

## Übung: HIV- und STI-Tests in der Community

### Ablauf der Übung: (30 Minuten)

- 1 Informieren Sie die Gruppe, dass wir uns nun mit communitybasierten HIV- und STI-Tests befassen werden.
- 2 Teilen Sie die Informationen zu communitybasierten HIV- und STI-Tests auf den PowerPoint-Folien mit der Gruppe.



#### Communitybasierte Tests: HIV & STI

- In der Regel werden diese innerhalb von „Checkpoints“ oder anderen Community-Settings durchgeführt (CBVCT = Community-based voluntary counseling and testing / communitybasiertes niedrigschwelliges Beratungs- und Testangebot). MSM können mithilfe von Schnelltests und Labortests (Blut, Speichel und Urin) sowohl auf HIV als auch auf eine Reihe von STI getestet werden.
- Communitybasierte Tests haben wegen der Verbindung mit der Zielgruppe, für die sie angeboten werden, einen Vorteil gegenüber Tests in klinischen/medizinischen Settings. Probleme mit der Identifizierung und mit Homophobie und unfreiwilligem Outing werden im Kontext der Community verringert.
- Von Euro HIV EDAT wurden Informationen und ein Toolkit rund um die Checkpoints entwickelt. <https://eurohivedat.eu/> oder [www.msm-checkpoints.eu](http://www.msm-checkpoints.eu)
- Informationen und Instrumente zum Abbau von Test-Hürden und zur Verbindung mit der Versorgung wurden von OptiTest [www.optitest.eu](http://www.optitest.eu) entwickelt.



#### Die 5 „C“ der WHO für HIV-Testdienste

1. Consent (Einverständnis)
2. Confidentiality (Vertraulichkeit)
3. Counselling (Beratung)
4. Correct Results (Richtige Ergebnisse)
5. Connection (Anschluss)

Anleitung verfügbar unter: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/179870>

- 3 Zeigen Sie die PowerPoint-Folie und führen Sie die Gruppe in die Idee der von der WHO im Jahr 2015 eingeführten 5 „C“ ein. Laut WHO sind die 5 „C“ Grundsätze, die für alle HIV-Testangebote (HTS – HIV Testing Services) und unter „allen Umständen“ gelten.
  - **Consent (Einverständnis):** Personen, die HIV-Testangebote erhalten, müssen ein Einverständnis zu Test und Beratung geben. (Eine mündliche Zustimmung ist ausreichend; eine schriftliche Zustimmung ist nicht erforderlich.) Sie sollten über das Verfahren für HIV-Tests und -Beratung sowie über ihr Recht informiert werden, Tests abzulehnen.
  - **Confidentiality (Vertraulichkeit):** HIV-Testangebote müssen vertraulich sein, d. h., was der HTS-Anbieter und der/die Klient\_in besprechen, wird ohne die ausdrückliche Zustimmung der getesteten Person nicht an Dritte weitergegeben. Die Vertraulichkeit sollte respektiert werden, aber es sollte nicht gestattet sein, Geheimniskrämerei, Stigmatisierung oder Scham zu verstärken. Berater\_innen sollten unter anderem mit der Person besprechen, wen diese informieren möchte und wie dies geschehen soll. Eine gemeinsame Vertraulichkeit mit einem/einer Partner\_in oder mit Familienmitgliedern bzw. anderen Vertrauten und mit den Gesundheitsdienstleistern ist oft von großem Vorteil.
  - **Counselling (Beratung):** Das Bereitstellen von Informationen vor dem Test kann in einer Gruppe erfolgen. Alle Personen sollten jedoch die Möglichkeit haben, Fragen in einer privaten Umgebung zu stellen, wenn sie dies wünschen. Alle HIV-Tests müssen von einer angemessenen und qualitativ hochwertigen Beratung nach dem Test begleitet werden, die auf dem spezifischen HIV-Testergebnis und dem gemeldeten HIV-Status basiert. Um eine qualitativ hochwertige Beratung zu gewährleisten, müssen Qualitätssicherungsmechanismen sowie unterstützende Überwachungs- und Mentor\_innen-Systeme vorhanden sein.

- **Correct Results (Richtige Ergebnisse):** Anbieter von HIV-Tests müssen sich bemühen, qualitativ hochwertige Testdienstleistungen bereitzustellen, und Qualitätssicherungsmechanismen müssen sicherstellen, dass die Menschen eine korrekte Diagnose erhalten. Die Qualitätssicherung kann sowohl interne als auch externe Maßnahmen umfassen und muss vom nationalen Referenzlabor unterstützt werden. Alle Menschen, die eine positive HIV-Diagnose erhalten, müssen erneut getestet werden, um ihre Diagnose vor Beginn der HIV-Behandlung oder -Versorgung zu bestätigen.
- **Connection (Anschluss):** Die Verknüpfung mit Präventions-, Behandlungs- und Versorgungsdiensten sollte wirksame und angemessene Folgemaßnahmen umfassen, einschließlich langfristiger Prävention und Unterstützung bei der Behandlung. Die Bereitstellung von HTS, bei denen kein Zugang zur Versorgung besteht oder eine schlechte Verbindung mit der Versorgung, einschließlich ART, hat für HIV-Infizierte nur einen begrenzten Nutzen.

- 4 Fragen Sie die Gruppe, ob jemand Erfahrung mit der Arbeit mit oder Bereitstellung von HIV- oder STI-Tests in der Community hat.
- 5 Wenn ja, fragen Sie einige Teilnehmer\_innen, ob sie immer noch alle 5 „C“ verwenden und ob sie diese als Erleichterung oder eher als Barrieren betrachten. Benötigen zum Beispiel alle schwulen Männer und anderen MSM eine Beratung vor und nach dem Test? Ist dies ein Hindernis für den Zugang zum Test selbst geworden? Könnten die Teilnehmer\_innen drei Punkte teilen, die sie aus der Erfahrung mit communitybasierten Tests gelernt haben und die sie für wichtig halten? Wenn nicht, beenden Sie die Diskussion oder nutzen Sie gegebenenfalls Ihre eigenen Erfahrungen.

Beenden Sie die Übung am Ende der von Ihnen gewählten Übungen.

## Prävention

### Frontline Interventions: Arbeit mit MSM mithilfe von Einzel- und Gruppenberatung und Informationsinterventionen; motivierende Gesprächsführung und communitybasierten HIV/STI Beratung- und Testangeboten

Jetzt werden Sie sich mit den Interventionen beschäftigen, die in der Prävention in der direkten Arbeit mit den Nutzer\_innen eingesetzt werden. Wir werden uns mit der Bereitstellung von Informationen oder Beratungen in Einzelgesprächen oder in Gruppen sowie online befassen. Dann betrachten wir Verhaltensänderungen oder therapeutische Veränderungen, einschließlich motivierender Gesprächsführung, ebenfalls in Einzel- sowie in Gruppensituationen.

Wir befassen uns auch mit communitybasierten HIV/STI-Tests und schließlich mit anderen Medien wie Print, Rundfunk und Fernsehen.

Denken Sie über Information und Beratung nach und sammeln und notieren Sie sich Interventionen, die zur Bereitstellung von Informationen oder Beratung entweder in Einzel- oder Gruppensettings stattfinden, sowie Situationen und Umstände, in denen Sie (als Vertreter\_in Ihrer Einrichtung) angesprochen werden und um Informationen oder Beratung gebeten werden. Denken Sie an das Spektrum des Informations- und Beratungsangebots, das für eine MSM-Zielgruppe ausgewählt wurde, sowie an die verschiedenen Situationen und Umgebungen, in denen Sie um Informationen oder eine Beratung gebeten werden. Es kann auch hilfreich sein, über die Ressourcen nachzudenken, die Sie zu Ihrer Unterstützung benötigen.

Für diese Aufgabe haben Sie 10 Minuten Zeit.

Nun werden wir über Online-Settings nachdenken. Wenn Sie in einem Online-Setting Beratungen oder Informationen anbieten, welche Punkte müssen Sie dabei berücksichtigen?

Vorschläge/Ideen?

- Keine visuellen Signale/Informationen
- Probleme damit, als zu „direktiv“ wahrgenommen zu werden
- Formulieren von für beide Seiten zufriedenstellenden Antworten
- etc.

Nachdem Sie darüber nachgedacht haben, ermitteln und notieren Sie Ihnen bekannte Beispiele für Beratungen oder die Bereitstellung von Informationen in Online-Settings. (Betrachten wir Websites von Organisationen, die sich an MSM richten, oder auch Chatroom-Settings, als Informations- oder Beratungsportale?)

Nun zur therapeutischen Verhaltensänderung. Erstens, was verstehen wir unter therapeutischer Verhaltensänderung? Eine grundlegende Definition besagt, dass alle Verhaltensweisen erlernt werden und somit auch wieder „verlernt“ werden können oder dass Verhaltensweisen, die als „ungesund“ empfunden werden, geändert werden können.

Die therapeutische Verhaltensänderung erreicht dies durch die Anwendung eines Spektrums von Therapiemethoden wie z. B. kognitive Verhaltenstherapie (CBT – Cognitive Behavioural Therapy). Durch diese werden Menschen dabei unterstützt, Probleme zu erkennen, die die gewünschte Veränderung verhindern, und Lösungen zu entwickeln, um diese Probleme zu umgehen und die gewünschte Verhaltensweise zu erreichen. Motivierende Gesprächsführung ist ein Gesprächs- oder Konversationsinstrument, das Klient\_innen/Personen hilft, ihre Probleme zu erkennen und über eigene Lösungen nachzudenken und diese zu finden.

Nachdem wir die Definition durchgearbeitet haben, sammeln Sie nun bitte Beispiele für therapeutische Einzel- und Gruppeninterventionen und schreiben Sie diese auf. Welche Probleme können sie abdecken? In welcher Form werden sie durchgeführt? Kennen Sie weitere Modelle (wie CBT), die in diesem Kontext verwendet werden? Auch für diese Übung haben Sie 10 Minuten Zeit.

Quality Action Training: [www.qualityaction.eu](http://www.qualityaction.eu)

### HIV/STI-Tests in der Community

In der Regel werden diese innerhalb von „Checkpoints“ oder anderen Community-Settings durchgeführt (CBVCT = Community-based voluntary counseling and testing / communitybasiertes niedrigschwelliges Beratungs- und Testangebot). MSM können mithilfe von Schnelltests und Labortests (Blut, Speichel und Urin) sowohl auf HIV als auch auf eine Reihe von STI getestet werden.

Communitybasierte Tests haben wegen der Verbindung mit der Zielgruppe, für die sie angeboten werden, einen Vorteil gegenüber Tests in klinischen/medizinischen Settings. Probleme mit der Identifizierung und mit Homophobie und unfreiwilligem Outing werden im Kontext der Community verringert

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) hat 2015 Richtlinien zu HIV-Testdiensten erstellt, die die Idee der 5 „C“ beinhalten. Die 5 „C“ sind Grundsätze, die für alle HIV-Testdienste (HTS – HIV Testing Services) und unter „allen Umständen“ gelten.

- **Consent (Einverständnis):** Personen, die HTS erhalten, müssen ein Einverständnis zu Test und Beratung geben. (Eine mündliche Zustimmung ist ausreichend; eine schriftliche Zustimmung ist nicht erforderlich.) Sie sollten über das Verfahren für HIV-Tests und -Beratung sowie über ihr Recht informiert werden, Tests abzulehnen.
- **Confidentiality (Vertraulichkeit):** HTS müssen vertraulich sein, d. h., was der HTS-Anbieter und der/die Klient\_in besprechen, wird ohne die ausdrückliche Zustimmung der getesteten Person nicht an Dritte weitergegeben. Die Vertraulichkeit sollte respektiert werden, aber es sollte nicht gestattet sein, Geheimniskrämerei, Stigmatisierung oder Scham zu verstärken. Berater\_innen sollten unter anderem mit der Person besprechen, wen diese informieren möchte und wie dies geschehen soll. Eine gemeinsame Vertraulichkeit mit einem/einer Partner\_in oder mit Familienmitgliedern bzw. anderen Vertrauten und mit den Gesundheitsdienstleistern ist oft von großem Vorteil.
- **Counselling (Beratung):** Das Bereitstellen von Informationen vor dem Test kann in einer Gruppe erfolgen. Alle Personen sollten jedoch die Möglichkeit haben, Fragen in einer privaten Umgebung zu stellen, wenn sie dies wünschen. Alle HIV-Tests müssen von einer angemessenen und qualitativ hochwertigen Beratung nach dem Test begleitet werden, die auf dem spezifischen HIV-Testergebnis und dem gemeldeten HIV-Status basiert. Um eine qualitativ hochwertige Beratung zu gewährleisten, müssen Qualitätssicherungsmechanismen sowie unterstützende Überwachungs- und Mentor\_innen-Systeme vorhanden sein.
- **Correct Results (Richtige Ergebnisse):** Anbieter von HIV-Tests müssen sich bemühen, qualitativ hochwertige Testdienstleistungen bereitzustellen, und Qualitätssicherungsmechanismen müssen sicherstellen, dass die Menschen eine korrekte Diagnose erhalten. Die Qualitätssicherung kann sowohl interne als auch externe Maßnahmen umfassen und muss vom nationalen Referenzlabor unterstützt werden. Alle Menschen, die eine positive HIV-Diagnose erhalten, müssen erneut getestet werden, um ihre Diagnose vor Beginn der HIV-Behandlung oder -Versorgung zu **bestätigen**.
- **Connection (Anschluss):** Die Verknüpfung mit Präventions-, Behandlungs- und Versorgungsdiensten sollte wirksame und angemessene Folgemaßnahmen umfassen, einschließlich langfristiger Prävention und Unterstützung bei der Behandlung. **Die Bereitstellung von HTS, bei denen kein Zugang zur Versorgung besteht oder eine schlechte Verbindung mit der Versorgung, einschließlich ART, hat für HIV-Infizierte nur einen begrenzten Nutzen.**

Von Euro HIV EDAT wurden Informationen und ein Toolkit rund um die Checkpoints entwickelt. <https://eurohivedat.eu/>

Informationen und Instrumente zum Abbau von Test-Hürden und zur Verbindung mit der Versorgung wurden von OptTest [www.opttest.eu](http://www.opttest.eu) entwickelt.

Lesen Sie die 5 „C“ der WHO und das Toolkit von Euro HIV EDAT und beantworten Sie die folgenden Fragen:

- Welche Auswirkungen kann ein communitybasiertes niedrigschwelliges Beratungs- und Testangebot auf kollektiver Ebene haben?
- Was können Sie tun, um risikogefährdete und schwer erreichbare MSM zu erreichen?
- Wie kann die Nutzung von communitybasierten Testzentren vereinfacht werden?
- Was sind die besten Möglichkeiten, um einen umfassenden und positiven Ansatz für die sexuelle Gesundheit von MSM zu entwickeln?
- Was sind die besten Möglichkeiten, um communitybasierte Testdienste am Laufen zu halten?
- Gibt es Vorteile bestimmter Umgebungen gegenüber anderen für communitybasierte Testdienste?
- Welche Vorteile haben herkömmliche Tests gegenüber Schnelltests?
- Wie können eine ordnungsgemäße Überwachung und Evaluation des Dienstes am besten sichergestellt werden?
- Wie machen Sie das Angebot für Ihre Zielgruppe akzeptabel?
- Wie stellen Sie in einem Community-Setting Vertraulichkeit und angemessene und akzeptable Beratungsdienste sicher? In welchen Fällen könnte Beratung eher zu einem Hindernis als zum Wegbereiter werden?

„Bei der Entwicklung und Bereitstellung von Informationen für eine Reihe von gedruckten oder Online-Interventionen gibt es einige Empfehlungen, die Sie beachten können, damit diese für Ihre Zielgruppe so effektiv und akzeptabel wie möglich sind, einschließlich der Hindernisse und Erleichterungen für die Kommunikation.

Dazu gehören folgende Punkte:

### **Verwenden Sie genaue, vollständige und aktuelle Informationen**

Angehörige der Gesundheitsberufe, Entscheidungsträger\_innen und Ärzt\_innen in der HIV-Prävention, die Kommunikationsstrategien entwickeln, müssen den Bedarf nach Information anerkennen, indem sie wissenschaftlich genaue und aktuelle Botschaften bereitstellen. Eine der größten Herausforderungen in der Kommunikation über Gesundheitsthemen besteht darin, genügend Informationen bereitzustellen, die es der Zielgruppe ermöglichen, die Logik der Empfehlungen nachzuvollziehen, und gleichzeitig diejenigen Mitglieder der Zielgruppe mit einem geringeren Bildungsgrad in Gesundheitsthemen nicht zu verlieren.

**Unterstützung:** Genaue Informationen geben

**Hürde:** Zu viele Informationen in zu komplexer Sprache.

### **Bauen Sie Vertrauen zwischen Empfänger\_in und Absender\_in auf**

Eine erfolgreiche Botschaft in der Gesundheitskommunikation beruht in hohem Maße auf dem Vertrauen zwischen Empfänger\_in und Absender\_in, sei es einer Person, einer Einrichtung oder einer Behörde. Folglich ist es wichtig, dass die Nachricht korrekt und aktuell ist und der\_die Absender\_in als authentisch und verlässlich wahrgenommen wird.

**Unterstützung:** Gutes Verhältnis zwischen Informationsanbieter und Empfänger\_in

**Hürde:** Keine Kenntnis vom oder kein Vertrauen zum Informationsanbieter durch den\_die Empfänger\_in

### **Fördern Sie Selbstachtung und Empowerment**

Kommunikationsstrategien sollten so gestaltet werden, dass das Wissen der Zielgruppe gesteigert wird, damit sie ihre sexuelle Gesundheit schützen und verbessern kann.

**Unterstützung:** Nützliche und korrekte Informationen, die es dem\_der Empfänger\_in ermöglichen, sich selbst zu achten und sein\_ihr Wissen zu nutzen.

**Hürde:** Die Zielgruppe/Empfänger\_innen zu verwirren.

### **Arbeiten Sie mit einem partizipativen Ansatz**

Die Perspektive, aus der Botschaften kommuniziert werden, ist ein wichtiger Faktor für die Gesundheitsförderung, insbesondere im Zusammenhang mit Sexualität und Botschaften zur sexuellen Gesundheit. Ein Ansatz, der „von oben herab“ wirkt, kann entmündigend wirken und die Bemühungen in der gesundheitsbezogenen Kommunikation untergraben.

**Unterstützung:** Den Empfänger\_innen ermöglichen, sich am Entwicklungsprozess zu beteiligen und sich mit Informationen auseinanderzusetzen.

**Hürde:** Den Menschen sagen, was sie Ihrer Meinung nach tun sollen.

### **Verwenden Sie akzeptable Sprache und Bilder**

Es gibt empirische Belege aus dem Bereich der Kommunikationswissenschaft, die darauf hinweisen, wie wichtig es für ein effektives Erreichen der Zielgruppe ist, eine einfache und akzeptable Sprache in Verbindung mit geeigneten und ansprechenden Bildern zu verwenden.

**Unterstützung:** Verwenden von Sprache und Bildern, die den Empfänger\_innen im entsprechenden Kontext vertraut sind.

**Hürde:** Verwendung übermäßig komplizierter Sprache und unangemessener Bilder.“

Weitere Informationen hierzu finden Sie im technischen Dokument des ECDC „Communication strategies for the prevention of HIV, STI and hepatitis among MSM in Europe“ (Kommunikationsstrategien zur Prävention von HIV, STI und Hepatitis bei MSM in Europa)

## 2.2 Präsenzschulungs- und E-Learning-Material

### Prävention 2.2.1

- STI – Symptome und Behandlungen
- ChemSex – sexualisierter Drogenkonsum
- Was bedeutet Safer Sex heute?
- Epidemiologie: Unterstützung des Verständnisses der Rolle und des Nutzens von Daten für die Arbeit von Community Health Workern

Das E-Learning-Material kann über die ESTICOM-Schulungsplattform <http://www.msm-training.org/> abgerufen werden.

Titel der Übung:  
**Symptome und Behandlungen von STI**

Themenbereich:  
**Prävention**

ESTICOM



#### Ziel der Übung:

Diese Übung ermöglicht den Teilnehmer\_innen, ihr Wissen über die Symptome und Behandlungen sexuell übertragbarer Krankheiten (einschließlich HIV) für schwule Männer und andere MSM zu vertiefen.

#### Erwartete Ergebnisse der Übung:

Die Teilnehmer\_innen haben ein besseres Verständnis der STI-Epidemiologie, der Übertragungsrisiken, Präventionsmöglichkeiten, Resistenz, Symptome und Behandlungen erhalten.



#### Erforderliches Material:

- PowerPoint-Folien
- Ausdrücke der Blätter „STI-Exposition: Verräterische Symptome“ – eines pro Teilnehmer\_in ODER
- Kahoot-Format für STI-Symptome
- Flipchart, Flipchartpapier und Moderationsstifte
- Papier und Stifte für die Teilnehmer\_innen



#### Vorbereitung der Moderator\_innen:

- ✓ Sie können sich entscheiden, diese Übung entweder als allgemeine Übung mit den meisten oder allen festgelegten STI durchzuführen oder aber sich auf eine STI zu konzentrieren, die von lokalem Interesse ist, beispielsweise Hepatitis. Denken Sie über die Situation vor Ort und die lokalen Bedürfnisse nach.
- ✓ Es kann hilfreich sein, die Informationen im E-Learning-Modul zu dieser Übung zu lesen, um weitere Informationen zu STI und Behandlungen zu erhalten.



#### Hilfreiche Tipps für Moderator\_innen:

- Sie können diese Übung nicht nur mithilfe der Papier-Arbeitsblätter ausführen, sondern auch die Kahoot-Spieleplattform verwenden, um Ihre Antworten von der Gruppe zu erhalten. [www.kahoot.com](http://www.kahoot.com)
- Nutzen Sie das Wissen der Gruppe und Ihr eigenes, um Antworten zu erhalten, Sie müssen nicht alles wissen.
- Die im Übungsabschnitt gezeigte Tabelle für STI-Symptome dient nur zu Illustrationszwecken – die Tabellen auf den Arbeitsblättern, die die Teilnehmer\_innen erhalten, sind leer. Sie haben eine vollständig ausgefüllte Tabelle, anhand derer Sie die Antworten überprüfen können.

### Ablauf der Übung: (40 Minuten)

- 1 Sagen Sie der Gruppe, dass wir uns jetzt mit dem Spektrum der sexuell übertragbaren Krankheiten und ihren Symptomen und Behandlungen befassen, denen sexuell aktive MSM ausgesetzt sein können.
- 2 Erklären Sie, dass die Übung aus zwei Teilen besteht. Zunächst werden wir die verschiedenen STI betrachten, die bei MSM auftreten können. Anschließend werden in einer Kleingruppenarbeit Symptome und Behandlungsoptionen für eine Reihe von STI ermittelt.
- 3 Stellen Sie der Gruppe zunächst die PowerPoint-Folien über die Kategorisierung von STI vor und welche bakteriell, pilzartig, viral oder parasitär sind.

#### Informationen zu STI

Es gibt vier verschiedene Kategorien von sexuell übertragbaren Infektionen:  
Bakterien, Viren, Parasiten und Pilze

- **Viren** sind Kapseln aus genetischem Material (DNA oder RNA), die von einer Schutzhülle aus Protein umgeben sind. Sie können sich nicht selbst vermehren, deshalb müssen sie in eine Wirtszelle eindringen und deren Mechanismen übernehmen, um mehr Viruspartikel herstellen zu können. Die Zellen der Schleimhäute wie die im Anus, Rachen und in der Harnröhre sind besonders anfällig für Angriffe, da sie nicht von schützender Haut bedeckt sind.
- **Bakterien** sind Organismen, die aus einer einzigen Zelle bestehen. Sie sind in der Lage, sich selbst zu multiplizieren, da sie sich teilen können. Bakterien gibt es überall, innerhalb und außerhalb unseres Körpers. Die meisten Bakterien sind völlig harmlos, einige von ihnen sind nützlich und einige verursachen Krankheiten. Einige Bakterien verursachen Krankheiten, weil sie im falschen Teil des Körpers landen oder weil sie sich zu Invasoren entwickelt haben.
- **Parasiten** sind winzige Lebewesen, die auf oder in einem anderen Lebewesen (dem Wirt) leben und ihre Nahrung vom Wirt beziehen. Ein Parasit kann nicht unabhängig leben, auch wenn er eine Weile ohne den Wirt überleben kann.
- **Pilze** sind pflanzenähnliche Organismen, die kein Chlorophyll haben. Da Pilze kein Chlorophyll haben, müssen sie Nahrung von anderen Organismen aufnehmen. Pilze mögen warme, dunkle und feuchte Orte zum Leben.

#### Informationen zu STI

Bakterien	Viren	Parasiten	Pilze
Gonorrhö unspezifische Urethritis Chlamydien Syphilis Darminfektionen	Hepatitis A Hepatitis B Hepatitis C Herpes Warzen HIV	Filzläuse Krätze	Soor

- 4 Erklären Sie, dass sie jetzt in Dreiergruppen arbeiten, um einige der häufigsten Symptome für eine Reihe von STI zu ermitteln. Machen Sie deutlich, dass es sich hierbei um erkannte Symptome handelt, dass viele Menschen aber „asymptomatisch“ sind oder keine Symptome zeigen. Es ist wichtig, dass die Teilnehmer\_innen dies auch den MSM, mit denen sie arbeiten, klar machen. Es kann auch sein, dass eine Person Infektionssymptome im Genitalbereich anstatt im Hals oder Anus zeigt. Erinnern Sie die Gruppe daran, dass es beim Testen von STI eine gute Vorgehensweise ist, Rachen-, Anus- und Harnröhrenabstriche zu machen und Blut zum Testen zu abzunehmen.
- 5 Teilen Sie die Gruppe in Paare oder Dreiergruppen.
- 6 Bitten Sie die Teilnehmer\_innen, die Seite mit dem STI-Arbeitsblatt zu finden, sich die Symptome anzuschauen und für jede STI diejenigen Symptome anzukreuzen, die ihrer Meinung nach für diese relevant sind. Sagen Sie ihnen, dass einige der Spalten bereits ausgefüllt sind, um ihnen eine Vorstellung davon zu geben, was zu tun ist.
- 7 Sie haben 10 Minuten für diese Aufgabe.

- 8 Wenn die Zeit abgelaufen ist, rufen Sie sie zurück in die große Gruppe.
- 9 Fordern Sie die Gruppen auf, ihre Antworten nacheinander durchzugehen (z. B. alle Antworten zu Gonorrhö, bevor zur Syphilis übergegangen wird). Bei Zweifeln oder Fragen bringen sowohl die Gruppen als auch die Moderator\_innen ihre Informationen ein. Fragen Sie sie, ob sie Symptome „vergessen“ haben und welche das sind.  
Die Antworten sollten ungefähr so aussehen:

#### STI-Exposition – Anzeichen und mögliche Symptome

SYMPTOME	GONORRHOE	CHLAMYDIEN	SYPHILIS
Ausfluss aus dem Schwanz	X	X	
Schmerzen beim Pinkeln	X	X	
Wunden oder Blasen am Schwanz			X
Juckreiz im oder am Schwanz			
Kleine Wucherungen am Schwanz			
Ausfluss aus dem Arsch	X	X	
Schmerzen im Arsch oder beim Stuhlgang	X	X	
Wunden oder Blasen im oder um den Arsch			X
Jucken in oder um den Arsch			
Kleine Wucherungen in oder um den Arsch			X
Halsschmerzen	X		
Wunde Stellen oder Blasen in oder um den Mund oder Rachen			X
Ausschlag			X
Geschwollene Drüsen			X
Grippeähnliche Symptome			X
Durchfall			
Gewichtsabnahme			
Extreme Müdigkeit			X
Gelbfärbung der Haut und der Augen			
Blasse Scheiße oder dunkle Pisse			
Jucken am Körper			
Weißer Flecken im Mund			

- 10 Wenn Sie die Antworten zu allen Symptomen mit der Gruppe durchgegangen sind, teilen Sie die Informationen auf der PowerPoint-Folie über die Behandlung jeder STI mit der Gruppe und informieren Sie sie, dass dies auch ein einfaches Format ist, um diese Informationen mit den MSM zu teilen, mit denen sie zu tun haben/arbeiten.



## STI-Behandlungsmöglichkeiten – ein einfacher Ansatz

### Bakteriell

- Bakterieninfektionen können schnell mit Antibiotika behandelt werden.

### Viral

- Im Allgemeinen gibt es keine Behandlungen für Viren. Diese Krankheiten müssen in der Regel ihren eigenen Verlauf nehmen. Es gibt jedoch Behandlungen, die das Virus unterdrücken. Es gibt Impfstoffe gegen Hepatitis A und B (jeweils einzeln oder zusammen). Es gibt jedoch derzeit keinen Impfstoff gegen Hepatitis C; es steht aber eine medikamentöse Behandlung zur Verfügung, die als direkt wirkende Virostatika (DAA) bekannt ist.
- Es gibt keinen Impfstoff gegen HIV, aber es gibt Behandlungen, die das Virus unterdrücken können.

### Parasitär

- Parasitäre Hautinfektionen können gelindert und mit Cremes und Lotionen behandelt werden, die rezeptfrei in der Apotheke erhältlich sind. Bei parasitären Darminfektionen kann ein Arzt spezifische Antibiotika verschreiben, die helfen können.

### Pilze

- Pilzinfektionen können gelindert und mit Cremes und Lotionen behandelt werden, die rezeptfrei erhältlich sind.

STI, die innerhalb von drei Tagen Symptome zeigen, sind normalerweise bakterielle Infektionen. Virusinfektionen haben längere Inkubationszeiten. Manchmal brechen sie nur dann aus, wenn das Immunsystem geschwächt oder erschöpft ist.

- 11 Bitten Sie dann die Gruppe, wieder zu zweit oder zu dritt über folgende Frage nachzudenken:
  - „Wie könnten Sie schwulen und anderen MSM helfen, sich weniger schuldig zu fühlen, wenn sie eine STI haben?“
- 12 Fordern Sie die Gruppe auf, über ihre eigenen Erfahrungen nachzudenken. Haben sie selbst schon einmal stigmatisierende Einstellungen von Ärzt\_innen und Mitarbeiter\_innen des Gesundheitswesens erlebt? Oder in den Informationen, die zu STI verbreitet werden?
- 13 Sagen Sie der Gruppe, dass sie 15 Minuten Zeit hat, in den Kleingruppen darüber zu diskutieren, und zu überlegen, wie sie Schuldgefühle und Stigmatisierung im Zusammenhang mit sexuell übertragbaren Krankheiten für schwule Männer und andere MSM bekämpfen können.

Wenn die Zeit abgelaufen ist, bitten Sie die Paare/Dreiergruppen, ihre Vorschläge mit der Gruppe zu teilen. Wenn Sie fertig sind, beenden Sie die Übung

## Teilnehmer\_innen-Arbeitsblatt: Prävention – Symptome und Behandlungen von STI

### STI-Exposition – Anzeichen und mögliche Symptome

SYMPTOME	GONORRHOE	FILZLÄUSE/ KRÄTZE	CHLAMYDIEN	HIV	HEPATITIS C	HEPATITIS B	HEPATITIS A	HERPES	WARZEN	DARMENTZÜNDUNG	HARNRÖHRENTZÜNDUNG	SOOR	SYPHILIS
Ausfluss aus dem Schwanz											X		
Schmerzen beim Pinkeln								X			X	X	
Wunden oder Blasen am Schwanz								X					
Juckreiz im oder am Schwanz		X						X				X	
Kleine Wucherungen am Schwanz									X				
Ausfluss aus dem Arsch								X		X			
Schmerzen im Arsch oder beim Stuhlgang								X		X			
Wunden oder Blasen im oder um den Arsch								X					
Jucken in oder um den Arsch		X						X				X	
Kleine Wucherungen in oder um den Arsch									X				
Halsschmerzen													
Wunde Stellen oder Blasen in oder um den Mund oder Rachen								X					
Ausschlag		X		X									
Geschwollene Drüsen				X						X	X		
Grippeähnliche Symptome				X	X	X	X	X					
Durchfall/Übelkeit				X	X	X	X						
Gewichtsabnahme				X	X	X	X						
Extreme Müdigkeit				X	X	X	X						
Gelbfärbung der Haut und der Augen					X	X	X						
Blasser Kot oder dunkler Urin					X	X	X						
Jucken am Körper		X											
Weißer Flecken im Mund				X								X	

Titel der Übung:  
**ChemSex: Substanzkonsum in sexuellen Zusammenhängen**

Themenbereich:  
**Prävention**



**Ziel der Übung:**

Verbesserung des Verständnisses von sexualisiertem Substanzkonsum bei schwulen Männern und anderen MSM.

**Erwartete Ergebnisse der Übung:**

Die Teilnehmer\_innen haben über sexualisierten Substanzkonsum und die beteiligten Substanzen gesprochen und kennen geeignete Dienste für die Weitervermittlung.



**Erforderliche Materialien:**

- ✎ PowerPoint-Folien
- ✎ „Let’s talk about drugs“ – Ausdrucke der Karten
- ✎ „Ich suche Rat und Hilfe“ – ausgedruckte Anleitungen
- ✎ Flipchart, Flipchartpapier und Moderationsstifte
- ✎ Papier und Stifte für die Teilnehmer\_innen



**Vorbereitung der Moderator\_innen:**

- ✓ Lesen Sie sich die Informationen zum Thema Drogen im E-Learning-Modul durch
- ✓ Finden Sie heraus, welche lokalen Dienste und Angebote es in Ihrer Region rund um das Thema Drogenkonsum und speziell in Bezug auf ChemSex gibt. Möglicherweise möchten Sie Informationen und Abbildungen mit der Gruppe teilen, sofern diese verfügbar sind. Sie können diese Informationen auch dem PowerPoint-Vortrag hinzufügen.
- ✓ Bereiten Sie eine ausreichende Anzahl von Karten für das Spiel „Let’s talk about drugs“ und die Arbeitsanweisungen für die Kleingruppenübung „Ich suche Rat und Hilfe“ für die entsprechende Anzahl an Teilnehmer\_innen vor.



**Hilfreiche Tipps für Moderator\_innen:**

- 💡 Da es nur 14 Karten für die Übung „Let’s talk about drugs“ gibt, hängt es von der Anzahl der Teilnehmer\_innen ab, wie das Spiel gespielt wird. Wenn Sie mehr als 14 Teilnehmende haben, bitten Sie eine andere Person als die, die die Karte ausgewählt hat, über die Substanz/die Droge zu sprechen. Wenn Sie weniger als 14 Teilnehmer\_innen haben, können diese jeweils mehr als eine Karte auswählen. Informationen zu den auf den Karten genannten Drogen finden Sie im E-Learning-Modul. Weitere Informationen zu Substanzen wie Nikotin und Koffein finden Sie ganz einfach online.
- 💡 Diese Übung kann mit denjenigen zum Thema Stigmatisierung und Diskriminierung verbunden werden, z. B. mit der Übung zu vulnerablen MSM-Teilgruppen oder -Populationen oder die zum Schaffen von vorurteilsfreien Angeboten, sowie mit Übungen zu praktischen Fähigkeiten wie motivierende Gesprächsführung.

**Ablauf der Übung: (90 Minuten)**

- 1 Fragen Sie die Gruppe:
  - „Was verstehen Sie unter dem Begriff „ChemSex“?“
  - Die Gruppe soll ein Brainstorming zu ihren Antworten machen. Wenn Sie möchten, können Sie einige dieser Vorschläge auf das Flipchart schreiben, dies ist jedoch nicht zwingend notwendig.
- 2 Sagen Sie der Gruppe, dass sie ein Spiel namens „Let’s talk about drugs“ spielen werden.
  - Sagen Sie ihnen, dass Sie eine Reihe von Karten mit der Vorderseite nach unten auf den Boden legen werden. Anschließend nehmen die Teilnehmer\_innen jeweils eine Karte und lesen sie vor.
  - Die Person soll vorlesen, was auf der Karte steht, und darüber sprechen, was sie über diese Droge oder Substanz weiß, einschließlich des Namens, der landläufig dafür verwendet wird (z. B. Ist Crystal Meth allgemein als „Tina“ bekannt. Die Namen können jedoch je nach Region und Nutzer\_innen-Gruppe variieren).
  - Wenn sich die Teilnehmer\_innen damit wohl fühlen, ist es gut, wenn sie erzählen könnten, ob sie persönliche Erfahrungen mit dem Konsum dieser Droge oder Substanz haben. Es soll aber niemand irgendetwas mitteilen müssen, was er\_sie nicht möchte.
  - Die Drogen und Substanzen auf den Karten sind:

Poppers	Kokain
GHB/GBL	Crystal Meth
Ketamin	Marihuana
Koffein	Nikotin
Alkohol	Zucker
Mephedron	MDMA
Speed	Acid

- Platzieren Sie die Karten so, dass die Schrift zum Boden zeigt und die Teilnehmer\_innen nicht sehen, was auf den Karten steht. Bitten Sie eine\_n Teilnehmer\_in, sich freiwillig als Erste\_r zu melden, um eine der Karten zu ziehen.
  - Ermutigen Sie die jeweilige Person und den Rest der Gruppe, Wissenslücken zu schließen, und nutzen Sie Ihr eigenes Wissen aus Ihrer Lektüre, um zu unterstützen.
- 3 Wenn alle Karten verbraucht sind, bitten Sie die Gruppe, sich zu Paaren zusammenzufinden und über folgende Frage zu diskutieren:
    - „Was ist der Unterschied zwischen Drogenkonsum und Drogenabhängigkeit?“
    - Sagen Sie ihnen, dass sie für diese Unterhaltung fünf Minuten Zeit haben.
    - Bitten Sie die Paare nach Ablauf der fünf Minuten, der Großgruppe eine Rückmeldung aus ihren Gesprächen zu geben, und ermutigen Sie die Gruppe, darüber zu diskutieren. Erinnern Sie die Gruppe an den Ansatz und das Modell der Schadensminderung, die die möglichen schädlichen Auswirkungen potenziell gefährlicher Handlungen verringern soll. Zu den Schadensminderungs- und Safer-Use-Initiativen im Zusammenhang mit Drogenkonsum zählen beispielsweise Nadelaustauschprogramme
  - 4 Zeigen Sie der Gruppe die PowerPoint-Folien und erläutern Sie:
    - die beim ChemSex verwendeten Hauptdrogen
    - wie diese Drogen verwendet werden und welche Wirkungen sie haben
    - EMIS 2017-Daten zur Anzahl der Nutzer\_innen von ChemSex-Drogen





### ChemSex: Hauptsächlich verwendete Drogen: GHB/GBL

- auch bekannt als G oder Gina
- blutdrucksenkende Mittel oder „Downers“
- wirken sedierend und euphorisierend, ähnlich wie Betrunkensein
- Überdosierungen können häufig auftreten, da es schwierig ist zu wissen, was eine „sichere Dosis“ ist.
- werden häufig in Bars und auf Parties in den Getränken von Menschen als „Ohnmachtstropfen“ verwendet.



### ChemSex: Hauptsächlich verwendete Drogen: Methamphetamine

- auch bekannt als Crystal Meth, T oder Tina, „Superkräfte“ stimulierende Droge
- setzt das Stresshormon Norpinephrin und die Wohlfühlhormone Dopamin und Serotonin in der Blutbahn frei
- erhöht die Körpertemperatur, den Herzschlag und den Blutdruck und erhöht so das Risiko für Herzinfarkt, Schlaganfall oder Koma.



### ChemSex: Hauptsächlich verwendete Drogen: Mephedron

- ist auch als Meow Meow bekannt
- stimulierende Droge, ähnlich den Amphetaminen
- verursacht Euphorie, Wachsamkeit, Selbstvertrauen, Empathie gegenüber den Menschen in Ihrer Umgebung sowie Geilheit und Gesprächigkeit
- starkes Comedown mit Müdigkeit, Depressionen und Konzentrationsstörungen für mehrere Tage nach der Einnahme. Das Mischen mit Alkohol verursacht Probleme.



### ChemSex: Hauptsächlich verwendete Drogen: Ketamin

- auch bekannt als K oder Special Kein Anästhetikum, auch als Beruhigungsmittel für Pferde bekannt.
- Nutzer\_innen fühlen sich „high“ und betäubt und haben „außerkörperliche“ Erfahrungen (bekannt als K-Holes)
- K-Holes können zu Schluck- und Atembeschwerden führen und unter dem Einfluss von K können sexuelle und körperliche Übergriffe stattfinden.



### ChemSex: Anwendung der Drogen: Injektion

- wird auch als „Slamming“ bezeichnet
- es besteht das Risiko einer HIV- und Hepatitis-C-Übertragung, wenn Nadeln, Löffel, Filter oder Wasser gemeinsam verwendet werden
- Es sollten eine eigene Spritze und eigene Utensilien verwendet werden – eine neue Spritze für jeden Schuss.



### ChemSex: Anwendung der Drogen: Schnupfen

- Kokain, Crystal Meth, Mephedron, Speed und Heroin können alle geschnupft werden
- birgt das Risiko einer Übertragung von Hepatitis C und HIV, wenn die Röhrchen gemeinsam verwendet werden
- Es sollte immer ein eigenes Röhrchen verwendet werden; Banknoten sollten auf keinen Fall verwendet werden.



### ChemSex: Anwendung der Drogen: Rauchen

- Kokain, Crystal Meth und Heroin können alle geraucht werden
- birgt das Risiko von Hepatitis C, wenn Pfeifen geteilt werden, weil aufgrund der hohen Temperaturen Blasen im Mund entstehen können
- Es sollte immer eine eigene Pfeife verwendet werden und keine mit anderen geteilt werden.



### ChemSex: Anwendung der Drogen: Schlucken und anale Einnahme

- Pillen und flüssige Formen vieler Drogen werden geschluckt.
- Die anale Anwendung („booty bumping“) kann die anale Schleimhaut reizen, Blutungen verursachen und das Risiko der Übertragung von HIV und Hepatitis C erhöhen.
- Weniger Kontrolle über die eingenommenen Mengen und deren Auswirkungen, jedoch auch weniger Schäden am Körper, d. h. an Nase, Lunge und Venen. Die eingenommenen Mengen sollten sorgfältig abgemessen werden und die eingenommene Menge erinnert werden, um eine Überdosierung zu vermeiden.



### EMIS 2017-Daten zu Chemsex in Europa

In diesem Abschnitt können Sie alle Informationen über lokale Angebote oder von Ihnen ermittelte Zahlen mit einbeziehen.

- 5 Sagen Sie der Gruppe, dass sie jetzt eine Kleingruppenübung mit einigen Situationen machen werden, um zu untersuchen, wie es ist, als MSM zu versuchen, Dienstleistungen in Anspruch zu nehmen. Die Teilnehmer\_innen sollen sich zu Paaren zusammenschließen und nehmen abwechselnd die unterschiedlichen Rollen ein: jede\_r ist ein mal die Person, die versucht, einen Dienst aufzusuchen, während die andere Person die Rolle des Dienstleisters übernimmt, sei es eine Ärztin, ein Krankenpfleger, ein\_e Vor-Ort-Arbeiter\_in usw. Jede\_r kann beide Rollen übernehmen – die Person, die versucht, eine Dienstleistung in Anspruch zu nehmen, erhält eine kurze Anleitung dazu, wofür sie Hilfe suchen soll. Jede Person im Paar erhält eine andere Anleitung.

Die Anleitungen lauten:

Sie haben sich etwas mehr betrunken als sonst und können sich nicht daran erinnern, ob Sie auch ein paar Drogen genommen haben. Sie sind im Bett eines Fremden aufgewacht und können sich nicht mehr erinnern, was passiert ist. Sie sind also hier, um um PEP zu bitten.

Sie nehmen seit Jahren an den Wochenenden Drogen, um sich zu entspannen. Vor kurzem haben Sie mit Meth begonnen, da es Ihnen hilft, Ihren Sex zu genießen. Sie sind jedoch besorgt, HIV-positiv zu werden, deshalb möchten Sie mit der Einnahme von PrEP beginnen und sind hier, um mit den Mitarbeiter\_innen darüber zu sprechen.

Sie haben schon seit einiger Zeit Sex ohne Kondome, haben aber keinen Zugriff auf PrEP oder können es sich nicht leisten, es selbst online zu kaufen und möchten wissen, wie Sie STI vermeiden können.

Sie sind besorgt, Hepatitis C zu bekommen, weil Ihr Sexleben manchmal beinhaltet, gefistet zu werden und Sie gehört haben, dass dies mit Hepatitis C in Verbindung gebracht wird. Sie möchten Ratschläge dazu, wie Sie auf Nummer sicher gehen können, um Hepatitis C zu vermeiden.

Sie wurden kürzlich mit Syphilis diagnostiziert und können es nicht verstehen, da Sie beim Analsex immer Kondome benutzen. Die letzte STI, die Sie hatten, war orale Gonorrhö vor ungefähr 8 Monaten. Sie möchten wissen, warum das passiert ist und welche Behandlungsmöglichkeiten Sie haben.

Sie nehmen seit ungefähr einem Jahr Meth und hatten keine Probleme damit. Nun haben Sie jedoch kürzlich angefangen zu slammen, was Ihnen wirklich Spaß macht, aber Sie beginnen zu bemerken, dass es sich auf Ihren Job auswirkt. Außerdem fangen Sie an, mehr Tina zu nehmen, was viel Geld kostet, und deshalb haben Sie angefangen, im Austausch für Sex Geld zu verlangen und sind vor Kurzem verhaftet worden. Sie hätten gerne einen Rat.

Sie haben immer Kondome benutzt, weil Sie Angst haben, sich mit HIV anzustecken. Jetzt haben Sie begonnen, mit Ihrem festen Freund Sex ohne Kondom zu haben. Sie lieben ihn wirklich, fühlen sich aber auch unsicher und ängstlich und haben Probleme, mit ihm darüber zu sprechen. Sie hätten gerne einen Rat.

- 6 Bitten Sie die Gruppe, sich zu zweit zusammenschließen und zu entscheiden, wer der „Patient“ und wer der Dienstleister ist. Geben Sie dann dem „Patienten“ eine der Situationsbeschreibungen und achten Sie darauf, dass die Person weiß, dass sie die Beschreibung ihrem\_ihrer Partner\_in nicht zeigen darf. Die Person, die der Dienstleister ist, wird gebeten, an jemanden zu denken, den sie kennt, der\_die diesen Themen gegenüber ein wenig voreingenommen ist, und diese Person dann für ihre Übung zu verwenden. Sobald Sie dies mit allen Paaren getan haben, teilen Sie ihnen mit, dass sie 5 Minuten für jede Runde haben, also insgesamt etwa 10 Minuten. Erinnern Sie sie daran, dass dies eine Zeit zum Üben ist, nicht um untereinander zu diskutieren, was sie tun könnten, würden oder sollten.
- 7 Beginnen Sie mit den Partnerübungen und gehen Sie die Paare durch, um sie zu ermutigen, sich in den Übungen wirklich aufeinander einzulassen. Bringen Sie die Paare nach Ablauf von 5 Minuten dazu, die Rollen zu tauschen und geben Sie dem neuen „Patienten“ jeweils eine andere Situationsbeschreibung und lassen Sie sie mit der Übung beginnen. Ermutigen Sie den Dienstleister erneut, eine Person als Inspiration zu verwenden, die möglicherweise voreingenommen ist.
- 8 Wenn die Zeit abgelaufen ist, bitten Sie die Paare, in der großen Gruppe über die folgenden Fragen zu berichten:
  - „Wie hat sich diese Erfahrung als „Patient“ angefühlt? Was hat die Situation und das Gespräch erleichtert und wodurch wurde es erschwert?“
  - „Was könnte Ihrer Meinung nach dazu beitragen, die Situation für die Person, die die Dienstleistung in Anspruch nimmt, weniger einschüchternd zu gestalten und die Scham zu lindern, die sie möglicherweise empfindet?“
  - „Gab es einen Punkt in Ihrer Übung, an dem Sie sich als „Patient“ akzeptiert gefühlt haben, und an welchen Stellen haben Sie Stigmatisierung oder Diskriminierung wahrgenommen?“

- 9 Erinnern Sie die Gruppe während der Rückmeldungsrunde daran, dass wir daran arbeiten, Stigmatisierung und Diskriminierung in Bezug auf die von uns geleistete Arbeit zu reduzieren und Menschen nicht für ihre Entscheidungen zu stigmatisieren. Wenn dies passiert, kann es ein Hindernis für unsere Arbeit sein und dazu führen, dass Menschen überhaupt nicht zu uns kommen. Wenn wir Hilfe und „neutrale“, wissenschaftlich fundierte Informationen bereitstellen, die den Menschen helfen, ihre eigenen fundierten Entscheidungen zu treffen, ist diese Hilfe weniger stigmatisierend und erleichtert den Menschen, mit uns in Kontakt zu treten. Nicht jede\_r, der\_die Drogen konsumiert, entwickelt eine Abhängigkeit oder hat ein Problem, und es gibt viele Gründe für den Drogenkonsum, die wir respektieren müssen – z. B. Spaß, Anpassungsverhalten wie Umgang mit Minderheiten-Stress oder Minderwertigkeitsgefühlen etc.
- 10 Wenn Sie dies getan haben, fragen Sie die Gruppe, welche Erfahrungen sie bei der Arbeit mit schwulen Männern und anderen MSM gemacht hat, die über die Verwendung von „ChemSex“ berichten. Wie helfen sie ihnen und welche Dienstleistungen stellen sie zur Verfügung oder auf welche Angebote verweisen sie weiter?
- 11 Zeigen Sie die letzte PowerPoint-Folie „Wie Sie helfen können“ – diese enthält Einzelheiten zu David Stuarts ChemSex-Versorgungsplan und ChemSex-Erste-Hilfe, die ChemSex-Seiten von 56 Dean Street und die fridaymonday-Website von THT.



### ChemSex: Wie Sie helfen können

- Vermitteln Sie an die entsprechenden Dienste vor Ort weiter
- Lesen Sie das E-Learning-Modul, um mehr über die verwendeten Drogen und deren sicherere Anwendung zu erfahren
- David Stuarts ChemSex-Versorgungsplan – [www.davidstuart.org/care-plan](http://www.davidstuart.org/care-plan)
- David Stuarts ChemSex-Erste-Hilfe – [www.davidstuart.org/chemsex-first-aid](http://www.davidstuart.org/chemsex-first-aid)
- 56 Dean Street ChemSex-Seiten – [www.dean.st/chemsex-support](http://www.dean.st/chemsex-support)
- THT fridaymonday – [www.fridaymonday.org.uk](http://www.fridaymonday.org.uk)

Nachdem Sie die letzte Folie gezeigt haben, beenden Sie die Übung.

## ChemSex: Let's Talk about Drugs – Karten für die Übung

Poppers	Kokain
GHB/GBL	Crystal Meth
Ketamin	Marihuana
Koffein	Nikotin
Alkohol	Zucker
Mephedron	MDMA
Speed	Acid

## Chemsex: „Ich suche Rat und Hilfe“ – Situationsbeschreibungen für die Übung

Für den Einsatz in der Kleingruppenübung.

Sie haben sich etwas mehr betrunken als sonst und können sich nicht daran erinnern, ob Sie auch ein paar Drogen genommen haben. Sie sind im Bett eines Fremden aufgewacht und können sich nicht mehr erinnern, was passiert ist. Sie sind also hier, um um PEP zu bitten.

Sie nehmen seit Jahren an den Wochenenden Drogen, um sich zu entspannen. Vor kurzem haben Sie mit Meth begonnen, da es Ihnen hilft, Ihren Sex zu genießen. Sie sind jedoch besorgt, HIV-positiv zu werden, deshalb möchten Sie mit der Einnahme von PrEP beginnen und sind hier, um mit den Mitarbeiter\_innen darüber zu sprechen.

Sie haben schon seit einiger Zeit Sex ohne Kondome, haben aber keinen Zugriff auf PrEP oder können es sich nicht leisten, es selbst online zu kaufen und möchten wissen, wie Sie STI vermeiden können.

Sie sind besorgt, Hepatitis C zu bekommen, weil Ihr Sexleben manchmal beinhaltet, gefistet zu werden und Sie gehört haben, dass dies mit Hepatitis C in Verbindung gebracht wird. Sie möchten Ratschläge dazu, wie Sie auf Nummer sicher gehen können, um Hepatitis C zu vermeiden.

Sie wurden kürzlich mit Syphilis diagnostiziert und können es nicht verstehen, da Sie beim Analsex immer Kondome benutzen. Die letzte STI, die Sie hatten, war orale Gonorrhö vor ungefähr 8 Monaten. Sie möchten wissen, warum das passiert ist und welche Behandlungsmöglichkeiten Sie haben.

Sie nehmen seit ungefähr einem Jahr Meth und hatten keine Probleme damit. Nun haben Sie jedoch kürzlich angefangen zu slammen, was Ihnen wirklich Spaß macht, aber Sie beginnen zu bemerken, dass es sich auf Ihren Job auswirkt. Außerdem fangen Sie an, mehr Tina zu nehmen, was viel Geld kostet, und deshalb haben Sie angefangen, im Austausch für Sex Geld zu verlangen und sind vor Kurzem verhaftet worden. Sie hätten gerne einen Rat.

Sie haben immer Kondome benutzt, weil Sie Angst haben, sich mit HIV anzustecken. Jetzt haben Sie begonnen, mit Ihrem festen Freund Sex ohne Kondom zu haben. Sie lieben ihn wirklich, fühlen sich aber auch unsicher und ängstlich und haben Probleme, mit ihm darüber zu sprechen. Sie hätten gerne einen Rat.

Titel der Übung:  
**Was bedeutet Safer Sex heute?**

Themenbereich:  
**Prävention**



**Ziel der Übung:**

Diese Übung ermöglicht den Teilnehmer\_innen, die aktuellen Reaktionen auf HIV, STI und virale Hepatitis zu untersuchen und zu diskutieren.

**Erwartete Ergebnisse der Übung:**

Ein besseres Verständnis der Teilnehmer\_innen für die aktuellen Reaktionen auf HIV, STI und virale Hepatitis.



**Erforderliches Material:**

- ✎ Flipchart, Flipchartpapier und Moderationsstifte
- ✎ Papier und Stifte für die Teilnehmer\_innen



**Vorbereitung der Moderator\_innen:**

- ✓ Informieren Sie sich im E-Learning-Modul dieser Übung über alle heutzutage für MSM verfügbaren Instrumente, um sich vor HIV-, STI- und Hepatitis-Infektionen zu schützen, einschließlich Impfungen, Behandlungen und Präventions-Tools.
- ✓ Es kann sein, dass die aktuellen Leitfäden und Handlungsanweisungen, die für diese Übung und für die E-Learning-Komponente verwendet wurden, zum Zeitpunkt Ihrer Durchführung der Übung nicht mehr aktuell sind. Bitte überprüfen Sie deswegen, ob aktuellere Belege oder Daten verfügbar sind.
- ✓ Zum Zeitpunkt der Veröffentlichung dieser Trainingseinheit war nur bei sexuellen sowie bei vertikalen Übertragungswegen (Übertragung von der Mutter auf das Kind) eindeutig belegt, dass die Behandlung als Prävention (TasP oder U=U) zur Verhinderung einer HIV-Infektion wirksam ist, da bei anderen möglichen Übertragungswegen ethische Probleme mit deren Erforschung verbunden sind. Möglicherweise sind zum Zeitpunkt der Durchführung dieser Trainingseinheit neue Belege hierzu verfügbar, überprüfen Sie dies also bitte.



**Hilfreiche Tipps für Moderator\_innen:**

- 💡 Lassen Sie sowohl Ihre Erfahrungen als auch die Erfahrungen der Gruppe die Diskussionen prägen.

**Ablauf der Übung: (20 Minuten)**

- 1 Sagen Sie der Gruppe, dass wir uns die aktuellen Reaktionen auf
  - HIV
  - STI und
  - virale Hepatitis (Hepatitis A, B und C) ansehen werden.
- 2 Teilen Sie die Teilnehmer\_innen in Kleingruppen von 3-5 Personen auf. Bitten Sie diese Gruppen, über die Frage „Was bedeutet Safer Sex heute?“ zu diskutieren. Bitten Sie sie, sich Notizen über ihre Diskussionen zu machen. Geben Sie den Gruppen 15 Minuten Zeit für diese Diskussion.
- 3 Wenn die Gruppe Fragen dazu hat, was damit gemeint ist, regen sie ihre Diskussion durch folgende Fragen an:
  - „Geht es nur um die Verwendung von Kondomen?“
  - „Welche anderen Dinge gibt es, die den Sex von MSM möglicherweise sicherer machen?“
  - „Was ist mit Hepatitis?“

**Moderiertes Feedback/Austausch im Plenum: (30 - 40 Minuten)**

- 1 Bitten Sie die Gruppen um Rückmeldungen aus ihren Diskussionen. Wahrscheinlich werden die Gruppen einige der folgenden Dinge nennen:
  - Kondome
  - Testen auf HIV, STI und Hepatitis A, B & C
  - TasP oder U=U (nicht nachweisbar = nicht übertragbar)
  - PrEP
  - PEP
  - Selbsttest/Einsendetest (Selbstprobenahme).Bitten Sie die Gruppen, diese „Überschriften“ in ihren Diskussionen zu erweitern, d. h.
  - regelmäßige Tests auf HIV und STI
  - Impfungen gegen Hepatitis A & B
  - in HIV-Behandlung sein
  - schnelle Behandlung von STI und Information der Partner\_innen
  - Test auf und Behandlung von Hepatitis C
  - Verwenden von PEP oder PrEP, falls verfügbar
  - Messen der Viruslast, wenn HIV-positiv, um sicherzustellen, dass sie nicht nachweisbar sind – denn nicht nachweisbar bedeutet nicht übertragbar.
- 2 Während die Kleingruppen von ihren Ergebnissen berichten, schreiben Sie mit, indem Sie für jedes „Werkzeug“ ein separates Flipchart-Blatt verwenden (also eines für PrEP, eines für Kondome usw.). Bitten Sie die Gruppen, alle Punkte, die sie zu den einzelnen Themen angesprochen haben, zu teilen. Fragen Sie, ob es lokale Einflüsse gibt, die sich darauf auswirken, ob MSM auf diese Intervention zugreifen können – ob PrEP legal erhältlich ist, ob es kostenlos ist, ob Kondome und Gleitmitteln kostenlos verfügbar sind usw.
- 3 Wenn diese Diskussion beendet ist, fragen Sie die Gruppe, ob sie Tipps zur Unterstützung von MSM bei der Verwendung dieser Werkzeuge haben, z. B. Tipps, die sie Männern zum leichteren Gebrauch von Kondomen geben usw. Dies dient dazu, Erfahrungen innerhalb der Gruppe auszutauschen. Wenn es sich um eine erfahrene Gruppe handelt, ist dies eine weniger wichtige Diskussion.
- 4 Informieren Sie die Gruppe, dass das E-Learning-Modul noch viel mehr Informationen zu jeder dieser Komponenten und zu den verwendeten Nachweisen für deren Wirksamkeit enthält, und regen Sie sie dazu an, diese in ihrer Freizeit zu lesen. Beenden Sie die Übung.

Informeller Titel der Übung:

## Epidemiologie: Unterstützung des Verständnisses der Rolle und des Nutzens von Daten für die Arbeit von Community Health Workern

Studienbereich/Gruppe:  
**Prävention**



### Übungsziel und/oder Zweck:

Verbesserung des Verständnisses über den Nutzen und die Bedeutung von Daten im Zusammenhang mit der Arbeit von CHW mit Schwulen und anderen MSM.

### Erwartete Übungsergebnisse:

Die Teilnehmer\_innen werden die Verwendung von Daten untersucht und diskutiert haben und wie diese ihre Arbeit unterstützen.



#### Erforderliche Materialien:

- ✎ Flipchart, Stellwände und Stifte
- ✎ Papier und Stifte für die Teilnehmer\_innen
- ✎ Kopien der von Ihnen identifizierten Daten, die die Teilnehmer\_innen nutzen sollen



#### Vorbereitung der Moderator\_innen

- ✓ Aktuelle Daten zu einem bestimmten Thema wie z.B. HIV- oder Gonorrhöe-Inzidenz aus einer Quelle wie ECDC oder EMIS (2010/2017) identifizieren und beschaffen, z.B. <https://ecdc.europa.eu/en/publications-data-gonorrhoea-annual-epidemiological-report-2017> und sich damit vertraut machen.
- ✓ Suchen Sie nach lokalen Daten zu dem von Ihnen identifizierten Thema, um die Diskussion lokal/regional zu fokussieren.
- ✓ Bereiten Sie Fragen und Hinweise darauf vor, wie Daten verwendet werden können, um Hindernisse für den Zugang zu überwinden und die Stigmatisierung des Erwerbs von Infektionen zu verringern.



#### Hilfreiche Tipps für Moderator\_innen:

- 💡 Diese Übung kann verknüpft werden mit anderen Übungen, wie 'Stigma und Diskriminierung bekämpfen' und 'Die Community kennen, mit der Sie arbeiten'.
- 💡 Überlegen Sie, wie sich Daten aus Quellen wie EMIS (2010/2017) auf die Arbeit mit und für MSM ausgewirkt haben, und bringen Sie dieses Verständnis in diese Übung ein.

### Methode: (35 min)

- 1 Informieren Sie die Gruppe, dass sie sich einige epidemiologische Daten ansehen werden, um sowohl die Daten selbst als auch die Trends zu betrachten, die die Daten über das/die behandelte(n) Thema(e) anzeigen.
- 2 Sie werden sich die Daten ansehen und zwei Fragen zu den Trends stellen, die sie in den Daten identifiziert haben:
  - „Was glauben Sie sind die Gründe für die Trends?“
  - „Was glauben Sie welche Einflüsse es auf die Trends gibt?“
- 3 Sagen Sie der Gruppe, dass sie in kleinen Gruppen von 3 bis 5 Personen arbeiten werden, und während ihrer Diskussionen sollen sie diese beiden Fragen nutzen, um möglichst viele Faktoren im Zusammenhang mit den betrachteten Daten/Trends zu berücksichtigen. Bitten Sie sie, sich Notizen von ihren Diskussionen zu machen - sie können dafür entweder ein Blatt Flipchart-Papier oder ein normales Blatt Papier verwenden.
- 4 Nachdem sie diese Fragen diskutiert haben, müssen sie eine Reihe von Möglichkeiten in Betracht ziehen, diskutieren und identifizieren, wie diese Daten entweder dazu verwendet werden können, die laufende Arbeit zu beeinflussen oder neue Arbeitsgebiete zu entwickeln.
- 5 Bitten Sie die Teilnehmer\_innen, sich in Gruppen von 3 bis 5 Personen zusammenzufinden (oder stellen Sie selbst diese Gruppen zusammen) und sagen Sie ihnen, dass sie 20 Minuten für ihre Diskussion haben. Sie können ihnen erlauben, bis zu 30 Minuten zu arbeiten, wenn sie wirklich in ihre Gespräche involviert sind. Beginnen Sie mit der Arbeit der Gruppen.

### Moderiertes Feedback/Austausch im Plenum: (25-30 min)

- 1 Wenn die Zeit, die Sie zur Diskussion gegeben haben, zu Ende ist, rufen Sie die Kleingruppen zurück und bitten Sie jede Gruppe um Feedback an die größere Gruppe über ihre Gedanken zu den Fragen zu den Daten und Ideen, wie diese ihre Arbeit beeinflussen können. Als Moderator nutzen Sie Ihr Wissen und die von Ihnen entwickelten Fragen, um die Gruppen dazu zu bringen, zu vertiefen, wie die Daten die Arbeit beeinflussen können, aber auch manchmal dazu verwendet werden können, die MSM, mit denen wir arbeiten, zu stigmatisieren.
- 2 Nehmen Sie sich etwa 25 - 30 Minuten Zeit für dieses Feedback von allen Kleingruppen und ermutigen Sie die Diskussion nach der Rückmeldung jeder Gruppe ("Denken andere Gruppen das auch?" usw.)
- 3 Wenn die Diskussion beendet ist, verweisen Sie die Teilnehmer\_innen an das E-Learning Modul zu Epidemiologie.
- 4 Beenden Sie die Gruppenarbeit.

## 2.4 Kommunikation und zwischenmenschliche Fähigkeiten

- Rücken-an-Rücken Kommunikation + Teilnehmerarbeitsblatt
- Körpersprache & Erkundung der relativen Distanz
- Kommunikations-Origami
- Befolge alle Anweisungen + Teilnehmerarbeitsblatt
- Auf eine Party gehen
- Zuhören, ohne zu sprechen
- Samariter
- Situationsbewusstsein

Titel der Übung:  
**Rücken-an-Rücken Kommunikation**

Themenbereich:  
**Kommunikation und zwischenmenschliche Fähigkeiten**

ESTICOM



**Ziel der Übung:**

Untersuchung der Komplexität der zwischenmenschlichen Kommunikation.

**Erwartete Übungsergebnisse:**

Am Ende der Übung haben die Teilnehmer\_innen komplexe Kommunikationsstrategien erforscht und erlebt, um ihr Ziel zu erreichen.



**Erforderliche Materialien:**

- ✎ Kopien des Diagramms und der Anleitung – eine für jedes Paar
- ✎ Papier und Stifte für die Teilnehmer\_innen



**Vorbereitung der Moderator\_innen:**

- ✓ Lesen Sie die Übung durch, um zu verstehen, wie Sie sie vorbereiten und ausführen.



**Hilfreiche Tipps für Moderator\_innen:**

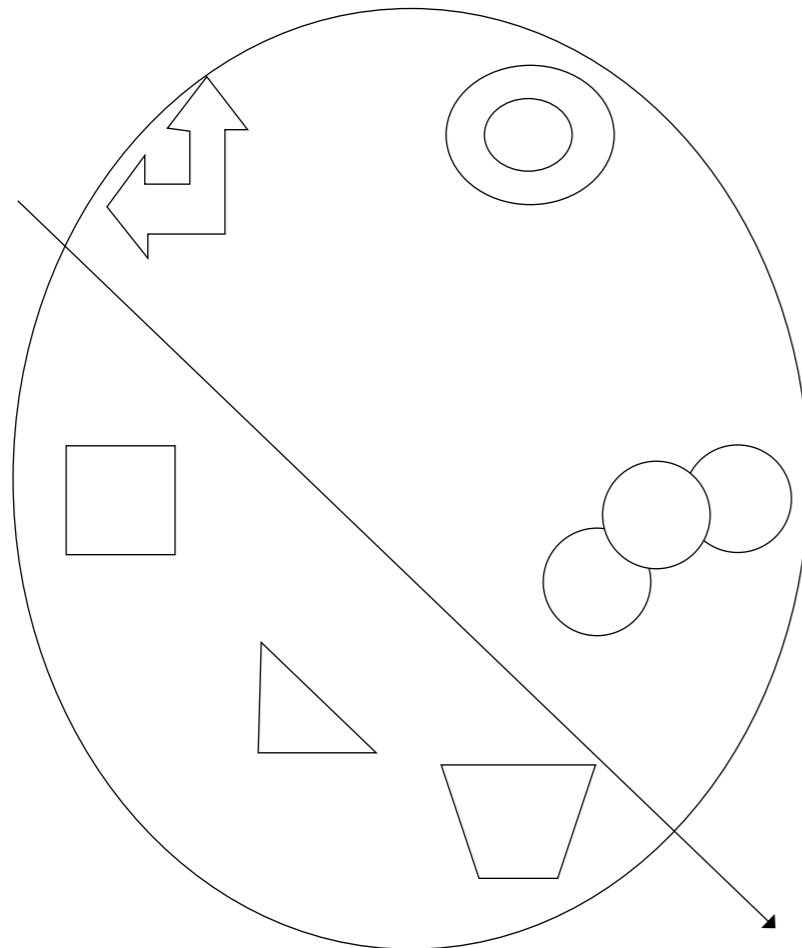
- 💡 Dies ist eine nützliche Übung, wenn sich die Teilnehmer\_innen während ihrer Arbeit mit schwierigen Kommunikationsproblemen konfrontiert werden. Sie kann insbesondere für Personen nützlich sein, die in lauten und dunklen Räumen wie Clubs und Saunen Sozialarbeit leisten.

### Methode: (15 Minuten)

1. Bitten Sie die Gruppe, sich zu Paaren zusammenzuschließen, und die Stühle so anzuordnen, dass sie Rücken an Rücken sitzen
2. Geben Sie jedem Paar **eine** Kopie des Diagramms aus der folgenden Abbildung
3. Erklären Sie der Gruppe, dass die Person, die das Diagramm in der Hand hält, die Aufgabe hat, ihrem Partner/ihrer Partnerin die Zeichnung zu erklären. Die Zuhörer/der Zuhörer darf das Diagramm nicht sehen und muss es basierend auf der Beschreibung und den Anweisungen der Partnerin/des Partners zeichnen. Dafür haben sie 10 Minuten Zeit.
4. Stoppen Sie die Aktivität nach 10 Minuten und bitten Sie jedes Paar, das Ergebnis zu teilen und zu beurteilen, wie gut die Zeichnung des/der Zuhörenden dem Original entspricht.



### Vorgeschlagenes Diagramm und Anweisungsblatt



Setzen Sie sich mit Ihrer Partnerin/Ihrem Partner Rücken an Rücken  
Eine Person beschreibt, was zu zeichnen ist  
Die andere Person zeichnet, was beschrieben wird  
Der/die Zeichnende muss Fragen stellen, wenn er/sie Anweisungen nicht versteht

### Moderiertes Feedback/Austausch im Plenum: (10 Minuten)

1. Fragen Sie die Teilnehmer\_innen, was sie aus dieser einfachen Aktivität über Kommunikation gelernt haben.
2. Fragen Sie die Teilnehmer\_innen, wie dies bei der täglichen Kommunikation im Job hilfreich sein kann.
3. Wenn das Feedback abgeschlossen oder die Zeit abgelaufen ist, beenden Sie die Übung.

### Zusätzliche Informationen:

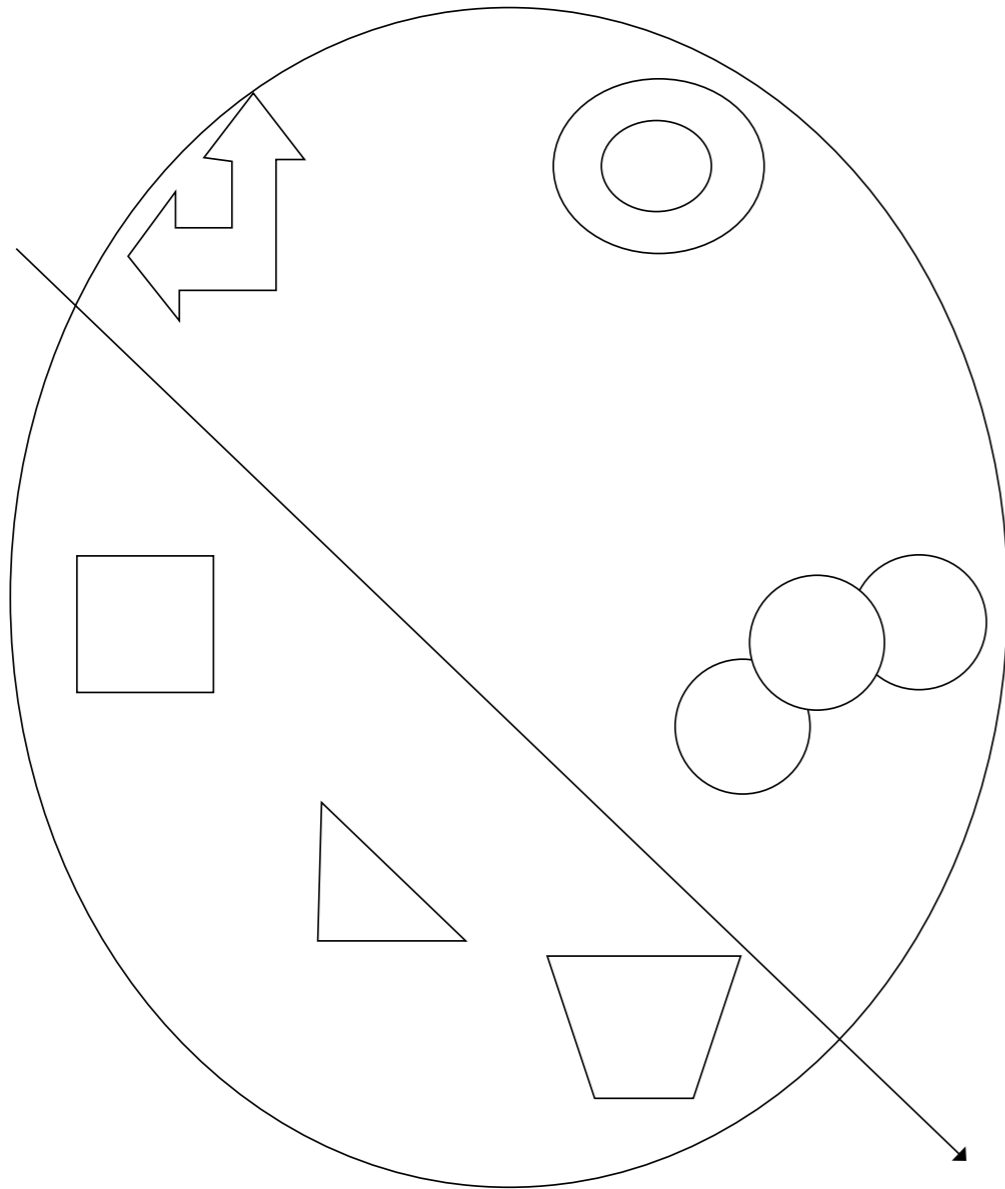
- 👍 Sie können die Aktivität mehrmals ausführen und den Zuhörer\_innen beim ersten Mal nicht erlauben, Fragen zu stellen, beim zweiten Mal jedoch erlauben, dass die Zuhörer/der Zuhörer Fragen und Erläuterungen anfordert und dann die Ergebnisse beider Fälle vergleichen. Hier können Sie betonen, wie wichtig es ist, Fragen zu stellen, um zu bestätigen, was verstanden wurde und eine richtige Kommunikation sicherzustellen.
- 👍 Sie können sich in der Gruppe nachbesprechen, indem Sie Fragen stellen wie: „Wie schwierig war es für die Person, zu zeichnen, als sie keine Fragen stellen durfte?“
- 👍 Sie können auch die Rollen wechseln, damit jedes Paar die Möglichkeit hat, jeweils das Diagramm zu beschreiben oder Zuhör\_in zu sein.

## Teilnehmer\_innenarbeitsblatt: Kommunikation und zwischenmenschliche Fähigkeiten

### Rücken-an-Rücken-Kommunikation

Dies ist das Diagramm, das Sie beschreiben werden – viel Glück!

#### Vorgeschlagenes Diagramm und Anweisungsblatt



Setzen Sie sich mit Ihrer Partnerin/Ihrem Partner Rücken an Rücken  
Eine Person beschreibt, was zu zeichnen ist  
Die andere Person zeichnet, was beschrieben wird  
Der/die Zeichnende muss Fragen stellen, wenn er/sie Anweisungen nicht versteht

Titel der Übung:  
**Körpersprache und Erkundung der relativen Distanz und Position**

Themenbereich:  
**Kommunikation und zwischenmenschliche Fähigkeiten**



#### Ziel der Übung:

Diese Übung ermöglicht den Teilnehmer\_innen, ihre eigenen Gefühle in Bezug auf Körpersprache, Blickkontakt und Probleme mit dem persönlichen Raum zu erfahren, um ihnen zu helfen, diese Probleme für MSM, mit denen sie arbeiten, besser zu verstehen.

#### Erwartete Übungsergebnisse:

Die Teilnehmer\_innen haben eine Vielzahl von Erfahrungen und Kenntnissen über die Bedeutung von Körpersprache gesammelt, wobei die persönliche „Komfortzone“ der Menschen respektiert wird, wie Blickkontakt und Körpersprache die Interaktion zwischen Menschen beeinflussen und wie dieses Verständnis in ihrer Arbeit mit MSM genutzt werden kann.



#### Erforderliche Materialien:

Keine.



#### Vorbereitung der Moderator\_innen:

Lesen Sie die Übung durch, damit Sie verstehen, wie sie funktioniert, und entscheiden Sie, ob Sie die optionalen Zusatzaktivitäten im Abschnitt „zusätzliche Informationen“ hinzufügen möchten.



#### Hilfreiche Tipps für Moderator\_innen:

- Dies ist eine nützliche Übung für Schulungen, in denen es um Kommunikation, Motivierende Gesprächsführung (MI) und/oder Beratung geht.
- Sie benötigen freien Platz im Schulungsraum, damit die Teilnehmer\_innen aufstehen und sich bewegen können.
- Wenn Sie mit Menschen mit unterschiedlichen körperlichen Fähigkeiten arbeiten (z. B. einer Person, die im Rollstuhl sitzt), ermutigen Sie sie, über ihre Erfahrungen mit Körpersprache und Blickkontakt zu sprechen.



### Methode: (5 Minuten)

Sagen Sie der Gruppe: „Die Körpersprache spricht lauter als alle Wörter, die Sie jemals aussprechen können. Egal, ob Sie den Menschen sagen, dass Sie sie lieben, wütend auf sie sind oder sich nicht weniger für sie interessieren, Ihre Körperbewegungen enthüllen Ihre Gedanken, Stimmungen und Einstellungen. Bewusst und unbewusst sagt Ihr Körper den Beobachter\_innen, was wirklich mit Ihnen los ist.“

- 1 Erklären Sie der Gruppe, dass Sie ihnen eine Reihe von Anweisungen geben werden, die sie so schnell wie möglich umsetzen sollen
- 2 Nennen Sie die folgenden Aktionen, während SIE sie selber ausführen:
  - Legen Sie Ihre Hand an die Nase
  - Klatschen Sie in die Hände
  - Stehen Sie auf
  - Berühren Sie Ihre Schulter
  - Setzen Sie sich
  - Stampfen Sie mit dem Fuß auf
  - Kreuzen Sie Ihre Arme
  - Führen Sie Ihre Hand an den Mund – ABER WÄHREND SIE DAS SAGEN, FÜHREN SIE SELBER IHRE HAND AN DIE NASE
- 3 Achten Sie auf die Anzahl der Teilnehmer\_innen, die das, was Sie getan haben, kopieren und nicht das, was Sie gesagt haben.

### Moderiertes Feedback/Austausch im Plenum: (5 Minuten)

- 1 Fragen Sie die Gruppe: „Warum glauben Sie, dass einige von Ihnen dem gefolgt sind, was ich getan habe, und nicht dem, was ich gesagt habe?“
- 2 Informieren Sie die Gruppe darüber, dass die Körpersprache die verbale Kommunikation verstärken kann, sie jedoch auch stärker sein kann als die verbale Kommunikation. Es ist wichtig, dass wir uns unserer Körpersprache bewusst sind, um sicherzustellen, dass wir die richtige Botschaft projizieren.
- 3 Fahre nun fort mit der Erkundung der relativen Distanz und des Blickkontakts.

### Methode: (20 Minuten)

Der Sicherheitsabstand zwischen zwei Personen ist sehr kulturabhängig, ebenso wie der erlaubte Blickkontakt und natürlich die Stärke der Berührung. Untersucht werden hier das gleichzeitige Aufeinandertreffen der Blicke und die bewusste Anpassung der Distanz zwischen den sich gegenüberstehenden Partner\_innen. Diese Aktivität erfordert nur eine einfache Einführung. Die Teilnehmer\_innen werden gebeten, eine angenehme Distanz zueinander zu finden und ihre Gefühle und Gedanken an dieser Position zu erforschen, während sie sich aus einiger Entfernung aufeinander zu bewegen, zu testen, wo ihre „Komfortzone“ liegt und welche Auswirkung die Verringerung der Distanz zwischen ihnen hat. Eine Demonstration der Übung ist in der Regel nicht erforderlich. Die Teilnehmer\_innen werden schnell genug in die Übung aufgenommen, um den Aufbau eines Widerstands zu verhindern. Der Raum muss vorbereitet werden, indem ausreichend freier Platz für die gesamte Gruppe geschaffen wird.

- 1 Informieren Sie die Gruppe darüber, dass die Idee darin besteht, sensibel auf Ihre eigene Reaktion und die Ihrer Partner\_innen zu achten, während Sie sich langsam aufeinander zubewegen.
- 2 Bitten Sie die Teilnehmer\_innen, einen Partner/eine Partnerin zu finden und sagen Sie ihnen, dass sie paarweise von den Wänden des Raums in die Mitte aufeinander zugehen werden.
- 3 Sagen Sie den Paaren, sie sollen an den Wänden des Raumes beginnen und langsam und schweigend aufeinander zugehen. Bitten Sie sie, ihre Erfahrungen an jedem Punkt wahrzunehmen und weiterhin den bestmöglichen Blickkontakt herzustellen, während sie langsam aufeinander zugehen.
- 4 Sie sollen sich weiter aufeinander zubewegen, bis sie sich fast berühren und sich dann durch nonverbale Verhandlung wieder auf eine bequeme Distanz voneinander entfernen. Nachdem die einvernehmlich festgelegte Distanz eingenommen wurde, teilen sie sich gegenseitig mit, welche Erfahrungen sie gemacht haben und zu welchem Schluss sie gekommen sind.

Lachen wird ermutigt, da viele möglicherweise in Verlegenheit geraten, wenn sie nonverbale Verhandlungen führen und ihre Erfahrungen an jedem wichtigen Punkt überprüfen. Lachen aus Verlegenheit wird gefördert.




### Moderiertes Feedback/Austausch im Plenum: (10 Minuten)

Wenn sie dies ein paarmal getan haben, sagen Sie ihnen, dass wir ihre Erfahrung miteinander besprechen werden. Hierzu können Sie eine der folgenden Methoden anwenden:

- **Paarweiser Austausch:** Die Paare unterhalten sich kurz (ein paar Minuten, länger, wenn das Gespräch weiterhin produktiv ist) über die Erfahrung, wie sich ihre Gefühle bei der Bewegung verändert haben, über kritische Punkte und wie sie einen angenehmen Kompromiss gefunden haben.
- **Austausch in der gesamten Gruppe:** Die Teilnehmer\_innen werden gebeten, stehen zu bleiben und alle Aspekte ihrer eigenen Erfahrung mit der gesamten Gruppe zu teilen. Die Moderator\_innen können die Antworten so leiten, dass die Teilnehmer\_innen eher über Erfahrungen als über Urteile über die Erfahrung oder die Übung berichten. Sie sollen auch nicht berichten was ihr\_e Partner\_in gesagt hat. Dem Argument der „Künstlichkeit“ („aber dies ist eine künstliche Situation“) wird entgegengewirkt, da die Übung nur aufdeckt, was normalerweise passiert oder zum Nachteil einiger Beziehungen ignoriert wird.
- Wenn das Feedback abgeschlossen oder die Zeit abgelaufen ist, beenden Sie die Übung.

### Zusätzliche Informationen:

**Sie haben die Möglichkeit, mit einer oder mehreren der folgenden Aktivitäten mehr Übungen für die Gruppe hinzuzufügen: (jeweils 5 Minuten)**

-  **Praktische Aktivität 1: Die Nähe zu anderen Partner\_innen:** Da die Erfahrung von vielen Faktoren abhängt, nicht zuletzt vom Geschlecht der Partner\_innen und wie gut sie sich kennen, sowie von der Größe der Individuen, ist es wichtig, die Übung mit zwei oder drei neuen Partner\_innen zu wiederholen. Wenn die Gruppe gut mit der Aktivität klarkommt, ist es nicht erforderlich, sich nach jeder Aktivität mit neuen Partner\_innen in der gesamten Gruppe neu auszutauschen. Die Aufgabe besteht darin, vor dem Austausch so viele Erfahrungen wie möglich zu machen.
-  **Austausch in der gesamten Gruppe:** Dies bringt sowohl die Variablen als auch die Erfahrungen zum Vorschein. Die Teilnehmer\_innen werden gebeten, den Gruppenkreis neu aufzubauen und nochmals ihre Erfahrungen auszutauschen, diesmal in Bezug auf die Unterschiede und Gemeinsamkeiten zwischen verschiedenen Partner\_innen, ohne dass auch nur die Spur eines Urteils ihrer verschiedenen Partner\_innen vorhanden sein sollte. Es werden Schlussfolgerungen über die Aushandlung der Komfortzone und die verschiedenen Anlässe und Beziehungen gezogen, bei denen die Entfernungen unterschiedlich sind.
-  **Praktische Aktivität 2: Relative Position:** Paare werden aufgefordert, eigene Experimente durchzuführen, bei denen die relative Position die Körpergröße und -winkel oder -haltungen umfasst. Dies ahmt auf einfache Weise die Normen von Klienten im beruflichen Umfeld nach, z. B. eine Krankenschwester oder -pfleger mit einer Patientin/einem Patienten oder einer Patient\_in, der/die im Bett liegt oder eine Ärztin/einen Arzt, die/der hinter einem Schreibtisch sitzt. Die von den Teilnehmer\_innen geschaffenen Rollenwechsel können sehr aufschlussreich sein, wenn sie dazu ermutigt werden, über die Erfahrung nachzudenken, wenn sie sich in die Rolle der Klient\_innen hineinversetzen und sich die Frage stellen: „Wie kann ich die Bedingungen für meinen Klient\_innen verbessern, damit sie mir ihr Problem so schildern, wie sie es sehen und alle für ihre Situation relevanten Informationen offenlegen?“ Führen Sie einen kurzen Austausch in der gesamten Gruppe durch.

Titel der Übung:  
**Kommunikations-Origami**

Themenbereich:  
**Kommunikation und zwischenmenschliche Fähigkeiten**



**Ziel der Übung:**

Kommunikationsprobleme anhand einer praktischen Übung untersuchen und erleben.

**Erwartete Übungsergebnisse:**

Am Ende der Übung haben die Teilnehmer\_innen die Komplexität von Kommunikationsproblemen erforscht und erlebt.



**Erforderliche Materialien:**

- ✎ Papier für die Teilnehmer\_innen
- ✎ Eine Schere ist für einen der alternativen Übungsvorschläge optional



**Vorbereitung der Moderator\_innen:**

- ✓ Lesen Sie die Übung durch, um zu erfahren, wie Sie sie effektiv ausführen.
- ✓ Entscheiden Sie, ob Sie die vorgeschlagene Übung ausführen oder eine der alternativen Methoden anwenden möchten.



**Hilfreiche Tipps für Moderator\_innen:**

- 💡 Dies ist eine nützliche Übung für alle, die persönlich mit Schwulen und anderen MSM zusammenarbeiten. Sie hilft dabei, die Komplexität der Kommunikationsfähigkeiten zu erforschen und herauszufinden, wie eine Person etwas sagen kann, das eine andere Person ganz anders versteht.
- 💡 Dies ist eine schnelle und einfache Aktivität, die zeigt, wie dieselben Anweisungen von verschiedenen Personen unterschiedlich interpretiert werden und wie wichtig eine klare Kommunikation ist.

**Methode: (10 Minuten)**

- 1 Geben Sie jeder Person in der Gruppe ein Blatt A4-Papier
- 2 Dann teilen Sie der Gruppe mit, dass Sie ihnen alle Anweisungen zum Falten des Papiers geben werden, um eine Origami-Form zu erhalten.
- 3 Sagen Sie der Gruppe, dass sie, während Sie ihnen die Anweisungen geben, die Augen geschlossen halten müssen und keine Fragen stellen dürfen.
- 4 Geben Sie der Gruppe mehrere Anweisungen, um das Papier mehrmals zu falten und zu zerreißen. Bitten Sie sie dann, das Papier zu entfalten und zu vergleichen, wie es aussieht.
- 5 Verwenden Sie Ihre eigenen Anweisungen – es kann sich um Dinge handeln, wie das Papier zweimal zu falten, eine dieser Falten wieder zurückzufalten usw. Weitere Vorschläge finden Sie in den alternativen Versionen im Abschnitt „zusätzliche Informationen“.

**Moderiertes Feedback/Austausch im Plenum: (10 Minuten)**

- 1 Nachdem die Gruppe ihr Papier aufgefaltet und untereinander verglichen hat, wie es aussieht, können Sie darauf hinweisen, dass jedes Papier anders aussieht, obwohl Sie allen die gleichen Anweisungen gegeben haben. Was bedeutet das?
- 2 Fragen Sie alle Teilnehmer\_innen in der Gruppe, ob Sie der Meinung sind, dass die Ergebnisse besser gewesen wären, wenn sie die Augen offengehalten oder hätten Fragen stellen dürfen. Klar zu kommunizieren ist nicht einfach, da wir alle die Informationen, die wir erhalten, unterschiedlich interpretieren. Aus diesem Grund ist es sehr wichtig, Fragen zu stellen und Ihr Verständnis zu bestätigen, um sicherzustellen, dass die übermittelte Nachricht nicht verzerrt wird.
- 3 Wenn die Gruppe ihr Feedback beendet hat oder die Zeit abgelaufen ist, schließen Sie die Übung ab.

**Zusätzliche Information:**

**Alternative Version 1: Papier falten**

**Methode: (10 Minuten)**


- 1 Geben Sie allen ein Blatt Papier. Sagen Sie allen, sie sollen die Augen schließen und Ihren Anweisungen folgen.
- 2 Beginnen Sie, Anweisungen zu geben, was mit dem Papier geschehen soll, zum Beispiel:
  - Falten Sie es in der Mitte
  - Falten Sie die linke untere Ecke über die rechte obere Ecke
  - Drehen Sie es um 90 Grad nach links
  - Falten Sie es erneut
  - Reißen Sie einen Halbkreis in die Mitte der rechten Seite
  - usw.
- 3 Nachdem Sie einige Anweisungen gegeben haben (mehr als 10 sollten es für einen großen Erfolg sein), fordern Sie alle auf, die Augen zu öffnen und ihr Blatt Papier zu entfalten.
- 4 Obwohl alle die gleichen Anweisungen erhielten und dasselbe Ausgangsmaterial hatten, wird so ziemlich jede\_r ein anderes Ergebnis haben.

**Unterstütztes Feedback: (10 Minuten)**

- 👍 Bitten Sie die Gruppe, ihre Gedanken zu den eventuellen Gründen für die Unterschiede zu äußern. Die folgenden Punkte sind nützliche Hinweise/Antworten:
- Wir beginnen nicht alle mit derselben Basis (einige hielten ihr Blatt Papier vertikal, andere horizontal), sodass wir nicht alle die gleichen Ergebnisse erzielen konnten.
  - Einige interpretierten das Ausreißen eines Stücks Papier als großes Stück, andere als kleines Stück.
  - Augen geschlossen haben = Wir erhalten kein Feedback zu unserer Leistung.
  - Einige Anweisungen erscheinen einigen vage und anderen wiederum klar.


- 👍 Wenn das Feedback abgeschlossen oder die Zeit abgelaufen ist, schließen Sie die Übung ab.

### Alternative Version 2: Papierschnitt Methode: (10 Minuten)


 Dies ist eine 5 bis 10-minütige, hochwirksame Aktivität zur Bedeutung von Wahrnehmung und Fragen im Kommunikationsprozess. Die Übung zeigt, wie wichtig es ist, anderen sinnvolle Anweisungen zu erteilen und Feedback für die korrekte Ausführung dieser Anweisungen zu erwarten. Es macht Spaß und man kommt schnell auf den Punkt.

- 1 Erklären Sie den Teilnehmer\_innen, dass Sie ihnen Anweisungen geben werden und sie diese Anweisungen genauso befolgen müssen, wie sie ihnen gegeben wurden.
- 2 Die Teilnehmer\_innen müssen diesen lautlos folgen und dürfen keine Fragen stellen. Sie dürfen sich nicht von anderen in ihrer Umgebung helfen lassen oder sich die Arbeit anderer ansehen.
- 3 Wenn jemand Fragen stellt, fordern Sie ihn einfach auf, die Anweisungen nach eigenem Ermessen zu befolgen.
- 4 Geben Sie der Gruppe die folgenden Anweisungen:
  - Halten Sie bitte die Papiere hoch.
  - Falten Sie das Papier in der Mitte.
  - Schneiden Sie die obere rechte Ecke des gefalteten Papiers ab (oder reißen Sie sie sauber ab).
  - Falten Sie es wieder in der Mitte.
  - Schneiden Sie die obere linke Ecke des Papiers ab.
  - Falten Sie es wieder in der Mitte.
  - Schneiden Sie die rechte untere Ecke des Papiers ab.
  - Falten Sie es in der Mitte.
  - Schneiden Sie die untere linke Ecke des Papiers ab.
  - Falten Sie das Papier auseinander.
  - Bitten Sie die Teilnehmer\_innen, ihre entfaltenen Papiere vorzuzeigen und Gemeinsamkeiten oder Unterschiede zu untersuchen.

### Unterstütztes Feedback: (10 Minuten)

 Wenn Sie das Ende der Anweisungen erreicht haben, dann:

- Fragen Sie die Gruppe, ob sie ähnliche Muster erhalten haben oder ob alle Muster unterschiedlich waren.
- Woran könnte das liegen?
- Waren die Anweisungen klar genug? Was hat gefehlt?
- Warum ist Feedback in der Kommunikation so wichtig? Was passiert, wenn Feedback fehlt?
- Was lernen wir daraus?

 Wenn das Feedback abgeschlossen oder die Zeit abgelaufen ist, schließen Sie die Übung ab.

Titel der Übung:  
**Befolgen Sie alle Anweisungen**

Themenbereich:  
**Kommunikation und zwischenmenschliche Fähigkeiten**

ESTICOM



### Ziel der Übung:

Diese Übung ermöglicht den Teilnehmer\_innen, ihre Fähigkeiten zum Zuhören zu verbessern. Sie kann auch als „Energiser“-Übung verwendet werden (Hilfe beim Aufbau von Energie in der Gruppe nach einer längeren Zeit oder längerem Zuhören, oder z.B. nach einer Mittagspause).

### Erwartete Übungsergebnisse:

Die Teilnehmer\_innen haben eine schnelle (möglicherweise energispendende) Übung erlebt, um ihre Fähigkeiten zum Zuhören zu verbessern.



### Erforderliche Materialien:

- ✎ Ausdrucke der Anweisungen für die Teilnehmer\_innen – einen für jede Teilnehmerin/jeden Teilnehmer



### Vorbereitung der Moderator\_innen:

- ✓ Lesen Sie die Anweisungen durch, damit Sie wissen, wie die Übung ausgeführt wird, ohne sich vom Sinn der Übung zu entfernen.



### Hilfreiche Tipps für Moderator\_innen:

- 💡 Diese Übung ist nützlich, wenn Sie über die persönliche Arbeit mit Schwulen und anderen MSM sprechen möchten, da es um aktives Zuhören geht.
- 💡 Dies ist eine unterhaltsame Übung darüber, wie wir Verhaltensmuster in Bezug auf Kommunikation erkennen können. Vermeiden Sie daher jede Sprache, die Spieler\_innen beschuldigen könnte, dumm zu sein. Es geht darum, das Bewusstsein zu schärfen und nicht, die Intelligenz zu überprüfen.

### Methode: (10 Minuten)

Dies ist eine kurze, unterhaltsame Aktivität mit einem kleinen Trick, um zu sehen, wie viele der Teilnehmer\_innen aktiv zuhören und der einzigen Anweisung befolgen werden, um „Alle Anweisungen zuerst zu lesen“ und wie viele es eilig haben und anfangen werden, jede Anweisung Schritt für Schritt auszuführen.

Stellen Sie vor Kursbeginn sicher, dass Sie für alle Kursteilnehmer\_innen eine Kopie des „Anweisungsblatts“ auf der folgenden Seite bereithalten.

1. Teilen Sie die Teilnehmer\_innen in 3 oder 4 Teams auf und geben Sie jeder/jedem Teilnehmer\_in eine Kopie des Anweisungsblatts (siehe unten).
2. Teilen Sie den Teams mit, dass dies ein Wettbewerb ist und dass die erste Person in jedem der Teams, die fertig ist, zur/zum „Gewinner\_in“ erklärt wird. Eröffnen Sie die Arbeit der Teams, indem Sie eine einzige Anweisung geben, nämlich „zuerst alle Anweisungen zu lesen“ (ohne die Aussage zu stark zu betonen).
3. Wenn die gesamte Gruppe die Übung durchläuft, ohne die anfängliche Anweisung „Bitte zuerst alle Anweisungen lesen“ zu befolgen, fragen Sie sie, warum dies ihrer Meinung nach der Fall ist. Wie fühlen sie sich?
4. Wenn die Gewinner\_innen schnell ermittelt werden, weil sie zuerst alle Anweisungen gelesen haben, fragen Sie die anderen, wo sie sich auf dem Anweisungsblatt befanden. Wie fühlen sie sich?
5. Wenn alle ihr Feedback gegeben haben, schließen Sie die Übung ab.



### ANWEISUNGSBLATT

1. Schreiben Sie alle Initialen Ihres Teams in die rechte obere Ecke dieses Blatts.
2. Schreiben Sie Ihren Vornamen auf Ihr Blatt Papier.
3. Schreiben Sie hier die Summe von  $3 + 16 + 32 + 64$ : \_\_\_\_\_
4. Unterstreichen Sie Anweisung 1.
5. Vergleichen Sie die Uhrzeit auf Ihrer Uhr mit der Ihres Nachbarn / Ihrer Nachbarin.
6. Notieren Sie den Zeitunterschied zwischen den beiden Uhren am Fuß dieser Seite.
7. Zeichnen Sie drei Kreise auf den linken Rand.
8. Machen Sie ein Häkchen in jeden der unter Punkt 7 genannten Kreise.
9. Unterschreiben Sie auf dem Fuß der Seite.
10. Teilen Sie auf der Rückseite des Blatts 50 durch 12,5.
11. Wenn Sie im Test an diesem Punkt angelangt sind, stehen Sie auf, dann setzen Sie sich hin und fahren mit dem nächsten Punkt fort.
12. Wenn Sie alle diese Anweisungen sorgfältig befolgt haben, rufen Sie „Ich habe“.
13. Zeichnen Sie auf der Rückseite dieser Seite schnell, wie ein aufrechtstehendes Fahrrad von oben aussieht.
14. Überprüfen Sie Ihre Antwort auf Punkt 10, multiplizieren Sie sie mit 5 und schreiben Sie das Ergebnis auf den linken Rand, der diesem Punkt gegenüberliegt.
15. Notieren Sie den 5., 10., 9. und 20. Buchstaben des Alphabets hier: \_\_\_\_\_
16. Stechen Sie drei Löcher mit Ihrem Stift hier: o o o
17. Wenn Sie der Meinung sind, dass Sie als erster so weit gekommen sind, rufen Sie „Ich bin in Führung“.
18. Unterstreichen Sie alle geraden Ziffern auf der linken Seite
19. Zeichnen Sie Dreiecke um die Löcher, die Sie in Punkt 15 gestochen haben.
20. Wenn Sie nun alle Anweisungen gelesen haben, befolgen Sie nur 1, 2, 20 und 21
21. Stehen Sie auf und sagen Sie: „Wir sind das größte Team der Welt!“

## Teilnehmer\_innenarbeitsblatt: Kommunikation und zwischenmenschliche Fähigkeiten

### Befolgen Sie alle Anweisungen – Arbeitsblatt

1. Schreiben Sie alle Initialen Ihres Teams in die rechte obere Ecke dieses Blatts.
2. Schreiben Sie Ihren Vornamen auf Ihr Blatt Papier.
3. Schreiben Sie hier die Summe von  $3 + 16 + 32 + 64$ : \_\_\_\_\_
4. Unterstreichen Sie Anweisung 1.
5. Vergleichen Sie die Uhrzeit auf Ihrer Uhr mit der Ihres Nachbarn / Ihrer Nachbarin.
6. Notieren Sie den Zeitunterschied zwischen den beiden Uhren am Fuß dieser Seite.
7. Zeichnen Sie drei Kreise auf den linken Rand.
8. Machen Sie ein Häkchen in jeden der unter Punkt 7 genannten Kreise.
9. Unterschreiben Sie auf dem Fuß der Seite.
10. Teilen Sie auf der Rückseite des Blatts 50 durch 12,5.
11. Wenn Sie im Test an diesem Punkt angelangt sind, stehen Sie auf, dann setzen Sie sich hin und fahren mit dem nächsten Punkt fort.
12. Wenn Sie alle diese Anweisungen sorgfältig befolgt haben, rufen Sie „Ich habe“.
13. Zeichnen Sie auf der Rückseite dieser Seite schnell, wie ein aufrechtstehendes Fahrrad von oben aussieht.
14. Überprüfen Sie Ihre Antwort auf Punkt 10, multiplizieren Sie sie mit 5 und schreiben Sie das Ergebnis auf den linken Rand, der diesem Punkt gegenüberliegt.
15. Notieren Sie den 5., 10., 9. und 20. Buchstaben des Alphabets hier:
16. Stechen Sie drei Löcher mit Ihrem Stift hier: o o o
17. Wenn Sie der Meinung sind, dass Sie als erster so weit gekommen sind, rufen Sie „Ich bin in Führung“.
18. Unterstreichen Sie alle geraden Ziffern auf der linken Seite.
19. Zeichnen Sie Dreiecke um die Löcher, die Sie in Punkt 15 gestochen haben.
20. Wenn Sie nun alle Anweisungen gelesen haben, befolgen Sie nur 1, 2, 20 und 21.
21. Stehen Sie auf und sagen Sie: „Wir sind das größte Team der Welt!“

Titel der Übung:  
**Auf eine Party gehen**

Themenbereich:  
**Kommunikation und zwischenmenschliche**

ESTICOM



**Ziel der Übung:**

Den Teilnehmer\_innen dabei zu helfen, ihre Fähigkeit zu entwickeln, mit Menschen in Kontakt zu treten, und zu verstehen, wie Gespräche mit offenen und nicht mit geschlossenen Fragen erweitert werden können.

**Erwartete Übungsergebnisse:**

Die Teilnehmer\_innen haben den Unterschied zwischen einer schwierigen und einer einfachen Konversation erlebt und gelernt, wie sie mit offenen Fragen Informationen für die Konversation sammeln können.



**Erforderliche Materialien:**

- ✎ Keine.



**Vorbereitung der Moderator\_innen:**

- ✓ Lesen Sie die Übung durch, um zu verstehen, wie sie funktioniert.



**Hilfreiche Tipps für Moderator\_innen:**

- 💡 Verstehen Sie, wie offene Fragen oder Fragen, bei denen Informationen anstelle einer kurzen geschlossenen Antwort gegeben werden, zum Aufbau von Gesprächen beitragen. Im Deutschen beginnen solche Fragen mit den Worten „Wie“, „Wann“, „Warum“, „Was“ und „Wer“. Die Struktur der Sprache, die Sie in der Schulung verwenden, kann sich darauf auswirken, wie Betonungen oder Wörter im verwendeten Satz platziert werden.
- 💡 Sie benötigen Platz in Ihrem Schulungsraum, um diese „Party“ zu feiern.

**Methode:**

Erklären Sie der Gruppe, dass wir ein Spiel spielen werden, bei dem die Teilnehmer\_innen auf einer Party sind. Bei ihren Gesprächen müssen sie von drei Leuten etwas herausfinden, das sie über diese Person noch nicht wussten. Insgesamt also 3 Dinge. Sie können nicht einfach nur jemanden bitten, ihnen eine Sache zu erzählen, die Sie nicht wussten, oder jemandem etwas erzählen, das sie/er nicht wusste. Es muss sich ganz natürlich aus dem zwischen ihnen geführten Gespräch ergeben.

- 1 Sagen Sie ihnen, dass sie dafür 15 Minuten Zeit haben.
- 2 Wenn diese Zeit abgelaufen ist, rufen Sie die Gruppe zurück und fragen Sie, wie schwierig oder einfach dies war. Nehmen Sie ihr Feedback und führen Sie das Konzept der „offenen Fragen“ ein – wer-, wie-, was-, wo-, wann-Fragen, die mehr Informationen bereitstellen, auf denen Gespräche aufgebaut werden können.
- 3 Die Gruppe kehrt dann zum Party-Szenario zurück und muss nun zwei Dinge von drei Personen herausfinden, die sie vorher nicht wussten. Insgesamt also 6 Dinge.
- 4 Sagen Sie den Teilnehmer\_innen, dass sie noch einmal 15 Minuten Zeit haben.
- 5 Stellen Sie sicher, dass Sie diese Zeit genau einhalten, da die Gruppe diese zweite Übung im Allgemeinen viel einfacher findet und nicht glaubt, dass sie die gleiche Zeit erhalten haben.

**Moderiertes Feedback/Austausch im Plenum:**

- 1 Fragen Sie die Gruppen, welche (wenn überhaupt) Unterschiede sie bemerkt haben.
- 2 War es beim zweiten Mal einfacher? Wodurch war es einfacher?
- 3 Wenn das Feedback abgeschlossen oder die Zeit abgelaufen ist, beenden Sie die Übung.

Titel der Übung:  
**Zuhören, ohne zu sprechen**

Themenbereich:  
**Kommunikation und zwischenmenschliche Fähigkeiten**

ESTICOM



**Ziel der Übung:**

Diese Übung ermöglicht den Teilnehmer\_innen, zu lernen, wie sie ohne Unterbrechung zuhören und zu erfahren, wie ihnen ohne Unterbrechung zugehört wird, um die Fähigkeit des aktiven Zuhörens zu erlernen.

**Erwartete Übungsergebnisse:**

Die Teilnehmer\_innen haben erfahren, wie es ist, wenn ihnen wirklich zugehört wird und was passiert, wenn Sie jemanden nicht unterbrechen. Sie haben ihre Fähigkeiten des „aktiven Zuhörens“ verbessert.



**Erforderliche Materialien:**

Keine



**Vorbereitung der Moderator\_innen:**

- ✓ Diese Übung ist nützlich, um bei der direkten Arbeit mit Schwulen und anderen MSM, wie z.B. bei Beratung oder motivierender Gesprächsführung (MI) zu helfen. Sie ist im Allgemeinen hilfreich für die Kommunikation zwischen Menschen und die zwischenmenschlichen Fähigkeiten.
- ✓ Lesen Sie die Übung mindestens einmal durch, um zu verstehen, wie Sie den Paaren bei der Arbeit helfen können – falls sie Hilfe benötigen.



**Hilfreiche Tipps für Moderator\_innen:**

- 💡 Wenn Sie Platz im Raum haben, lassen Sie viel Abstand zwischen den Teilnehmer\_innen. Wenn nicht, ermutigen Sie sie, sich im Raum so aufzustellen, damit sie mit niemand anderem als ihrer/ihrer Partner\_in Blickkontakt haben.
- 💡 Stellen Sie sicher, dass Sie die Paare hinsichtlich der Zeit auf dem Laufenden halten, damit jede Person 10 Minuten Zeit zu Sprechen hat.

**Methode: (25 Minuten)**

Dies ist eine Aktivität, die die Teilnehmer\_innen ermutigt, ihre Meinung zu einem Thema mitzuteilen. Die Leute teilen sich paarweise auf und ein\_e Teilnehmer\_in spricht über ihre Meinungen. Die/Der Partner\_in hört zu ohne zu sprechen und identifiziert dann alle Zeiten, in denen er die sprechende Person unterbrochen hätte, wenn er dazu in der Lage gewesen wäre.

- 1 Bitten Sie die Gruppe, sich zu zweit hinzusetzen. Jedes der Paare soll ein Thema ermitteln, für das sie leidenschaftlich sind und über das sie ungefähr 10 Minuten lang sprechen können. Es ist wahrscheinlich am besten, wenn es nicht zu „kontrovers“ ist, da solche Themen manchmal das Lernen verhindern.
- 2 Während ein Teil der Paare (Sprecher\_in) spricht, darf die andere Person (Zuhörer\_in) nicht sprechen. Aufgabe der Zuhörer\_innen ist es, zuzuhören und alle Zeiten zu ermitteln, in denen sie den anderen unterbrochen hätten, wenn sie in der Lage gewesen wären, zu sprechen.
- 3 Halten Sie die Paare nach ca. 8-10 Minuten an und bitten Sie die Zuhörer\_innen, sich zu besinnen, wann sie ihre Partner\_innen (Sprecher\_innen) unterbrochen hätten. Sie haben ungefähr eine Minute Zeit dafür. Als nächstes wiederholen Sie den Vorgang mit vertauschten Rollen.

**Moderiertes Feedback/Austausch im Plenum: (10 Minuten)**

Wenn beide Partner\_innen des Paares jeweils gesprochen und zugehört haben, fragen Sie sie:

- 1 Wie war das Gefühl der Sprecher\_innen zur Fähigkeit ihrer Partner\_innen, offen zuzuhören? Haben sie über die Körpersprache ihrer Partner\_innen erfahren, welche Einstellung sie zum Gesagten hatten?
- 2 Wie haben sich die Zuhörer\_innen dabei gefühlt, als sie nicht in der Lage waren, ihre Ansichten zum Thema mitzuteilen? Wie gut konnten sie offenbleiben? Was haben sie gelernt, indem sie nicht unterbrochen haben?
- 3 Wie können sie das in dieser Übung Gelernte bei der Arbeit nutzen?
- 4 Wenn alle ihr Feedback gegeben haben oder die Zeit abgelaufen ist, schließen Sie die Übung.

Titel der Übung:  
**Samariter**

Themenbereich:  
**Kommunikation und zwischenmenschliche Fähigkeiten**

ESTICOM



### Ziel der Übung:

Diese Übung ermöglicht den Teilnehmer\_innen, Informationen zu Kommunikation, Empathie und Grenzen bei der Arbeit mit Schwulen oder anderen MSM zu erkunden und zu lernen.

### Erwartete Übungsergebnisse:

Die Teilnehmer\_innen haben gelernt, gegenüber einer anderen Person Empathie aufzubauen, um bei einem Problem/Thema zu helfen, ohne dass diese Person von ihnen abhängig wird.



#### Erforderliche Materialien:

- Papier und Stifte für die Teilnehmer\_innen
- Geeignete Stühle für die Übung, d. h. Stühle, die Rücken an Rücken aufgestellt werden können und einen festen Arm oder ein solides Bein haben, das beim Antippen Geräusche macht.



#### Vorbereitung der Moderator\_innen:

- ✓ Lesen Sie die Übung durch, um zu erfahren, wie Sie sich darauf vorbereiten, und arbeiten Sie bei Bedarf mit den Teilnehmer\_innen zusammen.



#### Hilfreiche Tipps für Moderator\_innen:

- Diese Übung ist besonders nützlich für die Online- oder Telefonarbeit, kann jedoch allgemein zum Aufbau zwischenmenschlicher und hinterfragender Fähigkeiten verwendet werden. Hilfreich bei der Beratung und motivierenden Gesprächsführung (MI).
- Sie benötigen etwas Platz, damit die Stühle verschoben und Rücken an Rücken platziert werden können.

### Methode:

Erklären Sie der Gruppe, dass:

- Telefonische Beratungsdienste erhalten häufig stille Anrufe. Bevor jemand zu sprechen bereit ist, durchläuft er manchmal eine Phase, in der er nur auf das Telefon tippt. Das „Spiel“, das Sie im Begriff sind zu spielen, stellt diese Situation nach.
- Jeder von Ihnen bekommt die Gelegenheit, jeweils als schweigende\_r Anrufer\_in oder als Berater\_in zu agieren. Die Antworten auf die Fragen erhalten Sie, indem Sie auf die Rückseite des Stuhls Ihrer/Ihres Partner\_in tippen: einmal für „Ja“ und zweimal für „Nein“.
- Die/Der Fragesteller\_in/Berater\_in muss sehr erfahren sein, um das Problem zu erkennen. Es kann einfacher sein, wenn Sie das Geschlecht, das Alter und die allgemeine Art des Problems der/des Klopfen\_in/Anrufer\_in ermitteln und dann auf die Details des Problems hinarbeiten. Sie müssen Ihre Fragen so formulieren, dass sie mit „Ja“ und „Nein“ beantwortet werden können.
- Nach Ablauf von fünf Minuten werde ich Sie anhalten und die Klopfen\_innen/Anrufer\_innen bitten, den Fragesteller\_innen/Berater\_innen das Problem zu benennen, das sie aufgeschrieben haben. Sie tauschen dann die Rollen.

- 1 Teilen Sie die Gruppe in Paare. Bitten Sie sie, sich mit dem Rücken an Rücken auf Stühle zu setzen. Sie sollten nah genug sitzen, um kommunizieren zu können, indem sie auf die Stuhllehne klopfen.
- 2 Bitten Sie die beiden, sich ein Problem auszudenken, über das jemand die Samariter anrufen könnte. Da Ihr Partner das Problem erraten muss, machen Sie es bitte nicht zu komplex. Wenn Sie ein Problem haben, schreiben Sie es auf Ihr Blatt Papier, aber zeigen Sie es Ihrer/Ihrem Partner\_in nicht und halten Sie es geheim für sich.
- 3 Sie werden sich abwechselnd als eine Person mit dem von Ihnen festgelegten Problem ausgeben. Sie können Ihr Alter, Geschlecht und Ihre Nationalität ändern, wenn Sie dies möchten, und Sie denken, dass dies dazu beiträgt, die Situation realistischer zu gestalten. Die Probleme können persönlicher, familiärer, finanzieller oder rechtlicher Natur sein. Die Antworten auf die Fragen erhalten Sie, indem Sie auf die Rückseite Ihres Partnerstuhls tippen: einmal für „Ja“ und zweimal für „Nein“.
- 4 Beginnen Sie mit der Arbeit der Paare, und achten Sie darauf, dass Sie ihnen fünf Minuten Zeit geben, bevor Sie sie anhalten und auffordern, das Problem zu teilen und anschließend zu tauschen, damit „Anrufer\_innen“ zu „Berater\_innen“ und der „Berater\_innen“ zum „Anrufer\_innen“ werden können.

Variante: Die Diskussion kann mit der Betrachtung der von den Klopfenden/Anrufer\_innen angebotenen Art von Problemen fortgesetzt werden. Dies ist besonders dann sinnvoll, wenn das Spiel Teil einer Sequenz ist, in der es um unterstützende Skills, Vorurteile oder Stigmatisierung geht.

### Moderiertes Feedback/Austausch im Plenum:

Am Ende des Spiels fragen Sie:

- 1 Wie schwer war es, das Problem zu ermitteln?
- 2 Wie haben Sie sich als Fragesteller\_in/Berater\_in gefühlt, als Sie nur Fragen stellen konnten, die mit einem Wort (Ja/Nein) beantwortet werden müssen?
- 3 Gab es etwas, was Klopfen\_innen/Anrufer\_innen wirklich sagen wollten, aber nicht konnten? Wenn ja, was?

Schließen Sie die Übung am Ende des Feedbacks ab.

Titel der Übung:  
**Situationsbewusstsein**

Themenbereich:  
**Kommunikation und zwischenmenschliche Fähigkeiten**

ESTICOM



**Ziel der Übung:**

Diese Übung ermöglicht den Teilnehmer\_innen, Fähigkeiten in Bezug auf Wahrnehmung, Bewusstsein, Kommunikation und Zuhören zu entwickeln und den Teilnehmer\_innen dabei zu helfen, ein Bewusstsein für Situationen in den Settings zu entwickeln, in denen sie arbeiten.

**Erwartete Übungsergebnisse:**

Die Teilnehmer\_innen entwickeln ihre Fähigkeiten und ihr Bewusstsein dafür, was in den Settings passiert, in denen sie arbeiten, und mit den Schwulen und anderen MSM, mit denen sie arbeiten.



**Erforderliche Materialien:**

- Keine



**Vorbereitung der Moderator\_innen:**

- Lesen Sie die Übung, um zu verstehen, wie sie in der Praxis funktioniert.



**Hilfreiche Tipps für Moderator\_innen:**

- Dies ist eine nützliche Übung für Personen, die in der Vor-Ort-Arbeit sowie in der Telefonberatung und mit motivierenden Gesprächsführung (MI) arbeiten.
- Stellen Sie sicher, dass Sie genug Platz haben, damit die Leute ihre Stühle bewegen können, um paarweise zu arbeiten.

**Methode: (10 – 15 Minuten)**

Das Zuhören mit „Situationsbewusstsein“ ist in vielen Bereichen von entscheidender Bedeutung, in denen die Mitarbeiter\_innen ihren „Klient\_innen“ „aktiv zuhören“ und das Umfeld „scannen“ müssen, um aufmerksam zu bleiben. Dies ist ein äußerst schwieriges Feld, und die Anzahl der Menschen, die aktiv zuhören und gleichzeitig ein Situationsbewusstsein aufrechterhalten können, ist sehr gering.

Dies ist eine nützliche „Zuhörtechnik für das Situationsbewusstsein“.

- 1 Bitten Sie die Teilnehmer\_innen, sich zu Paaren zusammenzufinden und sich dann ein Thema zu überlegen, das sie 2 Minuten lang diskutieren möchten. Das Thema kann lustig oder ernst sein.
- 2 Bitten Sie die Paare, 2 Minuten lang miteinander über ihr Thema zu diskutieren.
- 3 Wenn die 2 Minuten vorbei sind, fragen Sie sie, worüber jeweils ihre Nachbarpaare gesprochen haben – NICHT, worüber sie selber gesprochen haben. Meistens können sie überhaupt keine Informationen geben.
- 4 Dann sagen Sie der Gruppe, dass wir die Übung wiederholen werden.
- 5 Bitten Sie die Paare, die Partner\_innen zu tauschen, damit sie mit jemand anderem zusammenarbeiten, ein anderes Thema auswählen und die Übung weitere 2 Minuten wiederholen
- 6 Wenn diese 2 Minuten wieder abgelaufen sind, bitten Sie die Paare noch einmal, zu berichten, worüber ihre Nachbarpaare gesprochen haben. Diesmal können sie eher berichten, worüber die Paare in ihrer Umgebung gesprochen haben.

Dies hat sich als nützlich erwiesen, um den Teilnehmer\_innen beizubringen, nicht nur auf das zu hören, was dem Einzelnen gesagt wird, sondern auch, was „um“ eine Situation herum gesagt wird.

**Moderiertes Feedback/Austausch im Plenum: (10 Minuten)**

- 1 Bitten Sie die Gruppe, die Unterschiede zu nennen.
- 2 „Wie konnten sie ihrer eigenen Konversation und der ihrer Umgebung folgen?“

Wenn das Feedback abgeschlossen oder die Zeit abgelaufen ist, schließen Sie die Übung ab.



## 2.5 Eisbrecher und Energiser

- Ballonturm
- Camping-Ausflug
- Die Grenze überschreiten
- Der Schwanz des Drachen
- Träume
- Obstsalat
- Ha Ha
- Wie viel brauchen Sie?
- Menschen-Bingo + Teilnehmerarbeitsblatt
- Unmögliche Verbindungen
- Let's talk about Sex + Teilnehmerarbeitsblatt
- Aufstellung
- Satzanfänge
- Haie und Pinguine
- Superlative
- Zwei Wahrheiten und eine Lüge
- Ja, das habe ich getan

Titel der Übung:

### Ballonturm

Lernbereich/Gruppe:

Eisbrecher und Energiser

ESTICOM



#### Ziel der Übung:

Energiser-Eisbrecher-Hybrid: Zum gegenseitigen Kennenlernen der Teilnehmer\_innen und zum Aufbau ihrer Energie.

#### Erwartete Übungsergebnisse:

Am Ende dieser Übung wird die Energie der Teilnehmer\_innen gesteigert, indem sie aktiv werden und gleichzeitig dabei helfen, Dinge übereinander herauszufinden und Vertrauen in der Gruppe aufzubauen.



#### Erforderliche Materialien:

- Mehrere große Pakete mit Luftballons
- Eine kleine Rolle durchsichtiges Klebeband für jede\_n Teilnehmer\_in
- Ein Maßband zur Vermessung der „Türme“



#### Vorbereitung der Moderator\_innen:

- ✓ Lesen Sie die Übung durch, um zu erfahren, wie Sie sie effektiv ausführen.
- ✓ Alle Materialien kaufen/besorgen.



#### Hilfreiche Tipps für Moderator\_innen:

- Dies ist eine Übung, die dabei unterstützt, Teams zu bilden und herauszufinden, wer logisch denkt und wer die Chaostheorie bei seiner Herangehensweise an die Problemlösung verwendet. Es kommt selten vor, dass die „Türme“ höher als fünf Schichten von Luftballons sind und normalerweise erreichen sie maximal die Höhe der Schultern der Leute, die sie bauen.


### Methode: (20 Minuten)

1. Bitten Sie die Teilnehmer\_innen, sich in kleineren Gruppen von drei oder vier Personen zu setzen.
2. Sagen Sie ihnen, dass sie in ihren Gruppen den höchsten freistehenden Turm bauen sollen, den sie können. Dabei dürfen sie nur die Luftballons und das Klebeband verwenden, das ihnen zur Verfügung gestellt wird.
3. Die Gruppe wird als „Siegerin“ bewertet, die den höchsten Turm gebaut hat, der allein steht, ohne Unterstützung durch Stühle, Tische usw. oder durch Klebeband mit den Böden, Decken oder Wänden verbunden zu sein.
4. Wiederholen Sie, dass sie nur die Luftballons und das Klebeband verwenden dürfen und der Turm freistehend sein muss.
5. Sagen Sie den Gruppen, dass sie zehn Minuten Zeit haben, um ihren Turm zu bauen. Sagen Sie ihnen, wann sie anfangen können.
6. Nach zehn Minuten können Sie ihnen nach eigenem Ermessen fünf Minuten Verlängerung gewähren (normalerweise werden die Gruppen es überhaupt noch nicht geschafft haben, einen Turm zu bauen).
7. Wenn die Zeit abgelaufen ist, vergleichen und messen Sie die Türme und geben Sie die Gewinnerin bekannt.

### Moderiertes Feedback/Austausch im Plenum: (10 Minuten)

1. Besprechen Sie die Aktivität mit den Gruppen, indem Sie die folgenden Fragen stellen:
  - Was war Ihre Strategie?
  - Welche Herausforderungen gab es und wie haben Sie diese gemeistert?
  - Hat der Zeitdruck das Ergebnis beeinflusst?
  - Welchen Ansatz haben Sie gewählt und warum?
  - Was würden Sie anders machen, wenn sie die Aktivität erneut durchführen würden?
2. Gruppen gehen normalerweise auf zwei Arten vor – entweder völlig chaotisch oder sehr geordnet. Jeder Ansatz kann das Spiel gewinnen – es gibt eine 50/50 Chance, wie es ausgeht. Fragen Sie die Gruppen, warum sie glauben, dass dies möglich ist.
3. Wenn die Gruppen das Feedback beendet haben oder die Zeit abgelaufen ist, schließen Sie die Übung.

### Zusätzliche Information:

-  Es gibt Varianten, die Sie hinzufügen können, wenn die Teilnehmer\_innen das Spiel bereits zuvor gespielt haben:
- Sie können für den optisch ansprechendsten Turm zusätzliche Punkte vergeben.
  - Sie können für den höchsten Turm mit dem geringsten Ressourceneinsatz zusätzliche Punkte vergeben.
  - Sie könnten die Teilnehmer\_innen bitten, anstelle eines Turms einen Bogen zu bauen.
  - Sobald jedes Team seinen Turm gebaut hat, können Sie es bitten, als eine große Gruppe ihre Türme zu einem Superturm zusammenzubauen.
  - Sie könnten den Druck erhöhen, indem Sie weniger Zeit geben und einen Countdown durchführen.
  - Sie können die Aktivität mehr auf Kommunikation ausrichten, indem Sie ihnen 5 Minuten Zeit zum Planen geben und sie dann nicht mehr sprechen lassen, während sie den Turm bauen.

### Titel der Übung: Camping-Ausflug

Lernbereich/Gruppe:  
Eisbrecher und Energiser

ESTICOM



### Ziel der Übung:

Energiser/Eisbrecher-Hybrid: Hilft den Teilnehmer\_innen, ihre Denk- und Zuhörfähigkeiten zu verbessern und spielerisch Hemmungen abzubauen.

### Erwartete Übungsergebnisse:

Die Teilnehmer\_innen bauen Ihre Energie zum Denken auf und tauschen Informationen untereinander aus.



### Erforderliche Materialien:

- Keine



### Vorbereitung der Moderator\_innen:

- ✓ Lesen Sie die Übung durch, um zu erfahren, wie Sie sie effektiv ausführen.
- ✓ Wählen Sie aus, welches Muster Sie für das Wortspiel in der Übung verwenden möchten.
- ✓ Einige vorgeschlagene Muster sind:
  - Dinge, die mit einem bestimmten Buchstaben des Alphabets beginnen, z. B. mit dem Buchstaben D (Diamant, Dackel, Durst usw.)
  - Dinge, die mit einem bestimmten Buchstaben des Alphabets enden
  - Wörter mit zwei Vokalen oder Konsonanten am Stück (Seele, Pizza, Saal usw.)
  - Wörter mit einem bestimmten Buchstaben oder einem bestimmten Wortlaut, z. B. dem Buchstaben K (Rakete, Sack, Keks usw.)
  - Dinge, die aus zwei Wörtern bestehen (Hot Dogs, Auflauf-Form, Waffel-Eisen etc.)
  - Dinge der gleichen Farbe
  - Dinge mit der gleichen Anzahl von Buchstaben
  - Dinge, die mit dem letzten Buchstaben des zuletzt genannten Dings beginnen



### Hilfreiche Tipps für Moderator\_innen:

- 💡 Der Camping-Ausflug erfordert Konzentration und ein gutes Gedächtnis. Seien Sie also nicht zu kritisch bei der Beurteilung, wer im Spiel gut oder schlecht ist
- 💡 Es wäre nützlich, mindestens zwei Wortmuster-Ideen zu haben, da es eine Weile dauern kann, bis alle herausgefunden haben, wie das Spiel läuft.
- 💡 Treffen Sie Ihre Musterauswahl entsprechend dem Alter und der Zusammensetzung der Gruppe. Einige sind komplizierter als andere.

### Methode: (15 Minuten)

- 1 Bilden Sie mit der Gruppe einen Kreis. Seien Sie sich darüber im Klaren, welches Muster Sie zuerst verwenden.
- 2 Als Moderator\_in starten Sie das Spiel. Sie sagen: „Ich mache einen Camping-Ausflug und bringe \_\_\_\_\_ mit.“
- 3 Sie können irgendetwas auswählen, was Sie auf die Reise mitbringen möchten, das dem gewählten Muster folgt. Wenn das Muster beispielsweise „Dinge, die mit dem Buchstaben K beginnen“ lautet, könnten Sie „Kekse“ sagen.
- 4 Sie benötigen ein Muster, dem die Spieler\_innen folgen können, aber zu Beginn sind Sie die einzige Person, die das Muster kennt, wenn das Spiel beginnt. Dies macht es schwieriger für die Teilnehmer\_innen, Dinge zu finden, die sie mitnehmen möchten.
- 5 Nehmen wir an, dass das Muster Dinge sind, die mit dem Buchstaben „K“ beginnen, so dass Sie „Kekse“ sagen.
- 6 Spieler\_innen, die das Muster herausgefunden haben, sagen Dinge, die mit „K“ beginnen.
- 7 Zu Beginn des Spiels sind Sie die einzige Person, die das Muster kennt. Wenn eine Teilnehmerin/ein Teilnehmer ein Ding wählt, das zum Muster passt, sagen Sie „OK, das können Sie auf den Camping-Ausflug mitnehmen.“ Wenn die Teilnehmer\_innen das Muster erkennen, dürfen Sie sich Ihnen anschließen.
- 8 Spieler\_innen, der das Muster jedoch nicht erkennen, sagen möglicherweise „Äpfel“.
- 9 Zu diesem Zeitpunkt sagen Sie und die Spieler\_innen, die das Muster kennen: „Nein, Sie können keine Äpfel mitbringen.“
- 10 Das Spiel wird so lange fortgesetzt, bis alle Spieler\_innen das Muster herausgefunden haben. Wenn ein\_e Spieler\_in meint, dass sie/er weiß, welches Muster es ist, kann sie/er den Spielzug damit beginnen, der/dem Moderator\_in, also Ihnen, ins Ohr zu flüstern, was sie/er für das Muster hält. Sie antworten darauf mit Ja oder Nein. Manchmal glauben die Spieler\_innen, das Muster zu kennen, aber raten einfach nur, was gerade zu passen scheint.
- 11 Spielen Sie, bis die Zeit abgelaufen ist oder Sie zwei Runden des Spiels abgeschlossen haben. Beenden Sie die Übung.

### Titel der Übung: **Die Grenze überschreiten**

Lernbereich/Gruppe:  
**Eisbrecher und Energiser**

ESTICOM



### Ziel der Übung:

Eisbrecher: Diese Übung ermöglicht den Teilnehmer\_innen, ihre Einfluss-, Verhandlungs- oder Überzeugungsfähigkeiten zu nutzen und/oder auszubauen.

### Erwartete Übungsergebnisse:

Die Teilnehmer\_innen haben Fähigkeiten ausgebaut, Menschen zu beeinflussen, zu überzeugen oder mit ihnen zu verhandeln.



### Erforderliche Materialien:

- Kreppband/Schnur/Kreide zur Markierung der Grenzen auf dem Boden (je nachdem, was für den von Ihnen genutzten Schulungsraum am besten geeignet ist).



### Vorbereitung der Moderator\_innen:

- ✓ Lesen Sie die Übung durch, um zu erfahren, wie Sie sie effektiv ausführen.
- ✓ Kaufen/beschaffen Sie die benötigten Materialien



### Hilfreiche Tipps für Moderator\_innen:

- Sie benötigen einen freien Bereich im Raum, in dem Sie diese Übung durchführen.
- Eine nützliche Übung zum Aufbau von Fähigkeiten zur Beeinflussung. In direktem Bezug zu persönlichen Interventionen und Motivierender Gesprächsführung (MI).
- Dies könnte eine gute Übung vor Partnerschaftliche Arbeit mit und zwischen LGBTQI+-Einrichtungen und anderen Angeboten“ sein, da sie mit der Idee eines Win-Win-Ansatzes endet.

### Methode: (5 bis 10 Minuten)

- 1 Sagen Sie den Teilnehmer\_innen, dass Sie jetzt eine Aktivität durchführen werden, bei der Fähigkeiten von Einflussnahme, Verhandlungsgeschick und Überzeugungsarbeit zum Einsatz kommen.
- 2 Starten Sie die Aktivität, indem Sie auf dem Boden des Schulungsraums eine Linie oder eine Reihe von Linien markieren.
- 3 Teilen Sie die Teilnehmer\_innen in Paare auf (wenn Sie mit einer ungeraden Anzahl von Teilnehmer\_innen arbeiten, kann ein\_e Co-Moderator\_in einsteigen, um „mitzuspielen“). Ordnen Sie die Paare jeweils auf einander gegenüberliegenden Seiten der Linien an. Sie sollten nicht mehr als eine Armlänge voneinander entfernt sein.
- 4 Sagen Sie der Gruppe, dass sie 30 Sekunden Zeit haben, um ihre\_n Partner\_in (also sich gegenseitig) zum Überqueren der Linie zu überreden, nachdem Sie „Los“ gesagt haben. Sie dürfen keine physische Gewalt anwenden, um ihre\_n Partner\_in dazu zu bringen, die Grenze zu überschreiten.
- 5 Halten Sie nach 30 Sekunden das Geschehen an (30 Sekunden sind wirklich ausreichend) und bitten Sie die Teilnehmer\_innen, sich umzuschauen und festzustellen, wie viele von ihnen zum Überschreiten der Grenze überredet wurden.
- 6 Fragen Sie die Gruppe:
  - Mit welchen Strategien haben Sie Ihre Partnerin/Ihren Partner zum Überschreiten überredet?
  - Warum halten sie diese Strategien für effektiv (oder nicht effektiv)?
- 7 Betonen Sie, dass die effektivsten Strategien sind, wenn beide Parteien gewinnen – zum Beispiel: „Lassen Sie uns beide die Grenze überschreiten, auf diese Weise erreichen wir beide das Ziel.“
- 8 Diese Aktivität eignet sich gut als Teil eines Programms, das die Fähigkeit zur Beeinflussung, Überzeugung und/oder Verhandlung beinhaltet. Wenn die Aktivität beendet ist, schließen Sie die Übung.

### ESTICOM

### Titel der Übung: Der Schwanz des Drachens

Lernbereich/Gruppe:  
Eisbrecher und Energiser



### Ziel der Übung:

Energiser: Zum Aufbau von Energie in der Gruppe nach einer langen Sitz- oder Diskussionsrunde, oder nach dem Mittagessen.

### Erwartete Übungsergebnisse:

Aufbau neuer Energie für die Teilnehmer\_innen.



### Erforderliche Materialien:

- Zwei bunte Tücher/Taschentücher



### Vorbereitung der Moderator\_innen:

- ✓ Lesen Sie die Übung durch, um zu erfahren, wie Sie sie effektiv ausführen.
- ✓ Achten Sie darauf, ob Teilnehmer\_innen Mobilitätsprobleme haben



### Hilfreiche Tipps für Moderator\_innen:

- 💡 Stellen Sie sicher, dass sich die Menschen als Vorder- oder Hinterteil der „Drachen“ wohlfühlen.
- 💡 Stellen Sie sicher, dass die „Schwänze“ leicht zu sehen und zu greifen sind

### Methode: (5 Minuten)

- 1 Teilen Sie die Gruppe in zwei Teile und bitten Sie sie, sich zu zwei „Drachen“ zu formen, indem sie sich entweder an den Taillen (Gürtel oder Hosen-/Rockbund) oder an den Schultern festhalten, um eine Linie oder einen „Drachen“ zu bilden.
- 2 Die letzte Person in dieser Drachenformation hat ein buntes Taschentuch in der Gesäßtasche, am Bund oder am Gürtel – das ist der „Schwanz des Drachen“.
- 3 Ziel ist es, dass einer der „Drachen“ den Schwanz des anderen „Drachen“ fängt, ohne dabei seinen eigenen Schwanz zu verlieren.
- 4 Spielen Sie mindestens zwei Runden dieser Jagd, jedoch nicht länger als 5 Minuten. Wenn Sie fertig sind, schließen Sie die Übung.

Titel der Übung:  
**Träume**

Lernbereich/Gruppe:  
**Eisbrecher und Energiser**

ESTICOM



### Ziel der Übung:

Eisbrecher: Austausch von Informationen unter den Teilnehmer\_innen und mehr voneinander zu erfahren.

### Erwartete Übungsergebnisse:

Die Teilnehmer\_innen haben mehr voneinander erfahren und Vertrauen in die Gruppenarbeit aufgebaut.



#### Erforderliche Materialien:

- ✎ Flipchart, Moderationsstifte und Stifte.
- ✎ Papier und Stifte für die Teilnehmer\_innen.



#### Vorbereitung der Moderator\_innen:

- ✓ Lesen Sie die Übung durch, um zu erfahren, wie Sie sie effektiv ausführen.



#### Hilfreiche Tipps für Moderator\_innen:

- 💡 Ermutigen Sie die Teilnehmer\_innen, über ihre Träume nachzudenken, die nicht mit der aktuellen Arbeit zusammenhängen - welches sind ihre anderen Träume?
- 💡 Denken Sie über Ihre eigenen Träume nach, bevor Sie die Übung ausführen, um sie als Anleitung zu verwenden, wenn Teilnehmer\_innen Schwierigkeiten haben, etwas zu ermitteln.

### Methode: (5 Minuten)

- 1 Sagen Sie der Gruppe, dass sie sich eine Situation vorstellen soll, in der sie nichts aufhält oder einschränkt, keine finanziellen Einschränkungen usw. usw.
  - Was möchten Sie wirklich tun oder sein?
  - Was ist Ihr geheimer Traum? Sie können diesen Traum geheim halten, obwohl ich möchte, dass Sie darüber nachdenken.
- 2 Sagen Sie der Gruppe, dass sie zwei oder drei Minuten Zeit hat, darüber nachzudenken und sich kurze Notizen zu ihrem Traum zu machen.
- 3 Wenn alle in der Gruppe damit fertig sind, bitten Sie sie, jetzt fünf Gründe aufzuschreiben, warum sie das sein oder tun möchten, was sie gesagt haben (das war ihr Traum). Sie haben fünf Minuten Zeit, dies zu tun.
- 4 Wenn diese fünf Minuten abgelaufen sind, bitten Sie die Gruppe, drei ihrer **GRÜNDE** (nicht Träume) von ihrer Liste zu streichen. Halten Sie diese dabei auf dem Flipchart fest, ohne sie zu kommentieren.

### Moderiertes Feedback/Austausch im Plenum:

- 1 Wenn alle ihre drei Gründe mitgeteilt haben, öffnen Sie die Gruppe zur Diskussion.
- 2 Was ist Ihnen an den Gründen aufgefallen? Haben sie Gemeinsamkeiten, oder sind sie alle sehr unterschiedlich? Wie viele von ihnen stehen im Zusammenhang mit dem, was wir annehmen, dass der/die andere tut?
- 3 Andere Punkte, die erwähnt werden können:
  - Eine Person ohne Bedürfnisse ist tot.
  - Bedürfnisse geben uns den Antrieb, Dinge zu tun.
  - Bedürfnisbefriedigung kommt nicht von ungefähr – wir müssen etwas dafür tun.
  - Die Dinge, die wir erreichen wollen, können als Ziele bezeichnet werden. Der Traum, den Sie in der Übung identifiziert haben, ist ein Ziel.
- 4 Die Ermittlung der Gründe für den Traum kann helfen, einen Teil des Traums zu verwirklichen – zum Beispiel:  
Traum: Ein\_e Top-Fußballer\_in/Tennisspieler\_in etc. sein  
Grund: Bewegung  
Spaß am öffentlichen Auftritt  
Das, was ich am besten über mich weiß  
Die Leute werden dadurch veranlasst, mich zu respektieren  
Es mag nicht möglich sein, diesen Traum zu verwirklichen, aber könnten nicht viele der Gründe erfüllt werden, wenn man beispielsweise Schiedsrichter\_in wird? Dies könnte ein realistisches Ziel werden, wenn der Traum aus irgendeinem Grund nicht möglich ist.
- 5 Schließen Sie die Übung, wenn die Teilnehmer\_innen ihre Gründe mitgeteilt und darüber gesprochen haben oder die 30 Minuten abgelaufen sind.

Titel der Übung:  
**Obstsalat (oder Eine Reise nach Jerusalem)**

Lernbereich/Gruppe:  
**Eisbrecher und Energiser**

ESTICOM



**Ziel der Übung:**

Energiser: Um die Energie der Teilnehmer\_innen nach einer langen Sitzung oder einer Pause wie dem Mittagessen zu steigern.

**Erwartete Übungsergebnisse:**

Das Energieniveau der Teilnehmer\_innen wurde aufgebaut.



**Erforderliche Materialien:**

- Geeignete Stühle, d. h. Einzelstühle, die sich leicht bewegen lassen, aber keine Räder haben.



**Vorbereitung der Moderator\_innen:**

- ✓ Lesen Sie die Übung durch, um zu erfahren, wie Sie sie effektiv ausführen.
- ✓ Entscheiden Sie, ob Sie „Obstsalat“ oder „Eine Reise nach Jerusalem“ spielen (siehe Zusatzinformationen)
- ✓ Beachten Sie alle Mobilitätsprobleme der Teilnehmer\_innen – es gibt bessere Eisbrecher- und Energiser-Übungen für Rollstuhlfahrer\_innen oder Personen mit anderen Mobilitätsproblemen.



**Hilfreiche Tipps für Moderator\_innen:**

- Sie müssen in der Lage sein, ausreichend Platz für einen Stuhlkreis zu haben, in dem sich alle Teilnehmer\_innen bewegen können.

**Methode: (5 bis 10 Minuten)**

- 1 Bitten Sie die Teilnehmer\_innen, mit ihren Stühlen einen Kreis zu bilden (mit Blick in den Kreis). Stellen Sie sicher, dass es nur so viele Stühle gibt wie Menschen, und nehmen Sie dann zwei Stühle weg. Achten Sie jedoch darauf, dass der Kreis nicht zu klein ist oder die Bewegung zu stark einschränkt.
- 2 Bitten Sie die beiden Personen ohne Stühle, sich in die Mitte des Kreises zu stellen (stellen Sie sicher, dass Sie selber sich außerhalb des Kreises befinden).
- 3 Gehen Sie um den Kreis herum und benennen Sie jede Person der Reihe nach als Zitrone, Orange oder Apfel (also „Zitrone, Orange, Apfel, Zitrone, Orange, Apfel“ usw.), bis jeder Person eine Frucht zugewiesen wurde. Vergessen Sie NICHT, die beiden Personen zu benennen, die in der Mitte des Kreises stehen.
  - Sagen Sie der Gruppe: „Ich werde einen Namen für eine Frucht rufen, entweder Zitrone, Orange oder Apfel. Wenn Sie mich Ihre Früchte ausrufen hören, müssen Sie Ihren eigenen Platz verlassen und einen anderen finden.“
  - Sie können nicht einfach aufstehen und sich auf den gleichen Platz setzen, es muss ein anderer Platz sein als der, auf dem Sie saßen. Wenn Sie sich in der Mitte des Kreises befinden und Ihre Frucht ausgerufen wird, müssen Sie einen Platz zum Sitzen finden, aber Sie dürfen sich nur bewegen und einen Platz finden, wenn Ihre Frucht ausgerufen wird.
  - Wenn ich „Obstsalat“ rufe, muss jeder seinen Platz verlassen und einen anderen finden. Denken Sie daran, bewegen Sie sich nur, wenn der Name ihres Obstes oder Obstsalat aufgerufen wird – es bleiben immer zwei von Ihnen ohne Sitzplätze übrig, die in der Mitte des Kreises stehen.“
- 4 Stellen Sie sicher, dass alle diese „Regeln“ verstanden haben und beginnen Sie dann mit dem Energiser.
- 5 Rufen Sie verschiedene Früchte in einer zufälligen Mischung/Reihenfolge auf und denken Sie daran, gelegentlich „Obstsalat“ hinzuzufügen.
- 6 Setzen Sie den Vorgang fort, bis Sie das Gefühl haben, dass sich das Energieniveau erhöht hat. Beenden Sie die Übung.

**Zusätzliche Information:**

- 👍 Dieser Energiser ist auch als „Eine Reise nach Jerusalem“ bekannt, bei der eine Person im Kreis steht (hier wird nur ein Stuhl aus dem Kreis herausgenommen und eine Person bleibt in der Mitte übrig). Die Person in der Mitte zieht eine Karte von den Moderator\_innen, auf der eine Aktivität steht (das kann, wenn es für die Schulung angemessen ist, eine sexuelle Aktivität sein). Sie müssen dann sagen „Ich mag das“ oder „Ich mag das nicht“, je nachdem, wie Sie sich bei der Ausführung der Aktivität fühlen und dann die Aktivität benennen. Zum Beispiel ist die Aktivität auf der Karte „Schwimmen“ – könnten Sie also sagen „Ich schwimme gern“. Jede\_r, der mit seiner Aussage einverstanden ist, steht auf und muss einen anderen Stuhl als den finden, auf dem er saß, und auch die Person in der Mitte muss sich einen Stuhl suchen. Die Person, die keinen Stuhl findet und stehen bleibt, ist dann die Person in der Mitte, die die nächste Karte nimmt und den Prozess fortsetzt. Steht nur eine Person in Beantwortung der Aussage auf, steht dann diese in der Mitte der Gruppe und zieht die nächste Karte. Es spielt sich wie Obstsalat bis zum oben beschriebenen Punkt.

Titel der Übung:  
**Ha Ha!**  
Lernbereich/Gruppe:  
**Eisbrecher und Energiser**



### Ziel der Übung:

Energiser: Diese Übung steigert die Energie der Teilnehmer\_innen, indem sie aktiv werden und Vertrauen in die Gruppe aufbauen.

### Erwartete Übungsergebnisse:

Das Energieniveau der Teilnehmer\_innen wurde aufgebaut.



#### Erforderliche Materialien:

- Keine



#### Vorbereitung der Moderator\_innen:

- Lesen Sie die Übung durch, um zu erfahren, wie Sie sie effektiv ausführen.



#### Hilfreiche Tipps für Moderator\_innen:

- Dies ist ein lustiges Spiel und könnte chaotisch werden, seien Sie sich also dessen bewusst
- Achten Sie darauf, dass Sie wissen, wer das Spiel spielt, ohne zu lachen, damit ein\_e „Gewinner\_in“ ermittelt werden kann.

### Methode: (5 bis 10 Minuten)

- Sagen Sie der Gruppe, dass Sie jetzt ein Spiel mit dem Namen „Ha Ha“ spielen.
- Lassen Sie die Gruppe im Kreis sitzen, damit sich alle ansehen können.
- Sagen Sie ihnen, dass sie während des gesamten Spiels so ernst wie möglich bleiben müssen.
- Wählen Sie eine Spielerin/einen Spieler aus, um das Spiel zu starten. Sie müssen das Spiel starten, indem Sie einmal „Ha“ sagen.
- Die Spielerin/der Spieler auf der rechten Seite sagt dann zweimal das Wort „Ha“.
- Nach diesem Muster sagt die dritte Spielerin/der dritte Spieler (rechts von der zweiten Spielerin/vom zweiten Spieler) dreimal „Ha“.
- Das Spiel wird fortgesetzt, wobei die Anzahl der „Ha“ zunimmt, je nachdem, wie viele es zuvor waren (4, 5, 6, 7 usw.).
- Im Verlauf des Spiels werden Spieler\_innen, die lachen oder ein Geräusch machen, wenn sie nicht an der Reihe sind, ausgeschlossen.
- Die Spielerin/der Spieler, der das ganze Spiel über nicht lacht, gewinnt. Die Übung wird mit der Ernennung eines Teilnehmenden zur/zum „Gewinner\_in“ abgeschlossen.

Titel der Übung:  
**Wie viel verwenden Sie?**  
Lernbereich/Gruppe:  
**Eisbrecher und Energiser**



### Ziel der Übung:

Eisbrecher: Die Teilnehmer\_innen sollen sich besser kennenlernen und ein gegenseitiges Vertrauen aufbauen. Diese Übung ermöglicht den Teilnehmer\_innen, mehr Informationen über die anderen Teilnehmer\_innen zu erhalten, wobei die Art und Menge der Informationen vom Einzelnen gesteuert wird.

### Erwartete Übungsergebnisse:

Die Teilnehmer\_innen tauschen Informationen über sich selbst aus und erhalten viele Informationen über ihre Mitspieler\_innen, wodurch sie Verbindungen aufbauen und lernen, der Gruppe zu vertrauen..



#### Erforderliche Materialien:

- Eine Anzahl von Toilettenpapierrollen (eine am Anfang)



#### Vorbereitung der Moderator\_innen:

- Lesen Sie die Übung durch, um zu erfahren, wie Sie sie effektiv ausführen.



#### Hilfreiche Tipps für Moderator\_innen:

- Manche Leute nehmen eine große Anzahl von Blättern, also behalten Sie die Zeit und die Anzahl der Teilnehmer\_innen im Auge. Sie müssen gegebenenfalls die Anzahl der Dinge, die sie sich gegenseitig mitteilen, reduzieren. Versuchen Sie, die vorgegebene Zeit einzuhalten und die Teilnehmer\_innen mitzunehmen, wenn sie viele Blätter Toilettenpapier haben: „Erzählen Sie uns 7 Dinge ...“

### Methode: (10 Minuten)

- Bitten Sie die Teilnehmer\_innen, sich in einen Kreis zu setzen
- Sagen Sie ihnen, dass Sie eine Rolle Toilettenpapier herumreichen und dann so viele Blätter des Papiers nehmen sollen, wie sie normalerweise verwenden. „Nehmen Sie so viel, wie Sie normalerweise brauchen, um Ihr Geschäft zu erledigen.“
- Wenn alle ihre Toilettenpapiermenge entnommen haben, teilen Sie der Gruppe mit, dass sie der Gruppe für jedes Blatt Toilettenpapier, das sie entnommen haben, eine Sache über sich selbst mitteilen müssen.
- Jeder\_in der Gruppe durchläuft den Prozess, einschließlich der Moderator\_innen.
- Wenn alle sich mitgeteilt haben, schließen Sie die Übung.

Titel der Übung:  
**Menschen-Bingo**

Lernbereich/Gruppe:  
**Eisbrecher und Energiser**

ESTICOM



**Ziel der Übung:**

Eisbrecher-Energiser-Hybrid: Gegenseitiges Kennenlernen der Teilnehmer\_innen und Steigerung der Energie der Teilnehmer\_innen nach einer langen Sitzung oder einer Pause, z. B. der Mittagspause, indem die Teilnehmer\_innen aktiv werden und auch Vertrauen in die Gruppe aufgebaut wird.

**Erwartete Übungsergebnisse:**

Die Teilnehmer\_innen haben ihre Energie aufgebaut und mehr über die anderen erfahren.



**Erforderliche Materialien:**

- ✎ Die Bingokarten, die Sie ausgewählt haben – eine für jede Teilnehmerin/jeden Teilnehmer
- ✎ Stifte



**Vorbereitung der Moderator\_innen:**

- ✓ Lesen Sie die Übung durch, um zu erfahren, wie Sie sie effektiv ausführen.
- ✓ Entscheiden Sie, welche der Bingokarten Sie verwenden, je nachdem, wie viele Teilnehmer\_innen Sie in der Schulung erwarten. Die Fragenkarte mit neun Feldern enthält Fragen mit eindeutig sexuellem Hintergrund.



**Hilfreiche Tipps für Moderator\_innen:**

- 💡 Abhängig davon, welche Bingo-Karte in dieser Übung verwendet wird, können Barrieren und Tabus in Bezug auf den Gebrauch sexualisierter Sprache und Aktivitäten durchbrochen werden, so dass die Menschen die Scheu vor dieser Sprache während der Schulung verlieren. Nützlich, wenn Sie eine Schulungseinheit über sexuelle Gesundheit, Sprache oder sexuelle Aktivitäten veranstalten.
- 💡 Diese Übung wird auch als „Human Bingo“ und „Schatzsuche“ bezeichnet.

**Methode: (10 Minuten)**

- 1** Informieren Sie die Teilnehmer\_innen darüber, dass Sie jetzt „Menschen-Bingo“ spielen, eine Variante von Bingo. Statt jedoch darauf zu warten, dass das Richtige gehört wird, müssen die Teilnehmer\_innen herumlaufen und miteinander reden, um Antworten zu finden, ihre Karte zu vervollständigen, und dann „Bingo“ zu schreien.
- 2** Geben Sie jeder Teilnehmerin/jedem Teilnehmer eine Bingokarte und einen Stift. Die Bingokarten können aus 3 x 3, 4 x 4 oder 5 x 5 Feldern bestehen, daher können die Teilnehmer\_innen 9, 16 oder 25 Fragen beantworten.
- 3** Sagen Sie der Gruppe, dass Sie möchten, dass sie ihre Bingo-Karte vervollständigen, indem Sie jemanden finden und ihr/ihm von der eigenen Karte eine Frage stellen. Wenn sie/er Ja sagt (oder zustimmt), haben Sie das Feld ausgefüllt. Notieren Sie dies, indem Sie den Namen der Person in dieses Feld eintragen.
- 4** Sie können einer Person nur eine Frage stellen (deshalb ist die Auswahl der Karte und die Anzahl der Fragen darauf, ausschlaggebend).
- 5** Wenn Ihnen eine Frage gestellt wird, ist es schlechtes Benehmen, eine Frage direkt an die Person zu stellen, die gerade eine Frage gestellt hat. Sie müssen Initiator\_in des Stellen von Fragen sein - also KÖNNEN Sie Leute fragen, die Ihnen Fragen gestellt haben, nur nicht zur gleichen Zeit.
- 6** Die erste Person, die alle Felder ausgefüllt bekommt, ruft „Bingo“ und ihre Karte wird von den Moderator\_innen als vollständig ausgefüllt und somit als „Siegeskarte“ bestätigt. Wenn ein\_e Gewinner\_in ermittelt wurde, schließen Sie die Übung.





**Menschen Bingo – Fragekarte – sexuell explizit (9 Fragen)**

<b>Publikum beim Sex haben</b>	<b>Sex in hohen Schuhen haben</b>	<b>Sex in der Dusche oder im Bad haben</b>
<b>Pornos beim Sex schauen</b>	<b>Sex im Freien haben</b>	<b>Sex am Morgen haben</b>
<b>Tittentrimmen</b>	<b>Meinen Arsch fingern</b>	<b>Sexspielzeug beim Masturbieren verwenden</b>



**Menschen-Bingo – Fragekarte – Allgemein (9 Fragen)**

<b>Hat im Ausland gelebt</b>	<b>Hat ein Haustier</b>	<b>Liebt den Sommer</b>
<b>Gefällt „Star Wars“</b>	<b>Isst Schokolade</b>	<b>Hat in den letzten 24 Stunden ein „Selfie“ gepostet</b>
<b>Mag Tomatenketchup</b>	<b>Hat in den letzten 12 Monaten eine Oper besucht</b>	<b>Kocht/backt gern</b>



### Menschen-Bingokarte – Fragekarte – Allgemein (16 Fragen)

Hat 5 oder mehr Länder besucht	Hat an einer professionellen Sportveranstaltung teilgenommen	Kann ein Musikinstrument spielen	Mag/trinkt keinen Kaffee
Mag die Farbe Pink	Kann pfeifen	Der Name wurde schon mal falsch geschrieben oder falsch ausgesprochen	Hat ein Großeltern teil aus einem anderen Land
Zeichnet/malt gern	Hat während eines Films geweint	Hat mit einer berühmten Person gesprochen	Bevorzugt salzige gegenüber süßen Snacks
Trägt Kontaktlinsen	Hat eine Allergie	Spricht zwei oder mehr Sprachen	Ist jünger als Sie



### Menschen-Bingokarte - Fragekarte - Allgemein (25 Fragen)

Praktiziert 2 oder mehr Sportarten	Hat eine Phobie	Hat den gleichen Anfangsbuchstaben im Vornamen wie Sie	Ist ein Einzelkind	Mag/isst keine Schokolade
Hat 3 oder mehr Geschwister	Hat ein „S“ im Namen	Kann Klavier spielen	Kann Rollschuh fahren	Spielt/baut gern mit Lego
Hat in den letzten 3 Monaten 3 oder mehr Bücher gelesen	Isst vegan oder vegetarisch	War in einem Theaterstück oder Musical	Besitzt mehr als 5 Paar Schuhe	Verbrachte am vergangenen Wochenende 3 oder mehr Stunden mit Videospiele
Weiß, wo die Großeltern geboren wurden	Hat ein Promi-Autogramm	Ist noch nie mit einem Flugzeug/Hubschrauber geflogen	Singt gern Karaoke	Hat eine Tätowierung oder ein Piercing, das nicht leicht sichtbar ist
War in einem Disney-Themenpark	Bevorzugt kaltes Wetter	Schneidet sich selbst die Haare	Hat noch nie Monopoly oder Twister	Wurde nicht in dem Land geboren, in dem er/sie jetzt lebt

## Teilnehmerarbeitsblatt: Kommunikation und zwischenmenschliche Fähigkeiten

### Menschen-Bingo – Fragekarte

<b>Publikum beim Sex haben</b>	<b>Sex in hohen Schuhen haben</b>	<b>Sex in der Dusche oder im Bad haben</b>
<b>Pornos beim Sex schauen</b>	<b>Sex im Freien haben</b>	<b>Sex am Morgen haben</b>
<b>Tittentrimmen</b>	<b>Meinen Arsch fingern</b>	<b>Sexspielzeug beim Masturbieren verwenden</b>

### Menschen-Bingo – Fragekarte

<b>Hat im Ausland gelebt</b>	<b>Hat ein Haustier</b>	<b>Liebt den Sommer</b>
<b>Gefällt „Star Wars“</b>	<b>Isst Schokolade</b>	<b>Hat in den letzten 24 Stunden ein „Selfie“ gepostet</b>
<b>Mag Tomatenketchup</b>	<b>Hat in den letzten 12 Monaten eine Oper besucht</b>	<b>Kocht/backt gern</b>

**Menschen-Bingo – Fragekarte**

<b>Hat 5 oder mehr Länder besucht</b>	<b>Hat an einer professionellen Sportveranstaltung teilgenommen</b>	<b>Kann ein Musikinstrument spielen</b>	<b>Mag/trinkt keinen Kaffee</b>
<b>Mag die Farbe Pink</b>	<b>Kann pfeifen</b>	<b>Der Name wurde schon mal falsch geschrieben oder falsch ausgesprochen</b>	<b>Hat einen Großelternanteil aus einem anderen Land</b>
<b>Zeichnet/malt gern</b>	<b>Hat während eines Films geweint</b>	<b>Hat mit einer berühmten Person gesprochen</b>	<b>Bevorzugt salzige gegenüber süßen Snacks</b>
<b>Trägt Kontaktlinsen</b>	<b>Hat eine Allergie</b>	<b>Spricht zwei oder mehr Sprachen</b>	<b>Ist jünger als Sie</b>

**Menschen-Bingo – Fragekarte**

<b>Praktiziert 2 oder mehr Sportarten</b>	<b>Hat eine Phobie</b>	<b>Hat den gleichen Anfangsbuchstaben im Vornamen wie Sie</b>	<b>Ist ein Einzelkind</b>	<b>Mag/isst keine Schokolade</b>
<b>Hat 3 oder mehr Geschwister</b>	<b>Hat ein „S“ im Namen</b>	<b>Kann Klavier spielen</b>	<b>Kann Rollerskate fahren</b>	<b>Spielt/baut gern mit Lego</b>
<b>Hat in den letzten 3 Monaten 3 oder mehr Bücher gelesen</b>	<b>Isst vegan oder vegetarisch</b>	<b>War in einem Theaterstück oder Musical</b>	<b>Besitzt mehr als 5 Paar Schuhe</b>	<b>Verbrachte am vergangenen Wochenende 3 oder mehr Stunden mit Videospielen</b>
<b>Weiß, wo die Großeltern geboren wurden</b>	<b>Hat ein Promi-Autogramm</b>	<b>Ist noch nie mit einem Flugzeug/Hubschrauber geflogen</b>	<b>Singt gern Karaoke</b>	<b>Hat eine Tätowierung oder ein Piercing, das nicht leicht sichtbar ist</b>
<b>War in einem Disney-Themenpark</b>	<b>Bevorzugt kaltes Wetter</b>	<b>Schneidet sich selbst die Haare</b>	<b>Hat noch nie Monopoly oder Twister gespielt</b>	<b>Wurde nicht in dem Land geboren, in dem er/sie jetzt lebt</b>

ESTICOM

Titel der Übung:  
**Unmögliche Verbindungen**

Lernbereich/Gruppe:  
**Eisbrecher und Energiser**

ESTICOM



**Ziel der Übung:**

Energiser: Um die Energie der Teilnehmer\_innen nach einer langen Sitzung oder einer Schulungspause wie dem Mittagessen zu steigern, indem sie zur Aktivität angeregt werden.

**Erwartete Übungsergebnisse:**

Das Energieniveau der Teilnehmer\_innen wurde aufgebaut.



**Erforderliche Materialien:**

✎ Keine.



**Vorbereitung der Moderator\_innen:**

✓ Lesen Sie die Übung durch, um zu erfahren, wie Sie sie effektiv ausführen.



**Hilfreiche Tipps für Moderator\_innen:**

💡 Achten Sie darauf, ob Teilnehmer\_innen Mobilitätsprobleme haben, um zu verstehen, welche „Unmöglichen Verbindungen“ hergestellt werden können.

**Methode: (5 bis 10 Minuten)**

- 1 Stellen Sie sicher, dass sich alle Teilnehmer\_innen mit einer körperlichen Übung wohl fühlen (sie müssen sich im Raum bewegen – es muss nicht unbedingt schnell gehen).
- 2 Bitten Sie die Teilnehmer\_innen, sich im Raum zu bewegen und ihnen mitzuteilen, dass sie, wenn Sie eine Anweisung ausrufen, diese „unmögliche Verbindung“ eingehen sollen. Wenn Sie beispielsweise „drei linke Ellbogen“ rufen, müssen sich die Teilnehmer\_innen so schnell wie möglich in Dreiergruppen versammeln, wobei sich die linken Ellbogen berühren.
- 3 Bringen Sie die Gruppe in Bewegung und rufen Sie dann eine Anweisung wie „vier Hüften“ aus.
- 4 Sie können dies mit jeder Kombination wie „zwei rechte Füße“, „sechs Knie“, „zwei Schultern“, „sieben linke Hände“ usw. machen.
- 5 Machen Sie nicht mehr als sechs Kombinationen. Wenn Sie fertig sind, schließen Sie die Übung.

ESTICOM

Titel der Übung:  
**Let's Talk About Sex**

Lernbereich/Gruppe:  
**Eisbrecher und Energiser**

ESTICOM



**Ziel der Übung:**

Eisbrecher: Die Teilnehmer\_innen sollen sich besser kennenlernen und ein gegenseitiges Vertrauen aufbauen. Diese Übung ermöglicht den Teilnehmer\_innen, mehr Informationen über die anderen Teilnehmer\_innen zu erhalten, wobei die Art und Menge der Informationen vom Einzelnen gesteuert wird. Sie hilft auch, Barrieren abzubauen, die mit dem Sprechen über sexuelle Aktivitäten verbunden sind.

**Erwartete Übungsergebnisse:**

Die Teilnehmer\_innen haben Informationen über sich selbst ausgetauscht und viele Informationen über die anderen Teilnehmer\_innen gehört, wodurch sie Verbindungen geknüpft und Vertrauen aufgebaut und somit Tabus zum Gespräch über Sex und sexuelle Aktivitäten in der Gruppe gebrochen.



**Erforderliche Materialien:**

✎ „Let's talk about sex“ Karten



**Vorbereitung der Moderator\_innen:**

✓ Lesen Sie die Übung durch, um zu erfahren, wie Sie sie effektiv ausführen.



**Hilfreiche Tipps für Moderator\_innen:**


💡 Ein nützlicher Eisbrecher, wenn Themen zur sexuellen Gesundheit oder Aktivitäten für Schwule und andere MSM behandelt werden sollen.

**Methode: (15 Minuten)**

- 1 Bitten Sie die Teilnehmer\_innen, sich in einen Kreis zu setzen und der Gruppe mitzuteilen, dass sie jetzt eine Übung mit dem Titel „Let's Talk About Sex“ durchführen.
- 2 Sagen Sie der Gruppe, dass Sie einige Karten verdeckt in die Mitte des Bodens/Raums legen und die Übung folgendermaßen abläuft:
  - eine Teilnehmerin/ein Teilnehmer muss jeweils eine Karte aufheben und anschauen und dann sagen, was ihr/ihm in Reaktion auf den Inhalt dieser Karte zuerst in den Sinn kommt. Sie müssen dann zwei der Fragen beantworten, die Sie auf den Flipchart geschrieben haben.
- 3 Sagen Sie der Gruppe, dass jede\_r mindestens einmal an der Reihe sein wird, und es mehr Spaß macht, mitzuspielen, als sich zu widersetzen.

- 4 Legen Sie nun die Karten verdeckt auf den Boden in die Mitte des Kreises, während ein\_e Co-Moderator\_in die folgenden vier Fragen auf den Flipchart schreibt.
  - „Haben Sie das schon ausprobiert?“ Wenn nicht, möchten Sie es tun?“
  - „Was ist mit dieser Aktivität, finden Sie sie anregend oder eher abstoßend?“
  - „Haben Sie es jemals gesehen oder selbst gemacht?“
  - „Haben Sie eine Erfahrung mit der Aktivität, die Sie kurz teilen möchten?“
- 5 Wenn Sie bereit sind fortzufahren, suchen Sie eine\_n Freiwillige\_n, um zu beginnen. Wenn Sie der Meinung sind, dass die Gruppe besonders schüchtern ist oder Widerstände hat, kann auch die/der Moderator\_in mit der Übung beginnen. Dies ist auch nützlich, wenn Sie den Ton und die Parameter für die Übung festlegen möchten.
- 6 Sie können Diskussionen, Antworten, Fragen (innerhalb der Grenzen) und Wiederholungen der Übung anregen, je nachdem, wie viel Zeit Ihnen für die Übung zur Verfügung steht. Eine\_r der Moderator\_innen muss die Verantwortung dafür übernehmen, dass die Zeit für die Übung eingehalten wird.
- 7 Stellen Sie sicher, dass jede\_r die Möglichkeit zur Teilnahme hatte, und hören Sie auf, wenn Ihnen die Zeit oder die Karten ausgehen.
- 8 Umschreiben Sie den Lernerfolg aus dieser Übung wie folgt:  
 „Vielen Dank für Ihre Teilnahme. Wir tun dies, um uns mit dem Thema und den nervösen Reaktionen zu befassen, die wir häufig erfahren, wenn wir aufgefordert werden, über Sex und sexuelle Aktivitäten zu sprechen, insbesondere innerhalb einer Gruppe. Es ist auch eine Übung, die die Bandbreite der sexuellen Aktivitäten hervorhebt, die Schwule und andere MSM miteinander genießen und uns an diese erinnert.“

#### Zusätzliche Information:

 Dies sind die Themen-Diskussionskarten:

Fuckbuddies
Glory holes
Rasierte Eier
Doggy style / Hündchenstellung
Cockringe
69
Sex mit Lebensmitteln
Frottage
Sperma
Poppers
Fetische
Blasen

Sex im Darkroom
Bauchbehaarung
Spanking
Babyöl
Kondome
Lebensgefährte
Elektro-Spiele
Dildos
Gaydar / Hornet / Scruff etc. etc. ...
Fisting
Massage
Masturbation
Aktiv
Passiv
Lecken
Piercings
Size Queen
Rimming
Spülen
Butt-Plugs
Ficken
Anal
Klappensex
Saunas
Sounding

Scat
Kuscheln
behaart
Vibrator
Brustwarzen
Topping
Bottoming
Bondage
Flotter Dreier
Gruppensex
Sling
Körperbehaarung
CBT
Küssen
Tittentrimmen
Bareback
Master / Sklave
Wassersport
Liebe machen

## Teilnehmer\_innenarbeitsblatt: Eisbrecher und Energiser

### Lets Talk About Sex – Diskussionskarten zum Thema

Fuckbuddies
Glory holes
Rasierte Eier
Doggy style / Hündchenstellung
Cockringe
69
Sex mit Lebensmitteln
Frottage
Sperma
Poppers
Fetische
Blasen
Sex im Darkroom
Bauchbehaarung
Spanking
Babyöl
Kondome
Lebensgefährte
Elektro-Spiele
Dildos
Gaydar / Hornet / Scruff etc. etc. ...
Fisting
Massage
Masturbation
Aktiv
Passiv
Lecken

Piercings
Size Queen
Rimming
Spülen
Butt-Plugs
Ficken
Anal
Klappensex
Saunas
Sounding
Scat
Kuscheln
behaart
Vibrator
Brustwarzen
Topping
Bottoming
Bondage
Flotter Dreier
Gruppensex
Sling
Körperbehaarung
CBT
Küssen
Tittentrimmen
Bareback
Master / Sklave
Wassersport
Liebe machen

**ESTICOM**



**Titel der Übung:**  
**„Aufstellung“ oder „Von oben bis unten“**  
**Lernbereich/Gruppe:**  
**Eisbrecher und Energiser**

**Ziel der Übung:**

Eisbrecher-Energiser-Hybrid: Die Energie der Teilnehmer\_innen nach einer langen Sitzung oder einer Schulungspause wie dem Mittagessen zu steigern, indem sie zur Aktivität angeregt werden. Abhängig von den durch die Teilnehmer\_innen verwendeten Kriterien erfahren die Teilnehmer\_innen auch etwas übereinander. Dies ist eine nützliche Aktivität für Gruppen ab 16 Personen.

**Erwartete Übungsergebnisse:**

Die Teilnehmer\_innen haben ihr Energieniveau aufgebaut und in Abhängigkeit von den verwendeten Kriterien mehr über die anderen Teilnehmer\_innen erfahren.



**Erforderliche Materialien:**

- Keine.



**Vorbereitung der Moderator\_innen:**

- Lesen Sie die Übung durch, um zu erfahren, wie Sie sie effektiv ausführen.



**Hilfreiche Tipps für Moderator\_innen:**


- Achten Sie darauf, ob Teilnehmer\_innen Mobilitätsprobleme haben.
- Diese Übung ähnelt der Übung „Superlative“
- Alternativ können Sie auch für das Thema/den Workshop relevante Anordnungskriterien verwenden
- Verwenden Sie diese Aktivität regelmäßig während längerer Sitzungen als schnellen Energiser



### Methode: (5 bis 10 Minuten)

- 1 Bei großen Gruppen organisieren Sie die Teilnehmer\_innen in kleinere Gruppen von 8 - 20 Personen.
- 2 Erklären Sie den Teilnehmer\_innen, dass sie, wenn sie aufgefordert werden, sich auf eine bestimmte Weise in einer Reihe aufzustellen, so schnell wie möglich in die Reihen einreihen müssen. Wenn eine Gruppe eine Reihe abschließt, müssen die Gruppenmitglieder klatschen, um anzuzeigen, dass sie fertig sind.
- 3 Zu den Optionen für die Aufstellungskriterien gehören:
  - Alter
  - Schuhgröße
  - Länge der Armreichweite
  - Körpergröße (von klein bis groß)
  - Alphabetisch (Vorname)
  - Geburtsdatum (Januar bis Dezember)
  - Die Anzahl der Geschwister
  - Zeitraum der Tätigkeit im aktuellen Job
  - Anzahl der Haustiere/Tiere, die Sie haben
- 4 Wenn Sie so viele Aufstellungen abgeschlossen haben, wie Sie für notwendig halten, um die Energie der Teilnehmer\_innen zu erhöhen, schließen Sie die Übung.

### Zusätzliche Information:

-  Bitten Sie die Gruppen, ihre eigenen Methoden zu finden, mit denen sie Sie wissen lassen, dass sie fertig sind (z. B. ein Lied summen, schreien, die Hände heben usw.). Dies kann der Übung viel Spaß hinzufügen und sie von anderen unterscheiden, die Sie in demselben Workshop durchgeführt haben.

Titel der Übung:

### Satzstarter

Lernbereich/Gruppe:

### Eisbrecher und Energiser

ESTICOM



### Ziel der Übung:

Eisbrecher: Die Teilnehmer\_innen zu ermutigen, sich kennenzulernen und einander zu vertrauen

### Erwartete Übungsergebnisse:

Die Teilnehmer\_innen haben Informationen über sich selbst ausgetauscht und voneinander erfahren.



### Erforderliche Materialien:

- Satzstarter – mindestens 2 pro Teilnehmer\_in



### Vorbereitung der Moderator\_innen:

- ✓ Lesen Sie die Übung durch, um zu erfahren, wie Sie sie effektiv ausführen.
- ✓ Entscheiden Sie, welche „Satzstarter“ Sie verwenden möchten, und fügen Sie sie in Ihre eigenen ein. Wenn Sie die Teilnehmer\_innen kennen, können Sie sicherstellen, dass sich die „Starter“ auf die Gruppenmitglieder beziehen
- ✓ Schreiben Sie vor dem Kurs die „Satzstarter“, die Sie verwenden möchten, auf kleine Zettel.



### Hilfreiche Tipps für Moderator\_innen:

- Überfüllen Sie Ihre Schüssel nicht mit „Startern“ – es wird empfohlen, jeweils zwei je Teilnehmer\_in zu nehmen (bei 10 Teilnehmer\_innen haben Sie also 20 „Starter“).
- Diese Übung kann zusammen mit dem Thema „Sensibilisierung für und Implementierung von TasP (U=U), PrEP, PEP und Selbsttests oder Heimtests für MSM“ unter Verwendung einiger verwandter Satzstarter durchgeführt werden. Unter „Zusätzliche Informationen“ finden Sie einige Beispiele, in denen Sie Ihre Kenntnisse und Erfahrungen in Ihrer Region/Ihrem Land vertiefen können.


### Methode: (10 – 15 Minuten)

- 1 Lassen Sie jede Person einen Zettel aus einer Schüssel ziehen und ihren Namen sagen, den Satzstarter lesen und den Satz dann vervollständigen.
- 2 Sie könnten auch mehrere zusätzliche Informationssätze bereitstellen, die mit ihrem Satzstarter übereinstimmen.
- 3 Stellen Sie sicher, dass jede\_r mindestens einen „Starter“ vorliest und vervollständigt.
- 4 Wenn Sie genug „Starter“ gehört haben oder 15 Minuten erreicht haben, beenden Sie die Übung.

### Zusätzliche Information:

 Nachstehend eine Beispielliste von Satzstartern:

- Obwohl die meisten Leute nicht finden ...
- Ich bin ...
- Ich habe nie ...
- Ich liebe es, wenn ...
- Ich liebe es, zu ...
- Ich denke, ich habe das beste ...
- Ich würde nie ...
- Meine Vorstellung von Schönheit ist ...
- Das Beste, was ich je für mein Kind getan habe, ist ...
- Der beste Weg für mich zu entspannen ist ...
- Der beste Weg zu sparen ist ...
- Der größte und beste ...
- Das lustigste, was mir je passiert ist, war ...
- Das Beste, was mein Kind jemals getan hat, war ...
- Die geringste ...
- Die wichtigste Entscheidung, die ich je in meinem Leben getroffen habe, war ...
- Das Unglaublichste ...
- Was mich zum Lachen bringt, ist ...
- Es gibt nichts, was ich mehr genieße als ...
- Wenn ich an Pflaumen denke ...
- In meinem Land kann ich einen Selbsttest machen für ...
- In meinem Angebot ist PrEP ...
- In meinem Land ist die Verwendung von PEP ...

 Variante:

Lassen Sie die Teilnehmer\_innen im Kreis sitzen und ziehen Sie jeweils einen Zettel aus einer Tasche, einem Korb oder einer Schachtel. Lesen Sie den Satzanfang und lassen Sie jede Person abwechselnd die Sätze vervollständigen.

Titel der Übung:  
**Haie und Pinguine**

Lernbereich/Gruppe:  
**Eisbrecher und Energiser**

ESTICOM



### Ziel der Übung:

Energiser: Um die Energie der Teilnehmer\_innen nach einer langen Sitzung oder einer Schulungspause wie dem Mittagessen zu steigern, indem sie zur Aktivität angeregt werden.

### Erwartete Übungsergebnisse:

Das Energieniveau der Teilnehmer\_innen wurde aufgebaut.



### Erforderliche Materialien:

- ✎ Zwei A4-Blätter



### Vorbereitung der Moderator\_innen:

- ✓ Lesen Sie die Übung durch, um zu erfahren, wie Sie sie effektiv ausführen.
- ✓ Achten Sie auf Teilnehmer\_innen mit Mobilitätsproblemen



### Hilfreiche Tipps für Moderator\_innen:

- 💡 Sie benötigen einen ziemlich großen freien Bereich im Raum, um dieses Spiel zu spielen.

### Methode: (5 bis 10 Minuten)

- 1 Teilen Sie den Teilnehmer\_innen mit, dass Sie jetzt „Haie und Pinguine“ spielen, ein sehr aktives Spiel. Sie müssen darauf achten, ob es Teilnehmer\_innen mit Mobilitätsproblemen gibt (Rollstuhlfahrer\_innen oder Benutzer\_innen von Krücken), obwohl sie dies nicht daran hindert, sich an der Aktivität zu beteiligen. Tatsächlich kann es zum Spaß beitragen, wenn der Hai im Rollstuhl sitzt (und noch besser, wenn er die Melodie zum „Weißen Hai“ summt ...) Sagen Sie der Gruppe, dass es das Ziel des Spiels ist, ein Pinguin zu bleiben, während alle Pinguine um Sie herum in „Haie“ verwandelt werden.
- 2 Abhängig von der Größe der Gruppe (z.B. wenn mehr als acht Personen anwesend sind) legen Sie die beiden Blätter A4-Papier auf jedes Ende des freien Bereiches im Raum (für die Aktivität benötigen Sie einen großen freien Bereich), in dem Sie arbeiten. Die Blätter stellen „Eisberge“ dar, die die einzigen „Sicherheitszonen“ für die Pinguine sind.
- 3 Bitten Sie eine Person, sich freiwillig als Hai zu melden. Als Hai ist es ihre Aufgabe, die Pinguine zu fangen, indem sie sie leicht berührt (ohne sie zu greifen) und so in Haie zu verwandeln.
- 4 Der Rest der Gruppe wird zu Pinguinen, die sich im Raum bewegen. Pinguine können nicht um die Eisberge herumkreisen. Jeder Pinguin, der dies tut, wird automatisch zum Hai
- 5 Sagen Sie der Gruppe, dass Sie sie mit „Freie Schwimmzeit“ starten und dann ab und zu „Haiattacke“ rufen. Wenn sie das hören, müssen die Pinguine versuchen, einen Teil ihres Fußes/ihrer Hand/ihrer Rollstuhlrades/ihrer Krücke/... auf einen der „Eisberge“ zu bringen, die ihre Sicherheitszone sind. Der „Hai“ greift an, indem er die Pinguine leicht berührt, die sich an Ort und Stelle nicht mehr bewegen. Die „Haiattacke“ dauert so lange, bis alle Pinguine einen Teil ihres Fußes/Rades/ihrer Hand auf dem „Eisberg“ haben oder von einem Hai eingefroren wurden. Diese eingefrorenen Pinguine werden dann zu zusätzlichen Haien, die nun mit den anderen Haien Pinguine jagen.
- 6 Stellen Sie sicher, dass alle Teilnehmer\_innen die Regeln der Aktivität verstehen, und starten Sie die Aktivität, indem Sie „Freie Schwimmzeit“ rufen.
- 7 Wählen Sie eine Zeit, in der Sie „Haiattacke“ rufen, und stellen Sie sicher, dass sich der Hai und die Pinguine an die Regeln halten, dass gefangene Pinguine an Ort und Stelle einfrieren und der Hai keine Pinguine in der Eisberg-Sicherheitszone angreift. Erinnern Sie die gefangenen Pinguine daran, dass sie nun Haie sind und zusammen mit den anderen Haien Pinguine jagen müssen
- 8 Rufen Sie „Freie Schwimmzeit“, damit die Pinguine von den Eisbergen wegschwimmen können, und bevor Sie erneut „Haiattacke“ rufen, zerreißen Sie jedes Stück A4-Papier (die Eisberge) in zwei Hälften, wobei Sie nur die Hälfte des Papiers (also zwei halbe A4-Blätter) wieder auf den Boden zurücklegen. Es gibt jetzt viel weniger „Sicherheitszonen“ für die Pinguine.
- 9 Das Spiel geht weiter, während die Moderatorin/der Moderator „Haiattacke“ ruft, neue Haie gemacht und die Papiereisberge nach jedem Haiangriff in zwei Hälften zerrissen werden. Die Gewinnerin/der Gewinner ist der letzte stehende Pinguin. Die Übung wird mit der Ernennung der Gewinnerin/des Gewinners abgeschlossen.

Titel der Übung:  
**Superlativen**

Lernbereich/Gruppe:  
**Eisbrecher und Energiser**

ESTICOM



### Ziel der Übung:

Energiser-Eisbrecher-Hybrid: Bauen Sie das gegenseitige Wissen der Teilnehmer\_innen auf und steigern Sie die Energie der Teilnehmer\_innen, indem Sie sie aktiv werden lassen und ihnen helfen, Vertrauen in die Gruppe aufzubauen.

### Erwartete Übungsergebnisse:

Am Ende der Übung haben die Teilnehmer\_innen ihre Energie aufgebaut und voneinander gelernt.



### Erforderliche Materialien:

- Keine.



### Vorbereitung der Moderator\_innen:

- ✓ Lesen Sie die Übung durch, um zu erfahren, wie Sie sie effektiv ausführen.
- ✓ Wählen Sie die Kategorien aus, die Sie für die Übung verwenden möchten.



### Hilfreiche Tipps für Moderator\_innen:

- ⚠ Achten Sie darauf, dass manche Teilnehmer\_innen eventuell Mobilitätsprobleme haben, z.B. möglicherweise im Rollstuhl sitzen. Wählen Sie also die entsprechenden Kategorien und vermeiden Sie Dinge, die sie möglicherweise diskriminieren oder beleidigen könnten.

### Methode: (5 bis 10 Minuten)

- 1 Sagen Sie der Gruppe, dass sie jetzt ein Spiel mit dem Namen „Superlative“ spielen werden.
- 2 Teilen Sie die Gruppe in Teams von 5 bis 10 Personen auf (abhängig von der Anzahl) und lassen Sie sie eine „Anführerin“/einen „Anführer“ auswählen.
- 3 Sagen Sie ihnen, dass das Ziel dieses Spiels darin besteht, sich so schnell wie möglich entsprechend der Kategorie neu zu organisieren.
- 4 Verwenden Sie Ihre eigenen Kategorien oder eine der folgenden:
  - Vom kürzesten zum längsten – wie viele Buchstaben enthält Ihr Vorname?
  - Vom entferntesten bis zum nächstgelegenen von diesem Veranstaltungsort aus – Ihr Geburtsort
  - Von den wenigsten bis zu den meisten – wie viele Brüder und Schwestern haben Sie?
  - Vom kleinsten zum größten – Ihre Körpergröße
  - Von Anfang bis Ende des Jahres – Geburtsdaten
- 5 Sobald sich ein Team arrangiert hat, stellt die „Anführerin“/der „Anführer“ der Gruppe sicher, dass dies geschehen ist.
- 6 Die erste Gruppe, die dies tut, gewinnt das Spiel, sobald sie von den Moderator\_innen überprüft wurde. Sie können die „Besten Drei“ spielen, wenn die Gruppen ihre Rätsel schnell lösen.

### ESTICOM

### Titel der Übung: Zwei Wahrheiten und eine Lüge

Lernbereich/Gruppe:  
**Eisbrecher und Energiser**



### Ziel der Übung:

Eisbrecher: Die Teilnehmer\_innen sollen sich besser kennenlernen und gegenseitiges Vertrauen aufbauen. Diese Übung ermöglicht den Teilnehmer\_innen, mehr Informationen über die anderen Teilnehmer\_innen zu erhalten, wobei die Art und Menge der Informationen vom Einzelnen gesteuert wird.

### Erwartete Übungsergebnisse:

Die Teilnehmer\_innen tauschen Informationen über sich selbst aus und erhalten viele Informationen über ihre Mitspieler\_innen, wodurch sie Verbindungen aufbauen und lernen, der Gruppe zu vertrauen.



### Erforderliche Materialien:

- Keine.



### Vorbereitung der Moderator\_innen:

- ✓ Lesen Sie die Übung durch, um zu erfahren, wie Sie sie effektiv ausführen.



### Hilfreiche Tipps für Moderator\_innen:

- Geben Sie den Spieler\_innen ein paar Minuten Zeit, um über ihre Wahrheiten und Lügen nachzudenken, die sie mit anderen teilen

### Methode: (10 – 15 Minuten)

- 1 Bitten Sie die Teilnehmer\_innen, sich in einen Kreis zu setzen.
- 2 Sagen Sie der Gruppe, dass sich jede Person vorstellen wird, indem sie zwei Wahrheiten und eine Lüge über sich selbst erzählt. Der Rest der Gruppe wird versuchen herauszufinden, welche Aussage die Lüge ist.
- 3 Beispiel: „Hallo, ich bin Mary. In der Oberschule gingen meine Haare fast bis zur Hüfte, ich habe mich am Flughafen in einer Kaffee-Lounge mit Cher unterhalten und ich spreche vier Sprachen.“
- 4 Jede\_r in der Gruppe durchläuft den Prozess, einschließlich der Moderator\_innen. Wenn alle gesprochen haben, schließen Sie die Übung.

Titel der Übung:  
„Ja, das habe ich getan ...“

Lernbereich/Gruppe:  
Eisbrecher und Energiser

ESTICOM



### Ziel der Übung:

Energiser und Eisbrecher-Hybrid: Um die Energie der Teilnehmer\_innen nach einer langen Sitzung oder einer Schulpause wie dem Mittagessen zu steigern. Diese Übung ermöglicht den Teilnehmer\_innen, mehr Informationen über die anderen zu erfahren und ihre Energie wieder aufzubauen.

### Erwartete Übungsergebnisse:

Die Teilnehmer\_innen tauschen Informationen über sich selbst aus und erhalten viele Informationen über ihre die anderen Teilnehmer\_innen, wodurch sie Verbindungen aufbauen und lernen, der Gruppe zu vertrauen.



#### Erforderliche Materialien:

- Das Frage- und Unterschriftenblatt „Ja, das habe ich getan ...“ - eines für jede Teilnehmerin/jeden Teilnehmer.



#### Vorbereitung der Moderator\_innen:

- Lesen Sie die Übung durch, um zu erfahren, wie Sie sie effektiv ausführen.



#### Hilfreiche Tipps für Moderator\_innen:

- Dies ist ein nützlicher Energiser für die Schulung von Kommunikation, Motivierender Gesprächsführung (MI) und Beratungsfähigkeiten.

### Methode: (10 Minuten)

- Sagen Sie den Teilnehmer\_innen, dass Sie jetzt ein Spiel spielen, in dem sie sich gegenseitig einige Fragen stellen und versuchen, die Ersten zu sein, die ihr Blatt vervollständigen.
- Verteilen Sie das Blatt mit den Fragen und sagen Sie den Teilnehmer\_innen, dass es ihr Ziel ist, jemanden in der Gruppe zu finden, der jede der Fragen beantworten kann. Wenn sie jemanden gefunden haben, der sagen kann: „Ja, das habe ich getan“, bitten Sie die Person, neben dieser Frage mit ihrem Namen zu unterschreiben.
- Wenn es mehr Fragen als Teilnehmer\_innen gibt, kann es doppelte Unterschriften geben, Sie müssen jedoch ein Ja und eine Unterschrift von allen Teilnehmer\_innen haben, bevor sie die doppelten Unterschriften erhalten. Mit anderen Worten, sie können derselben Person in derselben Unterhaltung/Besprechung nicht mehrere Fragen stellen.
- Es kann sein, dass die Leute keine „neue“ Person finden, die auf eine bestimmte Aussage mit „Ja“ antwortet. In diesem Fall müssen sie den Namen des Ja einer Person zu einer Aussage zurückverfolgen und entfernen, damit sie auf eine andere Aussage mit Ja antworten kann.
- Die erste Person, die ihre Liste vervollständigt, gewinnt.
- Die Fragen auf der Liste sind:
  - Waren Sie jemals in Australien?
  - Sind Sie schon einmal Motorrad gefahren?
  - Haben Sie jemals in einem anderen Land gelebt?
  - Haben Sie jemals eine Berühmtheit getroffen?
  - Waren Sie schon einmal in einem Disney-Themenpark?
  - Haben Sie jemals einen Gemüsegarten angelegt?
  - Haben Sie jemals in einem Laden gearbeitet?
  - Haben Sie jemals eine Hochzeit geplant?
  - Sind Sie jemals in einer Limousine gefahren?
  - Haben Sie schon einmal einen Rasenmäher gefahren?
  - Haben Sie schon einmal an einem Marathon teilgenommen?
  - Waren Sie schon mal Bergsteigen?
  - Waren Sie schon einmal bei einem Akupunkteur?
  - Waren Sie jemals auf einer Hundausstellung?
  - Waren Sie jemals an einem Ort an dem ein Erdbeben ausbrach?
  - Waren Sie jemals an einem Ort, an dem ein Tornado auftrat?
- Wenn jemand gewinnt, schließen Sie die Übung.

## „Ja, das habe ich schon einmal getan...“

### Frage- und Unterschriftenblatt

Sie waren bereits in Australien...	Sie sind Motorrad gefahren...	Sie haben in einem anderen Land gelebt...	Sie haben eine Berühmtheit getroffen...
Sie waren in einem Disney Park...	Haben einen Gemüsegarten angelegt...	Haben in einem Laden gearbeitet...	Haben eine Hochzeit geplant...
Sind in einer Limousine gefahren...	Haben einen Aufsitzmäher gefahren...	Sind einen Marathon gelaufen...	Sie waren Bergsteigen...
Sie waren bei einem Akupunkteur...	Sie haben eine Hundausstellung besucht...	Befanden sich in einem Erdbeben...	Befanden sich in einem Tornado...

## 3. ANHANG

### 3.1 Teilnehmer\_innenarbeitsblätter

Die Arbeitsblätter werden bereits als Teil des Schulungsmaterials bereitgestellt und müssen hier nicht erneut reproduziert und übersetzt werden

### 3.2 Evaluationsinstrumente

Messung der Wirkung des Trainings

#### Einführung:

Wir möchten in der Lage sein, die Wirksamkeit des Trainings zu messen an dem Sie teilnehmen, um sicherzustellen, dass Sie das erhalten, was Sie von der Fortbildung erwartet haben. Füllen Sie dazu bitte das vorbereitende Evaluationsformular aus. Wenn Sie das Training abgeschlossen haben, werden Sie gebeten, nach dem Kurs ein weiteres Evaluationsformular auszufüllen, damit wir die Veränderungen messen können.

#### Evaluation vor dem Kurs:

Bitte geben Sie das Niveau Ihrer Vertrautheit mit den folgenden Themen an:

<b>Prävention</b>	Sehr vertraut	Vertraut	Einigermaßen vertraut	Gar nicht vertraut
<b>Ich bin sicher, dass ich gute Kenntnisse und ein gutes Verständnis habe, von/für:</b>	<b>4</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>1</b>
Prävention und Übertragung von HIV				
Symptome und Behandlung von HIV				
Prävention und Übertragung von sexuell übertragbaren Krankheiten				
Symptome und Behandlung von STI				
Prävention und Übertragung von viraler Hepatitis				
Symptome und Behandlung von viraler Hepatitis				
Epidemiologie von HIV (in ganz Europa und in Ihrer Region)				
Epidemiologie von sexuell übertragbaren Krankheiten (in ganz Europa und in Ihrer Region)				
Epidemiologie der viralen Hepatitis (in ganz Europa und in Ihrer Region)				
HIV 90-90-90 Das Kontinuum der Versorgung				
Verwendung von motivierender Gesprächsführung (Motivational Interviewing) bei meiner Arbeit				
Verwendung von Schutz durch Therapie als Prävention (U=U)				
Anwendung der Postexpositionsprophylaxe (PEP)				
Anwendung der Präexpositionsprophylaxe (PrEP)				

Verwendung von Selbsttest-Kits				
Verwendung von Einsendetest-Kits (Kits für die eigene Probenahme)				
Aktuelle Safer-Sex-Praktiken für Schwule und andere MSM				
Gebrauch von Freizeitdrogen bei sexuellen Begegnungen (ChemSex)				
Gesundheitsförderungsmodelle (Health Promotion Models) in der Arbeit mit Schwulen und andere MSM				
Anwendung von persönlicher Einzel- und Gruppenberatung				
Einsatz persönlicher face-to-face und gruppenbasierter Arbeit				

<b>Bereitstellung von Screening-, Test- und Beratungsangeboten</b>	Sehr vertraut	Vertraut	Einigermaßen vertraut	Gar nicht vertraut
<b>Ich bin sicher, dass ich gute Kenntnisse und ein gutes Verständnis habe, von/für:</b>	<b>4</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>1</b>
Screening und/oder Testen auf HIV				
Screening und/oder Testen auf virale Hepatitis (A, B und/oder C)				
Screening und/oder Testen auf andere sexuell übertragbare Krankheiten (Gonorrhö, Syphilis usw.)				
Beratung vor und/oder nach dem Test bei diesen Diensten				

<b>Vor-Ort-Arbeit in Präventions-, Screening- und Testaktivitäten...</b>	Sehr vertraut	Vertraut	Einigermaßen vertraut	Gar nicht vertraut
<b>Ich bin sicher, dass ich gute Kenntnisse und ein gutes Verständnis habe, von/für:</b>	<b>4</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>1</b>
Arbeiten in einem schwulen/schwulenfreundlichen Veranstaltungsort (Café, Bar, Club, Sauna usw.)				
Arbeiten in einer Community-Umgebung (Anlaufstelle, Communityzentrum, Soziale Begegnungsstätte, Pride-Veranstaltungen)				
Arbeiten im Freien (Bus/Van, Cruising Areas, aufsuchende Arbeit auf Strassen/im öffentlichen Raum usw.)				
Arbeiten in einem staatlichen/öffentlichen Umfeld (Bildung, Gefängnis, staatliche Sozialdienste usw.)				
Arbeiten in einem privaten Umfeld (private Wohnung, Hotel, Pflegeeinrichtung usw.)				
Arbeit online oder per E-Mail (Website/Online-Chat, Handy-Apps, soziale Medien)				

<b>Die Community kennen, mit der Sie arbeiten („Kulturelle Kompetenz“)</b>	Sehr vertraut	Vertraut	Einigermaßen vertraut	Gar nicht vertraut
<b>Ich bin sicher, dass ich gute Kenntnisse und ein gutes Verständnis habe, von/für:</b>	<b>4</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>1</b>
Wie sich unsere Haltungen auf meine Arbeit auswirken				
Zusammenarbeit mit der MSM-Community zur Verbesserung des Zugangs und der Anbindung an die Versorgung				
Wie Aspekte der MSM-Identität die sexuelle Gesundheit beeinflussen				

<b>Stigma und Diskriminierung bekämpfen</b>	Sehr vertraut	Vertraut	Einigermaßen vertraut	Gar nicht vertraut
<b>Ich bin sicher, dass ich gute Kenntnisse und ein gutes Verständnis habe, von/für:</b>	<b>4</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>1</b>
Ermitteln von und arbeiten mit vulnerablen Gruppen von Schwulen und anderen MSM				
Einbindung und Einbeziehung von Dienstnutzern in Ihre Dienste				
Schaffung eines vorurteilsfreien Angebots/Services für Schwule und andere MSM				
Wie sich soziale, wirtschaftliche und umweltbedingte Umstände auf die Gesundheit auswirken				
Welchen Einfluss Probleme, mit denen Schwule und andere MSM konfrontiert sind, auf ihre Gesundheit haben können				
Stigmatisierung: MSM-Sexualpraktiken				
Stigmatisierung: Sexuelle Orientierung				
Stigmatisierung: Geschlechtsidentität				
Stigmatisierung: HIV/STI/virale Hepatitis (A, B & C)				
Diskriminierung bekämpfen: Sexuelle Orientierung				
Diskriminierung bekämpfen: Leben mit HIV				
Diskriminierung bekämpfen: HIV-Prävention: Die Entscheidungen, die MSM treffen				
Diskriminierung bekämpfen: Geschlecht und Geschlechtsidentität				
Diskriminierung bekämpfen: Bereitstellung von Präventions- und Behandlungsinstrumenten				



<b>Arbeiten in Partnerschaften</b>	Sehr vertraut	Vertraut	Einigermaßen vertraut	Gar nicht vertraut
<b>Ich bin sicher, dass ich gute Kenntnisse und ein gutes Verständnis habe, von/für:</b>	<b>4</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>1</b>
Aufbau von Partnerschaften mit und zwischen communitybasierten und staatlichen Gesundheitsdiensten				
Aufbau von Partnerschaften mit und zwischen MSM/LGBTQI+ Organisationen				

<b>Aufbau von Fähigkeiten</b>	Sehr vertraut	Vertraut	Einigermaßen vertraut	Gar nicht vertraut
<b>Ich bin sicher, dass ich gute Kenntnisse und ein gutes Verständnis habe, von/für:</b>	<b>4</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>1</b>
Aufbau meiner Fähigkeit, effektiv mit Menschen zu kommunizieren				
Aufbau meiner Fähigkeit, effektiv mit Menschen umzugehen				
Verwendung sozialer Medien (Facebook/Twitter/YouTube/Hornet usw.), um mit Schwulen und anderen MSM in Kontakt zu treten				
Aufbau und Bereitstellung von Schulungen für andere spezialisierte Angebote (z. B. in Gefängnissen)				

Vielen Dank, dass Sie den Evaluationsbogen für die Einschätzung vor dem Training ausgefüllt haben.

### Evaluation nach dem Training:

Nachdem Sie Ihr Training abgeschlossen haben, wäre es sehr hilfreich, wenn Sie angeben können, wie Sie Ihr Verständnis von und Ihre Vertrautheit mit den folgenden Themen einschätzen.

<b>Prävention</b>	Sehr vertraut	Vertraut	Einigermaßen vertraut	Gar nicht vertraut
<b>Ich bin sicher, dass ich gute Kenntnisse und ein gutes Verständnis habe, von/für:</b>	<b>4</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>1</b>
Prävention und Übertragung von HIV				
Symptome und Behandlung von HIV				
Prävention und Übertragung von sexuell übertragbaren Krankheiten				
Symptome und Behandlung von STI				
Prävention und Übertragung von viraler Hepatitis				
Symptome und Behandlung von viraler Hepatitis				
Epidemiologie von HIV (in ganz Europa und in Ihrer Region)				
Epidemiologie von sexuell übertragbaren Krankheiten (in ganz Europa und in Ihrer Region)				
Epidemiologie der viralen Hepatitis (in ganz Europa und in Ihrer Region)				
HIV 90-90-90 Das Kontinuum der Versorgung				
Verwendung von motivierender Gesprächsführung (Motivational Interviewing) bei meiner Arbeit				
Verwendung von Schutz durch Therapie als Prävention (U=U)				

Anwendung der Postexpositionsprophylaxe (PEP)				
Anwendung der Präexpositionsprophylaxe (PrEP)				
Verwendung von Selbsttest-Kits				
Verwendung von Einsendetest-Kits (Kits für die eigene Probenahme)				
Aktuelle Safer-Sex-Praktiken für Schwule und andere MSM				
Gebrauch von Freizeitdrogen bei sexuellen Begegnungen (ChemSex)				
Gesundheitsförderungsmodelle (Health Promotion Models) in der Arbeit mit Schwulen und andere MSM				
Anwendung von persönlicher Einzel- und Gruppenberatung				
Einsatz persönlicher face-to-face und gruppenbasierter Arbeit				

<b>Bereitstellung von Screening-, Test- und Beratungsangeboten</b>	Sehr vertraut	Vertraut	Einigermaßen vertraut	Gar nicht vertraut
<b>Ich bin sicher, dass ich gute Kenntnisse und ein gutes Verständnis habe, von/für:</b>	<b>4</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>1</b>
Screening und/oder Testen auf HIV				
Screening und/oder Testen auf virale Hepatitis (A, B und/oder C)				
Screening und/oder Testen auf andere sexuell übertragbare Krankheiten (Gonorrhö, Syphilis usw.)				
Beratung vor und/oder nach dem Test bei diesen Diensten				

<b>Vor-Ort-Arbeit in Präventions-, Screening- und Testaktivitäten...</b>	Sehr vertraut	Vertraut	Einigermaßen vertraut	Gar nicht vertraut
<b>Ich bin sicher, dass ich gute Kenntnisse und ein gutes Verständnis habe, von/für:</b>	<b>4</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>1</b>
Arbeiten in einem schwulen/schwulenfreundlichen Veranstaltungsort (Café, Bar, Club, Sauna usw.)				
Arbeiten in einer Community-Umgebung (Anlaufstelle, Communityzentrum, Soziale Begegnungsstätte, Pride-Veranstaltungen)				
Arbeiten im Freien (Bus/Van, Cruising Areas, aufsuchende Arbeit auf Strassen/im öffentlichen Raum usw.)				
Arbeiten in einem staatlichen/öffentlichen Umfeld (Bildung, Gefängnis, staatliche Sozialdienste usw.)				
Arbeiten in einem privaten Umfeld (private Wohnung, Hotel, Pflegeeinrichtung usw.)				
Arbeit online oder per E-Mail (Website/Online-Chat, Handy-Apps, soziale Medien)				

<b>Die Community kennen, mit der Sie arbeiten („Kulturelle Kompetenz“)</b>	Sehr vertraut	Vertraut	Einigermaßen vertraut	Gar nicht vertraut
<b>Ich bin sicher, dass ich gute Kenntnisse und ein gutes Verständnis habe, von/für:</b>	<b>4</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>1</b>
Wie sich unsere Haltungen auf meine Arbeit auswirken				
Zusammenarbeit mit der MSM-Community zur Verbesserung des Zugangs und der Anbindung an die Versorgung				
Wie Aspekte der MSM-Identität die sexuelle Gesundheit beeinflussen				

<b>Stigma und Diskriminierung bekämpfen</b>	Sehr vertraut	Vertraut	Einigermaßen vertraut	Gar nicht vertraut
<b>Ich bin sicher, dass ich gute Kenntnisse und ein gutes Verständnis habe, von/für:</b>	<b>4</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>1</b>
Ermitteln von und arbeiten mit vulnerablen Gruppen von Schwulen und anderen MSM				
Einbindung und Einbeziehung von Dienstnutzern in Ihre Dienste				
Schaffung eines vorurteilsfreien Angebots/Services für Schwule und andere MSM				
Wie sich soziale, wirtschaftliche und umweltbedingte Umstände auf die Gesundheit auswirken				
Welchen Einfluss Probleme, mit denen Schwule und andere MSM konfrontiert sind, auf ihre Gesundheit haben können				
Stigmatisierung: MSM-Sexualpraktiken				
Stigmatisierung: Sexuelle Orientierung				
Stigmatisierung: Geschlechtsidentität				
Stigmatisierung: HIV/STI/virale Hepatitis (A, B & C)				
Diskriminierung bekämpfen: Sexuelle Orientierung				
Diskriminierung bekämpfen: Leben mit HIV				
Diskriminierung bekämpfen: HIV-Prävention: Die Entscheidungen, die MSM treffen				
Diskriminierung bekämpfen: Geschlecht und Geschlechtsidentität				
Diskriminierung bekämpfen: Bereitstellung von Präventions- und Behandlungsinstrumenten				

<b>Arbeiten in Partnerschaften</b>	Sehr vertraut	Vertraut	Einigermaßen vertraut	Gar nicht vertraut
<b>Ich bin sicher, dass ich gute Kenntnisse und ein gutes Verständnis habe, von/für:</b>	<b>4</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>1</b>
Aufbau von Partnerschaften mit und zwischen communitybasierten und staatlichen Gesundheitsdiensten				
Aufbau von Partnerschaften mit und zwischen MSM/LGBTiQ+ Organisationen				

<b>Aufbau von Fähigkeiten</b>	Sehr vertraut	Vertraut	Einigermaßen vertraut	Gar nicht vertraut
<b>Ich bin sicher, dass ich gute Kenntnisse und ein gutes Verständnis habe, von/für:</b>	<b>4</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>1</b>
Aufbau meiner Fähigkeit, effektiv mit Menschen zu kommunizieren				
Aufbau meiner Fähigkeit, effektiv mit Menschen umzugehen				
Verwendung sozialer Medien (Facebook/Twitter/YouTube/Hornet usw.), um mit Schwulen und anderen MSM in Kontakt zu treten				
Aufbau und Bereitstellung von Schulungen für andere spezialisierte Angebote (z. B. in Gefängnissen)				

Vielen Dank, dass Sie den Evaluationsbogen für die Einschätzung nach dem Training ausgefüllt haben.

### 3.3 Bedarfsermittlung/Needs Assessment

#### **Einführung:**

Wir bitten Sie, diese Bedarfsermittlung auszufüllen, um mehr über Ihre Praxis zu erfahren, was Sie tun, wie und wo Sie es tun. Wir bitten Sie, ehrlich darüber nachzudenken, welche Kenntnisse, Fähigkeiten und Sicherheit Sie in einer Reihe von Themen haben. Auf diese Weise können wir das Training gezielt auf Ihre Bedürfnisse abstimmen.

Wir versichern Ihnen, dass Ihre Antworten nur verwendet werden, um die möglichen Trainingsmodule zu ermitteln, die verwendet werden können, um Ihr Vertrauen, Ihr Wissen, Ihre Fähigkeiten und Kompetenzen in diesen verschiedenen Bereichen zu stärken. Zu diesem Zweck wird dringend empfohlen, die Fragen so ehrlich wie möglich zu beantworten.

Bei der Selbsteinschätzung werden Sie aufgefordert, Ihre Vertrautheitsstufe in Bezug auf die Themen in drei Punkten zu berücksichtigen.

- Ihr Kenntnisstand (wie viel Sie über das Problem wissen),
  - Ihre Fähigkeiten (wie viel Erfahrung und Können Sie in einem Themenbereich aufgebaut haben) und
  - Ihre Vertrautheitsstufe (wie vertraut Sie sich persönlich im Umgang mit dem Thema fühlen)
- auf einer Skala von „Sehr vertraut“ (4) bis „Gar nicht vertraut“ (1) für jedes der Themen.

Diese drei Bereiche wurden für die Selbsteinschätzung ausgewählt, da die Trainingsmodule so geschrieben wurden, dass sie diese beeinflussen. Um einige Beispiele zur Verdeutlichung zu geben:

- Menschen haben möglicherweise Kenntnisse über etwas aber wenige Fähigkeiten in diesem Gebiet;
- oder sie haben möglicherweise Fähigkeiten in einem Themenbereich aber fühlen sich damit nicht wohl.

Es gibt auch eine weitere Spalte „Nicht daran beteiligt“ (0), die Sie ankreuzen können, wenn Sie nicht an der Arbeit beteiligt sind, nach der gefragt wird.

Im letzten Abschnitt werden Sie aufgefordert, eine Reihe von Aussagen zu durchdenken und zu prüfen, ob Sie diesen zustimmen oder nicht.

Das Ausfüllen der Selbsteinschätzung dauert etwa 10 bis 15 Minuten. Vergewissern Sie sich daher, dass Sie genügend Zeit haben, um das Formular auszufüllen, bevor Sie damit beginnen.

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit. Sie wird uns bei der Gestaltung eines Trainings unterstützen, das Ihren Bedürfnissen entspricht.

Prävention	Element	Sehr vertraut	Vertraut	Einigermaßen vertraut	Gar nicht vertraut	Daran nicht beteiligt
		4	3	2	1	0
Prävention und Übertragung von HIV	Kenntnisse in					
	Fähigkeiten in					
	Vertrautheit mit					
Symptome und Behandlung von HIV	Kenntnisse in					
	Fähigkeiten in					
	Vertrautheit mit					
Prävention und Übertragung von sexuell übertragbaren Krankheiten	Kenntnisse in					
	Fähigkeiten in					
	Vertrautheit mit					
Symptome und Behandlung von STI	Kenntnisse in					
	Fähigkeiten in					
	Vertrautheit mit					
Prävention und Übertragung von viraler Hepatitis	Kenntnisse in					
	Fähigkeiten in					
	Vertrautheit mit					

Symptome und Behandlung von viraler Hepatitis	Kenntnisse in					
	Fähigkeiten in					
	Vertrautheit mit					
Epidemiologie von HIV (in ganz Europa und in Ihrer Region)	Kenntnisse in					
	Fähigkeiten in					
	Vertrautheit mit					
Epidemiologie von sexuell übertragbaren Krankheiten (in ganz Europa und in Ihrer Region)	Kenntnisse in					
	Fähigkeiten in					
	Vertrautheit mit					
Epidemiologie der viralen Hepatitis (in ganz Europa und in Ihrer Region)	Kenntnisse in					
	Fähigkeiten in					
	Vertrautheit mit					
HIV 90-90-90 Das Kontinuum der Versorgung	Kenntnisse in					
	Fähigkeiten in					
	Vertrautheit mit					
Einsatz von motivierender Gesprächsführung (motivational interviewing) in meiner Arbeit	Kenntnisse in					
	Fähigkeiten in					
	Vertrautheit mit					
Verständnis und Anwendung von Schutz durch Therapie als Prävention (U=U)	Kenntnisse in					
	Fähigkeiten in					
	Vertrautheit mit					
Verständnis und Anwendung der Postexpositionsprophylaxe (PEP)	Kenntnisse in					
	Fähigkeiten in					
	Vertrautheit mit					

Verständnis und Anwendung der Präexpositionsprophylaxe (PrEP)	Kenntnisse in						
	Fähigkeiten in						
	Vertrautheit mit						
Verständnis und Verwendung von Selbsttest-Kits	Kenntnisse in						
	Fähigkeiten in						
	Vertrautheit mit						
Verständnis und Verwendung von Einsendetest-Kits	Kenntnisse in						
	Fähigkeiten in						
	Vertrautheit mit						
Aktuelle Safer-Sex-Praktiken für Schwule und andere MSM	Kenntnisse in						
	Fähigkeiten in						
	Vertrautheit mit						
Gebrauch von Freizeitdrogen bei sexuellen Begegnungen (ChemSex)	Kenntnisse in						
	Fähigkeiten in						
	Vertrautheit mit						
Gesundheitsförderungsmodelle (Health Promotion Models) in der Arbeit mit Schwulen und andere MSM	Kenntnisse in						
	Fähigkeiten in						
	Vertrautheit mit						
Anwendung von persönlicher Einzel- und Gruppenberatung	Kenntnisse in						
	Fähigkeiten in						
	Vertrautheit mit						
Einsatz persönlicher face-to-face und gruppenbasierter Arbeit	Kenntnisse in						
	Fähigkeiten in						
	Vertrautheit mit						

<b>Bereitstellung von Screening-, Test- und Beratungsangeboten</b>		Sehr vertraut	Vertraut	Einigermaßen vertraut	Gar nicht vertraut	Daran nicht beteiligt
		<b>4</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>0</b>
Screening und/oder Testen auf HIV	Kenntnisse in					
	Fähigkeiten in					
	Vertrautheit mit					
Screening und/oder Testen auf virale Hepatitis (A, B und/oder C)	Kenntnisse in					
	Fähigkeiten in					
	Vertrautheit mit					
Screening und/oder Testen auf andere sexuell übertragbare Krankheiten (Gonorrhö, Syphilis usw.)	Kenntnisse in					
	Fähigkeiten in					
	Vertrautheit mit					
Beratung vor und/oder nach dem Test bei diesen Diensten	Kenntnisse in					
	Fähigkeiten in					
	Vertrautheit mit					

<b>Vor-Ort-Arbeit in Präventions-, Screening- und Testaktivitäten...</b>		Sehr vertraut	Vertraut	Einigermaßen vertraut	Gar nicht vertraut	Daran nicht beteiligt
	<b>Element</b>	<b>4</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>0</b>
Arbeiten in einem schwulen/schwulenfreundlichen Veranstaltungsort (Café, Bar, Club, Sauna usw.)	Kenntnisse in					
	Fähigkeiten in					
	Vertrautheit mit					
Arbeiten in einer Community-Umgebung (Anlaufstelle, Communityzentrum, Soziale Begegnungsstätte, Pride-Veranstaltungen)	Kenntnisse in					
	Fähigkeiten in					
	Vertrautheit mit					
Arbeiten im Freien (Bus/Van, Cruising Areas, aufsuchende Arbeit auf Strassen/im öffentlichen Raum usw.)	Kenntnisse in					
	Fähigkeiten in					
	Vertrautheit mit					
Arbeiten in einem staatlichen/öffentlichen Umfeld (Bildung, Gefängnis, staatliche Sozialdienste usw.)	Kenntnisse in					
	Fähigkeiten in					
	Vertrautheit mit					
Arbeiten in einem privaten Umfeld (private Wohnung, Hotel, Pflegeeinrichtung usw.)	Kenntnisse in					
	Fähigkeiten in					
	Vertrautheit mit					
Arbeit online oder per E-Mail (Website/Online-Chat, Handy-Apps, soziale Medien)	Kenntnisse in					
	Fähigkeiten in					
	Vertrautheit mit					

<b>Stigma und Diskriminierung bekämpfen</b>		Sehr vertraut	Vertraut	Einigermaßen vertraut	Gar nicht vertraut	Daran nicht beteiligt
	<b>Element</b>	<b>4</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>0</b>
Ermitteln und arbeiten mit vulnerablen Gruppen von Schwulen und anderen MSM	Kenntnisse in					
	Fähigkeiten in					
	Vertrautheit mit					
Einbindung und Einbeziehung von Dienstnutzern in Ihre Dienste	Kenntnisse in					
	Fähigkeiten in					
	Vertrautheit mit					
Schaffung eines vorurteilsfreien Angebots/Services für Schwule und andere MSM	Kenntnisse in					
	Fähigkeiten in					
	Vertrautheit mit					
Verstehen, wie sich soziale, wirtschaftliche und umweltbedingte Umstände auf die Gesundheit auswirken	Kenntnisse in					
	Fähigkeiten in					
	Vertrautheit mit					
Verstehen, welchen Einfluss Probleme, mit denen Schwule und andere MSM konfrontiert sind, auf ihre Gesundheit haben können	Kenntnisse in					
	Fähigkeiten in					
	Vertrautheit mit					
Stigmatisierung verstehen: MSM-Sexualpraktiken	Kenntnisse in					
	Fähigkeiten in					
	Vertrautheit mit					

Stigmatisierung verstehen: Sexuelle Orientierung	Kenntnisse in						
	Fähigkeiten in						
	Vertrautheit mit						
Stigmatisierung verstehen: Geschlechtsidentität	Kenntnisse in						
	Fähigkeiten in						
	Vertrautheit mit						
Stigmatisierung verstehen: HIV/STI/virale Hepatitis (A, B & C)	Kenntnisse in						
	Fähigkeiten in						
	Vertrautheit mit						
Diskriminierung bekämpfen: Sexuelle Orientierung	Kenntnisse in						
	Fähigkeiten in						
	Vertrautheit mit						
Diskriminierung bekämpfen: Leben mit HIV	Kenntnisse in						
	Fähigkeiten in						
	Vertrautheit mit						
Diskriminierung bekämpfen: HIV-Prävention: Die Entscheidungen, die MSM treffen	Kenntnisse in						
	Fähigkeiten in						
	Vertrautheit mit						
Diskriminierung bekämpfen: Geschlecht und Geschlechtsidentität	Kenntnisse in						
	Fähigkeiten in						
	Vertrautheit mit						
Diskriminierung bekämpfen: Bereitstellung von Präventions- und Behandlungsinstrumenten	Kenntnisse in						
	Fähigkeiten in						
	Vertrautheit mit						

<b>Arbeiten in Partnerschaften</b>		Sehr vertraut	Vertraut	Einigermaßen vertraut	Gar nicht vertraut	Daran nicht beteiligt
		<b>4</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>0</b>
Aufbau von Partnerschaften mit und zwischen communitybasierten und staatlichen Gesundheitsdiensten	Kenntnisse in					
	Fähigkeiten in					
	Vertrautheit mit					
Aufbau von Partnerschaften mit und zwischen MSM/LGBTIQ+ Organisationen	Kenntnisse in					
	Fähigkeiten in					
	Vertrautheit mit					



<b>Aufbau von Fähigkeiten</b>		Sehr vertraut	Vertraut	Einigermaßen vertraut	Gar nicht vertraut	Daran nicht beteiligt
		<b>4</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>0</b>
Aufbau meiner Fähigkeit, effektiv mit Menschen zu kommunizieren	Kenntnisse in					
	Fähigkeiten in					
	Vertrautheit mit					
Aufbau meiner Fähigkeit, effektiv mit Menschen umzugehen	Kenntnisse in					
	Fähigkeiten in					
	Vertrautheit mit					
Verwendung sozialer Medien (Facebook/Twitter/YouTube/Hornet usw.), um mit Schwulen und anderen MSM in Kontakt zu treten	Kenntnisse in					
	Fähigkeiten in					
	Vertrautheit mit					
Aufbau und Bereitstellung von Schulungen für andere spezialisierte Angebote (z. B. in Gefängnissen)	Kenntnisse in					
	Fähigkeiten in					
	Vertrautheit mit					

Nun bitten wir Sie, Ihre Meinung zu einer Reihe von Aussagen zu äußern. Bitte beantworten Sie die Fragen so ehrlich wie möglich.

	Stimme völlig zu	Stimme zu	Stimme weder zu, noch stimme ich nicht	Stimme nicht zu	Stimme überhaupt nicht zu
	<b>4</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>0</b>
Es fällt mir leicht mit MSM über HIV / AIDS zu sprechen.					
Ich schäme mich, wenn ein MSM mit mir über seine sexuellen Praktiken und seine letzte sexuelle Begegnung spricht.					
Ich mag es nicht, dass schwule Männer sich oft so feminin geben.					
Wenn mir jemand sagt, dass er keine Kondome benutzt, sage ich ihm, wie wichtig es ist, sie zu benutzen und dass er daran arbeiten soll.					
Manchmal denke ich, dass schwule Männer, die mit vielen Partnern schlafen, die STIs verdienen, die sie bekommen.					
Ich denke, dass MSM, die nicht offen mit ihrer Sexualität umgehen, eine Lüge leben.					
Das größte Problem für schwule Männer ist die Menge an Sex, die sie haben.					
Ich glaube, dass Kondome besser sind als PrEP, wenn es darum geht, Menschen vor HIV zu schützen.					
Ich bin besorgt, dass neue Initiativen wie PrEP Männer davon abhalten, Kondome zu benutzen, und sie sich so verhalten, wie sie wollen, ohne dass es Konsequenzen hat.					
Ich muss nichts über MSM und ihr Leben wissen, um effektiv mit ihnen arbeiten zu können.					
Meine Familie weiß, dass meine Arbeit mit HIV und AIDS verbunden ist.					
Ich bin in der Lage, mit einer Vielzahl von MSM vertrauensvolle Beziehungen aufzubauen.					

Ich mache mir Sorgen, dass zu viel Wert auf Homophobie und Stigmatisierung anstatt auf HIV gelegt wird.					
Ich fühle mich nicht unwohl, wenn ich Wörter wie „Ficken“, „Wichsen“ und „Fisten“ verwende, wenn ich mit jemandem über sein Sexleben diskutiere.					
Ich glaube nicht, dass sich Homophobie auf mich und meine Fähigkeit, mit MSM zu arbeiten, ausgewirkt hat.					
Da unser Service alle anspricht, warum müssen wir besondere Anstrengungen unternehmen, um MSM zu gewinnen?					
Ich würde nicht gerne über PrEP sprechen, wenn jemand keine Probleme mit der Verwendung von Kondomen hat.					
Ich bin in der Lage, außerhalb meiner Arbeit ein erfülltes und glückliches Leben, einschließlich meines Sexuallebens zu führen.					
MSM mit Partnerinnen sollten aufhören, alle anzulügen und zugeben, dass sie schwul sind.					
Ich mag es nicht, mit MSM über sexuelle Praktiken zu sprechen, die ich als abstossend empfinde.					
Ich kann ganz entspannt Gespräche mit MSM über ihr Leben führen.					
Ich bin in der Lage, eine breite Spanne von MSM bei einer Reihe von Problemen, die sie identifizieren, zu unterstützen.					
Ich fühle mich im Gespräch mit MSM über ihr Sexualleben wohl.					
Ich fühle mich wohl, wenn ich im Rahmen meiner Arbeit Ex-Partner oder ehemalige Sexualpartner treffe.					
Ich kann mit Männern umgehen, die sich schämen, MSM zu sein.					
Ich schäme mich oft selbst, LGBTIQ+ zu sein.					

**Zum Schluss noch eine letzte Frage...** „Die drei Dinge, von denen ich hoffe, dass sie in diesem Training behandelt werden, sind...

- 1.
- 2.
- 3.

### 3.5 Übungsentwurf „HIV 90-90-90“ – was sind die Ziele

**Hinweis:** Dieses Modul wurde im Rahmen des Schulungsprogramms entwickelt. Es wurde beschlossen, es nicht in das endgültige Schulungsmaterial aufzunehmen. Die Versorgungskaskade 90-90-90 bleibt für die Politik und die Planung von Gesundheitsmaßnahmen relevant, ist jedoch für CHW von geringerem praktischem Nutzen. Aus diesem Grund wurde das Modul nicht fertiggestellt, kann jedoch bei Bedarf angepasst, aktualisiert und verwendet werden.

#### E-Learning: Prävention

##### HIV 90-90-90: Was sind die Ziele?

##### DAS BEHANDLUNGSZIEL

- 90% diagnostiziert
- 90% in Behandlung
- 90% Virussuppression (= 73 % aller Menschen mit HIV haben eine dauerhafte Virussuppression)

Die Diagnose hängt von den Testtechnologien ab, die sich jetzt durch Schnelltests sowie Einsendetests und Selbsttest-Kits verbessern.

Die Behandlung hängt von der Wirtschaftlichkeit und dem Zugang zu Behandlungen ab - den Kosten für wirksame Erstbehandlungen und die Verwendung wirksamer Generika sowie die Möglichkeit, auf Behandlungspläne zuzugreifen.

Die Virussuppression hängt von einer wirksamen Behandlung, der Einhaltung und Unterstützung der Behandlung sowie dem Zugang zu Tests zur Viruslast ab.

Wenn dieses dreiteilige Ziel erreicht ist, werden mindestens 73 % aller weltweit mit HIV lebenden Menschen eine Virussuppression haben - das ist ein Anstieg um das zwei- bis dreifache der derzeitigen groben Schätzungen zur Virussuppression. Die Modellierung deutet darauf hin, dass das Erreichen dieser Ziele bis 2020 der Welt ermöglichen wird, die AIDS-Epidemie bis 2030 zu beenden, was wiederum tiefgreifende gesundheitliche und wirtschaftliche Vorteile mit sich bringt.

Die HIV-Behandlung ist ein wichtiges Instrument zur Beendigung der AIDS-Epidemie, aber nicht das einzige.

Während dringend Maßnahmen ergriffen werden, um die Präventionseffekte der HIV-Behandlung zu maximieren, sind unbedingt weitere wichtige Präventionsstrategien erforderlich, darunter die Beseitigung der Mutter-Kind-Übertragung, die Planung der Bereitstellung von Kondomen, die antiretrovirale Prophylaxe vor der Exposition, die freiwillige medizinische Beschneidung von Männern in priorisierten Ländern, Dienstleistungen zur Leidensminderung für Menschen, die Drogen injizieren und gezielte Präventionsprogramme für andere wichtige Bevölkerungsgruppen. Um eine umfassende Reaktion auf die Epidemie zu finden, sind konzentrierte Anstrengungen erforderlich, um Stigmatisierung, Diskriminierung und soziale Ausgrenzung zu beseitigen.

### Eine HIV-Behandlung verhindert eine HIV-bedingte Erkrankung

Als die WHO 2013 eine Anhebung der CD4-Zählschwelle für den Beginn der HIV-Behandlung von 350 auf 500 Zellen/mm<sup>3</sup> empfahl, führte sie zunehmend Belege für den klinischen Nutzen eines früheren Behandlungsbeginns an. Seit der Einführung der Richtlinien ergab eine zusätzliche Analyse der HPTN 052-Ergebnisse, dass Studienteilnehmer, die in den frühen Behandlungsarm randomisiert wurden (CD4-Zahl 250-500), während der zweijährigen Nachbeobachtungszeit eine höhere mittlere CD4-Zahl hatten, eine um 27 % geringere Wahrscheinlichkeit des Auftretens eines primären klinischen Ereignisses, 36% geringere Wahrscheinlichkeit des Auftretens eines als AIDS festgelegten klinischen Ereignisses und eine um 51 % geringere Wahrscheinlichkeit, dass eine Tuberkulose diagnostiziert wird.

### HIV-Behandlung verhindert Todesfälle in Verbindung mit AIDS

Während jemand, der sich in der Zeit vor der Behandlung mit HIV infiziert hat, mit einem Lebensalter von nur 12,5 Jahren rechnen kann, kann ein junger Mensch in Industrieländern, der sich heute infiziert, bei einer lebenslangen, ununterbrochenen HIV-Behandlung mit einer nahezu normalen Lebenserwartung (oder weiteren fünf Jahrzehnten) rechnen. Eine rasant wachsende Reihe von Belegen zeigt, dass vergleichbare Ergebnisse in Umgebungen mit beschränkten Ressourcen erzielt werden können.

### Die HIV-Behandlung verhindert neue HIV-Infektionen

Unter den Präventionsmaßnahmen, die bisher in randomisierten, kontrollierten Studien evaluiert wurden, hat die HIV-Behandlung den mit Abstand größten Einfluss auf die HIV-Inzidenz gezeigt.

Zwischenergebnisse aus der PARTNER-Studie zeigen, dass unter 767 serodiskriminanten Paaren kein Fall von HIV-Übertragung auftrat, wenn die mit HIV lebende Person das Virus unterdrückt hatte – bei geschätzten 40.000 Fällen von Geschlechtsverkehr. Als Präventionsinstrument sollte die HIV-Behandlung als kritischer Bestandteil einer Kombination von evidenzbasierten Ansätzen angesehen werden (bekannt als „Kombinationsprävention“).

### HIV-Behandlung spart Geld

Ein früher Behandlungsbeginn verbessert sowohl die Gesundheit als auch den wirtschaftlichen Gewinn. Einer anderen Modellierung zufolge bringen Investitionen in die Aufstockung der HIV-Behandlung unter Berücksichtigung der abgewendeten medizinischen Kosten, der abgewendeten Betreuung für seltene Leiden und der Produktivitätssteigerung der Arbeitskräfte eine mehr als zweifach höhere Rendite. Es wird auch nicht nötig sein, Jahrzehnte zu warten, um die wirtschaftlichen Vorteile früher Investitionen in eine rasche Aufstockung der Behandlung erkennen zu können. In einigen Ländern wären Einsparungen durch Investitionen in die Aufstockung der HIV-Behandlung sofort zu spüren. Tatsächliche Kosteneinsparungen würden sich in Ländern mit hoher HIV-Prävalenz etwas später einstellen.

Region oder Teilregion	Status	Ziel für 2020	Ergebnis 2018	Globales Ziel erreicht?
Europäische und zentralasiatische Region	Diagnostiziert (n=40)	90%	80%	Nicht erfüllt
	Auf ART (n=41)	90%	64%	Nicht erfüllt
	Virussuppression(n=35)	90%	86%	Innerhalb von 10 % des Ziels
	Virussuppression bei allen Menschen mit HIV (n=34)	73%	43%	Nicht erfüllt
Westliche Teilregion	Diagnostiziert (n=19)	90%	87%	Innerhalb von 10 % des Ziels
	Auf ART (n=19)	90%	91%	erreicht oder überschritten
	Virussuppression (n=16)	90%	93%	erreicht oder überschritten
	Virussuppression bei allen Menschen mit HIV (n=16)	73%	74%	erreicht oder überschritten
Teilregion Mitte	Diagnostiziert (n=10)	90%	83%	Innerhalb von 10 % des Ziels
	Auf ART (n=10)	90%	73%	Nicht erfüllt
	Virussuppression (n=8)	90%	75%	Nicht erfüllt
	Virussuppression bei allen Menschen mit HIV(n=8)	73%	46%	Nicht erfüllt

Östliche Teilregion	Diagnostiziert (n=11)	90%	76%	Nicht erfüllt
	Auf ART (n=12)	90%	46%	Nicht erfüllt
	Virussuppression (n=11)	90%	78%	Nicht erfüllt
	Virussuppression bei allen Menschen mit HIV (n=10)	73%	26%	Nicht erfüllt

**Westen, 24 Länder:**

Andorra, Österreich, Belgien, Dänemark, Finnland, Frankreich, Deutschland, Griechenland, Island, Irland, Israel, Italien, Luxemburg, Liechtenstein, Malta, Monaco, Niederlande, Norwegen, Portugal, San Marino, Spanien, Schweden, Schweiz, Großbritannien.

**Zentrum, 16 Länder:**

Albanien, Bosnien und Herzegowina, Bulgarien, Kroatien, Zypern, Tschechische Republik, Ungarn, Kosovo, ehemalige jugoslawische Republik Mazedonien, Montenegro, Polen, Rumänien, Serbien, Slowakei, Slowenien, Türkei.

**Osten, 15 Länder:**

Armenien, Aserbaidschan, Weißrussland, Estland, Georgien, Kasachstan, Kirgisistan, Lettland, Litauen, Moldawien, Russland, Tadschikistan, Turkmenistan, Ukraine, Usbekistan.

Link zum ECDC Continuum of Care Report (Bericht zur Kontinuität in der Versorgung) 2018 mit europäischen Zahlen:

<https://ecdc.europa.eu/sites/portal/files/documents/HIV-continuum-of-care-monitoring-dublin-declaration-progress-report-2018.pdf>

## Health Promotion Model: Nutbeams Model

### Information sourced from Understanding Public Health: Health Promotion Theory

Ed: Davies, M & McDowell, W. Open University Press.

If you are interested in Health Promotion models and how they can work there is a larger table in the Annex that helps to understand how all of the models are used and the development of the interventions from those models fits together into the larger developmental and implementation programme/s that a health promotion service may be providing.

It can seem quite complex, and is only of real use when programme planning and understanding how a range of models and interventions can push different 'buttons' for the target audiences, as not everyone will respond to the same model in the same way. It's called Nutbeams 'Planning model for Health Promotion' and more information about it can be found online. The text following the illustration of the model helps understand the basics of how it fits together. Looking through the top headings of the model to help explain how the framework fits together you can see that:

### A planning model for Health Promotion (Planning and Implementing Prevention Programmes) source: Nutbeam (2001)

Problem Definition	Solution Generation	Capacity Building		Health Promotion Actions		Health Promotion Outcomes	Intermediate Health Outcomes	Health and Social Outcomes
Epidemiological & demographic information	Theory and Interventions Models	Mobilising Resources (people, money, materials)	Development and pre-testing methods and materials	<b>Education</b> Examples include: patient education, school education, broadcast media and print media, communication.	Monitoring and recording of programme implementation and quality control.	Health Literacy Measures include: Health related knowledge, attitudes, motivation, behavioural intentions, personal skills, self efficacy.	Healthy Lifestyles Measures include: Tobacco use, food choices, physical activity, alcohol and illicit drug use.	Social Outcomes Measures include: Quality of life, functional independence, equity.
Behavioural & social research on the determinants of health	Evidence from past programmes	Building Capacity (training and Infrastructure development)		Social Mobilisation Examples include: community development, group facilitation, targeted mass communication		Social Action & Influence Measures include: Community participation, community empowerment, social norms, public opinion	Social action & influence Measures include: Provision of preventative services, access to and appropriateness of health services.	Health Outcomes Measures include: Reduced morbidity, disability, avoidable mortality.
Community needs and perceived priorities	Experiences from practitioners	Raising Public and Political Awareness		Advocacy Examples include: lobbying, political organisation and activism, overcoming bureaucratic inertia.		Health Public Policy and Organisational Practice Measures include: Policy statements, legislation, regulation, resource allocation, organisational practices.	Healthy Environments Measures include: Safe physical environment, supportive economic and social conditions, restricted access to tobacco & alcohol.	

### **Problem definition**

“Identification of the parameters of the health problem to be addressed may involve drawing on a wide range of epidemiological and demographic information, as well as information from the behavioural and social sciences and knowledge of community needs and priorities. Here, different theories can help you identify what should be the focus for an intervention. Specifically, theory can inform your choice for the focus for the intervention. This might be individual characteristics, beliefs and values that are associated with different health behaviours and that may be amenable to change. Alternatively, the focus might be organizational characteristics that may need to be changed.”

### **Solution generation**

“The second step involves the analysis of potential solutions, leading to the development of a programme plan which specifies the objectives and strategies to be employed, as well as the sequence of activity. Theory is at its most useful here in providing guidance on how and when change might be achieved in the target population, organization or policy. It may also generate ideas which might not otherwise have occurred to you.

Different theories can help you understand the methods you could use as the focus of your interventions; specifically by improving understanding of the processes by which changes occur in the target variables (i.e. people, organizations and policies), and by clarifying the means of achieving change in these target variables. For example, theory may help explain the influence of different external environments and their impact on individual behaviour. These insights will help in the design of a programme, for example by indicating how changes to the environment can have an impact on health behaviour.

Thus, those theories that explain and predict individual and group health behaviour and organizational practice, as well as those that identify methods for changing these determinants of health behaviour and organizational practice, are worthy of close consideration in this phase of planning. Some theories also inform decisions on the timing and sequencing of your interventions in order to achieve maximum effects.”

### **Capacity building**

“Once a programme plan has been developed, the first phase in implementation is usually directed towards generating public and political interest in the programme, mobilizing resources for programme implementation, and building capacity in organizations through which the programme may operate (e.g. schools, worksites, local government). Models theories which indicate how to influence organizational policy and procedures are particularly useful here, as too is theory which guides the development of media activities.”

### **Health promotion actions**

“The implementation of a programme may involve multiple strategies, such as education and advocacy. Here, the key elements of theory can provide a benchmark against which actual selection of methods and sequencing of an intervention can be considered in relation to the theoretically ideal implementation of programmes. In this way, the use of theory helps you to understand success or failure in different programmes, particularly by highlighting the possible impact of differences between what was planned and what actually happened in the implementation of the programme. It can also assist in identifying the key elements of a programme that can form the basis for disseminating successful programmes.”

### **Outcomes**

“Health promotion interventions can be expected to have an impact initially on processes or activities such as participation and organizational practices. Theory can provide guidance on the appropriate measures that can be used to assess such activities. For example, where theory suggests that the target of interventions is to achieve change in knowledge or changes in social norms measurement of these changes becomes the first point of evaluation. Such impact measures are often referred to as health promotion outcomes (note, not outcomes in the sense of improvements in health – see below).

Intermediate outcome assessment is the next level of evaluation. Theory can also be used to predict the intermediate health outcomes that are sought from an intervention. Usually these are modifications of people’s behaviour or changes in social, economic and environmental conditions that determine health or influence behaviour. Theories can predict that health promotion outcomes will lead to such intermediate health outcomes.

Health and social outcomes refer to the final outcomes of an intervention in terms of changes in physical or mental health status, in quality of life, or in improved equity in health within populations. Definition of final outcomes will be based on theoretically predicted relationships between changes in intermediate health outcomes and final health outcomes.”

## 4. Glossar und Abkürzungsverzeichnis

**AAE:** AIDS ACTION EUROPE ist ein regionales Netzwerk vielfältiger Gruppen von mehr als 420 Nichtregierungsorganisationen (NRO/NGO), nationalen Netzwerken und communitynahen Gruppen, von denen die meisten AIDS-Serviceeinrichtungen sind, in 47 Ländern der Europäischen Region der WHO ([www.aidsactioneurope.org](http://www.aidsactioneurope.org)).

**AIDS:** Ohne wirksame Behandlung schädigt HIV die körpereigenen Abwehrkräfte, die auch als Immunsystem bezeichnet werden. Ohne Behandlung kann der Körper eindringende Krankheitserreger wie Bakterien, Pilze oder Viren nicht mehr bekämpfen. Im schlimmsten Fall treten bestimmte lebensbedrohliche Erkrankungen auf, beispielsweise eine schwere Lungenentzündung. Ab diesem Zeitpunkt spricht man von AIDS. Dabei handelt es sich um eine Abkürzung, die Acquired Immune Deficiency Syndrome (erworbenes Immunschwächesyndrom) bedeutet. HIV-Medikamente unterdrücken das Virus im Körper und verhindern so den Ausbruch von AIDS. Menschen mit HIV, die sich in wirksamer Behandlung befinden, können gut und so lange leben wie Menschen ohne HIV.

**ART:** Anti Retroviral Treatment (Antiretrovirale Behandlung) ist die Kombination verschiedener Medikamente zur Behandlung einer HIV-Infektion.

**ASTOR:** Ein ASTOR ist ein einfaches und nützliches Instrument für die Erstellung von Projekten, mit dem Sie einige der Schlüsselemente ermitteln können, die Sie für eine Intervention benötigen. Es gliedert sich auf in ZIELVORGABE, SETTING/UMGEBUNG, ZIELGRUPPE, ZIELE, RESSOURCEN (im Englischen: Aim, Setting, Target, Objectives, Resources).

**CBVCT:** Community based voluntary counselling and testing (Community-basierte freiwillige Beratung und Testung. Dienste, die freiwillige, kostenlose und anonyme HBV-, HCV-, STI- und/oder HIV-Tests außerhalb formeller Gesundheitseinrichtungen anbieten, die auf bestimmte Zielgruppen wie Schwule und andere MSM ausgerichtet sind. Die CBVCT-Dienste für MSM werden auch häufig als Checkpoints bezeichnet.

**CDC (Centers for Disease Control and Prevention):** die nationale Gesundheitsbehörde der USA.

**CD4 (Cluster of Differentiation 4)** ist ein Glykoprotein, das auf der Oberfläche von Immunzellen wie T-Helferzellen und anderen vorkommt. Dies sind weiße Blutkörperchen und wichtig für das Immunsystem. Sie werden oft als T-Helferzellen oder CD4-Zellen bezeichnet. Wenn sie dezimiert sind, zum Beispiel bei einer nicht behandelten HIV-Infektion, ist der Körper anfällig für eine Vielzahl von Infektionen, die normalerweise bekämpft werden können.

**ChemSex** ist definiert als Sex, hauptsächlich zwischen schwulen und anderen MSM, unter dem Einfluss von Drogen, die die sexuelle Erfahrung verstärken. Die wichtigsten ChemSex-Substanzen sind GHB, Crystal Meth (Methamphetamin), Ketamin und Mephedron.

**CHAFEA:** Consumers, Health, Agriculture and Food Executive Agency (Exekutivagentur für Verbraucher, Gesundheit, Landwirtschaft und Ernährung)

**CHW:** Der Begriff „Community Health Worker“ (CHW) ist in Amerika oder Afrika gebräuchlich und neu im europäischen Kontext in der Arbeit mit Schwulen und anderen MSM. Basierend auf den Ergebnissen der ECHOES-Umfrage unter europäischen CHW lautet die Definition von CHW in diesem Zusammenhang aktuell: „Community Health Workers (CHW) sind Menschen (gleichgültig, ob ehrenamtlich oder bezahlt), die Unterstützung für die sexuelle Gesundheit und andere gesundheitsbezogene Angebote für Schwule, Bisexuelle und andere MSM anbieten. Ein CHW kann Gesundheitsförderung und/oder Aktivitäten im Bereich der öffentlichen Gesundheit außerhalb des formalen Gesundheitsbereichs durchführen. Sie können Mitglieder der Communities sein, denen sie dienen (Peers) oder mit ihnen verbunden sein...“ (ECHOES-Umfragebericht)

**Cobatest:** Das COBATEST-Netzwerk verbindet Einrichtungen in ganz Europa, die gemeinnützige freiwillige Beratungs- und Testangebote (CBVCT) anbieten und Tests, frühe Diagnose und Weiterverweisung in die Versorgung für besonders gefährdete Bevölkerungsgruppen ([www.cobatest.org](http://www.cobatest.org)) fördern.

**Community - Population:** Der Begriff „Community“ beschreibt in diesem Zusammenhang eine Gruppe, die bestimmte Einstellungen und Interessen teilt oder gemeinsam hat. Die Definition einer Community kann hilfreich sein, um Dienste auf die Bedürfnisse der Benutzer auszurichten. Der Begriff ist nicht sehr spezifisch und hat Einschränkungen. Daher verwenden wir auch den Begriff „Population“, um eine bestimmte Gruppe (z. B. MSM) zu beschreiben, die als Gruppe angesprochen werden kann, bei der jedoch gemeinsame Einstellungen oder Interessen möglicherweise nicht beschrieben werden.

**Kulturelle Kompetenz:** Ein festgelegter Satz von Ethiken und Grundsätzen, gezeigten Verhaltensweisen, Einstellungen, Richtlinien und Strukturen, die kulturübergreifend eine effektive Arbeit ermöglichen.

**DAA (Direct Acting Antivirals - direkt wirkende Antiviren-Medikamente)** sind eine relativ neue Medikamentenklasse, die gezielt bestimmte Schritte im Lebenszyklus von HCV-Viren abdeckt. Hepatitis C kann in fast allen Fällen in einem kurzen Zeitraum von 8-12 Wochen mit den verfügbaren DAAs geheilt werden.

**DAH:** Deutsche Aidshilfe, Berlin, [www.aidshilfe.de](http://www.aidshilfe.de)

**DG Sante:** Generaldirektion für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit der Europäischen Kommission

**EATG:** European AIDS Treatment Group

**EC:** Europäische Kommission

**ECDC (European Centre for Disease Prevention and Control – Europäisches Zentrum für die Prävention und Kontrolle von Krankheiten):** Die ECDC ist eine EU-Agentur zur Stärkung der Abwehrkräfte gegen Infektionskrankheiten in Europa.

**ECHOES (European Community Health Worker Online Survey – Online-Umfrage unter European Community Health Workern)** ist eine Online-Umfrage zu Kenntnissen, Einstellungen, Praktiken und Schulungsbedarf von Community Health Workern, CHW), die Beratung, Tests sowie psychosoziale Betreuung und Unterstützung für MSM in der EU und den Nachbarländern anbieten ([www.esticom.eu](http://www.esticom.eu))

**ECOM:** Eurasian Coalition on Male Health (Eurasische Koalition für Männergesundheit)

**EL:** E-Learning-Schulungsmaterial

**EMCDDA:** European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (Europäisches Überwachungszentrum für Drogen und Drogenabhängigkeit)

**EMIS (European Men who have Sex with Men Internet Survey – Internet-Umfrage zu europäischen Männern, die Sex mit Männern haben)** ist die weltweit größte Internetumfrage, die sich an schwule und andere MSM richtet. Das übergeordnete Ziel von EMIS besteht darin, Daten zu generieren, die für die Planung von HIV- und STI-Präventions- und Versorgungsprogrammen und die Überwachung der nationalen Fortschritte in diesem Bereich nützlich sind ([www.esticom.eu](http://www.esticom.eu)).

**ESTICOM (European Surveys and Training to Support MSM Community Health – Europäische Umfragen und Schulungen zur Unterstützung der Gesundheit der MSM Community)** ist ein europaweites Projekt, das aus den EMIS- und ECHOES-Umfragen, sowie den ESTICOM-Schulungsprogramm besteht ([www.esticom.eu](http://www.esticom.eu)).

**EU/EWR:** Europäische Union/Europäischer Wirtschaftsraum (EU-Länder plus Norwegen, Island, Liechtenstein)

**Euro HIV EDAT:** Europäisches Projekt zum Thema „Operatives Wissen zur Verbesserung der HIV-Früherkennung und -Behandlung bei schutzbedürftigen Gruppen in Europa“ ([www.eurohivedat.eu](http://www.eurohivedat.eu); [www.msm-checkpoints.eu](http://www.msm-checkpoints.eu)).

**EuroTEST:** Europäische Initiative mit dem ursprünglichen Namen ‚HIV in Europe‘ wurde 2007 ins Leben gerufen, um auf die Bedeutung einer früheren Diagnose und Behandlung von Menschen mit HIV, STI und TB aufmerksam zu machen.

**F2F:** Unterlagen für die Anwesenheitsschulung (Face-to-Face Training)

**GAT (Grupo de Ativistas em Tratamentos):** Portugiesische NGO, die mit verschiedenen, am stärksten von HIV betroffenen Gruppen zusammenarbeitet und den Checkpoint in Lissabon betreibt.

**Geschlecht:** Geschlecht kann unterschiedliche Bedeutungen haben, als biologischer Begriff oder sozial bestimmtes Konstrukt oder als Kombination aus beiden. Es beschreibt die Vielfalt der Merkmale zwischen „Männlichkeit“ und „Weiblichkeit“. In diesem Zusammenhang verwenden wir es als: die Geschlechtsidentität der Person als soziale Kategorie (z. B. im Hinblick auf das Selbstbewusstsein, Selbstwertgefühl oder Rollenverhalten).

**GP:** General Practitioner (Allgemeinmediziner)

**HEP/Hepatitis/Virale Hepatitis:** Hepatitis bedeutet Leberentzündung. Leberentzündungen können viele Ursachen haben, einschließlich Viren und Bakterien sowie Alkohol und andere Drogen. Für CHW sind bei der Arbeit mit schwulen und anderen MSM Leberentzündungen, die durch Viren verursacht werden, am relevantesten. Es gibt verschiedene Arten von Hepatitis-Viren, die wichtigsten sind HAV, HBV und HCV (Hepatitis A-, B-, C-Virus). Die Folgen der Infektionen sind sehr unterschiedlich. Gegen Hepatitis A und B ist ein Impfstoff erhältlich, und Schwulen und anderen MSM wird empfohlen, sich gegen beide Hepatitiden impfen zu lassen. Für Hepatitis C gibt es keine Impfung, sie ist jedoch heilbar.

**HIV:** HIV ist eine Abkürzung und bedeutet „Humanes Immundefizienz-Virus“. HIV schädigt die körpereigenen Abwehrkräfte, die auch als Immunsystem bezeichnet werden. Ohne Behandlung kann der Körper eindringende Krankheitserreger wie Bakterien, Pilze oder Viren nicht mehr bekämpfen. Im schlimmsten Fall treten bestimmte lebensbedrohliche Erkrankungen auf, beispielsweise eine schwere Lungenentzündung. Ab diesem Zeitpunkt spricht man von AIDS. Auch hier handelt es sich um eine Abkürzung, die Acquired Immune Deficiency Syndrome (erworbenes Immunschwächesyndrom) bedeutet. HIV-Medikamente unterdrücken das Virus im Körper und verhindern so den Ausbruch von AIDS. Menschen mit HIV, die sich in wirksamer Behandlung befinden, können gut und so lange leben wie Menschen ohne HIV.

**Homo-/Transphobie:** Bereich negativer Einstellungen und Gefühle gegenüber Homosexualität oder Menschen, die als lesbisch, schwul, bisexuell, transgender, queer oder intersexuell identifiziert bzw. wahrgenommen werden (LGBTQI+). Sie baut oft auf Verachtung, Vorurteilen, Abneigung, Hass oder Antipathie auf und basiert oft auf irrationaler Angst und/oder kulturellen Normen.

**HTS:** HIV-Testangebote (HIV testing services)

**IDU:** Konsum injizierter Drogen (Injecting Drug Use)

**Inzidenz:** Zeigt die Häufigkeit einer neuen Infektion oder Krankheit in einer bestimmten Gruppe oder einem bestimmten Gebiet über einen definierten Zeitraum an. Beispiel: Im Jahr 2017 waren rund 2.700 Menschen neu mit HIV infiziert.

**INTEGRATE:** Gemeinsame Aktion zur Integration von Prävention, Tests und Verbindung mit Pflegestrategien gegen HIV, viraler Hepatitis, TB und STI in Europa ([www.integrateja.eu](http://www.integrateja.eu))

**Kahoot** ist eine spiel-basierte Lernplattform. Sie können Ihr eigenes Lernspiel oder Quiz entwerfen und es als amüsantes und interaktives Instrument für die Einführung eines Themas verwenden. Die Teilnehmer\_innen können Ihre Fragen auf ihren eigenen mobilen Geräten beantworten. Mehr erfahren Sie auf [www.kahoot.com](http://www.kahoot.com).

**LGBT\*QI+:** Lesbisch, Schwul, Bisexuell, Transgender (\*=und alles dazwischen), Queer, Intersexuell + alle anderen sexuellen und geschlechtsspezifischen Minderheitenidentitäten sind eine von vielen möglichen und unterschiedlichen Varianten, mit denen diese Communities angesprochen werden. Das Hauptziel besteht darin, sicherzustellen, dass Dienste und Einrichtungen alle Formen der Geschlechtsidentität einbeziehen und respektieren.

**LURE:** Motivierende Gesprächstechniken, die in vier Schritten arbeiten: Zuhören, Verstehen, Widerstehen, Stärken (engl.: Listen, Understand, Resist, Empower).

**MI:** Motivierende Gesprächsführung (Motivational Interviewing)

**Min:** Minuten



**MSM / Schwule und andere MSM:** Das Trainingspaket verwendet eine Mischung aus „MSM“ (oder Männern, die Sex mit Männern haben) oder „Schwule und andere MSM“, um die Menschen zu beschreiben, mit denen CHW im Allgemeinen zusammenarbeiten. Das Problem ist, dass MSM in der Regel kein Begriff ist, der von der Zielgruppe (den MSM selbst) verstanden oder verwendet wird. Viele der Probleme betreffen alle Männer, die sich sexuell von anderen Männern angezogen fühlen und mit ihnen beschäftigen, gleichgültig, wie sie sich möglicherweise selbst beschreiben. Das Problem ist das erlebte Stigma und die Diskriminierung und nicht, wie die Zielgruppe unserer Arbeit definiert wird.

**N/A:** Nicht verfügbar (not available)

**NPT:** Nationale Pilotschulung (National Pilot Training)

**OARS:** Motivierende Gesprächstechniken, die mit offenen Fragen, Bestätigungen, Reflexionen und einer Zusammenfassung arbeiten (engl.: Open questions, Affirmation, Reflections, Summary)

**NAM aidsmap:** Internet-Informationsplattform ([www.aidsmap.com](http://www.aidsmap.com))

**NRO/NGO:** Nichtregierungsorganisation

**NSU:** unspezifische Urethritis, Nicht-Gonokokken-Urethritis

**OptTest:** EU-Projekt zur Optimierung von Tests und der Anbindung an die HIV-Versorgung in ganz Europa ([www.opttest.eu](http://www.opttest.eu))

**Outreach:** Art von Gesundheitsdienst, der Gesundheitspersonal mobilisiert, um Dienstleistungen für eine Population zu erbringen, die sich nicht an einem Ort befinden, an dem diese normalerweise arbeiten, z. B. in einem Club, einer Sauna oder einer Bar, aber auch Online-Outreach auf Internetplattformen.

**Patient/Nutzer/Klient:** Die Personen, mit denen der CHW zusammenarbeitet (Schwule und andere MSM, daher hier nur männliche Form), werden im Dokument im Allgemeinen als „Dienstleistungsnutzer“ oder nur als „Nutzer“ bezeichnet, da CHW die Männer, mit denen sie zusammenarbeiten, im Allgemeinen nicht als „Patient“ oder „Klient“ ansehen. Moderatoren haben die Möglichkeit, die Gruppe der Teilnehmer, mit denen Sie arbeiten, zu fragen, wie sie sich auf die Männer beziehen, mit denen sie zusammenarbeiten, und ihre Definition verwenden.

**PEP (Postexpositionsprophylaxe):** Anwendung einer antiretroviralen Therapie nach Exposition gegenüber einer HIV-Infektion, um zu versuchen, die Entstehung einer Infektion zu verhindern.

**PLHIV:** Menschen, die mit HIV und AIDS leben

**PPT:** PowerPoint

**PrEP (Präexpositionsprophylaxe):** Bei dieser Präventionsmethode nehmen HIV-negative Personen täglich oder vor und nach dem Geschlechtsverkehr HIV-Medikamente ein, um sich vor einer HIV-Infektion zu schützen. PrEP schützt bei sachgemäßer Anwendung ebenso wie Kondome und TaSP (Schutz durch wirksame HIV-Behandlung).

**Prävalenz:** Anzahl der Patienten oder Häufigkeit eines Merkmals (z. B. Krankheit oder Neuinfektion); häufig angegeben als Prävalenzrate = Anzahl der infizierten oder kranken Personen im Verhältnis zur Anzahl der untersuchten Personen. Beispiel: In Westeuropa ist weniger als 1 % der allgemeinen Bevölkerung mit HIV infiziert.

**QA:** Qualitätssicherung, auch Quality Action ([www.qualityaction.eu](http://www.qualityaction.eu))

**Resilienz:** Die Fähigkeit eines Menschen, sich an widrige Umstände wie Stigmatisierung, Diskriminierung oder Krisen anzupassen.

**RKI:** Robert Koch Institut, Berlin, Deutschland

**SDG:** Ziele für die nachhaltige Entwicklung (Sustainable Development Goals)

**Einsendetest (Selbstentnahme von Proben):** Der\_die Benutzer\_in entnimmt selbst eine Blut- oder Speichelprobe. Diese können häufig (regelmäßig) per Post bestellt werden. Der\_die Benutzer\_in sendet die Tests an ein Labor und erhält Feedback zu den Ergebnissen meist per Internet oder Telefon.

**Selbsttest:** Der Benutzer entnimmt eine Blut- oder Speichelprobe und verwendet dann ein Schnelldiagnose-Kit, um die Probe zu verarbeiten, die Ergebnisse zu erhalten und sie gemäß den Anweisungen im Test-Kit selbst zu interpretieren.

**STI (sexuell übertragbare Infektionen):** Die meisten Menschen müssen sich früher oder später mit sexuell übertragbaren Infektionen auseinandersetzen. Beispielsweise sind Chlamydien, Herpes, Pilzkrankheiten und Genitalwarzen weit verbreitet. Vor allem bei MSM sind aber auch Gonorrhö und Syphilis häufig. Die meisten STI können leicht geheilt werden. Es ist wichtig, sich regelmäßig zu testen, wenn man sexuell aktiv ist, da STI auch asymptomatisch verlaufen können.

**Stigma/Diskriminierung:** Soziales Stigma ist die Missbilligung oder Diskriminierung einer Person aufgrund erkennbarer sozialer Merkmale, die dazu dienen, sie von anderen Mitgliedern einer Gruppe/Gesellschaft zu unterscheiden. Eine Diskriminierung erfolgt normalerweise durch die Überlegung/Ungleichbehandlung einer Person oder deren unterschiedlichen Behandlung, basierend auf der Zugehörigkeit zu einer Gruppe, Klasse oder Kategorie, zu der die Person als zugehörig wahrgenommen wird. Soziale Stigmatisierungen hängen häufig mit Kultur, Geschlecht, Rasse, Intelligenz und Gesundheit zusammen.

**Syndemie/SPM (Syndemisches Produktionsmodell):** Eine Syndemie ist das Vorhandensein von zwei oder mehr Krankheitszuständen oder -problemen, die negativ miteinander interagieren, sich negativ auf den Verlauf jedes Problems oder jeder Erkrankung auswirken, die die Anfälligkeit für die Krankheit erhöhen und durch Ungleichheiten verstärkt werden, mit denen man konfrontiert wird.

**TasP:** Therapie als Prävention (siehe auch U=U)

**THT:** Terrence Higgins Trust, London, England, [www.tht.org.uk](http://www.tht.org.uk)

**ToT:** Training of Trainers Workshop (Workshop zur Ausbildung von Trainern)

**UNAIDS:** The Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (Das gemeinsame Programm der Vereinten Nationen zu HIV/AIDS)

**U=U:** Nicht nachweisbar = Nicht übertragbar bedeutet, dass Menschen, die eine wirksame HIV-Behandlung erhalten, HIV über einen sexuellen Kontakt nicht an andere Personen weitergeben können.

**Whole Systems Approach:** Bei Ganzsystemansätzen werden die verschiedenen Komponenten eines Systems ermittelt und die Art der Verknüpfungen und Beziehungen zwischen den einzelnen Komponenten bewertet.

**WP:** Work Package (Arbeitspaket)

**5 „C“:** Grundprinzipien für alle HIV-Testangebote gemäß den Richtlinien der WHO: Consent, Confidentiality, Counselling, Correct results and Connection (Einwilligung, Vertraulichkeit, Beratung, korrekte Ergebnisse und Verbindung (Anbindung an die Versorgung)).

**7 „A“ der Sicherstellung des Zugangs (7 „A“ of Accessibility):** Sieben Grundprinzipien für die Sicherstellung eines barrierefreien Zugangs zu den Dienstleistungen: Awareness (Bewusstsein), Accessibility (Zugang), Affordability (Erschwinglichkeit), Appropriateness (Eignung), Adequacy (Angemessenheit), Acceptability (Akzeptanz), Availability (Verfügbarkeit)

**90-90-90:** Auch als „Versorgungskaskade“ bezeichnet, ist eine Zielsetzung von UNAIDS bis 2014 die AIDS-Krise weltweit zu beenden. Diese Ziele sehen vor, dass 90 % aller HIV-infizierten Menschen ihren HIV-Status kennen, 90 % aller diagnostizierten HIV-Patient\_innen eine dauerhafte antiretrovirale Therapie erhalten, und bei 90 % aller Behandelten eine dauerhafte Virussuppression erreicht wird. Inzwischen erhöhte UNAIDS die Ziele bis 2030 auf 95-95-95. HIV-Einrichtungen und Organisationen ergänzen die Ziele häufig auf 0-90-90-90, da die 90-90-90-Ziele nicht erreicht werden, ohne das HIV-Stigma auf Null zu senken. In vielen Ländern werden diese Ziele durch regionale Extras wie ein viertes 90-Punkte-Ziel usw. ergänzt.

## Bibliography

### Knowing the Community you are working with (Cultural Competence)

#### Cultural Competence

- The Process of Cultural Competence in the Delivery of Healthcare Services: A Model of Care. JOSEPHA CAMPINHA-BACOTE, PhD, RN, CNS, BC, CTN, FAAN Transcultural C.A.R.E. Associates
- Billy Vaughn 2007 High Impact Cultural Competence Consulting and Training DTUI Publications
- 'Diversity Officer Magazine': Mercedes Martin, MA & Vaughn, B.E (2007) Cultural Competence: The nuts and bolts of diversity and inclusion. Strategic Diversity & Inclusion Management Magazine; Billy Vaughn PhD (ED) pp 31-38 [...]
- Rainbow Heights LGBT Project (US): Cultural Competency issues and considerations

#### Resilience

- Resilience, Syndemic factors, and serosorting behaviors among HIV-positive and HIV-negative substance-using MSM. AIDS Educ Prev. 2012 Jun; 24(3): 193–205. Steven P. Kurtz, PhD, Mance E. Buttram, MA, Hilary L. Surratt, PhD, and Ronald D. Stall, PhD
- Resilience in adversity among long-term survivors of AIDS. Hospital and Community Psychiatry. 1993;44:162–167. Rabkin JG, Remien R, Katoff L, Williams JB.
- Hope and resilience in suicide ideation and behavior of gay and bisexual men following notification of HIV infection. Siegel K, Meyer IH. AIDS Education and Prevention. 1999;11(1):53–64.
- Multiple Minority Stress and LGBT Community Resilience among Sexual Minority Men. McConnell EA, Janulis P, Phillips G 2nd, Truong R, Birkett M. Psychol Sex Orientat Gend Divers. 2018 Mar;5(1):1-12.
- Prejudice, social stress and mental health in lesbian, gay and bisexual populations: Conceptual Issues and Research Evidence. Ilan H Mayer; NBCI.NLM.NIH.GOV/PMC2072932/
- Resilience as an untapped resource in Behavioural Intervention Design for gay men. Herrick, AL; Lim, SH; Smith, H; Guadamuz, T; Friedman, MS; Stall, R. NCBI.NLM.NIH.GOV/pubmed/21344306

## Challenging Stigma & Discrimination

### Stigma

- Combating HIV stigma in health care settings: what works? Laura Nyblade, Anne Stangl, Ellen Weiss, and Kim Ashburn
- J Int AIDS Soc. 2009; 12: 15. Published online 2009 Aug 6  
UNAIDS Gap Report 2015.

### Vulnerable MSM groups

- Male Sex Workers: Practices, Contexts, and Vulnerabilities for HIV acquisition and transmission. Stefan David Baral, M. Reuel Friedman, Scott Geibel, Kevin Rebe, Borche Bozhinov, Daouda Diouf, Keith Sabin, Claire E. Holland, Professor Roy Chan, and Professor Carlos Caceres: Lancet. 2015 Jan 17; 385(9964): 260–273. Published online 2014 Jul 22.
- Central and East European migrant men who have sex with men: an exploration of sexual risk in the UK. Alison R Evans; Graham J Hart; Richard Mole; Catherine H Mercer; Violetta Parutis; Christopher J Gerry; John Imrie; Fiona M Burns: BMJ Journals Volume 87, Issue 4.
- Sociodemographic, Sexual, and HIV and Other Sexually Transmitted Disease Risk Profiles of Nonhomosexual-Identified Men Who Have Sex With Men. William L. Jeffries, IV, MA, MPH: Am J Public Health. 2009 June; 99(6)
- Discordance between sexual behavior and self-reported sexual identity: a population-based survey of New York City men. Pathela P, Hajat A, Schillinger J, Blank S, Sell R, Mostashari F. Ann Intern Med. 2006 Sep 19;145(6):416-25.
- UNAIDS Gap Report 2015.

### Service User Involvement

- Participative Quality Development: Deutsche Aidshilfe. Karl Lemmen; Prof Dr Michael T. Wright
- 5 Steps to Patient Engagement: The National eHealth Collaborative

### Syndemic Production Models

- The Lancet Vol 389 March 4 2017.
- Resilience, Syndemic factors, and serosorting behaviors among HIV-positive and HIV-negative substance-using MSM. AIDS Educ Prev. 2012 Jun; 24(3): 193–205. Steven P. Kurtz, PhD, Mance E. Buttram, MA, Hilary L. Surratt, PhD, and Ronald D. Stall, PhD

### Complex Health Related Systems

- Complex systems analysis: towards holistic approaches to health systems planning and policy. Babak Pourbohloul & Marie-Paule Kieny  
Division of Mathematical Modelling, British Columbia Centre for Disease Control, Vancouver, British Columbia, Canada.
- Innovation, Information, Evidence and Research, World Health Organization, Geneva, Switzerland. Bulletin of the World Health Organization 2011;89:242-242.

## Working in Partnerships

### Effective Partnerships

- Understanding Public Health: Health Promotion Theory. Edited by Maggie Davies and Wendy McDowell  
Open University Press
- Arnstein's Ladder of Participation: "A Ladder of Citizen Participation". Journal of the American Planning Association, Vol. 35, No. 4, July 1969, pp. 216-224. Arnstein, S.R.

### Social Capital

- Social Capital and Health. Catherine Campbell, Rachel Wood, Moira Kelly: Gender Institute, London School of Economics  
Health Education Authority Report for the Health Education Authority, 1999
- A prospective study of social networks in relation to total mortality and cardiovascular disease in men in the U.S. Kawach, I et al.
- J.Epidemiol Community Health, 50: 245-51
- Understanding Public Health: Health Promotion Theory. Edited by Maggie Davies and Wendy McDowell.  
Open University Press.

## Prevention

### Motivational Interviewing

- Motivational Interviewing & HIV: Reducing Risk, Inspiring Change: Mountain Plains AIDS Education and Training Centre: sources are; Anez, L. M., Silva, M. A., Paris, M., Jr., & Bedregal, L. E. (2008). Engaging Latinos through the integration of cultural values and motivational interviewing principles. *Professional Psychology: Research and Practice*, 39, 153-159.  
Basiago, S. (2007, April). The pharmacist's role in managing medication adherence. *CBI's 6th Annual Forum on Patient Compliance, Adherence, and Persistence*, Philadelphia, PA.  
Battaglia, C., Benson, S. L., Cook, P. F., & Prochazka, A. (in press). Building a tobacco cessation telehealth care management program for veterans with posttraumatic stress disorder. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*. doi:10.1177/1078390313483314  
Berg-Smith, S. M., Stevens, V. J., Brown, K. M., Van Horn, L., Gernhofer, N., Peters, E. . . . Smith K. (1999). A brief motivational intervention to improve dietary adherence in adolescents. *Health Education Research*, 14, 399-410.  
Brobeck, E., Bergh, H., Odencrants, S., & Hildingh, C. (2011). Primary healthcare nurses' experiences with motivational interviewing in health promotion practice. *Journal of Clinical Nursing*, 20, 3322-3330. doi:10.1111/j.1365-2702.2011.03874.x  
Burke, B. L., Arkowitz, H., & Menchola, M. (2003). The efficacy of motivational interviewing: A meta-analysis of controlled clinical trials. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, 843-861. doi:10.1037/0022-006X.71.5.843  
Cook, P. F. (2006). Adherence to medications. In W.T. O'Donohue & E. R. Levensky (Eds.), *Promoting treatment adherence: A practical handbook for health care providers* (pp. 183-202). Thousand Oaks, CA: Sage.  
Cook, P. F., Bremer, R. W., Ayala, A. J., & Kahook, M. Y. (2010). Feasibility of a motivational interviewing delivered by a glaucoma educator to improve medication adherence. *Journal of Clinical Ophthalmology*, 4, 1091-1101.  
Cook, P. F., Richardson, G., & Wilson, A. (2012). Motivational interviewing training to promote Head Start children's adherence to oral health care recommendations: Results of a program evaluation. *Journal of Public Health Dentistry*. Online in advance of print. doi:10.1111/j.1752-7325.2012.00357.x  
Cook, P. F., & Sakranda, T. J. (2006). Training nurses on interventions to change behavior. *Communicating Nursing Research*, 39, 367.  
Hettema, J., & Hendricks, P. S. (2010). Motivational interviewing for smoking cessation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78, 868-884.  
Hettema, J., Steele, J., & Miller, W. R. (2005). Motivational interviewing. *Annual Review of Clinical Psychology*, 1, 91-111.  
Lozano, P., McPhillips, H. A., Hartzler, B., Robertson, A. S., Runkle, C., Schlotz, K. A., . . . Kieckhefer, G.M. (2010). Randomized trial of teaching brief motivational interviewing to pediatric trainees to promote healthy behaviors in families. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 164, 561-566.  
Miller, W.R., & Rollnick, S. (1991). *Motivational interviewing: Preparing people to change addictive behavior*. New York, NY: Guilford.  
Miller, W. R., & Rose, G. S. (2009). Toward a theory of motivational interviewing. *American Psychologist*, 64, 527-537.  
Miller, W. R., Yahne, C. E., Moyers, T. B., Martinez, J., & Pirritano, M. (2004). A randomized trial of methods to help clinicians learn motivational interviewing. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72, 1050-1062. doi:10.1037/0022-006X.72.6.1050  
Mitchell, S., Heyden, R., Heyden, N., Schroy, P., Andrew, S., Sadikova, E., & Wiecha, J. (2011). A pilot study of motivational interviewing training in a virtual world. *International Journal of Medical Internet Research*, 13(3), e77.

Moyers, T. B., Miller, W.R., & Hendrickson, S. M. L. (2005). How does motivational interviewing work? Therapist interpersonal skill predicts client involvement within motivational interviewing sessions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73, 590-598.

Pollak, K. I., Childers, J. W., & Arnold, R. M. (2011). Applying motivational interviewing techniques to palliative care communication. *Journal of Palliative Medicine*, 14, 587-592. doi:10.1089/jpm.2010.0495

Prochaska, J. & DiClemente, C. (1983). Stages and processes of self-change in smoking: Toward an integrative model of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 5, 390-395.

Prochaska, J., DiClemente, C., & Norcross, J. (1993). In search of how people change. Applications to addictive behaviours. *Journal of Addictions Nursing* 5(1), 2-16.

Prochaska, J.O., & Velicer, W.F. (1997). The transtheoretical model of health behavior change. *American Journal of Health Promotion*, 12(1), 38-48.

Resnicow, K., Davis, R., & Rollnick, S. (2006). Motivational interviewing for pediatric obesity: Conceptual issues and evidence review. *Journal of the American Dietetic Association*, 106, 2024-2033.

Robbins, L. B., Pfeiffer, K. A., Maier, K. S., LaDrig, S. M., & Berg-Smith, S. M. (2012).

Treatment fidelity of motivational interviewing delivered by a school nurse to increase girls' physical activity. *The Journal of School Nursing*, 28(1), 70-78  
doi:10.1177/105984051

1424507

Rollnick, S., Miller, W.R., & Butler, C.C. (2008). *Motivational interviewing in health care: Helping patients change behavior*. New York, NY: Guilford.

Rubak, S., Sandboek, A., Lauritzen, T., & Christensen, B. (2005). Motivational interviewing: A systematic review and meta-analysis. *British Journal of General Practice*, 55, 305-312.

Santa Ana, E. J., Wulfert, E., & Nietert, P. J. (2007). Efficacy of group motivational interviewing (GMI) for psychiatric inpatients with chemical dependence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75, 816-822.

Schwartz, R. P., Hamre, R., Dietz, W. H., Wasserman, R. C., Slora, E. J., Myers, E. F., ... Resnicow, K. A. (2007). Office-based motivational interviewing to prevent childhood obesity: A feasibility study. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 161, 495-501.

Söderlund, L. L., Madson, M. B., Rubak, S., & Nilsen, P. (2011). A systematic review of motivational interviewing training for general health care practitioners. *Patient Education and Counseling*, 84, 16-26. doi:10.1016/j.pec.2010.06.025

Suarez, M., & Mullins, S. (2008). Motivational interviewing and pediatric health behavior interventions. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, 29, 417-428.

Tomlin, K., Walker, R.D., Grover, J., Arquette, W., & Stewart, P. (n.d.). *Motivational interviewing: Enhancing motivation for change. A learner's manual for the American Indian/Alaska Native counselor*. Retrieved from <http://www.motivationalinterview.org/Documents/Learners/ManualforMotivationalInterviewing.pdf>

Venner, K. L., Feldstein, S. W., & Tafoya, N. (2006). *Native American motivational interviewing: Weaving Native American and western practices*. Retrieved from <http://casaa.unm.edu/mimanuals.html>

Weinstein, P., Harrison, R., & Benton, T. (2006). Motivating mothers to prevent caries: Confirming the beneficial effect of counseling. *Journal of the American Dental Association*, 137, 789-793.

- Terrence Higgins Trust: Motivational Interviewing Training Tools.

### **New Technologies (TasP or U=U, PrEP, PEP and Self-Testing/Sampling)**

- Patient-centred access to health care: conceptualising access at the interface of health systems and populations: Jean-Frederic Levesque, Mark F Harris, and Grant Russell. Int J Equity Health. 2013; 12: 18. Published online 2013 Mar 11.
- European Centre for Disease Prevention and Control. HIV and STI prevention among men who have sex with men. Stockholm: ECDC; 2015.
- National Centre for HIV/AIDS, Viral Hepatitis, STIs and TB Prevention. USA. Dec 2018.
- Terrence Higgins Trust website. Information correct as of August 2019

### **Frontline Interventions**

- World Health Organization. (2015). Consolidated guidelines on HIV testing services: 5Cs: consent, confidentiality, counselling, correct results and connection 2015. World Health Organization.
- Euro HIV Edat.
- OptTEST.

### **STIs: symptoms and treatments**

European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC)

- [ecdc.europa.eu/sites/portal/files/documents/gonorrhoea-annual-epidemiological-report-2017.pdf](http://ecdc.europa.eu/sites/portal/files/documents/gonorrhoea-annual-epidemiological-report-2017.pdf)
- [ecdc.europa.eu/en/gonorrhoea/facts](http://ecdc.europa.eu/en/gonorrhoea/facts)
- [ecdc.europa.eu/en/publications-data/chlamydia-infection-annual-epidemiological-report-2017.pdf](http://ecdc.europa.eu/en/publications-data/chlamydia-infection-annual-epidemiological-report-2017.pdf)
- [ecdc.europa.eu/en/chlamydia/facts](http://ecdc.europa.eu/en/chlamydia/facts)
- [ecdc.europa.eu/sites/portal/files/documents/syphilis-annual-epidemiological-report-2017.pdf](http://ecdc.europa.eu/sites/portal/files/documents/syphilis-annual-epidemiological-report-2017.pdf)
- [ecdc.europa.eu/en/syphilis/facts](http://ecdc.europa.eu/en/syphilis/facts)
- [ecdc.europa.eu/sites/portal/files/documents/AER\\_for\\_2016-hepatitis-A\\_0.pdf](http://ecdc.europa.eu/sites/portal/files/documents/AER_for_2016-hepatitis-A_0.pdf)
- [ecdc.europa.eu/en/hepatitis-A/facts](http://ecdc.europa.eu/en/hepatitis-A/facts)
- [ecdc.europa.eu/sites/portal/files/documents/hepatitis-B-annual-epidemiological-report-2017.pdf](http://ecdc.europa.eu/sites/portal/files/documents/hepatitis-B-annual-epidemiological-report-2017.pdf)
- [ecdc.europa.eu/en/hepatitis-b/facts](http://ecdc.europa.eu/en/hepatitis-b/facts)
- [ecdc.europa.eu/sites/portal/files/documents/AER\\_for\\_2017-hepatitis-C.pdf](http://ecdc.europa.eu/sites/portal/files/documents/AER_for_2017-hepatitis-C.pdf)
- [ecdc.europa.eu/en/hepatitis-c/facts](http://ecdc.europa.eu/en/hepatitis-c/facts)
- [ecdc.europa.eu/sites/portal/files/documents/Hepatitis-B-C-epidemiology-in-selected-populations-in-the-EU.pdf](http://ecdc.europa.eu/sites/portal/files/documents/Hepatitis-B-C-epidemiology-in-selected-populations-in-the-EU.pdf)
- [ecdc.europa.eu/en/publications-data/lymphogranuloma-venereum-annual-epidemiological-report-2017](http://ecdc.europa.eu/en/publications-data/lymphogranuloma-venereum-annual-epidemiological-report-2017)
- [ecdc.europa.eu/en/lymphogranuloma-venereum/facts](http://ecdc.europa.eu/en/lymphogranuloma-venereum/facts)
- [ecdc.europa.eu/en/human-papillomavirus/factsheet](http://ecdc.europa.eu/en/human-papillomavirus/factsheet)

### **World Health Organisation (WHO)**

- 'Growing antibiotic resistance forces updates to recommended treatment for sexually transmitted infections'. 30 August 2016/NewsRelease/Geneva [who.int/news-room/detail/30-08-2016-growing-antibiotic-resistance-forces-updates-to-recommended-treatment-for-sexually-transmitted-infections](http://who.int/news-room/detail/30-08-2016-growing-antibiotic-resistance-forces-updates-to-recommended-treatment-for-sexually-transmitted-infections)

### **Chemsex**

- Friday/Monday: Terrence Higgins Trust 2018.
- Drugscouts.de
- EMIS 2017.
- David Stuart.
- Dean Street Clinic.

### **'What is safer sex now?'**

- European Centre for Disease Prevention and Control: HIV and STI Prevention among men who have sex with men. Stockholm. ECDC 2015.
- National Centre for HIV/AIDS, Viral Hepatitis, STI and TB Prevention. USA. December 2018
- Terrence Higgins Trust website: August 2019

### **Epidemiology (HIV, STI's & Viral Hepatitis)**

- European Centre for Disease Prevention and Control, WHO Regional Office for Europe. HIV/AIDS surveillance in Europe 2018 – 2017 data. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2018.
- Review of HIV and Sexually Transmitted Infections among men who have sex with men (MSM) in Europe. (WP1) RKI March 2017.

### **Prevention and Health Promotion Theories**

- Health behaviour change models for HIV prevention and AIDS care: practical recommendations for a multi-level approach. Kaufman MR1, Cornish F, Zimmerman RS, Johnson BT. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes* (1999). Published online 2015 Jul 11.
- Bandura A (1995). Self-efficacy in changing societies. New York: Cambridge University Press
- Glanz K, Lewis FM, Rimer BK (2002) *Health Behaviour and Health Education: Theory, Research and Practice*. San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Green LW, Kreuter MW (1999) *Health Promotion Planning: An Educational and Environmental Approach*. Mountain View, CA: Mayfield.
- Hawe P, McKenzie N, Scurry R (1998) Randomised controlled trial of the use of a modified postal reminder card on the uptake of measles vaccination, *Archives of Disease in Childhood* 79: 136–40.
- Marcus BH, Rossi JS, Selby VC, Niaura RS, Abrams DB (1992). The stages and processes of exercise adoption and maintenance in a worksite sample. *Health Psychology* 11: 386–95.

- Marcus BH, Banspach SW, Lefebvre RC, Rossi JS, Carleton RA, Abrams DB (1992). Using the stage of change model to increase the adoption of physical activity among community participants. *American Journal of Health Promotion* 6:424–9.
- Nutbeam D (2001) Effective health promotion programmes, in Pencheon D, Guest C, Meltzer D, Muir Gray JA (eds.) *Oxford Handbook of Public Health Practice*. Oxford: Oxford University Press.
- Nutbeam D, Harris E (2004) *Theory in a Nutshell: A Practical Guide to Health Promotion Theories*. Sydney, NSW: McGraw-Hill.
- Prochaska JO, DiClemente CC (1984) *The Transtheoretical Approach: Crossing Traditional Boundaries of Therapy*. Homewood, IL: Dow Jones Irwin.
- Van Ryn M, Heany CA (1992) What's the use of theory?, *Health Education Quarterly*, 19(3): 315–30.
- World Health Organization (1986) *Ottawa Charter for Health Promotion*. Geneva: WHO.
- NICE: <https://www.nice.org.uk/guidance/ph6/evidence/behaviour-change-review-4-models-369664528>.
- WHO: [http://www.who.int/hiv/strategic/surveillance/en/un aids\\_99\\_27.pdf](http://www.who.int/hiv/strategic/surveillance/en/un aids_99_27.pdf).
- AIDSMAP: <http://www.aidsmap.com/Theoretical-models-of-behaviour-change/page/1768379/> (information correct as of August 2017 – link no longer live).
- Sweat, Michael. Report to the Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS): A Framework for Classifying HIV Prevention Interventions. 2009.

## Settings and Interventions

### Settings for Interventions

- European Centre for Disease Prevention and Control. HIV and STI prevention among men who have sex with men. Stockholm: ECDC; 2015.
- Understanding the impact of smartphone applications on STI/HIV prevention among men who have sex with men in the EU/EEA. Terrence Higgins Trust 2015.
- 'Reaching Out Online': University of Sussex & Terrence Higgins Trust 2014.
- European Centre for Disease Prevention and Control. Use of online outreach for HIV prevention among men who have sex with men in the European Union / European Economic Area - An ECDC guide to effective use of digital platforms for HIV prevention. Stockholm: ECDC; 2017.
- 'The Cruising Counts Guide': GMSH, Ontario, Canada. 2016.
- 'We are the sexperts': RFSL, Stockholm, Sweden. 2009.

### Improving linkage and retention in care

- Euro HIV Edat: [www.eurohivedat.eu](http://www.eurohivedat.eu) / [www.msm-checkpoints.eu](http://www.msm-checkpoints.eu)
- OptTest: [www.opttest.eu](http://www.opttest.eu)

### Anti-Stigma

- HIV Prevention and psychosocial support for men in prisons: The Penitentiary Initiative. Ukraine.
- Acceptance on the gay scene: IWWIT. Germany.
- Stigmatisation of PLWHIV: IWWIT. Germany.
- Test and Testing Awareness: IWWIT. Germany.
- HIV and Buddies: Sprungbrett. Germany.
- Enough is Enough: Challenging Stigma & Discrimination. European Union.
- HIV Information in Sign Language: Gehoerlosen. Germany.
- Smartphone/WebApp/Social Media initiative to meet MSM not linked to services: Quickiecheck. Austria.
- Rainbow Laces: Kicking Homophobia out of football: Stonewall. UK
- Stamp It Out: Ending discrimination in football. UK
- O=O (U=U): A YouTube intervention: RFSL. Sweden.
- Break The Chains: Staying HIV Negative: Swiss AIDS Federation. Switzerland.
- Dr Gay: Online advice tool for Gay and other MSM: Swiss AIDS Federation. Switzerland.
- GaylsOK: Lush Cosmetics. Worldwide.
- This Is Our Community: Bisexual Anti-Stigma Poster Campaign. Canada.
- Daily Blue Campaign: Combatting PrEP related stigma: Human Rights Campaign. USA.
- U=U: Undetectable = Untransmittable: Prevention Access Campaign. USA.

## Skills Building

### Social Marketing

- European Centre for Disease Prevention and Control. Use of Twitter for HIV prevention among men who have sex with men in the European Union / European Economic Area – An ECDC guide to effective use of digital platforms for HIV prevention. Stockholm: ECDC; 2017.
- European Centre for Disease Prevention and Control. Use of Facebook for HIV prevention among men who have sex with men in the European Union / European Economic Area – An ECDC guide to the effective use of digital platforms for HIV prevention. Stockholm: ECDC; 2017.
- European Centre for Disease Prevention and Control. Use of YouTube for HIV prevention among men who have sex with men in the European Union / European Economic Area - An ECDC guide to effective use of digital platforms for HIV prevention. Stockholm: ECDC; 2017

- European Centre for Disease Prevention and Control. Use of Google AdWords for HIV prevention among men who have sex with men in the European Union / European Economic Area – An ECDC guide to effective use of digital platforms for HIV prevention. Stockholm: ECDC; 2017.
- European Centre for Disease Prevention and Control. Use of online outreach for HIV prevention among men who have sex with men in the European Union / European Economic Area - An ECDC guide to effective use of digital platforms for HIV prevention. Stockholm: ECDC; 2017.
- European Centre for Disease Prevention and Control. Use of smartphone application advertising for HIV prevention among men who have sex with men in the European Union / European Economic Area - An ECDC guide to the effective use of digital platforms for HIV prevention. Stockholm: ECDC; 2017
- European Centre for Disease Prevention and Control. Effective use of digital platforms for HIV prevention among men who have sex with men in the European Union / European Economic Area – An introduction to the ECDC guides. Stockholm: ECDC; 2017

### **Building Tailored Training**

- Places and People: The perceptions of men who have sex with men concerning STI Testing: A qualitative study. Sexually Transmitted Infections.
- Sexual Health of Ethnic Minority MSM in Britain (MESH Project): Design and Methods. BMC Public Health.
- Setting the standards for sexual health support for MSM-Community Health work in Slovenia. AIDS Action Europe.
- Journal of Gay and Lesbian Mental Health.
- Promoting the health and wellbeing of gay, bisexual and other men who have sex with men: Public Health England.
- Promoting the sexual health of MSM in the context of comorbid mental health problems. Europe PMC.
- Public Health Guidance in brief on HIV, Hepatitis B and C Testing in the EU/EEA: ECDC.
- Public Health (full report) on HIV, Hepatitis B and C Testing in the EU/EEA: ECDC.
- Drug use among men who have sex with men: Implications for Harm Reduction. Sigma Research.
- Joining up sexual health and drugs services to better meet client needs: European Monitoring Centre for drugs and drug addiction.
- Guidance on prevention and control of blood borne viruses in prison settings: ECDC. 2018.
- Guidance on active case finding of communicable diseases in prison settings: ECDC. 2018.
- Thematic Report: Prisoners: ECDC. 2014.
- Evidence Brief: HIV and Laws and Policies in Europe: ECDC. 2017.
- Evidence Brief: Impact of stigma and discrimination on access to HIV services in Europe: ECDC. 2017.
- Thematic Report: HIV and men who have sex with men: ECDC. 2017.
- Thematic Report: HIV treatments and care: ECDC. 2017.
- Thematic Report: HIV and Migrants: ECDC. 2017.
- Thematic Report: Sex Workers: 2014 Progress Report: ECDC. 2015.