



DIE Dokumentation der Fachkonferenz
zur „Schwulen Gesundheit“

**GANZE
PERSON**

27.–29. August 2021



Inhaltsverzeichnis

- 5** **Begrüßung** | Dr. Dirk Sander | *DAH, Fachliche Leitung MSM*
- 6** **Einführung** | Winfried Holz | *Vorstand der DAH*

- 9** **Keynote 1** | Promoting health and wellbeing in gay men: an identity-based perspective
Rusi Jaspal | *Professor für Psychologie, Nottingham Trent, UK*
- 16** **Keynote 2** | EMIS-2017: Erkenntnisse für die Präventionsarbeit
Dr. Ulrich Marcus und Susi Schink | *MSc MSc, Robert Koch-Institut*

- 21** **1** | **Schwuler Sex**
 - 1a | Was ist schwule Sexualität? ... **21**
 - 1b | Happy Sexlife!? ... **23**
 - 1c | Was treiben die Schwulen? ... **26**
 - 1d | Brauchen wir ein schwules #metoo? ... **27**
 - 1e | Ergebnisse und Handlungsempfehlungen ... **28**
 - 2a | Psychische Gesundheit – worum geht’s? ... **29**

- 29** **2** | **Psychische Gesundheit**
 - 2b | Auswirkungen von Diskriminierung: Syndemie und Minderheitenstress ... **32**
 - 2c | Homo digitalis ... **32**
 - 2d | Resilienz – was hält gesund? Lösungsansätze und Empowerment ... **34**
 - 2e | Ergebnisse und Handlungsempfehlungen ... **35**

- 36** **Intermezzo: Konzert des Jazzsängers Erik Leuthäuser**

38 3 | Community

3a | Quo vadis, community? ... 38

3b | Facetten schwuler Vielfalt ... 38

3c | Wie queer darf / soll schwule Prävention sein? ... 40

3d | Schwule Szene reloaded: zwischen Szenesterben und Neuanfang ... 41

3e | Ergebnisse und Handlungsempfehlungen ... 42

43 4 | Substanzkonsum

4a | Lust und Rausch ... 43

4b | Warum Rausch? Funktionen des Konsums ... 44

4c | Chemsex und Harm Reduction ... 45

4d | Erfahrungen mit der Selbsthilfe {quapsss} ... 46

4e | Ergebnisse und Handlungsempfehlungen ... 46

48 5 | Präventionsarbeit

5a | Prävention 4.0: Digitale Prävention ... 48

5b | Ehrenamt ... 51

5c | Herausforderungen in der mann-männlichen Sexarbeit ... 52

5d | Neue Erkenntnisse aus den EMIS-Daten ... 53

5e | Handlungsempfehlungen ... 54

56 Das Abschlussplenum – Denkanstöße**64 Abschlussworte des Tagungsleiters**

Begrüßung

Dr. Dirk Sander | DAH, Fachliche Leitung MSM



Dr. Dirk Sander

Dr. Dirk Sander begrüßt die Teilnehmenden, besonders im Hinblick auf die Vorteile einer größeren Präsenzveranstaltung im Bereich

schwule, bisexuelle und andere MSM nach einer durch die SARS-CoV2-Pandemie bedingten Pause.

Einführung

Winfried Holz | Vorstand der DAH

Liebe Kolleg*Innen,
liebe Freundinnen,
liebe Freunde, liebe Gäste,

als Mitglied des Vorstands der DAH begrüße ich euch hier ganz herzlich – tatsächlich hier in Berlin und nicht nur auf einer Videowand – zur Fachkonferenz zur schwulen Gesundheit: Die ganze Person.

Es ist nun – wie ihr in nächster Zeit häufiger hören werdet – ziemlich genau 40 Jahre her, dass die amerikanischen Gesundheitsbehörden einen schweren, irreversiblen Immundefekt als Krankheitsbild, insbesondere bei jungen homosexuellen Männern beschrieben haben. Das zunächst auch GRID – *gay related immune deficiency* – genannte Phänomen wurde 1982 dann auch in der Bundesrepublik Deutschland nachgewiesen. Betroffen waren auch injizierende Drogenabhängige, es gab Infektionen über Blutspenden und Mutter-Kind-Infektionen. Die Medizin war machtlos. Eine HIV-Infektion führte nach ein paar Jahren unweigerlich zum Tod. Um nicht nur Formulierungen zu verwenden die haften bleiben, sondern auch zutreffen: HIV und AIDS waren quasi „verlötet“, wie es Martin Dannecker, den wir gerne auch hier gehört hätten, es einmal beschrieben hat.

Erst ab dem Jahr 1996 änderte sich dieser dramatische Zustand. Auf der internationalen AIDS Konferenz in Vancouver wurden Protease-Hemmer vorgestellt, die zusammen mit bereits vorhandenen Substanzen eine sehr wirkungsvolle Behandlung ermöglichten. Die Medikamente können HIV zwar nicht gänzlich aus dem Körper entfernen, blockieren aber die Virusvermehrung und ermöglichen heute eine ganz normale Lebensführung.

2008 formulierte dann ein offizielles Beratungsgremium der Schweizer Regierung öffentlich, was in der Community ohnehin bereits weithin bekannt war: „Empirisch gesichert steht fest, dass bei einer erfolgreichen medikamentösen Therapie HIV nicht mehr übertragbar ist.“ Inzwischen steht das nicht nur empirisch gesichert fest. Seit September 2019 steht auch ein medikamentöser Schutz vor HIV, die PrEP, in Deutschland als Kassenleistung zur Verfügung.

Betonen muss ich aber auch, dass all diese Möglichkeiten der Vorsorge und Therapie nicht allen Menschen gleich zur Verfügung stehen. Nicht nur in ärmeren Ländern ist die Versorgung bis heute lückenhaft oder fehlt völlig. Es ist weiterhin ein Schwerpunkt unserer Arbeit, auch in Deutschland für eine



Winfried Holz

flächendeckende Versorgung – auch von Geflüchteten, Obdachlosen und vielen anderen – zu kämpfen.

Von Anfang an stand neben Information, Beratung und Begleitung die Interessenvertretung von Betroffenen durch Betroffene gegenüber öffentlichen und privaten Instituti-

onen im Zentrum der Arbeit von Aidshilfen. Konzeptionell basiert war und ist unsere Arbeit auf dem Konzept der strukturellen Prävention. Herausgestellt wird in dem Konzept z. B., dass Verhalten auch von Lebensverhältnissen abhängig ist, dass Emanzipation und Selbsthilfe-Förderung für unsere Arbeit grundlegend sind. Trotz zurückgehender In-

fektionszahlen sind bei uns, wie schon seit Beginn der HIV-Epidemie, auch heute noch schwule und bisexuelle Männer überproportional und besonders von HIV betroffen.

Deshalb wollen wir diese Fachkonferenz nutzen, um uns einmal mehr den Verhältnissen dieser Personengruppe zuzuwenden. Einmal mehr? – Ein unter dem Titel „Schwule und AIDS“ veröffentlichtes Positionspapier, von der DAH mit $\frac{2}{3}$ Mehrheit im Jahre 1989 verabschiedet – da wurde wohl durchaus auch noch kontroverser diskutiert auf Mitgliederversammlungen der DAH als ich es in den letzten Jahren erlebt habe – hielt damals schon fest, dass sich Prävention nicht nur auf „individual-medizinische Vorbeugungsmaßnahmen“ beschränken dürfe, sondern „in einem ganzheitlichen Verständnis von Gesundheit sämtliche menschliche Lebensbereiche und deren krankmachende Faktoren berücksichtigen müsse“. Dieses Positionspapier ist auch heute noch aktuell.

Mittlerweile wissen wir aus vielen Studien, dass sich Fragen der Lebensumstände, der Identitätsentwicklung in mehreren, voneinander abhängigen Gesundheitsfeldern abbilden können. Hierzu gehören Sexualität, Substanzkonsum, psychisches Wohlbefinden. Die Eingebundenheit in eine Gemeinschaft kann dabei als wesentliche soziale und der Gesundheit förderliche Unterstützungsressource beschrieben werden. Deshalb stellen wir uns auf dieser Konferenz auch erneut die Frage nach der Community – und zwar in ei-

ner Zeit, in der die internetgestützte Kommunikation weit verbreitet ist und die Szene-Angebote durch die Covid-19-Epidemie immer noch stark zurückgefahren sind. Hier schließt sich die Frage an, wie wir in Zukunft unsere personalkommunikative Prävention und Beratung durchführen können.

All diese Themenfelder wollen wir uns auf der Fachkonferenz „Die ganze Person“ gemeinsam anschauen und Leitlinien für unsere gemeinsame zukünftige Arbeit formulieren. Und ich freue mich darüber, dass das Bild, welches wir hier mit den Teilnehmenden haben, auch wieder vielfältig ist, wie diese Community und die Communities.

Bedanken möchte ich mich schon an dieser Stelle bei all denen, die dazu beigetragen haben, dass wir uns an diesem Wochenende hier treffen und gemeinsam in fünf Themensträngen arbeiten können. Dirk Sanders Namen will ich nennen, der für den Inhalt Verantwortung trägt, und auch Simon Herchenbach für die Organisation. Sehr viele Namen stehen im Programm, und genauso wichtig sind all die Namen, die nirgendwo stehen, nämlich diejenigen, die ansonsten in der Aidshilfe und auch hier im Haus dafür sorgen, dass wir hier tagen und arbeiten können. Daher – auch im Namen meiner Kolleg*innen im Vorstand der DAH – die besten Wünsche für diese Konferenz: ich wünsche uns allen sowohl Freude als auch, am Ende, Erfolg dabei.
Dankeschön.

Keynote 1

Promoting health and wellbeing in gay men: an identity-based perspective

(Gesundheit und Wohlbefinden bei schwulen Männern fördern: eine identitätsbezogene Perspektive)

Rusi Jaspal | Professor für Psychologie, Nottingham Trent, UK

Rusi Jaspals Forschungsschwerpunkt ist eine sozialpsychologische Perspektive auf die HIV-Prävention. Im Rahmen des Themas „Die ganze Person“ beleuchtet er verschiedene Aspekte der psychischen Gesundheit. Jaspal geht davon aus, dass bestimmte Lebensereignisse und -situationen zu einem schlechten (psychischen und physischen) Gesundheitszustand führen können, diese jedoch veränderbar sind und Ansatzpunkte für Maßnahmen bieten: „Wenn wir früh genug eingreifen können, kann es gelingen, einen positiven Einfluss auf die dauerhafte (psychische) Gesundheit eines Menschen zu haben.“

Rusis Vortrag ging näher darauf ein, welche Faktoren die physische und psychische Gesundheit schwuler Männer¹ im Laufe ih-

res Lebens gefährden und angreifen können – und wie diese beeinflusst werden können. Es geht ihm darum, die Identität des Individuums ganzheitlich zu verstehen, um dessen Gesundheitszustand dauerhaft zu verbessern. Die folgenden Abschnitte sind eine Zusammenfassung seiner Ausführungen.

Gesundheitliche Ungleichheit

Aus zahlreichen Studien der letzten Jahre ist bekannt, dass schwule Männer gegenüber heterosexuellen Männern höheren Gesundheitsrisiken ausgesetzt sind:

- ▶ Gewalterfahrungen durch Intimpartner
- ▶ Essstörungen
- ▶ Störungen der Wahrnehmung des eigenen Körpers
- ▶ Geringere Fitness und körperliche Betätigung

¹ Dr. Rusi Jaspal sprach von schwulen Männern, bezog sich jedoch auf schwule und andere Männer*, die Sex mit Männern* haben (MSM).

- ▶ Problematischer Substanzgebrauch
- ▶ höheres HIV/STI-Risiko, geringere sexuelle Gesundheit, z. B. Erektionsstörungen
- ▶ Selbstverletzung und Suizidgedanken
- ▶ Schlafstörungen

Zwei psychologische Theorien im Besonderen können helfen, die Treiber dieser Ungleichheiten zu verstehen.

Minderheitenstress

Dieses Modell² geht davon aus, dass negative soziale Erfahrungen, die mit dem eigenen Status als Angehörige einer Minderheit in Zusammenhang stehen, Stress produzieren können. Dieser Stress kann sich über längere Zeit hinweg ansammeln und die körperliche und psychische Gesundheit beeinträchtigen. Dabei kann eine Person mehreren Minderheiten angehören, von denen jede für sich Stress produzieren kann (Stichwort: Intersektionalität).

Unterschieden wird zwischen:

- ▶ Distalen Stressoren: externe stressauslösende Faktoren wie z. B. Diskriminierung, Vorurteile und Stereotypisierung durch andere
- ▶ Proximalen Stressoren: der Person innewohnende Stressoren, z. B. verinnerlichte Vorurteile.

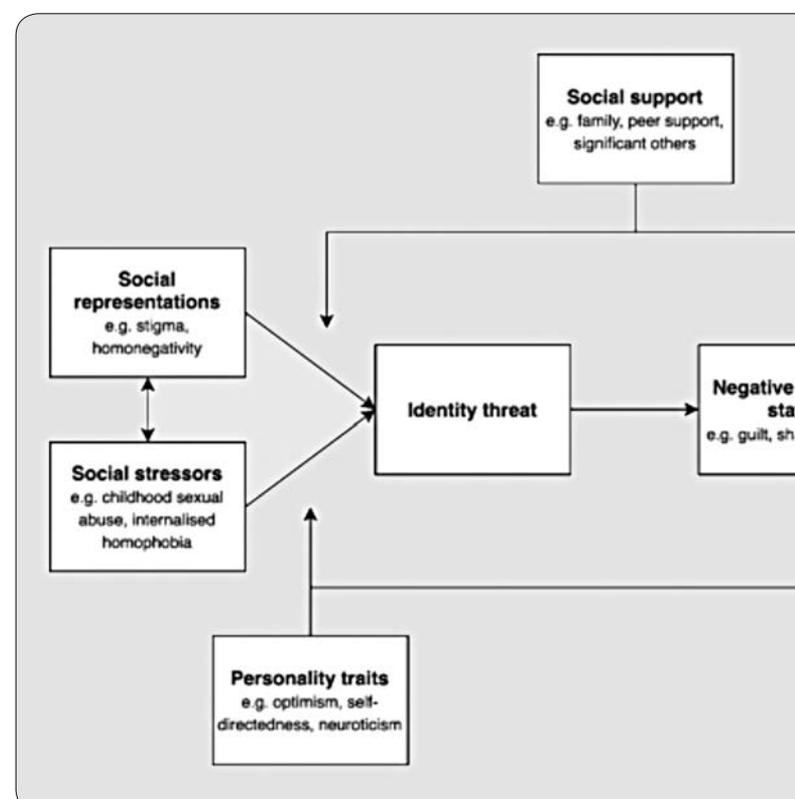
Menschen erleben Stress nicht nur durch die erfahrene Diskriminierung, sie akzeptieren diese teilweise und betrachten sich in Folge selbst negativ (Internalisierung). Auf diese Weise verinnerlichte Vorurteile (internalisier-

te Homonegativität) produzieren zusätzlich zu dem schon bestehenden, extern bedingten, auch von innen heraus Stress.

Identity Process Theory

Dieses Modell (Jaspal & Breakwell 2014) geht davon aus, dass sich unser gesamtes Selbstverständnis – unser Identitätsempfinden – durch Erfahrungen und den stetigen Lernprozess über uns selbst mit der Zeit verändert und dabei immer wieder neue Aspekte aufnimmt. Wenn eine Person z. B. eine HIV-Diagnose erhält, muss sie sich an diesen neuen Aspekt ihrer Identität anpassen und ihn in ihr Selbstverständnis aufnehmen.

Gleichzeitig greift diese Theorie innerhalb der konstanten Veränderung auch gewisse Regelmäßigkeiten auf: während wir unser Identitätsverständnis re-evaluieren, streben

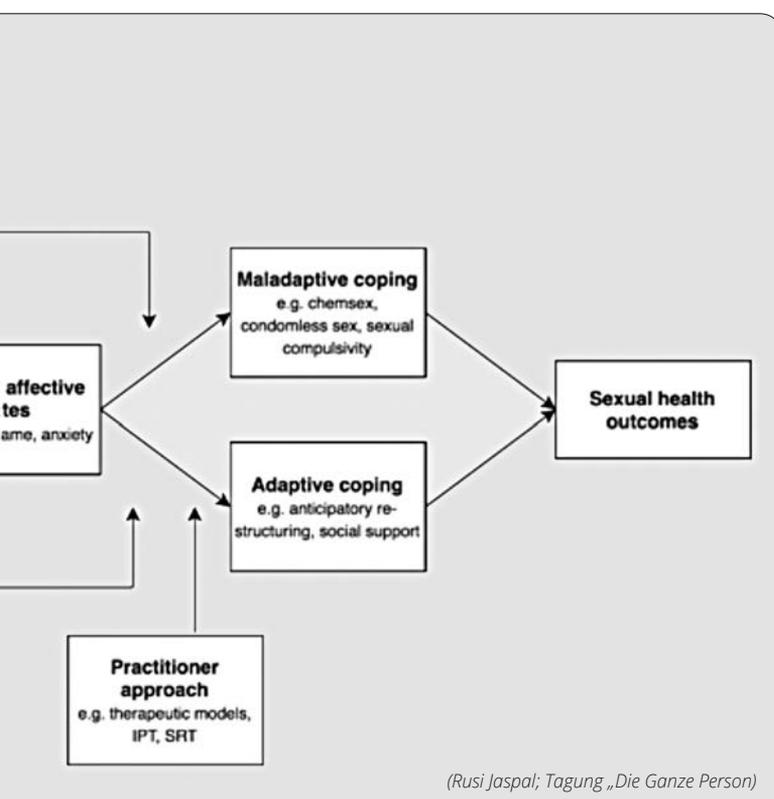


wir stets danach, vier grundlegende Gefühlszustände zu erreichen bzw. zu bewahren:

- ▶ Selbstbewusstsein (*self-esteem*) – inkl. aller Gefühle, die unser Selbstbewusstsein stärken
- ▶ Selbstwirksamkeit (*self-efficacy*) – eine gewisse Kontrolle über unsere Umgebung und das Vorantreiben der Dinge, die uns wichtig sind
- ▶ Kontinuität (*continuity*) – die Suche nach einem Narrativ, das uns davon überzeugt, dass wir trotz der Veränderungen dieselbe Person geblieben sind
- ▶ Das Gefühl, einzigartig bzw. besonders zu sein (*distinctiveness*) – wir möchten uns immer auch innerhalb der Gruppen, denen wir angehören, abheben, und uns als unverwechselbar wahrnehmen.

Diese vier Komponenten bilden die Basis einer gesunden, d. h. resilienten Identität.

Jede Person wird jedoch irgendwann mit Ereignissen konfrontiert, welche die eigene, resiliente Identität angreifen. Im Fall schwuler Männer zählt hierzu die lange Geschichte der Homonegativität und homonegativer Erfahrungen in verschiedenen Kontexten und durch verschiedene Personen. Wird die Identität einer Person angegriffen, ist sie jedoch für gewöhnlich in der Lage, einen Umgang damit zu finden (Bewältigungsstrategien), nur ist dieser nicht immer besonders effektiv. Manchmal nutzen Menschen Strategien, die zwar kurzfristig helfen, aber keine langfristige Lösung darstellen (Fehlanpassung), z. B. das Verleugnen des Problems. In Studien zeigt sich, dass eine effektive Bewältigungsstrategie z. B. darin besteht, Mitglied einer Gruppe zu werden, deren gemeinsames Anliegen es ist, die betreffende Bedrohung beim Namen zu nennen (z. B. politischer Aktivismus).



(Rusi Jaspal; Tagung „Die Ganze Person“)

Treiber gesundheitlicher Ungleichheit

Traumatische Erfahrungen in der Kindheit

Eine Reihe von Studien belegt einen Zusammenhang zwischen traumatischen Erfahrungen in der Kindheit – einschließlich sexuellen Missbrauchs – und Schwierigkeiten mit der eigenen Identität, Beziehungen, sowie dem psychologischen und sexuellen Gesundheitszustand im Erwachsenenalter.

Erlebter Missbrauch kann mit dem eigenen Schwulsein in Verbindung gesetzt werden, und auch, als internalisierte Homonegativi-

tät, anhaltend Auswirkungen auf das eigene (Sex-)Leben und Wohlergehen haben (Jaspal & Williamson 2017).

Eine weitere Studie berichtet, dass jene Teilnehmer, die in ihrer Kindheit Missbrauchserfahrungen gemacht haben, signifikant häufiger von diskriminierenden rassistischen Erfahrungen, homophoben Erlebnissen und problematischem Substanzkonsum berichten. Alle diese Arten von Erfahrungen erhöhen wiederum die Wahrscheinlichkeit, sexuelle Risiken einzugehen (Jaspal et al. 2017).

Darüber hinaus zeigen Studien, dass traumatische Kindheitserfahrungen negative Auswirkungen auf die Bindungsfähigkeit Erwachsener haben, welche wichtig für ein positives Selbstverständnis sind. Schwule Männer, die zu angstvollen Bindungen neigen, leiden häufiger an Scham und depressiven Verstimmungen. Bindungsfähigkeit kann jedoch durch Psychotherapie verbessert werden.

Diskriminierung

Schwule Männer berichten im Laufe ihres Lebens immer wieder von homonegativen Erlebnissen, sowohl in Form von Stigma und negativen Einstellungen, als auch durch diskriminierende Verhaltensweisen anderer. Diskriminierung kann im Leben von MSM erwiesenermaßen Einfluss auf das Einkommen, den Erhalt der Arbeitsstelle, den Zugang zur Krankenversicherung und eine auf die eigenen Bedürfnisse zugeschnittene, qualitativ hochwertige medizinische Versorgung, sowie auf die Langlebigkeit von Beziehungen haben. Diskriminierung resultiert außerdem in psychologischen Schwierigkeiten, problematischem Substanzgebrauch, riskantem Se-

xualverhalten, höherem HIV/STI-Risiko und Suizidalität. Zudem kann sich der durch die Schwierigkeit, über die eigene sexuelle Orientierung zu sprechen erzeugte Stress negativ auf die Gesundheit auswirken.

Auch Gesetze schützen nicht vor Diskriminierung – sie verschiebt sich möglicherweise lediglich hin zu Mikroaggressionen. Für Großbritannien liegen mehrere Studien zur Diskriminierung im Gesundheitssystem vor:

- ▶ Ein Viertel aller befragten LGBT Patient*innen berichten von negativen Kommentaren zu LGBT, eine von acht Personen von ungleicher Behandlung (gleich welcher Art) bei der Inanspruchnahme medizinischer Hilfe, und eine von sieben Patient*innen vermieden Behandlungen, weil sie Diskriminierung befürchteten (Stonewall Foundation 2018). Eine qualitative Studie gibt zusätzliche Anhaltspunkte dafür, wie sich „Anders-Behandlung“ durch medizinisches Personal negativ auf die HIV-Testbereitschaft auswirkt (Jaspal 2018). Eine weitere Studie zeigt den Zusammenhang zwischen übermäßiger Wachsamkeit (*hypervigilance*) vor weiteren Diskriminierungserfahrungen und dem Glauben an Verschwörungstheorien zu glauben, sowie einer negativen Einstellung gegenüber PrEP (Jolley & Jaspal 2020).

Negatives Selbstbild und verinnerlichte Homonegativität

Internalisierte Vorurteile haben häufig schlimmere Auswirkungen auf den Gesundheitszustand als Diskriminierung von außen, da sie die Resilienz der Identität untergraben und den Aufbau eines positiven und gesunden Selbstverständnisses verhindern: einer Dis-

kriminierung, die von mir selbst ausgeht und mich selbst angreift, ist nur sehr schwer zu widerstehen, und die eigene Resilienz gerät ins Wanken. Auch resiliente Identitäten werden von der Erinnerung an ein lange Zeit zurückliegendes, singuläres schmerzliches Erlebnis bedroht – wobei sie sich auch leichter wieder erholen als instabile Identitäten (Jaspal & Breakwell 2021). Internalisierte Homonegativität ist stärker, je mehr diskriminierende Erfahrungen allgemein und im Rahmen des Coming-Out gemacht wurden. Internalisierte Homonegativität ist geringer, je weiter sich jemand „outet“, d. h. je normaler die eigene sexuelle Orientierung im Alltag empfunden wird und je resilienter die Identität ist (Jaspal & Breakwell 2021). Weitere Studien zeigen, dass Männer, die einer ethnischen Minderheit angehören, eine höhere internalisierte Homonegativität aufweisen als weiße schwule Briten. Ähnliche Ergebnisse zeigt eine Studie mit schwulen Männern mit türkischem

Migrationshintergrund in Deutschland. Dies gilt auch für andere Merkmale, wie z. B. die Zugehörigkeit zu einer sozialen Klasse.

Gesundheitsgefährdende Bewältigungsstrategien

In diesem Kontext sollte auch über stigmatisierte Orte und Verhaltensweisen nachgedacht werden. Auch problematischer – das heißt für eine Person auf mehreren Ebenen schädlicher – Chemsex kann eine Bewältigungsstrategie darstellen. Personen, die unter starken Stressoren leiden, verstecken ganze Teile Ihrer Identität, lösen sich von abgelehnten Aspekten ihrer Persönlichkeit und Körperlichkeit, und erleben sich dann selbst als andere Person (Jaspal 2021). Schwule Saunen dagegen fungieren auch maßgeblich als soziale Räume, in denen Personen sich angenommen und akzeptiert fühlen, und auch ein Gefühl der Zugehörigkeit entwickeln (Jaspal & Papaloukas 2020).

What is internalised homophobia?

- Internalized homonegativity is “the individual’s direction of negative social attitudes [about their sexual orientation] toward the self” and reflects a devaluation of the self and increased internal conflicts due to one’s sexual orientation (Meyer & Dean, 1998, p. 161)
- It is the inability to construct a positive and healthy sense of identity.
- It is related to poor mental health, sexual risk-taking, relationship dysfunction, and antagonistic family relations (see Williamson, 2000).

(Rusi Jaspal; Tagung „Die Ganze Person“)

*Rusi Jaspal*

Beide sollten also nicht pauschal stigmatisiert, sondern auch als Verhaltensweisen bzw. Orte wahrgenommen werden, die positive Unterstützung bieten. *Public Health* muss offen sein für die Bedeutungen und Erfahrungen, die Personen zu bestimmten Verhaltensweisen bewegen. Wir müssen dieses Wissen nutzen, um pro-aktiv – und zwar mit den Mitteln, die wir bereits haben (z. B. PrEP) – bessere Präventionsarbeit leisten zu können.

Schlussfolgerungen für eine bessere Gesundheit von schwulen Männern und MSM

- ▶ Bei Interventionen muss die gesamte Persönlichkeit beachtet werden – sowohl im Gesundheitswesen als auch im Rahmen der Präventionsarbeit.
- ▶ Wir können nicht davon ausgehen, dass eine einzelne Gruppenzugehörigkeit ausschlaggebend dafür ist, wie sich eine Person verhält, verhalten wird, oder verhalten sollte. Wir müssen die ganze Identität einer Person in Betracht ziehen, einschließlich (traumatischer) Kindheitserfahrungen, der homo-affirmativen oder homonegativen Umgebung, sowie weiterer Zugehörigkeiten.
- ▶ Wir brauchen homo-affirmative psychotherapeutische Angebote.
- ▶ Wir brauchen Hilfestellung beim Aufbau von Empfindungen / Erlebnissen, die zu einer resilienten Identität beitragen. Wenn wir die Resilienz einer Identität unterstützen, befähigen wir die Person, besser mit (zukünftigen) negativen Erfahrungen umzugehen, sowie weniger physische und psychische Gesundheitsbeeinträchtigungen davonzutragen. Besonders geeignet sind der Zugang zu sozialer Unterstützung und sozialem Zusammenhalt.
- ▶ Wir sollten Personen bei ihrem Coming-Out unterstützen. Wir brauchen ein Umfeld, in dem sie frei über ihre sexuelle Orientierung sprechen können. Dabei müssen wir Eltern, Lehrer*innen usw. informieren, um die Chancen einer positiven Reaktion zu verbessern.
- ▶ Wir brauchen eine homo-affirmative Gesundheitsvorsorge – gegen Diskriminierung im Gesundheitswesen und mit besonderem Augenmerk auf Mikroaggressionen, einschließlich Weiterbildung des Personals.
- ▶ Auch in HIV-Kampagnen muss darauf geachtet werden, dass sie Diversität darstellen und keine homonegativen Vorurteile wiederholen bzw. mit der HIV-Testung in Verbindung bringen (Negativ-Beispiel: „Weisst du denn, mit wem dein Partner hinter deinem Rücken alles schläft?“)

Keynote 2

EMIS-2017: Erkenntnisse für die Präventionsarbeit

Dr. Ulrich Marcus und Susi Schink | Robert Koch-Institut

Dr. Ulrich Marcus und Susi Schink MSc MSc sind am Robert Koch-Institut im Bereich Infektionsepidemiologie, HIV und andere sexuell oder durch Blut übertragbare Erreger tätig. Im Rahmen ihrer gemeinsamen Forschungsarbeit haben sie die Daten der europäischen MSM-Internet-Studie 2017 (EMIS 2017) für Deutschland ausgewertet. In der folgenden Zusammenfassung ihres Vortrags werden Zahlen zur psychischen Gesundheit, zu homonegativen Diskriminierungs- und Gewalterfahrungen sowie zum Substanzkonsum vorgestellt und mit Bezug auf ihre Relevanz für die Präventionsarbeit betrachtet.

Die EMIS-Studie

Der *European MSM Internet Survey* (EMIS) ist eine europaweite, quantitative Studie zur Schaffung einer Datengrundlage für die Planung der HIV/STI-Präventionsarbeit mit MSM. Nach EMIS 2010 ist EMIS 2017 die zweite europaweite Studie ihrer Art. Aus Deutschland nahmen 23.107 Männer teil. Diese Stichprobe ist dabei nicht repräsentativ für alle

MSM in Deutschland. Die Teilnahme lief vor allem über Dating-Portale (v. a. GayRomeo) und ist mit deren geographischer Verteilung beinahe deckungsgleich. Aber unter den Teilnehmenden sind vor allem offen schwule Männer auf Partnersuche, also tendenziell sexuell aktivere Männer, und zwar solche mit einem höheren Bildungsgrad.

Psychische Gesundheit

Zu diesem Themenfeld lassen sich aus den Daten deutliche Aussagen ableiten, die auf Handlungsbedarf schließen lassen:

- ▶ Das Antwortverhalten von 12 % aller Teilnehmenden weist Anzeichen einer depressiven Verstimmung auf.
- ▶ Je jünger die Teilnehmenden, desto höher der Anteil der Betroffenen: Bei den unter 20-Jährigen zeigten knapp die Hälfte Symptome einer depressiven Verstimmung wie Nervosität, Ängstlichkeit, Niedergeschlagenheit, Hoffnungslosigkeit und ähnliche Gefühle.

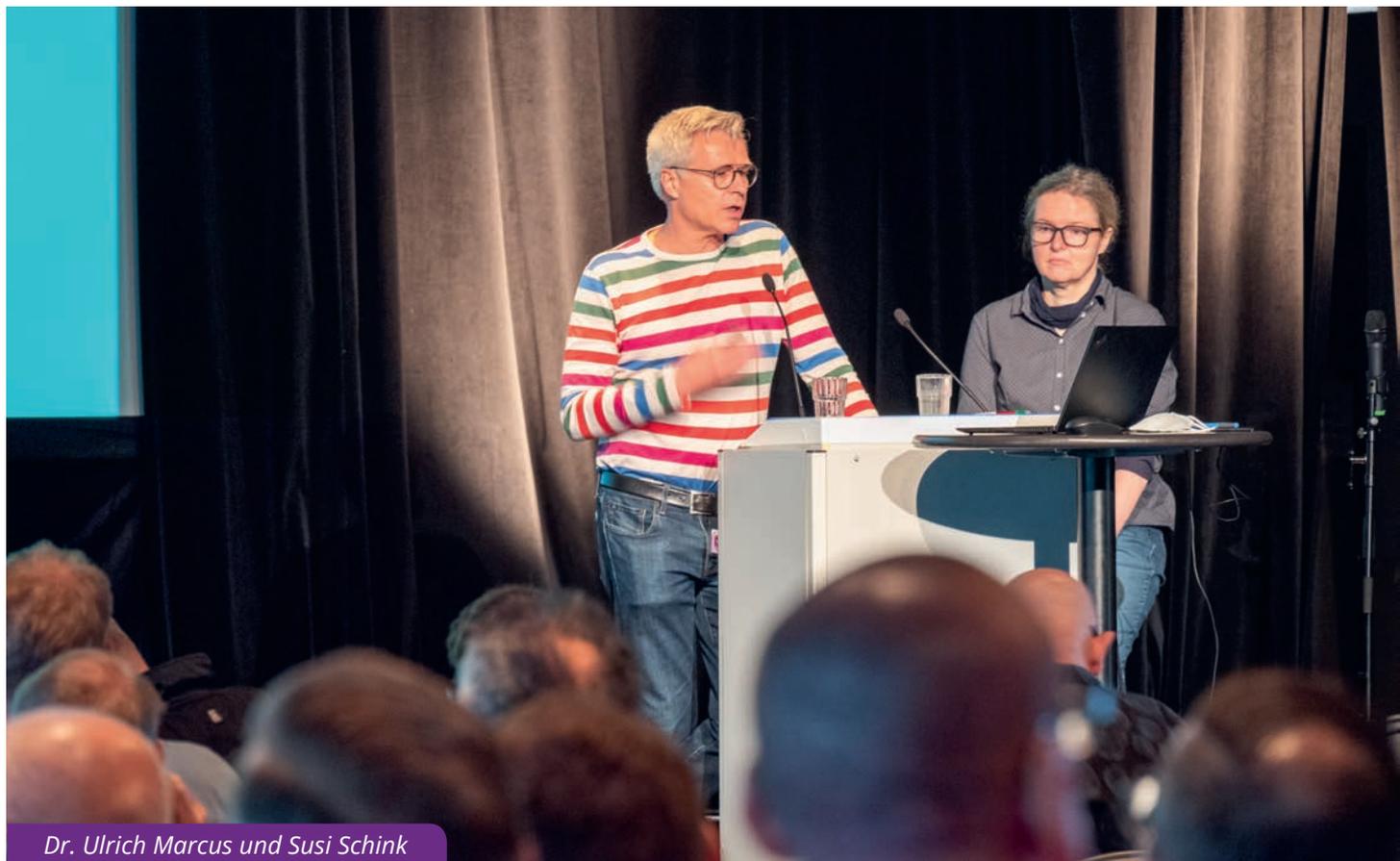
- ▶ In der Altersgruppe der 18-29-Jährigen MSM ist mit 17,6 % der Anteil derer mit Anzeichen einer Depression beinahe doppelt so hoch als vergleichbare Daten für die männliche Gesamtbevölkerung aufweisen (9,5 %).
- ▶ 15 % der Teilnehmenden gaben an, in den zwei Wochen vor der Befragung Suizid- oder Selbstverletzungsgedanken gehabt zu haben.

Die psychische Gesundheit ist also ein ernstzunehmendes Thema für die Präventionsarbeit. Aus den Daten ergibt sich aber auch, dass MSM mit starkem Zugehörigkeitsgefühl zu einer Peer-Gruppe bzw. Community weniger suizidale Gedanken haben.

Homonegative Diskriminierungs- und Gewalterfahrungen

Die Teilnehmenden wurden befragt, ob und wann sie das letzte Mal angestarrt oder bedroht, beleidigt, geschlagen oder getreten wurden, weil jemand wusste oder vermutete, dass sie sich zu Männern hingezogen fühlen:

- ▶ 63 % aller Befragten geben an, in Ihrem Leben diskriminierende Erfahrungen gemacht zu haben.
- ▶ Jüngere MSM berichten häufiger von solchen Erlebnissen, die meist auch weniger lang zurückliegen.



Dr. Ulrich Marcus und Susi Schink

Substanzkonsum

Unter den Teilnehmenden ist der Alkoholkonsum weit verbreitet. Dabei berichten sie häufiger, in den letzten 24 Stunden Alkohol getrunken zu haben, je älter sie sind, und zwar bis zu knapp 50 % bei der Gruppe der über 65-jährigen.³

Wie die Abbildung zeigt, gaben 67,4 % der Teilnehmenden keinen problematischen Alkohol- oder Substanzkonsum in den letzten 12 Monaten an. 16,2 % der Teilnehmenden gaben problematischen Alkoholkonsum an, 6,8 % haben in den letzten sechs Monaten Substanzen drei oder mehr verschiedener Klassen konsumiert, und 1,4 %, berichten von

³ Die meisten Teilnehmenden haben den Fragebogen an einem Donnerstag ausgefüllt, das heißt die Daten sind nicht überproportional von den Auswirkungen des Wochenendes beeinflusst.

injizierendem Konsum in den letzten 12 Monaten. Dabei ist zu beachten, dass einzelne Teilnehmende jeweils der „extremere“ Kategorie ihres Konsums zugerechnet wurden, d. h. ein Alkoholkonsument, der auch von injizierendem Substanzkonsum berichtet, ist letzterem zugeordnet.

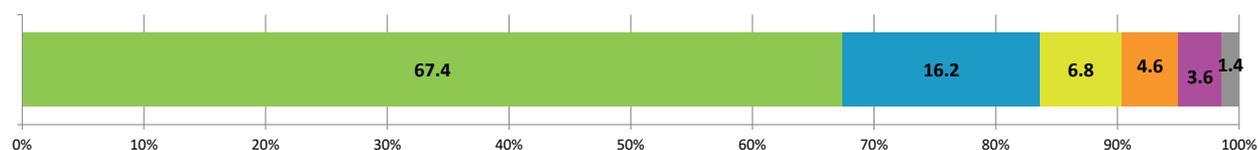
Am stärksten konsumieren die 30 bis 50-jährigen. Mit jenseits dieser Grenze zunehmendem Alter nehmen die Häufigkeiten im Bereich „sexualisierter Konsum“ und „Konsum von drei und mehr Substanzklassen“ ab. Zudem berichten Männer mit HIV-Diagnose öfter Substanzkonsum, vor allem sexualisierten Konsum, Chemsex, sowie drei und mehr Substanzklassen. Hier ist es wichtig zu beachten, dass dies keine Beweise für kausale Zusammenhänge sind, aber als Anlass dienen können, diese Zusammenhänge näher zu erforschen.

Substanzkonsum

Definition von hierarchischen Kategorien

Schink u. Marcus (DAH, Fachtagung „Die ganz Person“ 2021)

- a) **kein Substanzgebrauch/keine Angabe**
 - keine Angabe: bei ca. 1,5%
- b) **problematischer Alkoholkonsum**
 - in den letzten 12 Monaten
- c) **3 oder mehr verschiedene Substanzklassen in den letzten 6 Monaten**
- d) **sexualisierter Konsum mit mehr als 10 Partnern**
 - im letzten Jahr mehr als 50% Sex unter dem Einfluss von Substanzen mit 10 oder mehr Partnern
- e) **Chemsex-Party**
 - im letzten Jahr und schon länger als nur im vergangenen Jahr
- f) **injizierender Substanzkonsum in den letzten 12 Monaten**
 - alle Substanzen außer anabolischen Steroiden und verschriebenen Medikamenten



Chemsex

- ▶ Als Chemsex definiert die Studie den Konsum von Ecstasy/MDMA, Kokain, Amphetaminen, Methamphetamin, Mephedron, Ketamin und anderen synthetischen Stimulantien im Kontext sexueller Kontakte. Etwa 8 % der Teilnehmer gaben an, in den letzten 12 Monaten Chemsex praktiziert zu haben. Dabei gab etwa die Hälfte dieser 8 % an, dass der Chemsex in der Gruppe stattfand. Etwa 20 % derer, die angaben, in den letzten 12 Monaten Chemsex praktiziert zu haben, berichteten, dass sie bei jedem oder fast jedem sexuellen Kontakt unter dem Einfluss von Drogen oder Alkohol gestanden hatten. MSM, die in den letzten 12 Monaten Gruppen-Chemsex praktiziert hatten, waren häufiger mit HIV diagnostiziert und sexuell zufriedener als Männer ohne Gruppen-Chemsex. Für ein Fünftel aller Chemsex-Praktizierenden ist Sex ohne Substanzkonsum (fast) nicht mehr denkbar.

Schlussfolgerungen zum Thema Substanzkonsum

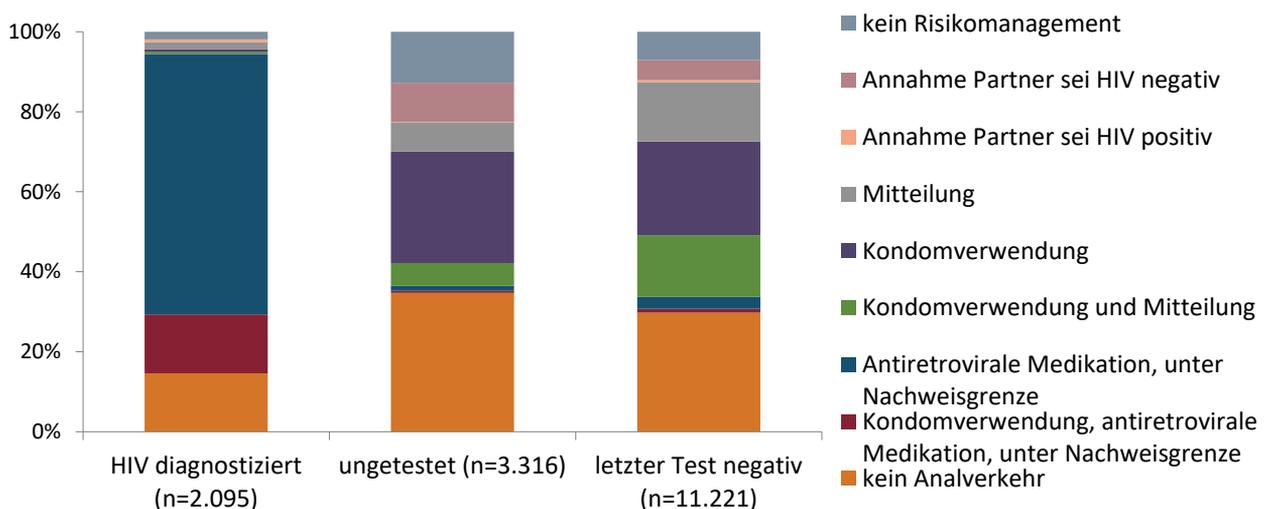
- ▶ Das Substanzkonsumverhalten von etwa einem Drittel der Teilnehmenden ist eine genauere Betrachtung wert.
- ▶ Präventionsmaßnahmen mit MSM, die Gruppen-Chemsex praktizieren, müssen die starke Assoziation mit einer HIV-Diagnose und die berichtete höhere sexuelle Zufriedenheit berücksichtigen.

Sexuelle Risikoverhalten und sexuelle Gesundheit

Etwa 20 % der Ungetesteten (d.h. nicht in den letzten 12 Monaten getestet) Teilnehmenden gaben für ihren letzten sexuellen Kontakt mit einem nicht-festen Partner kein Risikomanagement an oder gaben an, eine Annahme zu dessen HIV-Status getroffen zu haben.

Risikomanagement mit dem letzten nicht-festen Partner und HIV-Teststatus (N=16.632)

Schink u. Marcus (DAH, Fachtagung „Die ganz Person“ 2021)



MSM, die mit HIV leben, berichten meist von deutlich mehr nicht-festen Sexpartnern in den letzten 12 Monaten. Umgekehrt geben Ungetestete deutlich weniger nicht-feste Sexpartner an.

HIV/STI-Testverhalten

Mit Bezug auf die Regelmäßigkeit der HIV-Testung ist festzustellen, dass Deutschland im europäischen Vergleich nicht besonders gut dasteht:

- ▶ 24 % der Teilnehmenden gaben an, noch nie auf HIV getestet worden zu sein.
- ▶ Von den Getesteten gaben 54 % an, in den letzten 12 Monaten keinen HIV-Test gemacht zu haben.
- ▶ Es zeigt sich ein deutliches Stadt-Land-Gefälle: je kleiner der Wohnort, desto unwahrscheinlicher eine HIV-Testung.
- ▶ Bakterielle STI werden bei MSM 2017 deutlich häufiger diagnostiziert als 2010. Dies korreliert mit abnehmender Kondomnutzung, teilweise steigenden Partnerzahlen, und v. a. häufigerer STI-Testung.

STI-Screening wird vor allem im Zusammenhang mit der Verschreibung der PrEP durchgeführt. Dies erfüllt jedoch nicht den Zweck, das durch eine unentdeckte STI möglicherweise erhöhte HIV-Risiko zu verringern. Ein Erfolgsindikator für die Wirksamkeit von STI-Screening wäre ein Rückgang symptomatischer Erkrankungen. Dieser ist in den epidemiologischen Daten für Deutschland jedoch nicht festzustellen, eher im Gegenteil.

Diskussion

Sexualität jenseits von Prävention wurde kaum besprochen, auch wenn die EMIS Daten etwas mehr dazu bieten können, z. B. zum Thema sexuelle Praktiken. Der rein präventions-interventionistisch denkende Blick auf Sexualität mit Bezug auf STI-Screening kann dabei die Anzahl der Sexualpartner tendenziell negativ bewerten.

Diese Art quantitative Studie kann nur einen Ist-Zustand zum Umfragezeitpunkt wiedergeben, der zwar assoziative Zusammenhänge darstellen kann, es aber nicht ermöglicht, Rückschlüsse auf Ursachen zu ziehen.

1 | Schwuler Sex

Marco Kammholz | Moderation

1a | Was ist schwule Sexualität?

Bei genauerer Betrachtung wird schnell klar, dass sie sich schwer abschließend definieren lässt, jedoch einen zentralen Aspekt der schwulen Identität ausmacht. Drei wissenschaftliche Impulsvorträge gaben mögliche Antworten aus ihrer jeweiligen Disziplin:

Warum haben wir überhaupt Sex?

Hannes Ulrich, Institut für Sexualwissenschaften und Sexualmedizin der Charité

Ginge es nur um Fortpflanzung, dann haben Menschen viel zu viel Sex. Ginge es nur um Lust, Trieb oder „Druck ablassen“, dann bräuchte man dafür keinen anderen Menschen. Die Sexualwissenschaft deutet Sexualität und Intimität als Erfüllung psychosozialer Grundbedürfnisse: Sex als eine Art Kommunikation, die viele Bedürfnisse befriedigen kann. Reduziert man Sex auf Pornografie oder flüchtige sexuelle Begegnungen, dann reduziert man sie auch auf Lust, und vernachlässigt dabei die Grundbedürfnisse nach Nähe, Vertrauen und Geborgenheit.

Speziell im schwulen Kontext scheint ein Narrativ vorzuherrschen, das so ähnlich klingen könnte wie „jeder hat hemmungslosen Sex mit jedem und sieht gut aus dabei“, und welches zu selten hinterfragt wird. Die Sexualität wird nach einem erlernten Narrativ gelebt, und die eigenen Bedürfnisse werden nicht hinterfragt. Im Übrigen unterscheiden sich die Bedürfnisse Homosexueller nicht von denen Heterosexueller. Homosexuelle berichten aber, dass sie weniger zufrieden sind in Bezug auf Sexualeben, Beziehung und Lebenszufriedenheit im Allgemeinen.

Wir müssen Sex haben, um uns zu reproduzieren und den Fortbestand der Menschheit zu sichern. Wenn es aber nur darum ginge, würde es ausreichen, fünf Mal im Leben Sex zu haben – daraus würden dann zwei bis drei Kinder resultieren und die Menschheit wäre „gerettet“. Homosexuelle Paare würden im Übrigen gar keinen Sex haben, da sich auf natürlichem Wege bei schwulem und lesbischem Sex keine Kinder zeugen lassen. Die Dimension der Fortpflanzung ist außerdem mit der Erfindung von Kondomen, Pillen und anderen Schutzmaßnahmen gut von der Sexualität zu trennen. Es muss also noch andere Gründe geben, warum Menschen miteinander Sex haben.

(Hannes Ulrich; Tagung „Die Ganze Person“)

Männliche Homosexualität in der psychoanalytischen Literatur

Aaron Lahl, Psychologe, International Psychoanalytic University

Grob gesagt wird Homosexualität in der psychoanalytischen Theorie auf drei verschiedene Weisen verstanden. Vorherrschend bis in die 1980er Jahre war der Blick auf Homosexualität meist pathologisierend und homophob. Dem entgegen entstand mit den Schwulen- und Queer-Bewegungen eine absolut gegenläufige, affirmative Haltung, welche in den vormals pathologisierten Facetten der Homosexualität einen politisch-transgressiven Gehalt hervorhebt. Eine dritte Haltung – welche Martin Dannecker zugeschrieben werden könnte – weist die Pathologisierung von Homosexualität konsequent zurück und gibt sich gleichzeitig nicht der Affirmation hin, sondern behält eine problemorientierte Perspektive bei.

Die enormen Unterschiede verdeutlichen sich beispielhaft an der „Identifikation mit dem Weiblichen“, einem der wiederkehrenden Themen in der Beschreibung schwuler Sexualität. Pathologisierend wird dies u. a. auf eine Überidentifikation mit einer dominanten Mutter zurückgeführt und einer daher gestörten Entwicklung der Männlichkeit. Schwule begehren in dieser Vorstellung „was sie selbst sein wollen“ um sich zu „reparieren“. Affirmativ sieht das ganz anders aus. Die Tuntenshow wird zur emanzipatorischen Praxis (Butler), Identifikation mit dem Weiblichen wird aktiver Widerstand gegen das Geschlechterregime. Der nicht-homophobe klinische Blick differenziert hier: ein Feminitäts-

schub in der Kindheit wird nicht als „gestörte Entwicklung“ betrachtet oder (pauschal) affirmiert, sondern als spezifische Erfahrung oder konfliktbeladene Problematik in der homosexuellen Entwicklung eingestuft.

Dr. Benedikt Wolf, Literaturwissenschaftler, Universität Bielefeld

Die Frage „Was ist schwule Sexualität“ ist eine sokratische – stellen sollte man sie jedoch trotzdem: Schwule Sexualität wird in der Literatur häufig mit einer Nähe zum Tod und zur Überschreitung formuliert. Dies kann seine historischen Wurzeln in der strengen Gegenüberstellung der „sozial-gesellschaftlich nützlichen“ Heterosexualität und der „zwecklosen“ Homosexualität in den 1850er Jahren haben. Erklären kann man diese geschaffene Verbindung jedoch nur, indem man den Zusammenhang zwischen schwuler Sexualität, Tod und Überschreitung psychoanalytisch betrachtet. Das Genießen, nahm der Psychoanalytiker Lacan an, ist „das, was zu nichts dient“,⁴ was keinen Zweck hat. Dem schwulen Subjekt wird das Genießen unterstellt, es ist das Subjekt, an welches das Genießen delegiert wird.⁵

Man kann das auch vorurteilstheoretisch formulieren: die antihomosexuellen Heterosexuellen sehen in schwuler Sexualität die destruktiven Anteile ihrer eigenen Sexualität, die

4 Jacques Lacan: *Das Seminar von Jacques Lacan. Buch XX (1972–1973). Encore*, Textherstellung durch Jacques-Alain Miller, übers. von Norbert Haas, Vreni Haas und Hans-Joachim Metzger, Weinheim/Berlin 1986 [1975], S. 9.

5 Patrick Henze, Aaron Lahl und Victoria Preis: „Psychoanalyse und männliche Homosexualität. Einleitung“, in: diess. (Hgg.): *Psychoanalyse und männliche Homosexualität. Beiträge zu einer sexualpolitischen Debatte*, Gießen 2019, S. 11–30, hier S. 21.

sie an sich selbst tendenziell abwehren. Sie verfolgen am anderen Ufer das Jenseits ihrer eigenen Sexualität. Auf diese Weise haften der schwulen Sexualität, in der Projektion des antihomosexuellen Heterosexuellen, nicht nur das Genießen, sondern zugleich das Jenseitige an – die Verbindung zum Tod und zur Überschreitung. Aufgrund ihrer eigentümlichen historischen Position hat schwule Sexualität Verkehrsformen entwickelt, die der Zwecklosigkeit des Genießens Ausdruck geben. Schwule Sexualität ist die Sexualität, in der sich das Genießen artikuliert.

1b | Happy Sexlife!?

Dieser Workshop rückte die Frage nach einem zufriedenen, genussvollen Sexleben in den Mittelpunkt. Gibt es ein *Happy Sex Life*, was bedeutet sexuelle Bildung, und wie kann Präventionsarbeit, über den Fokus auf Risikoverhalten hinaus, Sexualität betrachten? Hierzu gab es drei Impulsvorträge.

Was macht schwulen Sex aus?

Jan Großer, Psychiater

Was macht (schwulen) Sex im Allgemeinen aus? – Lust und Ekstase, Selbstverwirklichung, Abenteuer, Abwehr von Scham und Selbstwertkonflikten, aber auch Anerkennung, Intimität und Identität. Schwule Sexualität steht im Spannungsfeld zwischen vielfältigen (emotionalen oder körperlichen) Wünschen und Erfahrungen einerseits, und Erwartungen, Gruppendruck und normativen Bildern andererseits. Ist guter Sex das „Ausleben von Fan-

Wozu (schwuler) Sex?

- Lust und Ekstase
- Selbstverwirklichung / Ausleben von Fantasien
- Abenteuer und Ausbruch aus dem Alltag
- Abwehr von Scham und Selbstwertkonflikten
- Anerkennung und Bestätigung
- Zugehörigkeit
- Identität
- Nähe und Intimität
- Kommunikation – non-verbal, körperlich

(Jan Großer; Tagung „Die Ganze Person“)

Konflikte schwuler Sexualität

- Vielfältige Wünsche und Erwartungen
- Normative Bilder schwuler Sexualität
- Gruppendruck – Zugehörigkeit
- Narzisstische Abwehr von Scham
- Ausleben eigener Fantasien
- Beziehung zum Sexpartner
- bewusste und unbewusste emotionale Bedürfnisse und Sehnsüchte
- Körperemotionen – kindliche Wünsche und Traumatisierungen

(Jan Großer; Tagung „Die Ganze Person“)

tasien“, wie das normative Bild vorzugeben scheint? Wörtlich genommene Fantasien lassen sich zwar gut vermarkten (auch im Sinne der Selbstvermarktung als sexuelles Objekt), beziehen aber das Gegenüber nicht ein, und lassen wenig Platz für Entwicklung, Sehnsüchte, Schwäche und Selbstzweifel. Auch Sex, Fantasie und Gewalterfahrungen sind hier zu berücksichtigen. Persönliche Erwartungen an Sex sollten realistisch gestaltet werden: Was macht meine Lust am Sex aus? Wo könnten meine Konflikte und Ängste liegen? – Worin genau bestehen meine Hemmungen? Was ist mir sonst noch wichtig im Leben?

Sexuelle Lebenswelten schwuler Männer

- ▶ Coming-Out
- ▶ Cruising
- ▶ Cybersexualität
- ▶ Beziehungsmodelle
- ▶ Sexuelle Praktiken
- ▶ Fetischismus und BDSM
- ▶ Rausch und Substanzkonsum
- ▶ Szene/Community
- ▶ Homo- und Transfeindlichkeit, Diskriminierung, Gewalt
- ▶ Körper und Körnernormen

(Marco Kammholz; Tagung „Die Ganze Person“)

Sexuelle Bildung fragt:

Wie kann sexuelle Lebens- und Genussfähigkeit erlernt und gefördert werden?

(Marco Kammholz; Tagung „Die Ganze Person“)

Wie kann sexuelle Bildung die Zufriedenheit mit der eigenen Sexualität fördern?

Marco Kammholz, Sexualpädagoge und Sexualberater

Im Ansatz fragt sexuelle Bildung genau das: Wie kann sexuelle Lebens- und Genussfähigkeit erlernt und gefördert werden? Beachtet werden Sinnaspekte, Erfahrungsbereiche, aber auch sexuelle Erregung und Fantasie. Hier einige Thesen für die sexuelle Bildungsarbeit (nicht nur) mit MSM:

1. Jedes Sexuell-Geworden-Sein verdient eine Beschäftigung mit seiner Bedeutung für die Gegenwart!
2. Die Arbeit mit schwulen und bisexuellen Männern erfolgt konsequent entstigmatisierend, ohne Differenzen aufzuheben.
3. Schwule und bisexuelle Männer sind nicht als Objekte der Gesundheitsfürsorge, sondern als leidenschaftliche Einzelne anzusprechen.
4. Sexuelle Bildungsarbeit zum Themenfeld sexuelle Gesundheit bedarf der Wissensvermittlung und der Konzentration auf den eigenwilligen Umgang mit Risiko.
5. Sexuelle Bildungsarbeit mit schwulen- und bisexuellen Männern geht davon aus, dass die Befriedigung sexueller Bedürfnisse sinnvoll ist.
6. Sexuelle Bildungsarbeit fokussiert sich auf sexuelle Selbstbestimmung und Sexualkompetenzen!

Unter anderem werden unter dem Titel „Happy Sex Life“ in einigen Aidshilfen schon Workshops zur sexuellen Bildung angeboten.



Workshop-Teilnehmer*innen

Sexualität und Beratung im Rahmen der Aidshilfe-Arbeit

Steffen Taubert, Referent für Beratung, Psychosoziales und Qualitätsentwicklung, DAH

Wie kommt man als Berater*in ins Gespräch, wenn zum Beispiel hinter einer Anfrage zum HIV-Test eigentlich ein ganz anderes Anliegen mit Fragen zur Sexualität steckt? – Wichtig ist, einen vertraulichen Rahmen zu schaffen, ausreichend Zeit einzuplanen und zu wissen, warum man welche Fragen stellt. Die beraterische Haltung sollte von Wertschätzung und Respekt geprägt sein. Einige beraterische Techniken, z. B. offene Fragen mit vorgegebenen Antworten, können dabei helfen, schambesetzte Themen besprechbar zu machen. Dabei sind queere Besonderheiten

wie Minderheitenstress, Diskriminierungserfahrungen und internalisierte Abwertung immer zu bedenken, aber auch homonormative Vorstellungen zu schwulem Sex (schnell verfügbar, keine Monogamie, Man(n) weiß was man will, Reden macht die Lust kaputt, usw.). Aidshilfen sind ein guter Ort für Sexualkommunikation, da viele sich als „sexpositiv“ verstehen und bereits viel über Sex gesprochen wird, wenn auch in der Regel eher im Rahmen von HIV/STI. Ein in der DAH in der Planung befindliches Projekt besteht darin, LGBTQI+-gemäße Sexualberatung aufzubauen, mit Weiterbildung zur Sexualberater*in (Beginn 2023). Auch Aidshilfen können Orte sein, an denen begonnen wird, die von HIV/AIDS sowie den überlebensnotwendigen Maßnahmen der HIV-Prävention verursachten Schädigungen zu heilen.



Marco Kammholz

1c | Was treiben die Schwulen?

Marco Kammholz

Die Präventionsforschung findet immer wieder Besonderheiten in der Sexualität oder dem Sexualverhalten von MSM, beleuchtet jedoch normalerweise nicht ihre Erlebnisqualität. In diesem praktischen Workshop arbeitete die Gruppe mit persönlichen Erfahrungen zu den Themen „offene Partnerschaft“, „Sexdate“ und „Rollen(flexibilität)“, deshalb sind hier nur die Assoziationen der Teilnehmenden wiedergegeben.

Offene Beziehung	Sexdate	Rollen (-Flexibilität)
Kommunikation (Wünsche, Ängste, Problemaustausch)	Unverbindlichkeit/ Freiheit, kann abgebrochen werden	Entwicklung der letzten Jahre?
Emanzipation	Eigene Rolle nicht festgelegt	Rollen = Selbsteinschränkung
Bedürfnisbefriedigung	Abenteuer, Reiz des Neuen	Müssen ausgehandelt werden
Fetisch („erlaubtes Fremdgehen“)	Lustbefriedigung	Erwartungen, Zuschreibungen
Selbstreflexion	Möglichkeit, Partner zu finden, Sexbuddy	Viele Rollen ausprobieren / sein können
Brechen mit gesell. Normen	Druck abbauen	Ermöglicht Empathie
Vertrauen	Marktwert abchecken	Spiel mit Rollen (Flexibilität), Rolle über das Outfit
Spaß	Anerkannte Promiskuität	Als gesell. Revolution
Freiraum	Frustration: Erwartungen nicht erfüllt	Vorbild für freie Sexualität
„Fels in der Brandung“	Gescheiterte Selbstbestätigung	Druck, vieles sein zu können
Vielfältigeres Sexleben, Lücken schließen	Suchtpotential	Gesell. Stigma: Passivität + männlich auftreten
Kann Beziehung stabilisieren	Schuldgefühle	Geschäftsmodell (Fetisch)
Neue Erfahrungen können bereichern		Lernerfahrung, Flexibilität in anderen Bereichen

1d | Brauchen wir ein schwules #metoo?

Wird in der schwulen Szene zu wenig über Übergriffe gesprochen, auch im Rahmen der weltweiten #metoo- und #metoogay-Bewegungen? Hier eine Zusammenfassung der Redebeiträge:

Dirk Ludigs

Die schwule Welt hat ein grundlegendes Problem mit sexualisierter Gewalt und geht ihm konsequent aus dem Weg. Was wird unter schwulen Männern als „normal“ angesehen? Der aktuelle Fall des sexuell übergriffenen Berliner Arztes? Die Darkroomkultur, die das ungefragte Zulangen an die Geschlechtsteile zu einem Akt degradiert hat, der dem Griff ins Obstregal entspricht, um herauszufinden, ob die Avocado reif ist? Ob Online-Dating oder SM-Kultur, objektivierendes Begehren wird öffentlich präsentiert und akzeptiert – ohne Reflexion des Kontextes oder der Konsequenzen. Dabei sollten wir den Zusammenhang zwischen Objektivierung, Missbräuchlichkeit, sowie sexualisierter und sexueller Gewalt thematisieren. Dieser Frage wird unter MSM konsequent ausgewichen.

Patsy l'Amour laLove

Für die Aufklärung über sexuelle Gewalt hilft weder die Dämonisierung noch die Glorifizierung der schwulen Subkultur. Zur Dämonisierung gehört die Behauptung, schwule Männer ignorierten sexuelle Gewalt und belächelten #metoo-Fälle in besonderem Maße – und die schwule Sexualkultur fördere ein Klima, in



Patsy l'Amour laLove

dem sexuelle Gewalt in besonders oft stattfindende (in Darkrooms etc.).

Sexuelle Gewalt wird somit dem Kontakt mit Fremden zugeordnet. In Studien zu sexueller Gewalt unter homosexuellen Männern zeigt sich, dass sie – wie bei anderen Gruppen auch – vor allem in Beziehungen stattfindet.

- ▶ sexuelle Gewalt findet vorrangig innerhalb von Beziehungen statt (Partnerschaftsgewalt / häusliche Gewalt)
- ▶ laut vergleichenden Studien kommt es in lesbischen, in schwulen und in heterosexuellen Partnerschaften prozentual gleich häufig zu sexueller Gewalt
- ▶ Homosexuelle zeigen Partnerschaftsgewalt seltener bei der Polizei an als Heterosexuelle

(Patsy l'Amour laLove; Tagung „Die Ganze Person“)

Knapp zwei Drittel der Taten geschehen in einer Partnerschaft, durch Freunde, Ex-Partner oder Bekannte.⁶

Sexuelle Gewalttaten sind in lesbischen und schwulen Beziehungen ähnlich häufig wie die in heterosexuellen Beziehungen gegenüber Frauen verübt. Sie geschehen häufig in der Erstbeziehung einer Person. MSM wenden sich nach einem solchen Vorfall aber seltener an die Polizei.

In der Diskussion wurde klar, dass eine große Frage für Berater*innen darin besteht, wie Gewalterfahrungen in Beziehungen angesprochen, und wohin Betroffene verwiesen werden können.

1e | Ergebnisse und Handlungsempfehlungen

Ergebnisse

- ▶ Sexualität ist vielschichtig, oft wird aber nur an der Oberfläche gekratzt.
- ▶ „Die“ schwule Sexualität gibt es nicht.

⁶ Hequembourg, Amy L., Parks, Kathleen A., Collins, R. Lorraine & Hughes, L. Tonda (2015). Sexual Assault Risks among Gay and Bisexual Men. *Journal of Sex Research*, 52(3), S. 282–295.

- ▶ Sexpositive Elemente müssen gestärkt werden: schwuler Sex macht nicht krank.
- ▶ Ist der Markenkern der Aidshilfe noch zeitgemäß, wenn er doch weiterhin schwule Sexualität mit AIDS verbindet?

- ▶ Gespräche zum schwulen Sexleben müssen nicht von den Themen Risikoverhalten und Geschlechtskrankheiten geprägt sein.

Handlungsempfehlungen

- ▶ Anforderung an Professionalisierung der AH-Arbeit berücksichtigen, thematische Bandbreite abdecken
- ▶ Social-Media-Angebote im Bereich Sexualpädagogik
- ▶ Workshopmodule zum Thema Sex anbieten
- ▶ Lobbyarbeit in der Aidshilfe-Arbeit professionalisieren, psychische und sexuelle / geschlechtliche Gesundheit thematisieren
- ▶ Profilschärfung der Checkpoints als Beratungsstellen für sexuelle Gesundheit
- ▶ Sexualberatung in bestehendes Beratungstraining aufnehmen
- ▶ Ausbau der Ausbildung von „Sexualpräventionisten“
- ▶ Sexuelle Gewalt unter Männern thematisieren:
 - ▷ Wohin können Opfer sexueller Gewalt unter Männern verwiesen werden?
 - ▷ Bundesweites Mapping von Beratungsstellen
 - ▷ Statistiken anlegen (Fälle sammeln)

2 | Psychische Gesundheit

Matthias Wentzlaff-Eggebert | Moderation

2a | Psychische Gesundheit – worum geht's?

Direkt nach Dr. Rusi Jaspals Vortrag stellte sich die Gruppe die Frage „Wie kann man das psychische Wohlergehen von MSM verbessern?“ In der Vorstellungsrunde teilten die Teilnehmenden etwas über sich selbst mit, das normalerweise im Verborgenen bleibt. Dieses Sichtbarmachen der Diversität der Personen und Lebensgeschichten prägte den Themenstrang.

Forschungsstand psychische Gesundheit bei MSM

*Simon Merz, Kommunikationswissenschaftler,
Akademie Waldschlösschen*

Auch wenn es in Deutschland immer mehr Studien gibt – z. B. im Bereich Diskriminierungserfahrung und Identitätsentwicklung – besteht immer noch Aufholbedarf. Aktuelle Erkenntnisse zeigen, dass die psychische Gesundheit von MSM schlechter ist als die der Allgemeinbevölkerung:

- ▶ Die berichtete Lebenszufriedenheit ist geringer. Positiven Einfluss haben hier ein offenes Ausleben des LSBTIQ+-Seins, ein un-



Matthias Wentzlaff-Eggebert

terstützendes Umfeld und fehlende Diskriminierungserfahrungen.

- ▶ Depressionen sind mehr als zweimal so häufig wie in der Allgemeinbevölkerung⁷.
- ▶ Selbstverletzendes Verhalten (Meta-Analyse)⁸ tritt über das gesamte Leben bei 15 % der hetero/cis-Personen, bei 30 % der nicht-hetero Personen, bei 40 % der bisexuellen Personen und bei 47 % der nicht-cis-Personen auf.

⁷ Kasproski et al. 2021

⁸ Liu et al. 2019

- ▶ Suizidversuche (Meta-Analyse)⁹ sind bei nicht-heterosexuellen Jugendlichen 3,7-mal so häufig wie bei heterosexuellen Jugendlichen, und bei nicht-cis-geschlechtlichen Jugendlichen 5,9-mal so häufig wie bei cis-geschlechtlichen Jugendlichen.
- ▶ Die aktuelle „Wie geht’s Euch?“¹⁰ Studie zeigt ähnliche Daten: Die seelische Belastung der Allgemeinbevölkerung beträgt 11,2 %, unter schwulen cis-Männern 19,8 %, unter bisexuellen cis-Männern 18,7 % – unter trans* Personen 39,9 %. Vor allem jüngere Teilnehmende weisen eine hohe seelische Belastung auf.
- ▶ Information und Vernetzung für MSM und queere Menschen allgemein (alle Altersstufen)
- ▶ Flächendeckend kompetente Anlaufstellen für MSM und queere Menschen zu allen gesundheitlichen Bereichen (Auch Coming-out- und Diskriminierungsberatungen)
- ▶ Arbeit mit der Allgemeinbevölkerung zur Beendigung von Diskriminierung und Stigmatisierung

Bedarfe von MSM, Erfahrungen aus der Praxis und Handlungsbedarf

Boris Maschke, Mitglied im Verband für lesbische, schwule, bisexuelle, trans, intersexuelle und queere Menschen in der Psychologie e. V., psychologischer Berater im LSBTTIQ-Landesnetzwerk Baden-Württemberg*

Die Ursachen liegen nicht beim Individuum und seiner sexuellen Orientierung, sondern in der individuellen und strukturellen Diskriminierung von MSM (und anderen queeren Menschen) in der Gesellschaft. Gerade junge MSM in ländlichen Regionen haben wenig Anlaufstellen und daher seltener eine die psychische Resilienz stärkende Peer-Gruppe – ein Problem, dessen sich Kommunen ohne (empirische) Beweise auch nicht annehmen werden.

Empfehlungen:

- ▶ Fokussierung auf die Psyche von MSM und queeren Menschen als eigenes Thema
- ▶ Anerkennung und Entstigmatisierung des Themas Psyche für betroffene Menschen
- ▶ Schließung der Forschungslücke zu gesundheitsförderlichen Faktoren
- ▶ Bevölkerungsrepräsentative Umfragen
- ▶ Besonders häufig finden sich bei Patient*innen Diskriminierung, Scham, verinnerlichte Homonegativität, aber auch andauernde Wachsamkeit (Vigilanz), was auf längere Sicht eine psychische Ermüdung zur Folge haben kann. Die negativen Auswirkungen können individuell sehr unterschiedlich sein. Besondere Herausforderungen liegen
- ▶ bei schwulen Männern, die in der zweiten Generation in Deutschland leben, und bei MSM, deren Familien von bestimmten religiösen Richtungen geprägt sind, (z. B. evangelikale Freikirchen)
- ▶ bei schwulen und bisexuellen Paaren, und zwar aufgrund fehlender oder schwer verfügbarer Vorbilder

9 Di Giacomo et al. 2018

10 Timmermanns et al. im Druck

- ▶ bei bisexuellen Männern, deren Identitätsbildung oft aufgrund von fehlender Sichtbarkeit und Vorurteilen leidet
- ▶ in negativen Erfahrungen mit unsicheren oder vorurteilsbehafteten Psychotherapeut*innen
- ▶ Bei mehrfachdiskriminierten Personen, denen dadurch oft Schutzräume fehlen
- ▶ Im Thema Einsamkeit, welche sich durch die Pandemie verschlimmert hat.

Handlungsbedarf im Bereich psychische Gesundheit für MSM und LSBTIQ+:

- ▶ Stärkung durch fest etablierte, niederschwellige, LSBTIQ+-spezifische Beratungsangebote, die mit einem affirmativen Ansatz arbeiten
- ▶ Schwerpunktthema Coming-out in der Familie (bei Menschen mit Migrationshintergrund), Beratung hinsichtlich einer in das Leben integrierten sexuellen Identität
- ▶ Paarberatung
- ▶ Ausgrenzungsfreie Vernetzungsangebote gegen Vereinsamung
- ▶ Schärfung des Bewusstseins für Prävention und Gesundheitsfürsorge
- ▶ Modelle anbieten / bekannt machen für: Partnerschaften, Gesundheitsfürsorge / Resilienz, zufriedenes Älterwerden etc.
- ▶ Unterstützung beim Thema Älterwerden, LSBTIQ+-spezifische Pflegeeinrichtungen
- ▶ Personen erreichen, die Zugangsbarrieren zu „klassischen“ Beratungsansätzen für MSM erfahren, z. B. Personen mit Fluchterfahrung
- ▶ Beachtung und Stärkung der psychischen Gesundheit der Beratungskräfte: z. B. durch Intervision bzw. Supervision

Psychische Gesundheit und Beratung im Rahmen des Gay Health Chat

Gerd Bräutigam, Regionalkoordinator Gay Health Chat

Vorrangig geht es in den Chats um HIV/STI¹¹. Daneben treten Fragen zu seelischen Problemen, zur sexuellen Identität und zum Leben mit HIV auf, sowie Kontaktaufnahmen von Menschen mit Anliegen phobischer / hypochondrischer Natur. Da der Chat überwiegend ehrenamtlich und im Peer-Ansatz betrieben wird, sind hier Berater*innen und Klient*innen häufig von den gleichen Problemen betroffen (z. B. Alltagsstress, Arbeit, Beziehung, Minderheitenstress). Klient*innen haben eine Erwartung an die Erfüllung des Beratungsauftrages: Informationsweitergabe ist bei Faktenwissen einfach, stößt jedoch an seine Grenzen, wenn es um die Verminderung von Stressoren und Psychohygiene geht. Das liegt auch an den Grenzen der Beratung als solcher. Ein passender Umgang besteht darin, den Bedarf der Klient*innen zu würdigen, Grenzen deutlich zu machen und weiterzuverweisen.

Für Berater*innen mindert die Beratungstätigkeit ihre eigenen Stressoren zwar einerseits, verstärkt sie jedoch andererseits auch, z. B. durch Qualitätsansprüche an sich selbst und das Nähe-Distanz-Dilemma des Peer-Ansatzes. Hier helfen Schulungen, Übungen und Erfahrung. Den Umgang mit phobischen / hypochondrischen Anfragen zu erlernen ist schwieriger, man muss sie erkennen können und eine eigene Beratungsstrategie

¹¹ Mehr zum Gay Health Chat in Workshop 5a: Digitalisierung 4.0 Digitale Prävention

entwickeln. Ein besonders erhöhter Bedarf an Schulung und Unterstützung besteht im Umgang mit Straftatankündigungen und Suizidandrohungen, hier braucht es klare Handlungsrichtlinien und mehr Unterstützung, besonders für Laienberater*innen.

2b | Auswirkungen von Diskriminierung: Syndemie und Minderheitenstress

Matthias Wentzlaff-Eggbert

Der Begriff Syndemie beschreibt Kontexte, in denen sich mehrere epidemische Gesundheitsfaktoren gegenseitig beeinflussen. Im Falle der Gesundheit von MSM sind dies u. a. (gesellschaftliche und internalisierte) Homonegativität, psychisches Wohlbefinden, Substanzgebrauch und (sexuelles) Schutzverhalten.¹² Alle Faktoren greifen persönlich und gesellschaftlich ineinander, beeinflussen und verstärken sich gegenseitig.

Im Workshop betrachteten die Teilnehmenden als praktische Übung zwei verschiedene Szenarien zu einer Person (MSM), die Beratung sucht. Die Szenarien kombinierten nach dem Zufallsprinzip eine aktuelle Situation (z. B. Auszug aus dem Elternhaus, erste Liebe, Erwerbslosigkeit, Coming-Out im Beruf, Adoption von Kindern) mit persönlichen Merkmalen und Erfahrungen aus dem Lebensweg (z. B. geschiedene Hetero-Ehe, illegalisierter Aufenthaltsstatus, religiös, Mann, cis, Mitte 30).

¹² *Unequal Opportunity: Health Disparities Affecting Gay and Bisexual Men in the United States, Wolistki et al., 2007.*

Die Gruppe untersuchte die Szenarien auf Folgen, Wechselwirkungen, Resilienzschwächende bzw -stärkende Faktoren, sowie auf die resultierenden Herausforderungen an Prävention, Hilfsangebote, Community und Gesellschaft. Im Ergebnis zeigte sich, dass es als beratende Person wichtig ist, zu bedenken, was von einer Person sichtbar ist und was nicht. Ein illegalisierter Aufenthaltsstatus, Missbrauch, oder ähnlich bedeutsame Merkmale werden evtl. nicht ausgesprochen, bestimmen jedoch wesentlich Lebensweg, Sichtweisen und Empfindungen einer Beratung suchenden Person.

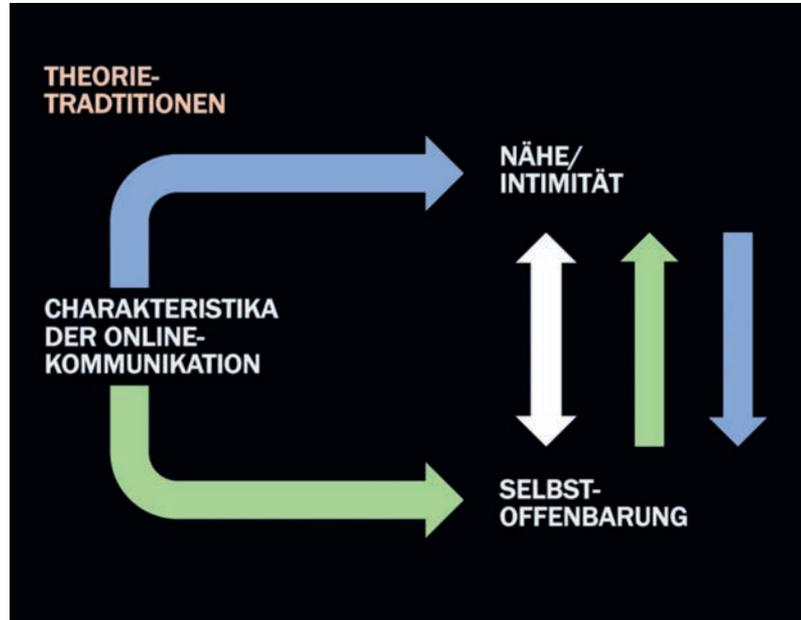
2c | Homo digitalis

Dr. Richard Lemke

Zehn Jahre nach der ersten großen Studie zum MSM-Online-Dating: Was unterscheidet Online-Dating von offline angebahnten Begegnungen? Wie sehr und in welcher Form haben die Möglichkeiten der Internetkommunikation die schwule Sexualität verändert? – Dass Online-Dating mittlerweile einen enormen Stellenwert unter MSM hat, ist durch mehrere Studien belegt.

Die Art der Kommunikation ist bereits der erste Unterschied zwischen Online- und Offline-Begegnungen: Online herrscht ein hohes Maß an Versprachlichung, beim Offline-Cuising hatte dagegen die non-verbale Kommunikation den Vorrang. Dies verstärkt einen weiteren Aspekt des Online-Kontakts: Die Bedeutung des Mediums für die Konstituierung des Gegenübers. Das Gegenüber wird nicht auf Augenhöhe getroffen, nicht als gleichwer-

tig erkannt, anerkannt und gesehen, wie das beim Offline-Cruising meist der Fall ist. Zwar offenbaren Personen sich oder ihre innersten Fantasien online möglicherweise schneller, allerdings fußt diese Offenbarung oft nicht auf einer Beziehung zum Gegenüber. Die andere Person wird mit eigenen Vorstellungen beladen – „überattribuiert“ – und tritt nicht aus diesem Bild heraus. Online-Dating, welches sehr verbreitet ist, führt demnach leicht in eine Art Echokammer der eigenen Fantasie. Das Gegenüber dagegen verschwindet hinter einem Vorhang aus eigenen Vorstellungen und der Kontakt, die gegenseitige Anerkennung auf Augenhöhe, eine ge-



(Richard Lemke; Tagung „Die Ganze Person“)



Dr. Richard Lemke

gegenseitige Beziehung zum Gegenüber bleiben aus. Stattdessen bestätigen und bestärken sich Personen gegenseitig in den jeweils eigenen Fantasien.

Eine weitere Schwierigkeit ist die gedankliche Trennung zwischen der Offline-Welt und dem Online-Gesagten – es wird dissoziiert. Online fühlen sich Menschen ihrer Offline-Manieren entbunden. Dies spiegelt sich z. B. darin wider, dass MSM online zwar oft mitteilen, dass sie die PrEP einnehmen oder HIV-negativ getestet sind, jedoch seltener preisgeben, dass sie HIV-positiv bzw. unter der Nachweisgrenze sind.¹³

¹³ Medina, M. M., et al. (2018). *Disclosure of HIV Serostatus and Pre-exposure Prophylaxis Use on Internet Hookup Sites Among Men Who have Sex with Men*. *AIDS and Behavior*. doi:10.1007/s10461-018-2286-z

2d | Resilienz – was hält gesund? Lösungsansätze und Empowerment

Steffen Taubert, Referent für Beratung, Psychosoziales und Qualitätsentwicklung, DAH

Es gibt unterschiedliche Resilienzfaktoren, die Menschen einzeln oder in Gruppen ausbauen können. Denn: Resilienz ist nicht (nur) angeboren, sondern ist formbar und kann

gezielt aufgebaut werden. Im Workshop wurden einige Strategien besprochen, und über Körperarbeit auch praktische Erfahrungen vermittelt. Das Fazit: Jede Person kann für sich selbst unterstützende Faktoren aufbauen und individuelle Stressoren reduzieren. Gemeinsam können wir Einfluss auf gesellschaftliche Belastungsfaktoren (Minderheitenstress, Armut, Diskriminierung etc.) nehmen, durch eine Verstärkung von Vernetzung und sozialer Unterstützung empowernd wirken, aber auch unterstützen, wenn psychische Erkrankungen bereits entstanden sind.

Resilienz: Definition

- „Aufrechterhaltung, beziehungsweise rasche Wiederherstellung der psychischen Gesundheit während oder nach stressvoller Lebensereignisse“. (Kalisch, 2021)
- Ist weniger eine angeborene Eigenschaft, als vielmehr „Ergebnis einer biografischen Interaktion zwischen meinen Anlagen und der Umwelt“ (Gilan & Helmrich 2021)

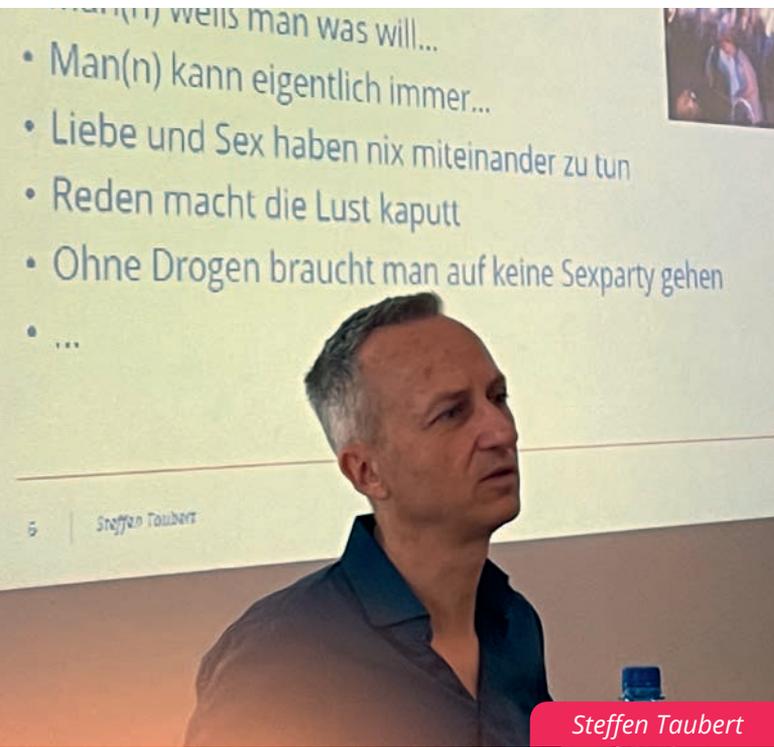
→ Resilienz ist formbar und kann gezielt aufgebaut werden !

Steffen Taubert; Tagung „Die Ganze Person“

Der Ersthelfer-Kurs für psychische Gesundheit vermittelt Kompetenzen in drei Bereichen:



Grafik mit freundlicher Genehmigung von MHFA Ersthelfer



Die DAH bietet dazu ein neues Programm zur Ersten Hilfe bei psychischen Erkrankungen an. Basierend auf *Mental Health First Aid* lernen Teilnehmende, Personen, denen es schlecht geht, oder die sich in einer akuten psychischen Krise befinden, als Ersthelfer*innen beistehen zu können. Vermittelt wird, wie das Thema einer möglichen psychischen Erkrankung vorurteilsfrei angesprochen und bei Bedarf Brücken ins professionelle Hilfesystem gebaut werden können. Die Deutsche Aidshilfe bietet diesen Kurs 2021 erstmalig an.

Mitarbeitende in der Prävention und Beratung, aber auch Buddys und Beschäftigte in schwulen Bars oder Saunen, können eine wichtige Anlaufstelle sein und anderen erste Hilfe leisten – sich also auf den Weg zu mehr seelischem Wohlbefinden machen.

2e | Ergebnisse und Handlungsempfehlungen

Ergebnisse

- ▶ Offenheit in der Beratung: Was sehe ich? Was sehe ich nicht?
- ▶ Klient*innen: (Mein wahres) Ich will gesehen werden!
- ▶ Was erlauben wir anderen Personen, uns zu zeigen?
- ▶ Was erlauben wir uns, anderen Personen zu zeigen?

Forderungen und Empfehlungen:

- ▶ Psychosoziale Beratung einrichten
- ▶ Weiterverweisungslisten zur psychischen Gesundheit in Checkpoints
- ▶ Kooperationen mit freien Gruppen
- ▶ LSBTIQ+-Themen müssen in der Ausbildung zu psychotherapeutischen Berufen standardmäßig vermittelt werden
- ▶ Bewusstsein zur psychischen Gesundheit im Verbund fördern
- ▶ Gesundheitsnetze für LSBTIQ+ ausbauen
- ▶ Aufklärung an Schulen
- ▶ Stadt / Land-Diskrepanz abbauen
- ▶ Existenzsicherung → Integrierte Versorgung statt viele einzelne Anlaufstellen
- ▶ Positive Rollenmodelle
- ▶ Buddy-Projekte
- ▶ Toxische Männlichkeit abschaffen

Praxisbeispiele:

- ▶ Schutzräume 2.0 (Online-Räume der Zusammenkunft, z. B. über Discord-Server)
- ▶ Erste Hilfe für psychische Gesundheit

Konzert des Jazzsängers Erik Leuthäuser

*Ich erzähl dir von Drogen und Sex und Berlin,
wie verlockend diese Mischung für mich schien,
und für viele schwule Männer wie mich
zur einzigen Freude im Leben sich schlich.*

*Deshalb singe ich heute von Lust und Exzess,
von Sehnsucht und Selbstzweifel und Crystal Meth,
und wie schwer es ist zu entkommen dem Kreis,
was ich leider nur allzu gut weiß.*

(Intro von Erik Leuthäuser)

*„Gib' mir Deine Hand, sie löst tausend Sensationen aus.
Gib' mir Deine Hand, ich wollt heut eh nicht mehr nach Haus.
Führ' mich dahin, wo ich authentisch bin.
Führ' mich dahin, wo wir im Dunkeln sind.
Mit Körpern überall, in den Ecken Schatten bloß,
Schatten wie im Tanz, ganz schwerelos,
werd ich die Schwere los und gib mich hin,
damit ich nicht mehr alleine bin,
geb mich hin und hoff, dass ich etwas Freiheit gewinn.“*

(Auszug aus „Der perfekte Sturm“ von Erik Leuthäuser)

Intermezzo:

Am Samstagabend gab es ein kurzes Konzert von dem vielfach ausgezeichneten Jazzsänger Erik Leuthäuser, der mit seinem außergewöhnlichen und vielfältigen Gesangsstil für Aufmerksamkeit sorgte. Seine Texte sind ehrlich und frei von Klischees, inspiriert von seinen Erfahrungen als junger schwuler Mann in der Großstadt Berlin. Am Klavier begleitete ihn Julia Kadel (erik-leuthaeuser.de).





Lively ♩ = 180

Der perfekte Sturm

Erik Leuthäuser

Intro (Bm⁷ | 1/2 | A7(♯5) | 1/2)

A Strophen
Bm⁷ Groove A7(♯5)

1. Gib mir dein-e Hand, sie löst taus-end Sen-sa-tion-en aus. Gib mir
2. Gib mir dein-e Hand, ich bin auf, Üb-er-schall. Hab dich

5 Bm⁷ A7(♯5)
dein - e Hand, ich wollt heut eh nichtmehr nach Haus. Führ mich da
gleich er- kannt, du funk-elst, wie Krist-oll. Führ mich da

9 Fmaja(♯5) G♯maja9
hin, wo ich outh-ent-isch bin. Führ mich da -
hin, wo ich leb-end-ig bin. Für mich da -

13 Fmaja9 G♯maja(♯5)
hin, wo wir im Dunk-eln sind. Mit
hin, wo kein-e Zweif-el sind. Und

B Bm⁷ A7(♯5)
Körp - ern üb - er - all, in den Eck - en Schat-ten bloß,
führst du mich da - hin, bleib ich dir treu.

21 Bm⁷ A7(♯5)
Schat-ten wie im Tanz, ganzschwer-e - los, werd ich die Schwer - e
Gib mir ein en Sinn, mach al - les neu, mach mich neu, strukturier mich

25 Fmaja(♯5) G♯maja9
los und gib mich hin, da-mit ich nicht mehr al-lein-e bin, geb ich mich
um und gib mir Sinn, weil ich ver - lor - en bin. Gib mir

29 Fmaja9 G♯maja(♯5)
hin, und hoff, dass ich et - was Freiheit ge-winn. Ich
Sinn, und mach, dass ich et - was Zeit ge-winn.

C Refrain
Bm⁷ Abm⁷
jag-e den Drach-en, der Drach-en jagd mich. Wie kann ich ihn
37 G♯maja9 G♯m(maja9)
find - en? Wie kann ich emp-find - en, mehr
41 F7(♯5)
ohn - dich? Ich
43 Bm⁷ Abm⁷
jag-e den Drach-en, der Drach-en jagd mich. Will doch nicht ver
Cass Sim.
47 G♯maja9 G♯m(maja9)
schwind-en, will doch nur emp-find - en, mehr
51 F7(♯5)
ohn - e dich? Und der

D Bridge
Gm⁷ offen G♯maja(♯11)
Drach-en ist groß, viel größ-er als der Eif-fel - turm. Es ist der per-
57 E⁹(♯11) G♯maja(♯11)
fekt - e Sturm, der per - fekt - e Sturm Und der

3 | Community

Clemens Sindelar | Moderation

3a | Quo vadis, community?

Clemens Sindelar

Wo steht die Community, wohin entwickelt sie sich? Gerade fehlen durch das allgemeine Schließen des öffentlichen Lebens im Corona-Lockdown Räume für Community. Was fehlt uns in dieser Zeit an Community(leben), was vermischen wir gar nicht? Der Gruppe fehlt vor allem der Kontakt zu (gut bekannten) Community-Mitgliedern, Austausch, Ausgelassenheit und Party. Nicht besorgt bis erleichtert waren die Teilnehmenden dagegen darüber, dass der Erwartungsdruck, z. B. einem Dresscode zu folgen, wegfällt. Es gibt Spannungen und Veränderungen in der Community, z. B. der Konflikt zwischen queer und schwul, und das Szenelokal-Sterben: etwas ist am Brodeln.

3b | Facetten schwuler Vielfalt

Schwule Familie

Clemens Sindelar

In meinem (Er)Leben schwuler Community als junger Mann nahm ich sie als Räume wahr, die ein gewisses unterirdisches Netz der Subkultur in allen Städten und Ländern bildeten. Mit dem Begriff der „schwulen Familie“, wie er in der Präventionsarbeit der spä-

ten 90er eingeführt wurde, war ich nie glücklich, weil Community eine Fiktion ist, die nie die realen Bezüge, Wünsche und Konsequenzen einer Familie erfüllt. Community als Familie frustriert. Stattdessen sehe ich Community als Ort, an dem die sind, die „so sind wie ich“. Auch wenn das eine bloße Imagination ist und sich in der Realität immer schon weit diversifiziert hat. Wir glauben zu wissen, dass alle, die diesen Raum mit uns teilen, dasselbe tiefe innere Erleben mitbringen, als queerer / schwuler Mann früh ein Außenseiter gewesen zu sein. Das eint in ein Wir-Gefühl und reinigt: Community als Funktion, als Imagination, an die wir glauben, weil wir es brauchen und weil es uns hilft.

„Community“ als Sujet (1995)

- „Verantwortlicher Umgang miteinander, (...) ist um so selbstverständlicher, je mehr sich die Akteure als Teil einer (sozialen) Gemeinschaft verstehen. Für das schwule soziale Gemeinwesen (‘gay community’) prägte die DAH 1994 den Begriff der ‘schwulen Familie’ (...):
- Jedes ‘Familien’-Mitglied verfügt über bestimmte Kompetenzen, die es zum Nutzen der anderen einsetzen kann.... Je mehr schwule und bisexuelle Männer Solidarität und Hilfe erleben, je stärker sich das Zusammengehörigkeitsgefühl entwickelt, desto mehr von ihnen werden sich für ihre (Teil-) Familie, für die Gruppe, der sie sich zugehörig fühlen, engagieren.“

Fetischclubs als Wahlfamilie

Holger Meyer, ehrenamtlicher Präventionist in Fetischclubs

Dort geht es auch um Gemeinsamkeit, Verbundenheit, Geborgenheit und die Stärkung des eigenen Selbstwertgefühls, denn hier ist auch ein Ort der Sicherheit, hier bin ich nicht allein. Ich kenne viele schwule Menschen – sogar solche in monogamen Beziehungen – die diesen Ort für das gemeinsame Bier aufsuchen. Es geht nicht nur um Sex. Hier wird niemand schief angeschaut, wenn er zu dick, zu klein, zu alt ist oder eine Brille trägt. Es ist wichtig für die Community, dass man sich innerhalb der Szene akzeptiert und respektiert und niemanden abwertet, weil sein Schwulsein ein anderes ist als das eigene. Akzeptanz, Verständnis und Respekt schafft man am besten, indem man sie nicht fordert, sondern selbst ausübt. Denn in erster Linie sind wir alle Menschen mit nur einem Leben.



(In: Jahresbericht der DAH 1995, S.21)

Community und ältere Schwule

Wolfgang Vorhagen, Vorstand der Bundesinteressenvertretung Schwuler Senioren (BISS)

Als Teil der schwul-lesbisch-queeren Community haben sie ihre eigene Geschichte: Ein Großteil hat noch die Verfolgung durch §175/§151 erlebt und für deren Abschaffung gekämpft. In den letzten Jahren hat sich BISS erfolgreich für Wiedergutmachung für die damals Verfolgten eingesetzt. Auch die zweite deutsche Schwulenbewegung wurde von der jetzt älteren Generation mitgestaltet, sie waren am meisten von der AIDS-Krise betroffen und haben die Aidshilfe und ihre Strukturen mit aufgebaut. Auch im Älterwerden gestalten sie neue Wege: derzeit laufen z. B. Modellprojekte mit AWO und Caritas für LSB-TIQ+-Alteinrichtungen.

Die Zugehörigkeit zur Community und zu anderen akzeptierenden gesellschaftlichen Zusammenhängen ist dabei für viele ältere Schwule ein wichtiger Teil ihrer Verortung eines immer noch häufig erlebten gesellschaftlichen Außenseiterdaseins. Von der schwulen / queeren Community erwarten wir, dass sie sich auch mit der Situation älterer Schwuler auseinandersetzt, denn es ist auch ihre Zukunft. Darauf weist auch der Slogan „Der CSD ist für Alte da“ des BISS und des Bundesverbands der älteren Lesben hin, um den Blick auf die Teilhabe Älterer Community-Mitglieder zu richten.

3c | Wie queer darf / soll schwule Prävention sein?

Aufbau und Grundlagen von ICH WEISS WAS ICH TU

Tim Schomann, IWWIT-Kampagnenleiter

IWWIT versteht sich als schwule Kampagne, die in Kern und Sinn existiert, um MSM-Bildungs- und Präventionsarbeit zu leisten. Sie verschreibt sich der Inklusivität, entsprechend der gesellschaftlichen Entwicklung zunächst im Rahmen von LGBT(I), heute eher unter dem Begriff „queer“. Es gibt die Kritik, die Kampagne trete nicht klar erkennbar schwul / MSMauf. Ein Faktor in dieser Wahrnehmung ist auch der teilweise gravierende Unterschied zwischen Online-Auftritten auf Plattformen, eigenen Webseiten und z. B. Flyern in Clubs, da Plattformen wie Facebook sehr restriktive Regelungen in Bezug auf Sexualität haben.

„Queer“ wird von IWWIT vor allem im Sinne einer erweiterten Zielgruppe verstanden. Dabei geht es weniger um theoretische Fragestellungen sondern um Lebensmodelle von Menschen, die in der Prävention Beachtung finden müssen. Es lohnt sich nicht, sich zurückzuziehen und Präventionsarbeit nur auf klar als „schwul“ identifizierte Personen zu begrenzen.

Ist die AIDS-Hilfe anti-queer-t?

Patsy l'Amour laLove

Schon vor 7 Jahren organisierten wir ein DAH-Seminar mit dem Titel „Ist die AIDS-Hilfe anti-queer-t?“. Wie queer sollen Aidshilfen und Präventionsarbeit sein, um ihre Zielgruppen anzusprechen? Und wie queer darf Präventionsarbeit sein, ohne die Aufmerksamkeit schwuler Männer zu verlieren? Wie schwul darf Prävention sein, ohne als altbacken abgelehnt zu werden? Auch damals zeigte sich schon die große – schwule – Vielfalt, die in der Aidshilfe bereits vertreten war. Wird die Fragestellung schwul vs. queer auf eine Generationenfrage reduziert, verliert man diese Vielfalt indes aus dem Blick.

Eine mit dem queeren Diskurs verbundene Problematik ist die Schwammigkeit des Begriffes. Ein weiteres Problem scheint aktivistischen Bestrebungen inhärent zu sein. Queerer Aktivismus präsentiert sich heute als Forderungen nach Sprachsensibilität und Sichtbarkeit – und gleichzeitig nach dem Ausschluss von bestimmten Menschen.

So steht der queere Diskurs neben einer verbotenen Anti-Diskriminierung durch politisch-korrekte Sprachwahl auch im Bezug zu *cancel culture*, einer skandalisierenden Dynamik mit Antidiskriminierung als Werbeszenierung. Häufig geht es nicht wirklich darum, gegen Ungerechtigkeit zu kämpfen, sondern den Fokus alleine darauf zu legen, nicht als ungerecht rüberzukommen. Der Emanzipation erweist man mit solch einem Aktivismus einen Bärendienst.

Die Frage, wie queer Prävention sein darf/ soll, muss wahrscheinlich häufig vor Ort beantwortet werden. Fragen wir eher: Welche Botschaften erreichen schwule Männer, welche schrecken sie ab? Braucht es noch schwule Prävention, oder vielmehr queere sexuelle Bildung für Queers? Das wiederum spielt bei der Konzeption von Kampagnen eine Rolle – also die Frage: gibt es den Wunsch nach schwuler Aufklärung?

Diskussion

Hier zeigte sich anhand mehrerer Beispiele, dass Aidshilfen und Checkpoints meist schon einen pragmatischen Umgang mit ihrem queeren Publikum gefunden haben. Als MSM-Prävention ist es jedoch wahrscheinlich nicht immer möglich, mit einem Flyer alle anzusprechen.

Was muss ich liefern, um MSM, die möglicherweise queer sind, aber in die alte Zielgruppe der Präventionsarbeit fallen, anzusprechen?

Muss ich Personen mit-ansprechen, die sich als queer definieren, jedoch ihren Sexualpraktiken nach ein sehr geringes HIV-Risiko haben?

Mancherorts würde sich unter dem klassischen Label „schwul“ auf den meisten Partys niemand mehr angesprochen fühlen, anderenorts (z. B. SVEN) ist man davon abgekommen, über Zielgruppen und deren Aufenthaltsort nachzudenken, sondern setzt an präventionsrelevanten Themen an, z. B. mit der „Po-Schüre“, die alle Personen anspricht, die sich für den Po interessieren.

3d | Schwule Szene reloaded: zwischen Szenesterben und Neuanfang

*Ulrich Simontowitz, der „Hafen“, Berlin
Marc Grenz, Hein & Fiete, Hamburg*

Welche Rolle kommt der Selbstvermarktung zu, und welche Impulse benötigen Szeneorte, um für die stark ausdifferenzierte LGBTIQ+-Szene wieder attraktiver zu werden? Es braucht auch Schutzräume mit Sexmöglichkeiten für Männer.

Aus Perspektive der Aidshilfen ist das Wegfallen kritisch, da die Orte verschwinden, die Schutzräume sind, und an welchen man die Zielgruppen der HIV/STI-Prävention erreichen kann. Die Aktion „Trotz(t) Corona“ hat zum Ziel, Szenelokale nach dem Lockdown zu unterstützen. Auch erwähnenswert ist die nun schon ältere Kampagne „hin und wech“, mit der ländliche(re) MSM-Stammtische in Kneipen und Restaurants in ganz Niedersachsen durch Sichtbarkeit gestärkt werden sollen.

Der Workshop endete mit einem Aufruf, kommerzielle Szeneeinrichtungen auch aufzusuchen, um ihren Erhalt zu sichern: Unsere Schutzräume hängen auch davon ab, ob wir unseren Konsum in unsere Szenen tragen.

3e | Ergebnisse und Handlungsempfehlungen

Ergebnisse

Community ist ein schwammiges Konstrukt, eine Utopie. In Wirklichkeit gibt es Untergruppen und Interessengruppen. Es geht um eine Wertegemeinschaft, Zugehörigkeit, Verteidigung und Verbundenheit. Werden das Unter-Sich-Sein, Exklusivität und eigene Räume nach wie vor gebraucht?

Veränderungen fordern einen Abschied von Selbstverständlichkeiten, Privilegien und möglicherweise Sexualisierungen. Sie bedeuten auch ein neues Publikum, neue Klient*innen und andere Zusammensetzungen von Personen. Die Umstände und Anforderungen variieren dabei zwischen Stadt und Land, verschiedenen Bundesländern usw. Mit der Ver-

änderung wachsen andere und neue Aufgaben, Anforderungen an Beratung, Ansprechbarkeit und Erreichbarkeit. Und es wird auch anderes Material benötigt.

Was wir von Community brauchen ist Austausch von Erfahrungen, Gesellschaft, Umarmungen, Kontakt, Ausgelassenheit, offenen und spontanen Sex, Party, Reflexion, ein „Wir-Gefühl“, Freiräume und Schutzräume, Wahlfamilien, Anerkennung und Vorbilder. Was wir dabei wollen ist Unterstützung, voneinander lernen, Identitäten einüben / ausüben, dazugehören.

Es gibt Irritationen, und die Community verändert sich: es gibt keine Veränderung ohne Abschiede. Jede Veränderung erschafft aber auch neue Ideen und Initiativen. Wir müssen für Wachstum offen sein, für die Erweiterung der Themen, die Veränderung der Menschen und der Szene.

Handlungsempfehlungen

- ▶ Identitätsfindung fördern
- ▶ Lernräume für schwule Männer zum Thema Sexualität schaffen
- ▶ Szene schaffen, nicht abwarten
- ▶ Nachwuchsförderung



Gäst*innen im Workshop

4 | Substanzkonsum

Stefan Müller | Moderation

Wie kann sich Präventionsarbeit hier konkret erweitern? Die Workshops bestanden sowohl aus theoretischen Beiträgen zum Verständnis von Lust, Rausch und Substanzkonsum, als auch aus Erfahrungsberichten zu Chemsex, *harm reduction* und Selbsthilfegruppen.

4a | Lust und Rausch

Martin Viehweger, Aktivist für sexuelle Gesundheit, ViRo Praxis Schillerkiez*
Dirk Sander
Jan Großer

Substanzen als „soziales Schmiermittel“, als Mittel der Überwindung von Hemmungen, und als Bewältigungsstrategie: der Konsum von (il)legalen Substanzen kann wie der Konsum von (verschriebenen) Medikamenten als eine Art des Umgangs mit psychischen / körperlichen Bedürfnissen einer Person gesehen werden.

Substanzkonsum mag auch mit dem „schwulen Narrativ“ zusammenhängen, das von einer in den letzten 150 Jahren „befreiten schwulen Sexualität“ spricht und mit einer Reduktion von Sexualität auf Spaß und Lust einhergeht. Daraus entstehen Bilder einer Hypersexualisierung schwuler Männlichkeit,

„geiler Action“ statt Beziehung, und einer zentralen Rolle von „Tabubruch“ und Grenzübertretung im Bild schwuler Sexualität.

Schwule Sexkultur

- Bilder „befreiter“ schwuler Sexualität
- Hypersexualisierung schwuler Männlichkeit im Kontext expandierender, bildlastiger Technologien
- „geile Action“ statt Beziehung
- individuelle und Gruppenidentität durch Öffentlichkeit
- Verlagerung von Sexualität in karnevalistische Räume fernab des Alltags, wo Fantasien realisierbar erscheinen
- „Tabubruch“ und Grenzübertretung als Kernthemen

(Jan Großer: Tagung „Die Ganze Person“)

Dieses idealisierte Bild schwuler Sexualität kann leicht Konflikte mit den individuellen Wünschen, Bedürfnissen und Erwartungen an Sex im Alltag mit sich bringen:

- ▶ Erwartungen von „enthemmter“ bzw. „wahrhaftiger“ schwuler Sexualität erstarren zu Normen und erzeugen Gruppendruck.
- ▶ Gemessen an verbreiteten Idealbildern wird ein Defizit der eigenen Lust und des eigenen Begehrens wahrgenommen.
- ▶ Die eigenen Emotionen und psychischen Bedürfnisse werden schwulen sexuellen Normen unterworfen.

Substanzen können in diesem Kontext dazu dienen, diese Spannungen zu umgehen und eine Identität zu konstruieren, welche die normativen Erwartungen an schwule Sexualität und Männlichkeit erfüllen. Die Kehrseite ist, dass nicht nur mögliche Hemmungen kontrolliert und „überwunden“, sondern auch die eigenen Emotionen zensiert werden. Wir brauchen daher eine alternative Erzählung schwuler Sexualität, die auch Vertrauen, Achtsamkeit, Fürsorge, Kontext und Bezug zum Alltag beinhaltet.

Sex – Konsum – Identität

Konsum als Mittel der Identitätskonstruktion

- Verwirklichung der eigenen Selbstfantasien durch Aneignung von Bedeutungen, Werten, Bildern und Erzählungen
- Fantasien werden konkretistisch gelesen und als „wahrer“ Selbstausdruck verstanden
- Konsum reduziert den Abstand zwischen Fantasie und Wirklichkeit
- Abgrenzung und Zugehörigkeit

(Jan Großer: Tagung „Die Ganze Person“)

Diskussion

Wie muss sich schwule Männlichkeit verändern? Wir brauchen Räume der Wertschätzung (Achtsamkeit / Vertrauen) und Zeit, die eigenen Bedürfnisse, den eigenen Körper und die eigene Sexualität kennenzulernen. Außerdem müssen Fähigkeiten für die eigene Resilienz aufgebaut werden: Abgrenzungsvermögen, Umgang mit Scham, Widerstandspotenzial – denn diese unterstützen Veränderung.

4b | Warum Rausch? Funktionen des Konsums

Andrea Piest / Nils Svensson

Einblicke in Konsum, Gesundheitsförderung und Konsummündigkeit: das Konsumbedürfnis als Indikator für eigene Bedürfnisse der Konsumierenden.¹⁴

Diskussion

Was, wenn Substanzkonsum als schnelle Lösung für eigene (psychische) Bedürfnisse gesehen wird? Welchen Affekt, Belohnung, Bedrohung oder Bindung¹⁵ bedienen verschiedene Substanzen, inklusive Kaffee und Schokolade? Verschiedene Situationen im Alltag eines Menschen können einen der drei Affekte – oder ihnen nah verwandte Emotionen – hervorrufen. Daraufhin reagieren wir entsprechend. Es zeigt sich, dass die meisten Substanzen mehrere Bedürfnisse gleichzeitig erfüllen können und im Kontext aller drei Affektregulationssysteme auftauchen.

Versucht man dieses Wissen auf die Beratungssituation anzuwenden, dann zeigt sich, dass der Umgang mit dem Thema Substanzkonsum nicht immer leicht fällt. Die Grundvoraussetzung für einen offenen Umgang liegt in einer nicht-wertenden Haltung auf Seiten der Berater*innen. Natürlich ist dafür auch das individuelle Verhältnis zwischen Klient*in und Berater*in entscheidend. Sind Offenheit und Vertrauen gegeben, kann klient*innen-

¹⁴ Leider konnte Andrea Piest an diesem Workshop nicht wie geplant teilnehmen, sie übermittelte jedoch einige Inputs.

¹⁵ In Anlehnung an Paul Gilbert, zu finden in Kap. 6. Des Buches „Compassion Focused Therapy“ von Paul Gilbert, dt. Version 2013, Junfermann Verlag Paderborn; englisches Original 2010 „Compassion Focused Therapy. Distinctive Features“ Routledge.

zentriert ein Verständnis für die Bedürfnisbefriedigung des Substanzkonsums aufgebaut werden. Dabei ist es besser, nachzufragen, wie bewusst konsumiert wird – und nicht allzuviel über die Substanzen selbst zu sprechen. Die Idee dieses Ansatzes ist, nicht generell gegen Konsum zu arbeiten, da die Person möglicherweise selbst lieber anders handeln würde. Es geht eher darum, wie verhindert werden kann, dass Bedürfnisse und Gefühle abgewürgt werden, damit der Substanzkonsum eine Möglichkeit neben anderen darstellt. Folgende Frage blieb offen: Woher wissen wir, was „ok“ ist – gibt es einen risikoarmen Konsum?

4c | Chemsex und Harm Reduction

*Jan Geiger, Chemsex Beratung, SUB München
Martin* Viehweger, Aktivist für sexuelle Gesundheit, ViRo Praxis Schillerkiez
Florian Winkler-Ohm, HIV- und Chemsex-aktivist*

Das Thema Chemsex begleitete die Fachtagung an vielen Stellen. Für manche ist er ein unnahbares, großes Thema, das Ausdruck einer Problematik der gesamten Community ist. Für andere ist er die sehr spezifische Gewohnheit einiger, die in manchen Fällen auch für die Personen selbst ein schädigendes Verhalten darstellt, von welchem sie sich nur schwer lösen können.

Was können wir von den bereits vorhandenen Hilfsangeboten lernen, um Präventionsarbeit hier intelligent zu erweitern? Dabei geht es um *harm reduction*, also wie mit Substanzkonsum verbundene Risiken – Infektionen und sonstige gesundheitsschädigende Aspekte – verringert werden können.

Im Workshop erstellten die Teilnehmenden eine Liste davon, was im Bereich Chemsex und *harm reduction* derzeit funktioniert und was nicht.¹⁶

Was funktioniert in der Prävention?	Was funktioniert nicht?
Kleine Insulinspritzen	Spritzenkauf (schambesetzt)
Offenheit	Ärztliche Hilfe holen (schambesetzt)
Informationen zu <i>harm reduction</i> (online und offline)	Dosierung von GBL / GHB
Beratungsangebote	
Slam- / Sniff-Packs (SaferUse-Packs)	

¹⁶ Weitere hier entwickelte Verbesserungsvorschläge für die Präventionsarbeit finden sich in den Handlungsempfehlungen.



4d | Erfahrungen mit der Selbsthilfe {quapsss}

Urs Gamsavar, Projektleiter

Hannah Pütz, Evaluation

*Dr. Frank Otto, Teilnehmende*r*

{quapsss} – Qualitätsentwicklung in der Selbsthilfe für MSM, die psychoaktive Substanzen im sexualisierten Setting konsumieren – präsentiert sich als Selbsthilfestruktur für MSM, die Chemsex praktizieren und ihre Lebensumstände verbessern wollen. Das Projekt läuft, trotz Corona, seit zwei Jahren als Modell mit wöchentlichen Selbsthilfegruppen an mehreren Orten in Deutschland. Die Referent*innen erzählten vom Stand des Projekts und ihren Erfahrungen kurz vor Abschluss der Probephase:

Das Projekt läuft erfolgreich und Teilnehmende geben überwiegend ein sehr positives Feedback. Die Gruppen werden von einem* Gruppenleiter* angestoßen, der nach etwa einem Jahr der Gruppe die Leitung selbst übergibt. Dies hat bisher mit 11 Gruppen in unterschiedlichen Städten gut funktioniert – natürlich mit Ausnahmen, auch aufgrund der vielen Beeinträchtigungen (strukturell, persönlich und psychisch) durch Covid-19. Die Gruppen sind je nach den Entscheidungen der Teilnehmenden sehr verschieden: (teil-)geschlossen, abstinent, auf dem Weg dorthin, oder gemischt. Das Handbuch wird je

nach Bedarf herangezogen und soll vor Abschluss der Probephase überarbeitet werden. Gegründet wurde zudem die „Bundesinitiative sexualisierter Substanzkonsum“.

Es bestand allseits ein großer Wunsch, das Projekt weiter auszubauen, da es teils eine große Nachfrage gibt. Für eine Erweiterung wären jedoch eine zentrale Koordination und auch ein zentraler Informationsknotenpunkt sinnvoll, an den sich Interessierte wenden können, um die passende Gruppe zu finden.

4e | Ergebnisse und Handlungsempfehlungen

Handlungsempfehlungen

Es braucht Orte der Information und des Zusammenkommens, z. B. einen (mehrsprachigen) Konsumladen als physischen Ort. Dort kann beispielsweise Sonntag-bis-Dienstag das „Come-Down-Café“ angeboten werden, mit Kaffee, Tee, Smoothies, Musik, Infusionen, Austausch, einem Raum zum Sein, Informationen. Zusätzliche Ideen: „Chemsex-Bingo“ und „Let’s Talk-Sauna“.

Er kann als Knotenpunkt fungieren, um Adressen und Kontakte zu verwalten, Informationsmaterial zu aktualisieren, Weiterbildungen und Schulungen zu organisieren, Beratungskontakte (zwischen Gebrauchenden / Beratenden / medizinischen Fachkräften) zu organisieren oder vor Ort anzubieten.

Außerdem:

- ▶ Spritzen & Dosierhilfen (-automat),
- ▶ „Party Packs“ für Hosts

- ▶ Drug-Checking und Austausch von Konsumutensilien
- ▶ Raum für Selbsthilfegruppen
- ▶ „One-Stop-Shop for Sexual Health“ (Test, Behandlung, Therapie, Gruppen etc.)
Dieser Konsumladen kann in die bestehenden Angebote integriert werden und benötigt keine strukturelle oder räumliche Trennung von anderen MSM Gesundheitsthemen.

Zudem sollte es eine Internetseite geben, speziell konzipiert zu den Themen Substanzkonsum und Chemsex. Darauf zu finden:

- ▶ „Mach deinen Chemsex-Check“: Habe ich ein Problem? Will ich etwas ändern? Wie schaffe ich Veränderung?
- ▶ Infos zu Safer Use
- ▶ Partymaterial aus dem Bereich *harm reduction* zum Drucken (z. B. Timetables)
- ▶ Was tun im Notfall?
- ▶ Thema Grenzüberschreitungen/Übergriffe
- ▶ Karte mit Beratungs- und Hilfsangeboten, Netzwerken und Kooperationspartner*innen
- ▶ Onlineberatung / Chat
- ▶ Berichte von „Chemsex-Karrieren“, erfolgreiche Berichte über Ausstieg und Konsumreduktion
- ▶ Bestellung von Safer-Use-Paketen/Spritzen
- ▶ Literatur / Forschung / News

Als allgemeine Handlungsempfehlungen und Forderungen an Community und Gesellschaft formulierte die Gruppe darüber hinaus:

- ▶ Spezifische Angebote für (Ex)-User*innen
- ▶ Präsenz bei der DAH
- ▶ „Community Standards“ für Chemsex-hosts: „Wie organisiere ich verantwortungsbewusst?“

- ▶ Die Finanzierung von G-Timern als Mittel zur *harm reduction*
- ▶ Ausbau des Themas Safer Chemsex
- ▶ Vernetzung / Runde Tische: Krankenkassen, regionale / kommunale Gesundheit, Aidshilfen, Community
- ▶ Chemsextreffen im Waldschlösschen
- ▶ Beratung in Arztpraxen und Therapieeinrichtungen
- ▶ Nachsorge, Sober-Sex-Parties
- ▶ „Ausschlaf“-Ecken in Clubs
- ▶ Entkriminalisierung

Allgemein ist es für die Arbeit wichtig, einen Blick unter das Stigma zu werfen und das Thema ganz davon zu befreien.

Chart aus dem Workshop; Stefan Müller

Internet-Seite

- Habe ich ein Problem? Will ich etwas ändern? Wie schaffe ich Änderung?
- Berichte von „Chemsex-Karrieren“
- Was tun im NOTFALL
- Thema Grenzüberschreitungen/Übergriffe
- Literatur & Forschung / News
- Verweise auf Beratungs- / Spritzenangebote
- Substanzkunde / oder Konsum auf Seite, die das, was schrittweise
- Erfahrungsberichte / auch erfolgreiche stories / Use / Ausstieg / Konsumreduktion
- Chat zur Beratung
- Infos zu Safer Use
- BESTELLUNG VON SAFER-USE PAKETEN / SPRITZEN
- INFOS ZU NETZWERKEN / KO-OPERATIONSPARTNER*INNEN
- ZUM NACHDENKEN ANREGEN
- Safe Chemsex

karte mit Beratungs- Hilfsangeboten → online Beratungs

→ „Mach deinen Chemsex-Check“

- Party-Mat-Material zum Drucken

Moderierter, Anonymer Austausch / Plattform e.g. MRO.WM

(Chart aus dem Workshop; Stefan Müller)

5 | Präventionsarbeit

Marcus Behrens | Moderation

Da alle Themen der Fachtagung in der Präventionsarbeit zusammenfließen, wurden hier wichtige Einzelaspekte hervorgehoben.

5a | Prävention 4.0: Digitale Prävention

*Manuel Hofmann, Referent für
Digitalisierung, DAH*

Nicht erst seit der plötzlichen Verlagerung des Großteils der Interaktion in das Internet durch Corona ist Digitalisierung ein gro-

ßes Thema, welches Aidshilfen auf Trab hält, ob Social-Media-Auftritte, Podcasts oder Chatberatung. Menschen wollen Infos. Daher muss gute Prävention auch online stattfinden, sich dabei an Zielgruppen anpassen und in die Gegebenheiten der digitalen Welt integrieren. Digitalisierung ist mehr, als einen Social-Media-Auftritt einzurichten. Sie bedeute auch eine Veränderung daran, wie wir mit Menschen in Kontakt treten und auch halten.

Chancen liegen darin, dass Menschen erreicht werden können, die vorher nur schwer

Chancen der Digitalisierung

- Mit digitalen Angeboten kann man ggf. **Menschen erreichen, die man bisher nicht erreicht hat**, z.B. Menschen in ländlichen Gegenden, wo wenig Veranstaltungen vor Ort stattfinden
- Durch crossmediales Denken kann man die **Angebote insgesamt breiter aufstellen** (also: Online mit vor Ort noch stärker verzahnen)
- Digital **stärker miteinander verbunden** bleiben (auch zwischen Treffen vor Ort); kurzfristigeres Feedback möglich
- **Zeitgemäße Vermittlung von Präventionsbotschaften** macht Aidshilfen weiterhin attraktiv

(Manuel Hofmann; Tagung „Die Ganze Person“)

erreicht werden konnten (z.B. in ländlichen Gegenden), und einer engeren Verzahnung von on- und offline, welche das Angebot erweitert. Entscheidend ist aber auch, dass Aidshilfen ihre Präventionsbotschaften zeitgemäß vermitteln müssen, um weiterhin attraktiv zu bleiben.

Die damit verbundenen Risiken sind nicht zu unterschätzen. Ein großer Punkt sind Datenschutz und IT-Sicherheit. Das ist heute schon ein tägliches Problem: wie kommuniziere ich mit einem jungen Menschen, der mich über Instagram anspricht, aber den Kontakt abbricht, wenn ich versuche, auf eine Plattform mit gutem Datenschutz zu wechseln? Auch besteht die Gefahr eines *digital divide*, welcher Personen ausschließt, denen technische / umgebungsbedingte Möglichkeiten oder Kompetenzen zur Teilnahme an digitalen Angeboten fehlen. Auch verursachen Digitalisierung und ihre Veränderungen der Art des Kontakts häufig enormen Stress.

Ein paar Leitfragen zur Entwicklung der Digitalisierung:

- ▶ Welche digitalen Kompetenzen braucht es, und wie können wir diese noch stärker ausbauen?
- ▶ Wie können wir (neue) digitale Angebote schaffen, die attraktiv sind?
- ▶ Wie erreichen wir unsere Zielgruppen mit digitalen Angeboten?
- ▶ Welche Kanäle haben wir bisher noch nicht genutzt – wo liegen Möglichkeiten des Ausbaus?
- ▶ Wie gehen wir mit der (zensierenden) Macht der Plattformen um? Kooperationen?

Risiken der Digitalisierung

- Digitalisierung bringt große Herausforderungen im Hinblick auf **Datenschutz und IT-Sicherheit** mit sich
- **„Digital Divide“**: nicht alle Menschen können an digitalen Angeboten teilhaben, weil ihnen Voraussetzungen (Internetzugang, ein Ort, an dem eine Videokonferenz in Ruhe möglich ist) und/oder digitale Kompetenzen fehlen
- **Digitale Überforderung**: die digitale Welt kann ganz schön stressen

(Manuel Hofmann; Tagung „Die Ganze Person)



Klaus Purkart

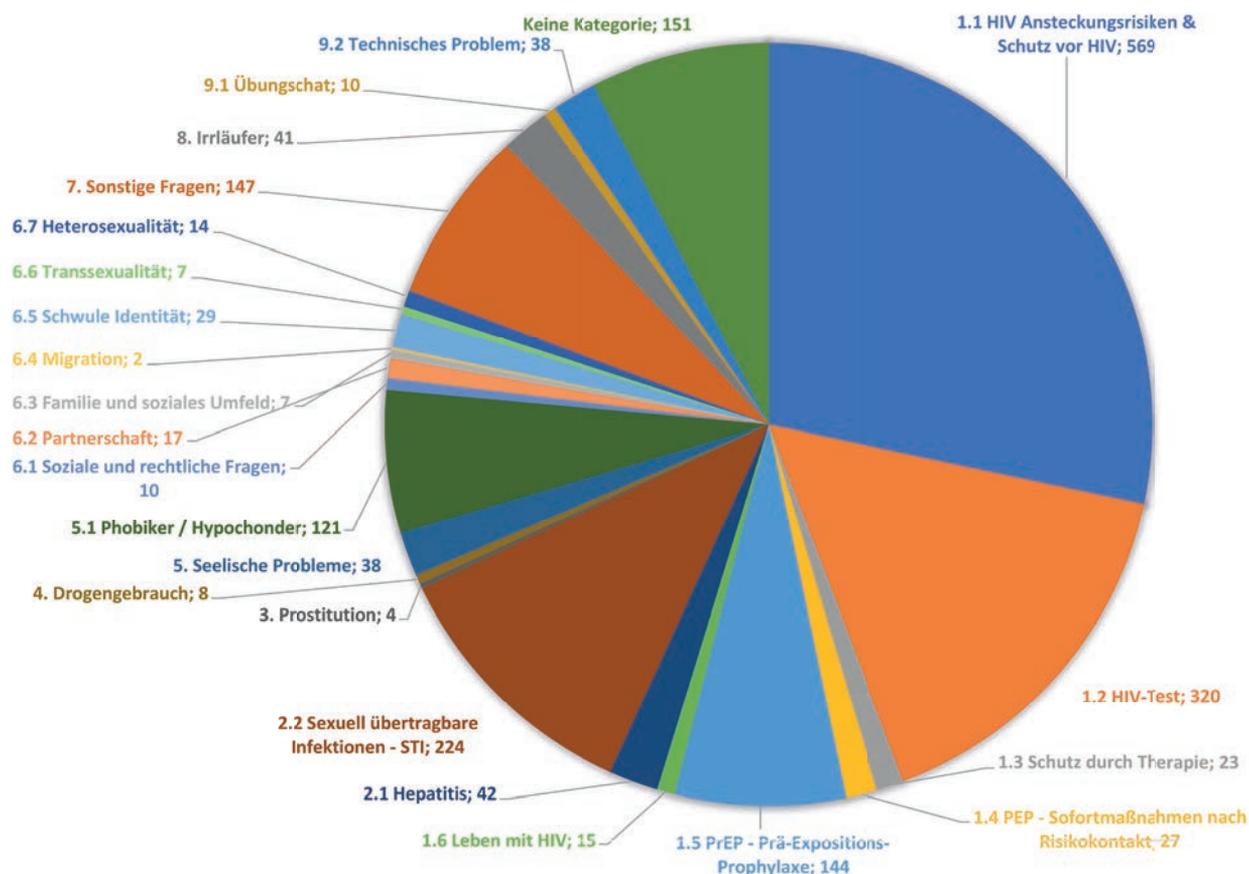
Klaus Purkart, Gay Health Chat (GHC)
Koordinator, DAH

Die Stärken des GHC liegen einerseits darin, dass Ratsuchende Ansprechpartner* im Peer-Ansatz finden, andererseits in seiner Niedrigschwelligkeit – durch Online-Erreichbarkeit und dem durch DAH-betreute Fortbildungen gegebenen Qualitätsmanagement.

Diese Abbildung zeigt, welche physischen und psychischen Gesundheitsthemen schwule Männer beschäftigen. Eine zeitgemäße Prä-

Abb. 3: Themen angesprochen im Gay Health Chat nach Anzahl, Januar bis Mai 2021

(„Trolle“ finden sich in „Irrläufer“)



vention soll und muss darauf reagieren, um die Effektivität der Prävention zu gewährleisten. Das bedeutet einige Herausforderungen:

- ▶ Datenschutz (DAH für die Datenverarbeitung verantwortlich, dennoch müssen Mitgliedsorganisationen und Berater*innen auch beitragen, mit Vertraulichkeit, Löschen von Daten)
- ▶ Verlässliche Mitarbeiter*innen aus den Mitgliedsorganisationen in Haupt- und Ehrenamt.
- ▶ Berater*innen brauchen ebenfalls Beratung, Supervision und Schulungen.
- ▶ Der Chat wird von Plattformen als Konkurrenz wahrgenommen, es braucht evtl. Kooperationen mit großen Plattformen.

Unter den Teilnehmenden wurden vor allem Stimmen laut, die beschrieben, wie schwierig es ist – besonders für kleine Aidshilfen, sich um ihre eigene Digitalisierung zu kümmern, und zwar auf personeller wie finanzieller Ebene. Das Problem existiert aber auch andersherum: Wie kann ich als Aidshilfe, die ein Online-Angebot aufgestellt hat, vor meinen Geldgebern belegen, dass dieses „nur in meiner Region“ verwendet wird, und ist das überhaupt sinnvoll?

Es scheint daher notwendig, Digitalisierung in Kooperation miteinander und unter dem Dach der DAH zu organisieren bzw. zu koordinieren.

5b | Ehrenamt

Gerd Bräutigam
Marcus Behrens

Laut einer Umfrage unter Mitarbeiter*innen im Berliner Checkpoint Mann-O-Meter steigen die meisten Ehrenamtler*innen unter sozialen Motivationen in die HIV-Präventionsarbeit ein, oder auch mit dem Wunsch „Flagge zu zeigen“ und sich für die Community einzusetzen. Geblieben sind die meisten, weil sie sich professionell aufgenommen und wertgeschätzt fühlen, und weil sie ihre Arbeit interessant und wichtig finden.

Es stellt sich also die Frage, was ehrenamtliche Mitarbeiter*innen motiviert, anzufangen bzw. zu bleiben. Gerade im Kontext des während der Corona-Lockdowns teilweise fast komplett eingeschlafenen Ehrenamts zeigt sich erneut, wie wichtig dieses ist. Aus der Mann-O-Meter-Umfrage ergibt sich: Ehrenamtler*innen brauchen wie Mitarbeiter*innen eine Entwicklung in ihrer Arbeit und ein Zugehörigkeitsgefühl.

Diskussion

Für viele Aidshilfen ist es schwer, mit ihren teilweisen recht limitierten Ressourcen ein gutes Ehrenamtsmanagement zu betreiben. Daneben gibt es enorme Kritik, dass das Ehrenamt nicht als Sparmaßnahme dienen darf. Eine Ausbildung für das Ehrenamtsmanagement, möglicherweise unter dem Schirm der DAH, könnte hier helfen.

5c | Herausforderungen in der mann-männlichen Sexarbeit

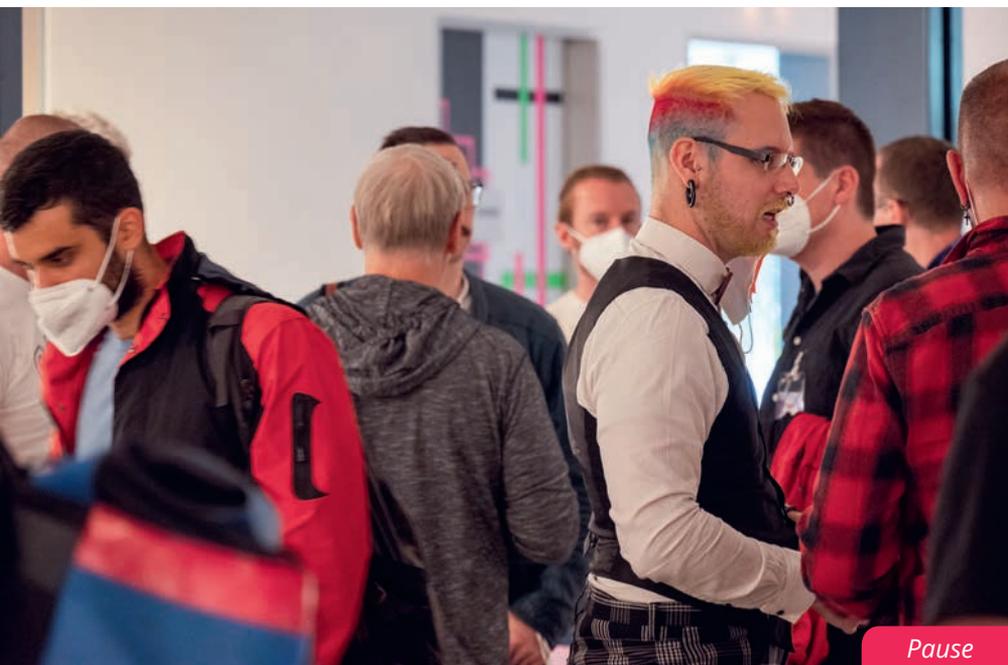
*Darryl Welz, Projekt Nachtfalke, AH Essen
Matthias Lewandowski, Basis-Projekt,
basis&woge, Hamburg*

Der Begriff Sexarbeit ist ein *umbrella term*, mit dem ein großes Spektrum verschiedener Tätigkeitsfelder beschrieben wird. Eine Beratungsstelle für mann-männliche Sexarbeit betreibt Streetwork, ist Anlaufstelle, bietet psychosoziale Beratung und Begleitung. Dabei gibt es Klient*innen in Notlagenprostitution genauso wie solche mit professionellem Bewusstsein. Wiederkehrende soziale Problemlagen sind fehlendes Einkommen, fehlende (Kranken-)Versicherung, Lebensmittelpunkt auf der Straße, Sucht, Kriminalität, Schwierigkeiten mit dem Aufenthaltsstatus. Mangelnder Zugang zur Krankenkasse bedeutet auch mangelnden Zugang zu HIV-Medikamenten. Die betroffenen Personen leiden häufig un-

ter Mehrfachdiskriminierung. Zum Beispiel verschreiben Ärzt*innen Personen mit HIV im Stadium AIDS drei lang Monate Medikamente, bis sich ihr Zustand etwas verbessert, setzen sie dann drei Monate aus, um sie später erneut für 3 Monate zu verschreiben.

In der Sexarbeit herrscht eine gesetzliche Kondompflicht. Gleichzeitig zwingt das Gesetz Sexarbeitende seit 2017 dazu, ihre Arbeit jährlich anzumelden, mit verpflichtender Gesundheitsberatung. Tatsächlich schützt dieses Gesetz einen Großteil der Personen nicht, sondern drängt sie in die Illegalität.

Eine (nur bedingt repräsentative) Studie in NRW 2015/2016 gab einige Antworten auf Safer-Sex-Verhalten im Bereich der Sexarbeit. 62,4 % gaben dabei an, immer Kondome zu verwenden – 5 % weniger als im Jahr 2008. Safer-Sex-Verhalten steigt mit dem Wissenstand über STI/HIV. In Verhalten und Wissen unterscheiden sich Personen in prekären Lebenslagen von solchen mit professionellem Bewusstsein. Erstere haben deutlich weniger Kenntnisse. Auffällig ist dabei auch die Herkunft. Präventionsarbeit muss hier ein breites Spektrum abdecken – einige professionalisierte Sexarbeiter*innen werden gut von Angeboten der MSM Prävention erreicht, aber es ist daneben auch weiterhin Aufklärung nötig, z. B. darüber, dass eine heterosexuelle Ehe nicht vor einer HIV-Infektion schützt.



Pause



Dr. Ulrich Marcus



Susi Schink

5d | Neue Erkenntnisse aus den EMIS-Daten

Susi Schink MSc MSc, RKI

Dr. Ulrich Marcus, RKI

Die Auswertung der EMIS-Daten 2017 bilden für die Präventionsarbeit relevante Unterschiede zwischen verschiedenen MSM-Subpopulationen ab, z. B. zur Gesundheit und zu Bedarfen / Interventionen bei verschiedenen Subgruppen: Alter, Ortsgröße, Herkunft (Fokus ärmere außereuropäische Länder), ob die Teilnehmenden Sexarbeit ausüben, ob sie geoutet sind, in einer Partnerschaft sind oder eine HIV-Diagnose haben.

Morbiditätsdaten wurden erhoben zu Anzeichen schwerer Depressionen, Suizidgedanken, Alkoholabhängigkeit, HIV-Prävalenz, HIV über der Nachweisgrenze, sowie weiteren STI-Diagnosen. Die zweite Kategorie, (risikobehaftetes) „Verhalten“, setzte sich aus den Variablen HIV-Test in den letzten 12 Monaten, Einnahme von PrEP oder ART, kondomloser Analverkehr mit nicht-festem Partner

mit unbekanntem HIV-Status, und mehr als 10 Sexpartner in den letzten 12 Monaten zusammen. Dazu kommen sexualisierter oder injizierender Substanzkonsum.

Für Morbidiät und Verhalten gibt es bei den folgenden Gruppen überproportional viele Treffer: unter 25-Jährige bzw. über 65-Jährige, gegenüber allen bzw. niemandem geoutete MSM, MSM in der Großstadt, MSM aus ärmeren, nicht-europäischen Ländern, MSM, die Sex gegen Geld tauschen, MSM mit HIV-Diagnose. Gesundheitlich betrachtet sind diese Gruppen also besonders zu beachten.

Das Thema „Bedarfe“ setzt sich zusammen aus mangelnder sozialer Unterstützung, Sex der nicht immer so sicher ist wie gewünscht, der Möglichkeit „Nein“ zu Sex zu sagen, den man nicht möchte, sexuelle Unzufriedenheit, Wissen zu Hepatitis und HIV-Test, sowie Beratung(smöglichkeiten), Wissen, Erreichbarkeit, und die Bereitschaft zu PEP/PrEP. In die Kategorie „Interventionen“ fallen Angaben dazu, ob Teilnehmende kostenlose Kondome oder ein komplettes STI-Screening erhalten

haben, von Präventionsangeboten erreicht worden sind, gegen Hepatitis A geimpft und/oder in den letzten 12 Monaten auf HIV getestet worden sind.

Auch für die Kategorien „Interventionen“ und „Bedarfe“ zeigt sich ein gemeinsames Bild: von der klassischen Präventionsarbeit verstärkt in den Blick genommen werden sollten unter 25-Jährige und über 65-Jährige, MSM in Kleinstädten und ländlichen Regionen, nicht geoutete MSM, Singles, Migranten aus ärmeren, nicht-europäischen Ländern, sowie MSM, die Sex gegen Geld anbieten.

Diese empirisch nachgewiesenen Vulnerabilitäten bieten Hinweise für die zukünftige Präventionsarbeit.

Subgruppen haben Vulnerabilitäten insbesondere...

1 Morbiditäten und 2 Verhalten

- <25 Jährigen, aber auch ≥65 Jährigen
- Großstadt
- Out gegenüber allen oder niemandem
- Partnerschaftsstatus „es ist kompliziert“
- Migration aus LMIC
- Sex gegen Geld
- Mit HIV-Diagnose

3 Bedarfe und 4 Interventionen

- <25 Jährigen, aber auch ≥65 Jährigen
- Kleinstadt oder ländliche Region
- Nicht Out
- Partnerschaftsstatus „single“
- Migration aus LMIC
- Sex gegen Geld

(Uli Marcus/Susi Schink; Tagung „Die Ganze Person“)

5e | Handlungsempfehlungen

Die Handlungsempfehlungen werden hier für jeden Workshop getrennt aufgeführt.

Digitale Prävention 4.0

Um die Digitalisierung weiterzuentwickeln und gelingen zu lassen, braucht es:

- ▶ Stärkere Abstimmung zwischen DAH und Mitgliedsorganisationen
- ▶ Handlungsleitfaden Datenschutz
- ▶ Personelle Ressourcenbündelung (wer? wo?)
- ▶ Mehrsprachigkeit (z. T. bereits vorhanden)
- ▶ Videoberatung muss möglich werden (z. B. durch Software-Lizenzen für Psychotherapeut*innen)
- ▶ Digitalisierung muss finanziert werden: Software braucht Hardware.

Digitalisierung als Mehr-Ebenen-Modell bedeutet:

1. Digitalisierung in AIDS-Hilfen

- ▶ Aktuelle und einheitliche Software / Hardware
- ▶ Mobiles Arbeiten
- ▶ Digitales Bewusstsein

2. Digitalisierung mit Ehrenamtler*innen

- ▶ Kommunikation (Software wie z. B. Slack, Teams ...)
- ▶ Administration (Einsatzpläne / Partizipationsmöglichkeiten)

3. Digitalisierung nach Außen

- ▶ Kommunikation (Homepage / Social Media, jeweils passend zur Zielgruppe)
- ▶ Niedrigschwellige Angebote (Videoberatung / Telemedizin / Chat ...)

Ehrenamt

Für das Ehrenamt ist es ratsam, eine Ausbildung im Ehrenamtsmanagement mit Curriculum und definierten Aufgabenbereichen zu schaffen. Geboten werden sollten außerdem Strukturen und Orientierung, Ressourcen (z. B. Fahrgeld), sowie mögliche Treffen (vgl. SPS-Treffen) und/oder Supervision. Eine Herausforderung liegt in der Rekrutierung neuer Ehrenamtler*innen und darin, eine heterogene Gruppe mit unterschiedlichen Fähigkeiten und Erwartungen für sich zu gewinnen:

- ▶ Ehrenamtsmanagement
- ▶ Mehr Begeisterung für die Sache
- ▶ Anerkennung der Kostentragenden
- ▶ Mehr echte öffentliche Wertschätzung
- ▶ Mehr Fortbildungen für Ehrenamtler*innen.

Mann-Männliche-Sexarbeit

- ▶ Zugang aller zur medizinischen Versorgung sichern
- ▶ Kampagnen müssen an die Lebenswelt angepasst werden, z. B. „Ehe schützt nicht“ bei Männern in der Sexarbeit
- ▶ Prävention auf den Online-Strich ausrichten, gerade mit Blick auf Chemsex
- ▶ Spezialberatung im Gay Health Chat

- ▶ Kooperationen mit Selbstorganisationen
- ▶ Positionierung im öffentlichen Diskurs
- ▶ Wie kann eine stärkere Anbindung an die Aidshilfen gelingen?
- ▶ Netzwerke mit Land und Kommunen aufbauen
- ▶ Prostitutionsschutzgesetz verändern oder abschaffen

EMIS-Daten

Es ist wichtig, dass diese Studie auch in Zukunft fortgeführt wird um Bedarfe zu analysieren, und um eine Datengrundlage für die Arbeit und für die Politik zu haben. Für die nächste EMIS-Studie wird empfohlen:

- ▶ Kontinuierliche Begleitforschung
- ▶ Datenerhebung dazu, ob Teilnehmende krankenversichert sind
- ▶ Bedürfnisanalysen für Checkpoints
- ▶ Familienformen erheben
- ▶ HIV-Testvarianten erheben.

Ländliche Regionen haben Aufholbedarf – dies ist auch ein Thema für die DAH und IWWIT. Als Ausgleich für diese Vulnerabilitäten könnte z. B. ein s.a.m Social-Health-Fond eingerichtet werden.

Das Abschlussplenum – Denkanstöße

Holger Wicht | Moderation | Presse und Öffentlichkeitsarbeit,DAH

Podium: Die Moderator*innen

Marco Kammholz (Schwuler Sex),

Matthias Wentzlaff-Eggebert (Psychische Gesundheit),

Clemens Sindelar (Community),

Stefan Müller (Substanzkonsum),

Marcus Behrens (Präventionsarbeit), sowie

Dirk Sander, Gesamtleiter der Tagung

Was war neu an diesem
Wochenende, was hat bewegt?
Was nimmst du persönlich mit?

Schwuler Sex

Schwule Sexualität kann durch Theorie als zwecklose Sexualität verstanden werden, an das schwule Subjekt wird das „genießen delegiert“ – das macht geil, wird beneidet und gefürchtet. Nach ihr zu Fragen ist eine sokratische Frage, die man aber dennoch stellen sollte: Vielleicht kann man sie nur in der individuellen Ansicht und durch Anekdoten verstehen, da sie sich individuell realisiert.

Psychische Gesundheit

Die Frage nach der psychischen Gesundheit ist nicht neu, und trotzdem ist sie immer noch mit einem Stigma behaftet. Es ist nicht mehr nur so, dass psychische Gesundheit nur dann zum Thema wird, wenn jemand psychische Probleme hat, sondern psychische Gesundheit ist immer da. Schön und überraschend war, dass es viel mehr Möglichkeiten gibt, psychische Gesundheit zu stärken, als psychische Probleme zu bekämpfen.



Abschlussplenum

Community

Die Frage „Was ist Community?“ betrifft jede einzelne Person, die hier sitzt. Hier sitzen Menschen, die Community vertreten – im Sinne von verschiedenen Organisationen – die aber auch Subjekte darstellen, welche Teil der Community sind. Das ist eine zentrale Eigenschaft des Begriffs: Wir können nicht über Community sprechen, ohne immer auch uns selbst zu meinen – aber wir meinen auch die „anderen“, die Community sind, denen wir in der Community begegnen. Das erschwert die Diskussion, da wir dann zu keinem festen Punkt kommen. Das Thema entgleitet immer ein bisschen, wenn es allzu sehr zu fassen versucht wird: den Fetisch, Jung und Alt, un-

terschiedliche Lebensgeschichten – das alles unter den Dach-Begriff „Community“ zu bringen ist schwierig.

Substanzkonsum

Bei Substanzkonsum im MSM Kontext wird meist automatisch an Chemsex gedacht. Auch wenn wir im Rahmen der EMIS-2017-Auswertung gesehen haben, dass Alkohol und weitere althergebrachte Substanzen viel mehr konsumiert werden, wird Chemsex als Bestandteil schwuler Sexualität beleuchtet. Interessant ist daran auch, wie dieser Wandel von Konsum mit Community und Sexualität in Verbindung steht. Dieses Narrativ wird uns alle sicher noch weiter beschäftigen.

Gab es Momente,
an denen ihr dachtet,
das war mir wirklich neu,
das überrascht mich?

Schwuler Sex

Eine Haupteinblendung entstand für mich bei der Diskussion um #metoo. Da gab es eine gewisse Unbeholfenheit unter schwulen Männern, über Gewalt zu sprechen. Aber es drückte sich auch eine Unbeholfenheit des #metoo Diskurses selbst aus, in welchem immer wieder, noch vor der Reflektion, das Bekenntnis den Raum betritt. Was (leider) immer auch dazu gehört, wenn man über sexualisierte Gewalt spricht, ist, dass es zu Verleumdungen, Spaltungen, Vermischungen, Fehlinformationen, Bagatellisierung kommt. Es war wichtig, in der Diskussion die Ambivalenzen hervortreten zu sehen: einerseits wird deutlich, wie stark schwule Räume und schwule Sexualkultur in der Debatte problematisiert werden, andererseits wird nicht zu Unrecht auf sexuelle Gewalt unter Schwulen hingewiesen. Während wir sexualisierte Gewalt vor allem aus nahen Beziehungen kennen, sprechen wir dann aber offenbar eher über die Darkrooms. Zu diesem Themenkomplex gibt es offenbar weiteren Gesprächsbedarf.

Psychische Gesundheit

Die Eröffnungs- und Vorstellungsrunde, in der alle etwas mehr zur eigenen Person sagen sollten, als nur dazu, was wir (beruflich) tun, war ein AHA!-Erlebnis, das mich sehr berührt hat. Es gibt bei den Leuten manchmal diese kleinen Momente im Leben, die

lange Zeit unsichtbar bleiben, später aber in bestimmten Kontexten wieder hochkommen. In dieser Runde zeigte sich deutlich die Spannung zwischen „was zeige ich von mir?“ und „was zeige ich nicht?“, und „an welchen Orten kann ich was zeigen?“. Für Berater*innen bedeutet das: „Was sehe ich, was erwarte ich zu sehen“, und „wo schaue ich nicht hin, was sehe ich nicht?“ Der Unterschied im Beratungskontext ist: frage ich mich „Was sehe ich, was zeigt mir die Person?“, oder frage ich mich „Was sehe ich, was zeigt die Person mir nicht?“ Und obwohl wir alle versuchen, das gut zu machen, ist da noch unglaublich viel Luft nach oben: sich dem „unsichtbaren“ am Gegenüber zu öffnen und mehr darauf zu achten, was noch im Verborgenen ist, und warum es dort ist. Wie wir Räume schaffen können, wo sich Menschen sicher fühlen, das zu zeigen.

Community

Was mich am meisten überrascht hat, war eine Reaktion auf einen Workshop, die ich anders erwartet hätte. Wir hatten einen Workshop, der hieß „Wie queer darf/soll schwule Prävention sein?“. Patsy und Tim Schomann, die zwei Positionen vertreten, die sich eigentlich stark reiben, waren dazu als Referent*innen eingeladen. In der Vorbereitung auf diesen Workshop hatte ich erwartet, dass da die Post abgeht. Tat sie aber nicht. Es zeigte sich: auf der pragmatischen Präventionsebene kann man damit scheinbar gut umgehen. Eingedenk der Tatsache, dass die Begriffe „queer“ und „gay“ seit ungefähr fünf bis zehn Jahren publizistische Schlachtfelder sind, habe ich natürlich erwartet, dass dieses Schlachtfeld sich hier wiederholt. Man kann wohl sagen, dass auf einer pragmatischen

schen Ebene die Aidshilfemitarbeiter*innen progressiver miteinander umgehen als die Publizist*innen, die dazu etwas sagen. Aber als psychodynamisch orientierter Sozialpädagoge habe ich mir natürlich auch gedacht, „naja vielleicht ist es auch ein bisschen Abwehr“. Ich weiß es noch nicht, und das bleibt für mich noch ein offener Punkt.

Substanzkonsum

Was ich spannend fand – weil es eine Kehrtwende im Umgang mit dem Thema war – ist, dass wir bei Substanzkonsum vom Blick auf Substanzen weggekommen sind und uns stattdessen ansehen, welche Bedürfnisse dahinterstecken, welche Narrative von Sexualität, von Männlichkeit, von schwulem Sex – das fand ich sehr überraschend und bereichernd, dass wir im Slot Substanzkonsum teilweise 1,5 Stunden geredet, dabei aber nicht einmal über Substanzen oder Konsum gesprochen haben. Auch hier weg von diesem Gedanken zu kommen „Wir retten, wenn Defizite da sind“ und stattdessen viel früher anzusetzen. Menschen begleiten können, so wie es beispielsweise bei der PrEP ist. Vorsorge kann auch in diesem Bereich stärker als unterstützende Struktur etabliert werden, und eben nicht als Hilfe-Struktur, die erst anspringt, wenn die Kacke sozusagen schon am Dampfen ist.

Präventionsarbeit

Im Workshop mann-männliche Sexarbeit, als ich mitbekam, dass es Mann-Männliche-Sexarbeiter gibt, die mal für ¼ Jahr HIV-Medizin bekommen, weil sie gerade schwer erkrankt sind, dann wieder nicht, weil sie jetzt wieder nicht mehr so krank sind – um dann ¼ Jahr später erneut Medikamente zu bekom-

men. Dass es sowas, dass sowas überhaupt zugelassen wird vom System an sich. Wie menschenverachtend kann man denn sein? Das hat mich persönlich echt schockiert.

Stimmen aus dem Publikum

Eine besonders bewegende Erfahrung war der Workshop zu Community mit den schwulen Gastronomen vom „Hafen“ in Berlin, da dort noch einmal die Generationenthematik und der Aufbruch von vor 30 Jahren so deutlich wurden. Von der Klingel-Kneipe zur Fensterkneipe, und die Frage ist, was kommt jetzt als nächstes? Wo ist denn da jetzt der Aufbruch? Das haben wir auch in der Gruppe behandelt, und das wurde eher unklarer. Aber das Gefühl, dass da etwas ansteht, ein Gefühl, dass ich auch teile, wurde durch diesen längeren historischen Blick deutlich – nur ist unklar, was das ist.

Mich haben zwei Dinge sehr beeindruckt. Zum Thema Ehrenamt ist mir bewusst geworden, dass man seine ehrenamtlichen Kolleg*innen auch als Personal betrachten kann. Und zum Personal gehört immer auch Personalentwicklung dazu. Das ist ein Bereich, der aus meinem Blickwinkel ein wenig zu kurz kommt. Wir haben an dieser Stelle ganz viele Möglichkeiten, neue, interessierte junge Menschen zu akquirieren. Ich würde mich freuen, wenn wir in unseren lokalen Checkpoints / Aidshilfen damit umgingen. Die zweite Sache, die mich sehr beeindruckt hat, ist die Datenfülle der EMIS-Daten, und die Möglichkeit, mit diesen beiden hochkompetenten Personen vom RKI direkt ins Gespräch zu kommen, das hat die Daten für mich noch mal deutlicher und verständlicher gemacht.



Wo hat es geknistert, geknackt, geknallt? – Spannungen, Kontroversen, Streit, Hilflosigkeit?

Schwuler Sex

Die Frage nach Sexualität beinhaltet immer eine Spannung, wenn auch keinen Konflikt. Da gibt es Sexualität als Präventionsfrage einerseits, und Sexualität als Thema zur Reflexion über Wohlbefinden und Praktiken andererseits.

Das eine lässt sich nicht in das andere übersetzen.

Community

Um sich Community anzusehen, muss man immer wieder Dinge betrachten, die es aushalten gilt, die nicht aufbauend sind (Generationenabstand, Diversität in der Wahrnehmung der Dinge ...). Dieses ewige Hin und Her in einer Diskussion, das muss man aushalten, das muss auch die Gruppe aushalten. Wir waren gemeinsam auf der Suche nach dem Zusammengehörigen all dieser verschiedenen Momente der Unterschiedlichkeit. Man blickt

also auf etwas, dass sehr unterschiedlich ist, mit dem gleichzeitigen Wunsch, es möge etwas Verbindendes geben. Das war die Spannung, in der sich die Diskussion die gesamte Zeit bewegte. Auch für mich war es in der Diskussion immer wieder schwierig, aber es lief immer weiter, und die Gruppe hielt es aus. Das ist, glaube ich, die Aufgabe.

Wie queer darf / soll schwule Prävention sein?

Es gab auch eine große Hilflosigkeit in dieser Debatte: Wer ist meine Zielgruppe? Muss ich z. B. auch Flyer für lesbische Frauen machen, auch wenn ihr Risiko sehr gering ist? Was ist der eigene Anspruch, und muss oder möchte ich den politisch aktivistischen Forderungen nachkommen?

Präventionsarbeit

Kein Konflikt: Es ist eine große Bandbreite, die mittlerweile von Aidshilfen und Checkpoints, auch von den Ehrenamtler*innen, abgedeckt werden muss, und sehr erfolgreich abgedeckt wird: von leider (immer noch) notwendigen Plakaten wie „Ehe schützt nicht“ (hetero und verheiratet sein schützt nicht vor HIV-Infektionen), bis zu Fragen des Einnahmeschemas. Erstaunlicherweise scheuen wir uns auch nicht vor irgendeiner neuen Debatte und haben ein bisschen gelernt, die Unterschiede ganz gut stehen zu lassen.

Gerade passiert eine Umwälzung, und es entsteht eine Spannung: welche Bedarfe sind da, welche Ressourcen gibt es, was können wir anbieten? Wir erkennen, dass neben HIV/STI-Prävention, für welche wir finanziert werden, neue Bedürfnisse mit neuen Ansprüchen da sind, die sich vielleicht bei uns platzieren

wollen. Daneben sind aber immer auch die alten Aufgaben zu bewältigen. Das Problem liegt auch in der Forschung: Wenn es Zahlen als wissenschaftliche Belege gibt, kann man Förderungen beantragen – aber um Studien zu finanzieren braucht es auch Geld.

Es gibt einen Konflikt im eigenen Aufgabenverständnis: Worin sieht liegt die eigene Hauptaufgabe, der eigene Auftrag? Dazu gab es auf dieser Fachkonferenz sehr unterschiedliche Diskussionen und Ansätze, und letztlich nur eine Ausrede als Lösung: Wir haben bemerkt, dass wir selbst genauso divers sind wie die Communitys, die wir aufsuchen. Es gibt zwar einen Kernauftrag – HIV-Prävention – der wird jedoch lokal je nach Gegebenheiten und Ressourcen um weitere Aufgabefelder erweitert. Das muss man akzeptieren – und aushalten, dass wir alle unterschiedlich sind.

Stadt-Land-Differenz:

- ▶ Gefahr der „Hausfrauisierung“
- ▶ Deutlich zu spüren beim Thema Substanzkonsum und Chemsex, bzw. Safer Use und Safer Chemsex – während in der Großstadt kleine Aktivist*innengruppen Flyer auf Englisch drucken, ist es im ländlicheren Raum schwierig, überhaupt Präventionsarbeit zu leisten.
- ▶ Noch deutlicher beim Thema Digitalisierung: bei 1,8 Stellen ist auch ein Social-Media-Auftritt schon eine große Herausforderung.
- ▶ Fehlende Anlaufstellen, besonders auch für junge MSM eine psychische Belastung
- ▶ Ländliche Regionen werden laut EMIS Daten von der Präventionsarbeit weniger gut erreicht.

Homonegativität

Wir dürfen nicht vergessen, dass wir zu diesem Thema hier sitzen, weil die Unterdrückung – die Homonegativität in der Gesellschaft – immer noch da ist. Wenn die sich nicht ändert, dann stopfen wir immer nur Löcher, dann hauen wir immer nur Korke in Löcher rein, und kommen eigentlich nicht vom Fleck, egal was für Strategien und Empfehlungen wir uns hier überlegen, wen wir noch ausbilden, an welche Schulen wir noch gehen usw. Solange sich das auf der gesellschaftlichen Ebene nicht grundsätzlich ändert, rennen wir hinterher.

Gab es Vorschläge,
wie man etwas machen soll?
Best Practice? Auch im Hinblick
darauf, die von Homonegativität
verursachten Schäden zu
begrenzen und zu mindern?

Psychische Gesundheit

► Ein besonders wichtiger Grundsatz im Feld psychische Gesundheit, den man sich immer wieder vor Augen halten muss: Resilienz ist formbar, ist veränderbar. Wir können Resilienz stärken. Dies kann durch gesprächsgebundene Ansätze, aber genauso durch Körperarbeit, oder durch „erleben statt bereden“, durch Gemeinsamkeit als resilienzstärkenden Puffer erreicht werden, ohne dass ich eine Gesprächsgruppe zu Gemeinsamkeiten brauche. Allgemein

zu fragen: Was kann ich tun, das mir guttut? Das sind Klischees, aber auch die sind wichtig miteinzubinden in unser Verständnis der Möglichkeiten.

- Psychisches Wohlergehen: SVEN haben auf einer Unterseite ihrer Webseite einen Text veröffentlicht, geschrieben von einer Person mit fachlicher Expertise, zum Thema „Wie kann ich mir eigentlich selbst helfen?“ – Bei Einsamkeit, ohne mich vor jemandem outen zu müssen, ohne bereits Hilfe in Anspruch nehmen zu müssen, ganz niedrigschwellig.

Community

- Die Möglichkeit, Community 2.0 über Discord-Server aufzustellen: Discord-Channel sind üblicherweise Kanäle für Gamer, in denen man verschiedene Räume und Bereiche einrichten kann. Dazu zwei bestehende Beispiele:
 - ▷ Eine zu groß gewordene Telegram-Gruppe für Puppy-Play-Interessierte führte Discord-Kanäle ein, in welchen ein Bot verschiedene Räume aufteilen kann, d. h. je nach Interesse betritt man einen anderen virtuellen Raum.
 - ▷ SVEN nutzt Discord-Server für die Community und schafft so virtuelle Community-Räume. Geboren im Corona-Lockdown, läuft das Projekt nun weiter: Ein 24/7 geöffneter Text-Kanal, in dem sich Menschen eifrig austauschen, und alle zwei Wochen ein Peer-Event-Abend mit Webcam, zu einem aus der Discord-Community vorgeschlagenen Thema (bei welchem SVEN anwesend ist, sich jedoch zurückhält.)
- Community durch die Zeit – ein Wunsch an die Denk-Akademie der DAH: Für mich

ist diese Fragestellung nochmal deutlich geworden, als ein Szenesterben und die Veränderung der eigenen Darstellung von Szenelokalen ganz eindeutig in einem Workshop konstatiert wurde: Wo ist der Ort, an dem wir den rasanten Wandel der letzten 30 Jahre, der Generationen gesellschaftlich in völlig unterschiedliche Verhältnisse stellt, abgleichen? Was habe ich vor 30 Jahren als junger schwuler Mann erlebt, was erlebe ich als junger schwuler Mann heute? Was für eine Art von Homonegativität ist das jetzt im Verhältnis zu der Homonegativität von vor 30 Jahren? Damals, als man gar nichts werden konnte, im Verhältnis zu jetzt, wo man Gesundheitsminister werden kann. Das macht einen Unterschied. Das zu reflektieren, welche Bedeutung das hat, das fände ich spannend als nächste Fragestellung.

Präventionsarbeit

- ▶ Mögliches *best practice*: Zielgruppen ganz aus dem Denken ausklammern und intuitiv über die Bedarfe werben, z. B. wie die „Po-schüre“ die nicht explizit „schwul“ anspricht, sondern das, worum es inhaltlich geht – den Po – und somit alle, die sich für ihn interessieren.

- ▶ Digitalisierung drängt in die Richtung „wir müssen noch enger zusammenarbeiten“. Die Welt wird ein wenig kleiner und enger, und es wurde noch einmal deutlich, dass der deutschen Aidshilfe eine sehr zentrale Rolle zukommt, weil vieles von den kleineren Aidshilfen vor Ort gar nicht geleistet werden kann. Die Fragestellung, was die deutsche Aidshilfe in Sachen Vernetzung leisten kann, wird möglicherweise noch ein Zukunftsthema – um sich für den gesamten deutschsprachigen Raum gut aufzustellen.
- ▶ Beim Thema Ehrenamt geht es dagegen in Richtung Professionalisierung, wir brauchen Ehrenamtsmanagement.

Substanzkonsum

- ▶ Wir haben festgestellt, dass es eine gesammelte Anlaufstelle für Informationen braucht – virtuell, eine Webseite – aber auch physische Orte zum Zusammenkommen, zum Runterkommen, denn Substanzkonsum ist eng mit psychischem Wohlergehen und Community verwoben. Deswegen haben wir heute Ideen für eine Webseite und einen „Konsumladen“ als integrierbares Konzept für bestehende Checkpoints / Aidshilfen entwickelt.

Abschlussworte des Tagungsleiters

Liebe Kolleg*innen,
Freund*innen, Gäst*innen!

Jetzt sind wir wirklich in der letzten Runde angekommen.

Ich bin ja eher der Zweifler, aber ich denke, dass die fachliche Einschätzung, dass es sich bei aller Diversifizierung auch weiter lohnt, die Differenz im Begehren zu sehen und spezifische Bedarfe anzuerkennen und zu berücksichtigen, durch die Beiträge und Diskussionen auf der Tagung anerkannt wurde.

One size doesn't fit all. Und wie es unterschiedliche Kleidergrößen gibt, so gibt es auch unterschiedliche Kontexte, unterschiedliche Lebenswelten und daraus resultierend unterschiedliche Bedarfe in der Prävention und Gesundheitsförderung.

Bitte füllt die feedback-Bögen aus. Er liegt in der Tagungsmappe. Schreibt auch unbedingt noch anonym oder mit Namen Kritik und Kommentare oder andere Rückmeldungen rein, die Euch vielleicht im Nachgang noch durch den Kopf gehen. Auf der Rückseite ist auch noch viel Platz!

Und ich möchte mich herzlich bedanken!

Zunächst bei unserem Vorstand Winfried Holz, für seine Einführung in die Thematik der Tagung, dann Rusi Jaspal, der uns eindrucksvoll aufgezeigt hat, dass bei allen juristischen Fortschritten unsere schwulen oder queeren Identitäten aus vielen Gründen fragil sind, fragil bleiben, und wie unsere inneren Zweifel und Kämpfe auch unser Verhalten, unsere Gesundheit beeinflussen können, – und wie wichtig weiterhin auch die Selbstwert- bzw. Identitätsstärkung in unserer Arbeit ist.

Er hat uns aber auch gezeigt, dass unsere Art Prävention zu machen, auf die ganze Person zu schauen, von elementarer Bedeutung ist: „Wenn das Vertrauen in grundsätzliche (menschliche) Prinzipien gestört wird, und das passiert hin und wieder schon früh in unseren Biographien, dann wird die Identität angegriffen“.

Risk behaviour is coping
behaviour.

Das führt mich gleich zu den 5 Themensträngen Sex, Psyche, Substanzkonsum, Community als Unterstützungsressource, und Präventionsarbeit, die ja schon von der Einsicht in die Bedarfe vorab festgelegt wurden. Unser Dank gilt den wunderbaren Kollegen Marco, Matthias, Stefan, Marcus und Clemens, die die Slots mit uns vorbereitet, angeleitet, und durch eigene Beiträge bereichert haben. Herzlichen Dank auch an Tim Rössig, der uns sehr bei der Konzepterstellung geholfen hat. Danke auch an Uli und Susi, die uns die notwendigen Daten dafür lieferten, um Schwerpunkte und Bedarfe auch in ihren Ausprägungen zu erkennen.

Ich kann sie hier nicht alle aufzählen, aber ich bedanke mich für die einzelnen Beiträge in den Slots bei Jan, der aus Korsika zugeschaltet wurde, und beim Jan aus München, und bei Patsy, Fabienne, Aaron, Steffen, Ulrich, Gerd, Simon, Richard, Wolfgang, Dirk, Boris, Hannes, Tim, Frank, Darryl, Martin, Hannah, Holger, Marc, Frank, Klaus vom GHC, Manuel, Michael und Florian. Besonderer Dank auch an Nils Svensson, der kurzfristig eingesprungen ist.

Und natürlich bei den Kolleg*innen aus der DAH, die sofort und gern bereit waren, Euch am Counter willkommen zu heißen: Alphonsine, Werner, Thomas und nochmal Klaus!

Großartig und bewegend war für mich auch der Auftritt des Jazzsängers Erik Leuthäuser zum Abschluß gestern abend. Er hat seine Erfahrungen mit Chemsex, seine Sehnsüchte, seine Gefühle in seine Kunst einfließen lassen. Seine ganze Person wurde für uns bei seinem Konzert erfahrbar.



Dr. Dirk Sander

Vielen Dank auch an die Staff hier im Haus, die uns mit Kaffee, Kuchen und leckeren Mahlzeiten versorgt haben. Und auch Dank an die hier, ohne die nix geht!

Unser Dank gilt auch Euch allen hier. Es war schön mit Euch zusammen an den Themen zu arbeiten und Handlungsmöglichkeiten zu entwickeln. Es waren viele bekannte Gesichter hier, aber auch new faces, und es waren auch viele jüngere Leute dabei, da mach' ich mir um die Zukunft der Arbeit weniger Sorgen. Und ich freue mich auf die weitere Zusammenarbeit.

Danke auch an Holger Wicht, der das letzte Podium gerade gewohnt souverän und charmant moderiert hat.

Bei einer „Ganzen Person“ möchte ich mich zum Schluß noch besonders bedanken (und ich bitte um Applaus!). Und zwar bei meinem Kollegen Simon Herchenbach. Er hat in den letzten Monaten – wie er selber sagte –, die größte Tagung in seinem bisherigen Leben gerockt. Und ich finde, er hat das bravourös gemacht, beispielhaft organisiert, begleitet und durchgeführt. Ohne Dich wäre das hier nicht möglich gewesen! Vielen Dank!!

Kurze Frage: Ein Teilnehmer sagte mir gestern: So eine Tagung müssten wir alle zwei Jahre machen. Was meinst Du?

Kommt alle gut nach Hause! Schaut auch auf Eure Gesundheit. Adieu, tschüss, Servus! Und auf bald, hoffentlich.

Impressum

Deutsche Aidshilfe e. V.

Wilhelmstr. 138

10963 Berlin

Tel.: 030 / 69 00 87-0

www.aidshilfe.de

dah@aidshilfe.de

1. Auflage, 2022

DAH-Bestellnummer: 111004

Redaktion: Yasmin Ritsch

Lektorat / Korrektorat:

Matthias Wentzlaff-Eggebert, Dirk Sander

Inhaltliche Mitarbeit: Dirk Sander,
Simon Herchenbach, Tim Rössig

Titelgrafik: Login / stock.adobe.com

Fotos: Thomas Schützenberger,
Simon Herchenbach, Dirk Sander

Gestaltung: Carmen Janiesch

Druck: Königsdruck – Printmedien und digitale
Dienste GmbH, Alt Reinickendorf 28, 13407 Berlin



