

Wissenschaftliche Studie

Evaluation einer HIV-Patientenschulung für Männer, die Sex mit Männern haben (MSM)

Prof. Dr. Petra Buchwald, Heinrich Heine-Universität Düsseldorf

Dr. Martin Reith, HIV-Schwerpunktpraxis, Düsseldorf

Dr. Robert Baumann, HIV-Schwerpunktpraxis, Neuss

Prof. Dr. Petra Buchwald
Heinrich Heine-Universität Düsseldorf
Abteilung für Weiterbildung und Beratung
Erziehungswissenschaft
Universitätsstr. 1
D-40225 Düsseldorf

www.petra-buchwald.de
www.team-isi.de

September 2006

Inhalt

1	Einleitung	18
1.1	Epidemiologische Lage	36
1.2	Psychologische Auswirkungen von HIV / AIDS	57
1.3	HIV Patientenschulungen.....	94
1.4	Fazit	121
2	Theoretischer Rahmen und leitende Fragestellung	127
2.1	Schulungskonzept.....	171
2.2	Aufbau der Schulung.....	198
2.2.1	Medizinische Module	203
2.2.2	Pädagogisch-psychologische Module	203
2.3	Durchführung der Schulung	203
2.3.1	Zielgruppe und Rekrutierung	203
3	Evaluation der Schulung	203
3.1	Strukturevaluation	203
3.1.1	Experteninterviews.....	203
3.2	Ergebnisevaluation	203
	Quantitative Ergebnisevaluation	203
3.2.1	Messinstrumente der Fragebogenerhebung	203
3.2.2	Befunde	203
	Qualitative Ergebnisevaluation	203
3.2.3	Telefoninterview	203
3.3	Prozessevaluation	203
3.3.1	Teilnehmende Beobachtung.....	203
4	Diskussion.....	203
5	Literaturverzeichnis	203
6	Anhang	203
6.1	Experteninterview	203
6.2	Untersuchte HIV-Organisationen / -Institutionen.....	203
6.3	Fragebogen auf Anfrage.....	203
6.4	Telefonisches Interview – Leitfaden	203
6.5	Teilnehmende Beobachtung ISI Schulung.....	203

1 Einleitung

Trotz aller Fortschritte im Bereich der Erforschung und Behandlung von HIV-Infektionen in den letzten Jahren ist man von einer wirklichen Kontrolle, geschweige denn Eindämmung der HIV-Epidemie, noch immer weit entfernt. Seit Beginn der Epidemie haben sich in Deutschland schätzungsweise 60.000 Menschen mit dem HI-Virus infiziert, etwa 24.000 Menschen sind seitdem an AIDS erkrankt und 19.000 Menschen sind an AIDS gestorben.

Die Einführung der Highly Active Antiretroviral Therapy (HAART) in die HIV/AIDS-Therapie hat dazu geführt, dass man AIDS, wenn auch nicht heilen, so doch als chronische Erkrankung bezeichnen kann. Viele HIV-positive Menschen können dadurch wieder ein weitgehend normales Leben führen und sogar arbeiten. Allerdings ist die Chronifizierung, wie bereits bei anderen chronischen Erkrankungen belegt werden konnte, neben allen anderen mit HIV/AIDS assoziierten Belastungsfaktoren ein starker psychischer Stressor, der negativen Einfluss auf den Krankheitsverlauf nimmt (Fittig, 2004). Einen wesentlicher Belastungsfaktor stellt zudem die regelmäßige Einnahme von Medikamenten dar, die bei HAART extrem zuverlässig erfolgen muss. HAART ist nur dann wirksam, wenn die Adhärenz bei über 95 % liegt (Spirig, 2005). Nicht selten treten auch Langzeitnebenwirkungen durch HAART auf, die ebenfalls sehr belastend sein können.

Somit hat sich die medizinische Prognose bei einer HIV-Infektion zwar entscheidend verbessert, aber die subjektive Lebensqualität und Reduktion der Stressbelastung sind weitere wichtige Ziele bei der Behandlung. Beabsichtigt wird dabei, Menschen zu befähigen, ihre chronische Erkrankung angemessen zu bewältigen. Aus diesen Überlegungen heraus wurde ein strukturiertes interdisziplinäres Schulungsprogramm für HIV-positive Patienten (abgek. ISI) entwickelt und evaluiert. Die Schulung besteht aus einem medizinischen und einem psycho-sozialen Modul zur Stärkung von Ressourcen und Vermittlung von Krankheitsbewältigungsstrategien und richtet sich zunächst an Männer, die Sex mit Männern haben (MSM). Die Evaluation der Schulung erfolgte anhand von Fragebogen, Teilnehmerinterviews und teilnehmender Beobachtung.

1.1 Epidemiologische Lage

Bei der Betrachtung der epidemiologischen Datenlage wird deutlich, dass der Anteil an Neuinfektionen bei Männern, die Sex mit Männern haben (MSM) unter den HIV-Infizierten in Deutschland im Vergleich zu anderen benachbarten Ländern (z. B. Vereinigtes Königreich, Schweiz) einen hohen Prozentanteil an der Gesamtzahl ausmacht. Während in Deutschland der prozentuale Anteil an HIV-Infektionen bei MSM weiter ansteigt, geht er in Großbritannien zurück. In der Schweiz ist seit zwei Jahren ebenfalls wieder ein leichter Anstieg der Neuinfektionen bei MSM festzustellen, wohingegen die Anzahl der Neuinfektionen bei Heterosexuellen stagniert. Bei der geographischen Darstellung der kumulierten HIV-Inzidenz fällt die

Anhäufung von HIV/AIDS-Erkrankungen in deutschen Großstädten und Ballungsgebieten auf (s. Abb. 1).

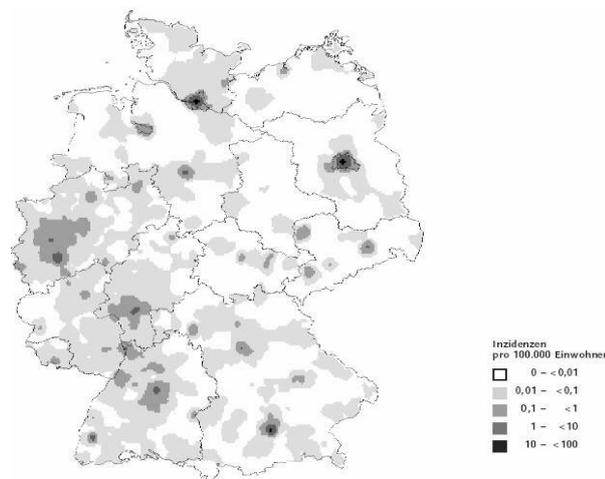


Abbildung 1: Inzidenz der im Zeitraum vom 1.7.04 bis 30.6.05 diagnostizierten HIV-Erstmeldungen/100000 Einwohner Skala von 0 bis <100 (RKI 2004)

Aus der WHO Datenbank "Health for all" (WHO 2006) ist für Großbritannien eine klinisch diagnostizierte AIDS-Inzidenz von 1,36/100.000 Einwohnern zu entnehmen. Für die BRD besteht eine Inzidenz von 0,6/100.000 Einwohnern und für die Schweiz von 4,06/100.000 Einwohnern. Die Zahlen gelten für das Jahr 2004. In der Bundesrepublik leben ca. 49.000 Menschen, die an HIV oder AIDS erkrankt sind, wobei 70 % der Neuinfektionen MSM betreffen (RKI 2006). In der Schweiz sind ca. 20.000 Menschen von der Krankheit betroffen. Der Infektionsweg liegt hier überwiegend bei heterosexuellen Kontakten (61%) und MSM erreichen einen prozentualen Anteil von 25 % (BAG, 2006). In Großbritannien liegt die absolute Zahl der mit HIV bzw. AIDS lebenden Menschen bei ca. 75.000 (HPA CfI, 2006). Abbildung 2 zeigt die Zahl der diagnostizierten AIDS-Fälle von 1990 bis 2004, die seit 1994 in Deutschland stetig abfällt, in Großbritannien stagniert und in der Schweiz seit 2002 wieder leicht ansteigt.

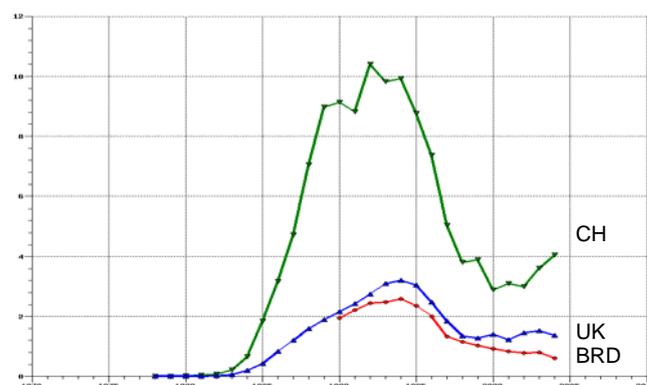


Abbildung 2: Klinisch diagnostizierte AIDS-Inzidenz im Vereinigten Königreich, in Deutschland und der Schweiz im Zeitraum 1980-2005, (WHO, 2006)

Abbildung 3 soll den unterschiedlichen epidemiologischen Verlauf der HIV-Neuinfektionen bei MSM verdeutlichen. Während in Großbritannien die Werte bis 2003 stetig abfallen und dann stagnieren, kann man für Deutschland und die Schweiz einen leichten Wideranstieg seit 2002/03 beobachten.

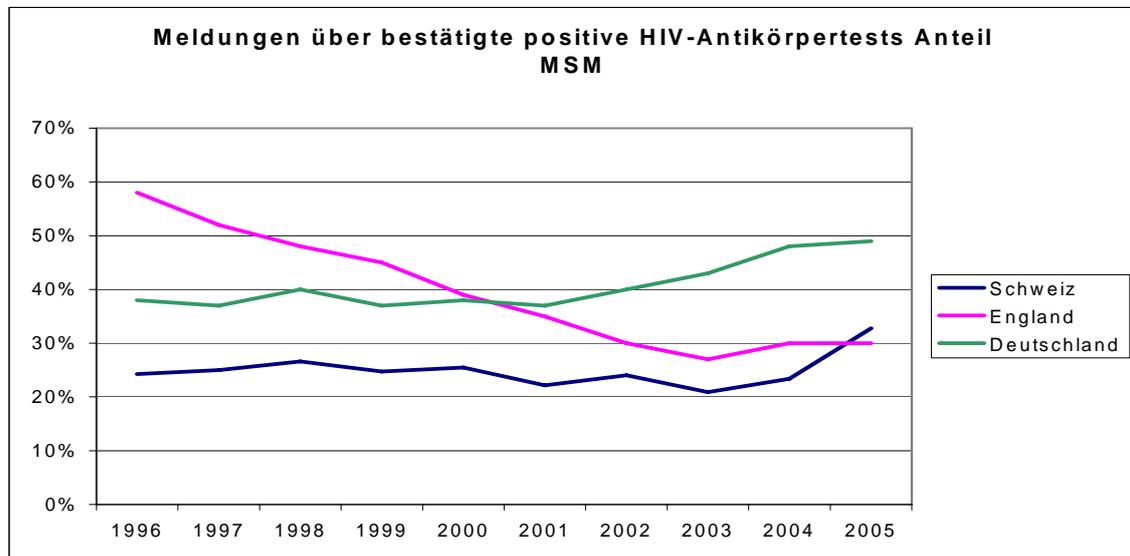


Abbildung 3: Prozentualer Anteil positiver HIV-Antikörpertests bei MSM im Vergleich Schweiz, England, Deutschland.

1.2 Psychologische Auswirkungen von HIV / AIDS

Ein Zusammenhang von psychischer und physischer Befindlichkeit bei HIV-Patienten ist in vielen empirischen Studien bereits belegt (Cole et al., 2001; Leserman, 2004; Paterson, 2000). Die psychologischen Aspekte von HIV / AIDS bei MSM beziehen sich auf die krankheitsbezogenen Ängste und Depressionen, verbunden mit einem eklatanten Verlust an Ressourcen (zum Überblick vgl. Buchwald & Perez, 2006). Eine der wesentlichen psychischen Ressourcen ist die Selbstwirksamkeit und meint die subjektive Gewissheit, schwierige Anforderungssituationen aufgrund der eigenen Kompetenz bewältigen zu können (Bandura, 1977; Schwarzer, 2002). Empirische Studien zeigen, dass Resilienz im Sinne einer psychischen Widerstandsfähigkeit mit einer hohen Ausprägung von Selbstwirksamkeit und Optimismus und einem geringeren Grad an Hoffnungslosigkeit einhergeht (Carver, Wimberley, Kazi & Antoni, 2006; Greenglass, 2006; Luszczynska, Boehmer & Sarkar, 2006). Mehrere Autoren fanden positive Auswirkungen von Optimismus auf die Lebensqualität in Stresssituationen (Aspinwall & Taylor, 1992; Segerstrom, Taylor, Kemeny & Fahey, 1998). Optimismus ist eine persönliche Ressource, die eine generelle positive Haltung gegenüber zukünftigen Ereignissen beschreibt (Scheier & Carver, 1985). Taylor und Mitarbeiter (Taylor, Kemeny, Reed, Bower & Grunewald, 2001) berichten bei Optimisten von einer besseren Anpassung an die Tatsache, sich mit HIV infiziert zu haben. Optimisten sind mit ihrem Leben zufriedener, gehen aber nicht sorglos mit der Krankheit um. Sie sind im Gegenteil vorsichtiger beim Praktizieren von geschütztem Geschlechtsverkehr als HIV-positive Pessimisten. Aus den Übertragungs-

möglichkeiten des HI-Virus und dem eingeschränkten Sexualverhalten entstehen weitere psychische Belastungen (Adam, Husbands, Murray & Maxwell, 2005), u. a. zurückzuführen auf Stigmatisierung und Schuldgefühle (Herek, Capitano & Widaman, 2002). Kimberly (1999) berichtet, dass soziale Unterstützung direkte Auswirkungen auf die Übertragung von HIV zeigt. Männer mit hoher sozialer Integration verhalten sich verantwortungsbewusst im Umgang mit ihrer Erkrankung und schränken so die Weitergabe von HIV ein. De facto schränkt aber die HIV-Infizierung den Zugang zu sozialen Netzwerken erheblich ein bei gleichzeitiger Abhängigkeit von externer Hilfe. Es zeigte sich, dass HIV-positive MSM ihren Krankheitsstatus häufig vor ihren Freunden und der Familie verbergen, aus Angst, sonst keine Akzeptanz und Unterstützung zu finden (Johnston, Stall, & Smith, 1995). Familien können HIV-positive MSM aktiv bei der Bewältigung ihrer Erkrankung unterstützen, können aber auch negativen Einfluss ausüben (Buchwald, Reith, Baumann & Ringeisen, 2006; Schwarzer, 1996; Turner, 1993). Bei der Bewältigung von Angst vor dem Tod sind Freunde oder der Lebenspartner die am häufigsten aufgesuchten Gesprächspartner (Catania et al., 1992). Ist der HIV-Status bekannt, hat die Unterstützung durch die Familie eine sehr positive Wirkung auf die psychische Gesundheit. Männer, die in ständigem Kontakt zu ihrer Familie standen oder ein intaktes soziales Umfeld hatten, lebten in einer Untersuchung von Persson (2002) länger als Männer ohne ein soziales Netz und litten seltener unter Depressionen. Die Depression ist die häufigste psychiatrische Diagnose bei HIV-infizierten Patienten. Die Angaben zur Prävalenz sind zum Teil sehr unterschiedlich und reichen bis zu 40 % (Angelino, 2001). Unwissenheit und Unerfahrenheit hinsichtlich der medizinischen Therapie bei einer HIV-Infektion tragen neben anderem zur Entstehung von Depressionen bei (Becker & Clement, 1996; Buchwald & Perez, 2006; Morin, 1994). Hinzu kommen durch das strikte Regime bei HAART Veränderungen in der alltäglichen Routine, die im Sinne von „daily hassles“ (Lazarus, 1995) sogar noch stressreicher als das kritische Lebensereignis der Erkrankung selbst empfunden werden können. Insgesamt sind wesentliche Ressourcen von HIV-positiven Menschen bedroht und bereits verloren gegangen, was gemäß der Theorie der Ressourcenerhaltung zu extremem Stress und weiteren Beeinträchtigungen des physischen und psychischen Wohlbefindens führt (Hobfoll & Buchwald, 2004). HIV-positive Patienten, die aber trotz ihrer Erkrankung über adäquate Stressbewältigungsstrategien verfügen und damit weiterhin Ressourcen aufbauen können, zeigen mehr Stärke und Resilienz im Umgang mit der Erkrankung (Chesney, Chambers, Taylor, Johnson & Folkman 2003; Hobfoll, Johnson, Ennis & Jackson, 2003).

1.3 HIV Patientenschulungen

Auffällig ist die geringe Datenlage zu Schulungsmaßnahmen bei HIV-positiv Patienten. Bader (1998) beschreibt ein HIV-Gesundheitsprogramm, das die mentale Kette HIV – AIDS - Tod durchbrechen möchte. Die AIDS-Erkrankung soll nicht die einzige Zukunftsperspektive sein, sondern es sollen auch andere Ziele sichtbar werden. Eine Evaluation dieses Trainings

liegt jedoch nicht vor. Chesney et al. (2003) hingegen belegten die Effekte einer Patientenschulung auf die psychische Gesundheit von HIV-positiven MSM. In einem Kontrollgruppendesign zeigte die Gruppe nach einem „Coping effectiveness training“ (Bewältigung, engl. *Coping*) im Vergleich zu der Gruppe, die nur Informationen über AIDS/HIV erhielt und einer unbehandelten Gruppe einen signifikanten Abbau von Stress und Burnout-Symptomen sowie einen Anstieg des Selbstwertgefühls. Außerdem war ein Abfall der Angstzustände erkennbar, der sich auch noch nach 6 bzw. 12 Monaten nachweisen ließ. Huesler (1993) stellt ein Programm vor, das neben der psychischen Befindlichkeit auch Immunparameter beeinflussen will. Die Intervention umfasst 1. ein verhaltenstherapeutisches Methodenrepertoire und 2. ein gesprächspsychotherapeutisches Setting. Im Idealfall soll die Intervention einmal wöchentlich bei fünfzehn Sitzungen von etwa eineinhalb Stunden erfolgen. Die Intervention richtet sich nach den Bedürfnissen der Teilnehmer und schließt die Bausteine Entspannungsverfahren, Selbstkommunikation, Gesundheitsverhalten (Ernährung, körperliche Aktivitäten), Sexualverhalten und Lebensplanung ein. In einer begleitenden Evaluation ergab ein Prä-post-Vergleich bei einer Stichprobe von 31 Männern und 18 Frauen Verbesserungen im Bereich der psychischen Befindlichkeit. Depression und Angst nahmen signifikant ab bei gleichzeitiger Zunahme der positiven Selbstkommunikation. Das Gesundheitsverhalten, gemessen anhand einer Entspannungsskala und der körperlichen Aktivität, stieg ebenfalls leicht an und es zeichnete sich eine positivere Lebenseinstellung ab. Ebenso fanden sich Hinweise eines positiven Effekts der psycho-sozialen Schulung auf die Adhärenz (Fogarty, 2002; Tudra, 2000).

Der für HIV-Erkrankung identifizierte Zusammenhang von physischer und psychischer Gesundheit sowie erste Belege für die erfolgreiche Patientenschulung (Hobfoll & Schumm, 2004; Schwarzer & Buchwald, 2002) sprechen für eine Gesundheitsförderung. Im Sinne der Ottawa-Charta (erste Konferenz zur Gesundheitsförderung der WHO 1986) sollte darauf abgezielt werden, Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen. Eine Gesundheitsförderung sollte als enge Zusammenarbeit eines multiprofessionellen Teams erfolgen, um die größtmögliche Aktivierung des Gesundheitspotentials zu bewirken und Gesundheit als Erfahrung von Lebenssouveränität zu ermöglichen (Goetzenich, Braun & Knechten, 1999). Insbesondere die vielfältigen Anforderungen und erheblichen Ressourcenverluste, die mit einer HIV-Infektion einhergehen, erfordern ein interdisziplinäres Konzept, das medizinische, pädagogische und psychologische Inhalte miteinander verbindet. Gesundheit soll im Sinne der WHO-Definition als ein Mittel zum Zweck angesehen werden, als Ressource, die es Menschen erlaubt, ein selbstbestimmtes Leben zu führen.

1.4 Fazit

Auf Grundlage der bereits bestehenden wissenschaftlichen Erkenntnisse wird deutlich, dass

1. Düsseldorf als Standort in einem Ballungsgebiet für ein Schulungsprogramm sinnvoll gewählt wurde,
2. die Zielgruppe der HIV-positiven MSM den höchsten prozentualen Anteil unter den betroffenen Risikogruppen zeigt,
3. das Wissen um medizinische Zusammenhänge von HIV ein verändertes Sexualverhalten und eine Verbesserung der Adhärenz erwarten lassen,
4. neben der reinen Wissensvermittlung ein Stressbewältigungstraining sinnvoll ist, das auf eine Minderung der Ängste, eine Stärkung der Selbstwirksamkeit und des Optimismus sowie eine Mobilisierung von sozialer Unterstützung abzielt.

2 Theoretischer Rahmen und leitende Fragestellung

Gesundheitsförderung umfasst die Verbesserung von gesundheitsrelevanten Lebensstilen und Lebensbedingungen. Die uns leitende Fragestellung lautet: „Inwiefern lässt sich die Gesundheit von HIV-positiven MSM durch das strukturierte interdisziplinäre Schulungsprogramm ISI verbessern? Hintergrund dieser Schulung bildete der von der World Health Organization (1998) geforderte Lebenskompetenzansatz, der auf eine Stärkung der psychosozialen Kompetenzen und adaptiven Stressbewältigungsstrategien im Umgang mit schwierigen Lebenssituation bei den Teilnehmern abzielt. Das vorliegende Schulungskonzept geht davon aus, dass ein ausreichendes Wissen zwar die notwendige Basis zur Förderung gewünschter Verhaltensweisen und Änderung von etwaigem Fehlverhalten bildet, jedoch keine hinreichende Voraussetzung für eine Verhaltensänderung darstellt. Der Schwerpunkt des Programms liegt daher nicht nur auf der Vermittlung von Wissen in den unter ätiologischen Gesichtspunkten ausgewählten Themenbereichen, sondern vor allem auf der kritischen Analyse von Einstellungs- und Verhaltensmustern sowie der Erprobung alternativer Reaktionsmöglichkeiten auf bestimmte Alltagssituationen.

Zur Bewältigung von Lebenssituationen im Sinne der Befähigung zu Empowerment, also selbstbestimmtem Handeln und Lebenskompetenz (WHO, 1998) benötigen Menschen die für gesundes Verhalten notwendigen Ressourcen. Die Theorie der Ressourcenerhaltung (Hobfoll, 1998, Hobfoll & Buchwald, 2004; Hobfoll & Schumm, 2004) dient als zugrunde liegende Theorie, die erklärt unter welchen Bedingungen sich Ressourcen vermehren oder verringern. Sie bezieht sich auf Ressourcen von Individuen und Gemeinschaften, die für einen gesunden Lebensstil notwendig sind und beschreibt zugleich die Prävention von Ressourcenverlusten, den Erhalt bereits bestehender Ressourcen und das Gewinnen von notwendigen neuen Ressourcen. Sie geht davon aus, dass Individuen ihre Lebensumstände so gestalten, dass ihre eigene Integrität, aber auch die ihrer Familie und ihres Volkes geschützt

wird (Hobfoll, 1998) und betrachtet das Individuum deshalb im Kontext seines sozialen Umfeldes. Die Theorie der Ressourcenerhaltung fokussiert auf Reaktionen gegenüber Umweltereignissen, die Ressourcen beeinflussen und definiert psychologischen Stress als eine Reaktion auf die Umwelt, in der (1) der Verlust von Ressourcen droht, (2) der tatsächliche Verlust von Ressourcen eintritt oder (3) der adäquate Zugewinn von Ressourcen nach einer Ressourceninvestition versagt bleibt. Insbesondere der Verlust oder drohende Verlust von Ressourcen ist stressreich, da Individuen dann mit reduzierten Bewältigungskapazitäten zukünftige Herausforderungen bewältigen müssen. Aber auch ein Mangel an Ressourcengewinnen nach einer Investition verursacht Stress, da Individuen trotz Einsatz von Ressourcen ihre Bewältigungskapazitäten nicht steigern konnten. Da sie Ressourcen investiert haben, ohne Gewinne zu erzielen, entspricht dieser fehlende Gewinn einem Ressourcenverlust.

Ressourcen sind definiert als Objekte, persönliche Charakteristika, Bedingungen und Energien. Objektressourcen sind physischer Natur, z. B. ein Auto, Kleidung oder eine Unterkunft. Bedingungen sind Ressourcen wie Partnerschaft, ein Arbeitsplatz oder die sexuelle Orientierung. Persönliche Charakteristika sind Ressourcen wie Selbstwirksamkeit und Optimismus oder persönliche Fertigkeiten wie soziale Kompetenzen und Kommunikationsfertigkeiten. Energien sind Zeit, Geld und Wissen. Die Theorie der Ressourcenerhaltung geht weiterhin davon aus, dass Ressourcen untereinander in Beziehung stehen und eine Veränderung in einer oder mehreren Ressourcenkategorien die Verfügbarkeit der anderen Ressourcen beeinflussen kann. Sie sagt unterschiedliche Effekte für positive und negative Ressourcenveränderungen vorher und umfangreiche empirische Evidenz begründet ihre Annahme, nach der Ressourcenverluste mit psychologischem Stress einhergehen, wohingegen Ressourcengewinne als Puffer gegen die Ressourcenverluste wirken können (vgl. Thoits, 1983; Hobfoll, 1998). Abbildung 4 veranschaulicht die Zusammenhänge.

Die Theorie der Ressourcenerhaltung bietet einen Rahmen für die Erklärung von Stress und Bewältigung auf individueller Ebene, ebenso wie für die öffentliche Gesundheitsförderung. Public Health-Maßnahmen können auf die Theorie zurückgreifen, um Verlustspiralen zu erkennen, zu unterbrechen und zukünftigen Verlusten von Individuen, Gruppen und Gemeinden vorzubeugen (Hobfoll & Schumm, 2004). Erhalt und Förderung von Ressourcen durch Patientenschulungen können als Teil der Befähigung zum selbstbestimmten Handeln im Sinne von Empowerment verstanden werden. Empowerment bezeichnet das Ausmaß, mit dem ein Prozess zur Befähigung und Kompetenzstärkung von einzelnen oder Gruppen eingeleitet wird und ist notwendige Bedingung, um eine Initiative als gesundheitsförderlich zu bezeichnen (Rootman et al., 2001).

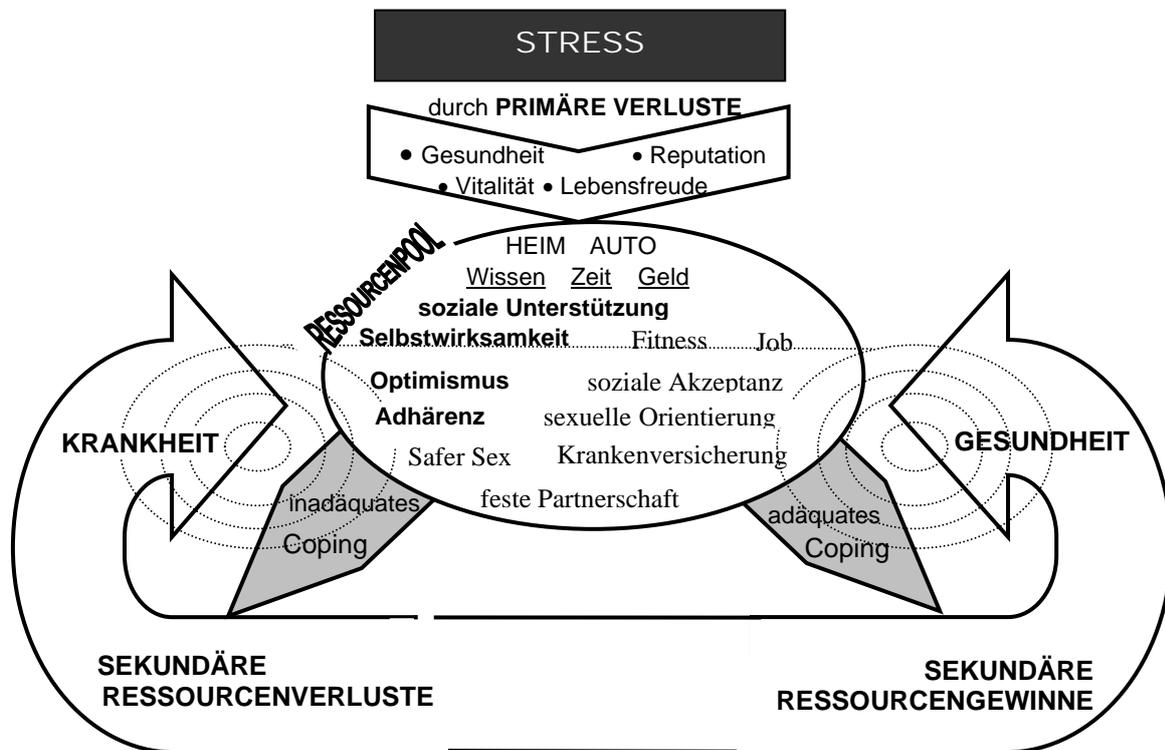


Abbildung 4: Prozess der Ressourcenerhaltung bei HIV-positiven MSM (Buchwald & Perez, 2006). Ressourcenarten: OBJEKTE, Energien, Bedingungen, **Persönlichkeitsvariablen**.

2.1 Schulungskonzept

Die medizinischen Behandlungsmöglichkeiten für HIV-Patienten haben sich in den letzten Jahren deutlich verändert und Ziel der medizinischen Therapie ist es, die Virusvermehrung möglichst lange oder vollständig zu unterbinden, um die Lebenszeit der Erkrankten weiter zu verlängern. Paterson et al. (2000) belegten in einer empirischen Studie einen sehr engen Zusammenhang zwischen einer möglichst exakten Einhaltung der medizinisch-therapeutischen Notwendigkeiten und der virologischen Response. Ganz entscheidend für den medizinischen Therapieerfolg ist also, dass die Betroffenen dauerhaft höchste Therapie-treue bzw. Adhärenz zeigen, insbesondere im Hinblick auf die Einnahmegenauigkeit der Medikamente (Linkens & Neugebauer, 1999). Mangelnde Adhärenz ist u. a. mitverantwortlich für virologisches Versagen und Erhöhung der Morbidität. Um die mit HAART erzielten guten Behandlungserfolge zu unterstützen, muss eine optimale Adhärenz erreicht werden, wozu Patienten neben einem tiefen Wissen über die medizinischen Zusammenhänge und Wirkungsweisen von HAART ein hohes Maß an selbstregulatorischer Kompetenz sowie die notwendigen psycho-sozialen Ressourcen benötigen.

Ziel des strukturierten 4-tägigen Schulungsprogramms ist es daher, HIV-positiven MSM das notwendige medizinische Wissen zu vermitteln sowie die selbstregulatorischen Kompetenzen, personalen und sozialen Ressourcen zu fördern, um das therapietreue Verhalten zu steigern und eine positive Lebensqualität zu sichern. Die ISI-Patientenschulung soll Autonomie und Lebensqualität der HIV-positiven MSM steigern, indem individuelle und flexible Be-

wältigungsstrategien etabliert werden, die z. B. dazu verhelfen dauerhaft einer Erwerbstätigkeit nachzugehen, den Lebensalltag selbstständig zu bestreiten, Sozialkontakte zu knüpfen und Safer Sex zu betreiben. Darüber hinaus zielt die Patientenschulung darauf ab, die Adhärenz von HIV-Patienten entscheidend zu fördern und zu stärken. Die Maßnahmen der ISI-Schulung beinhalten sowohl Ansätze der Primärprävention, als auch der Sekundärprävention und, bei bereits bestehender Symptomatik, der Tertiärprävention. Beispielsweise kann durch die Verbesserung der Adhärenz die Viruslast im Körper des Infizierten gesenkt werden und opportunistische Erkrankungen vermieden werden (Sekundärprävention). Durch Aufbau von Ressourcen, z. B. im Bereich Safer Sex, wird die Übertragungswahrscheinlichkeit des Virus auf andere reduziert (Primärprävention) und eventuell bestehende psychische Begleiterkrankungen können besser erkannt und therapiert werden (Tertiärprävention).

ISI vermittelt durch ein kognitiv-verhaltenstherapeutisches Schulungskonzept insbesondere solche Ressourcen, die speziell auf HIV-spezifische Bewältigungsanforderungen in der Sekundärprävention zugeschnitten sind. Solche spezifischen Bedürfnisse wurden nochmals explizit in einer Vorstudie in Interviews mit 23 HIV-positiven MSM (Buchwald & Perez, 2006, Buchwald et al., 2006) eruiert. Die Interviewpartner berichteten ausführlich, welche Erwartungen sie an eine Patientenschulung hegten bzw. welche Ressourcen ihnen im Verlauf ihrer Erkrankung verloren gegangen waren und welcher sie nun insbesondere bedurften.

2.2 Aufbau der Schulung

Die Abteilung für Weiterbildung und Beratung des Erziehungswissenschaftlichen Instituts der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf (PD Dr. Petra Buchwald, Dr. Rose Steinhoff) hat in Zusammenarbeit mit den Internisten (mit HIV-Schwerpunktpraxen) Dr. Martin Reith und Dr. Robert Baumann das strukturierte interdisziplinäres Schulungsprogramm ISI für HIV-positive MSM entwickelt. Der medizinische Teil des Programms greift auf in England entwickelte und erprobte Konzepte zur Wissensvermittlung von HIV/AIDS zurück (Aidsmap, 2006), das psycho-soziale Modul wurde von Buchwald entwickelt und basiert auf der Theorie der Ressourcenerhaltung (Boskamp-Scholten & Buchwald, 2004; Hobfoll & Buchwald, 2004, vgl. Tabelle 1).

Die Schulung findet in zwei Blöcken mit zweiwöchigem Abstand statt. Aus lerntheoretischen und gruppendynamischen Gründen wurde diese zeitliche Zweiteilung der Patientenschulung gewählt, da den Teilnehmern so die Möglichkeit eröffnet wird, das Gelernte während der schulungsfreien Tage im Alltag zu erproben. Im 2. Teil der Schulung besteht dann die Möglichkeit, zwischenzeitliche Erfahrungen und Probleme zu thematisieren und Lösungsstrategien gemeinsam zu erarbeiten. Die Unterrichtseinheiten zu medizinischen und psycho-sozialen Komponente wechseln sich aus didaktischen Gründen möglichst ab. Sie sind frei kombinierbar und in ihrer Ausführlichkeit an die Gruppe anzupassen. Mit Hilfe von Klein-

gruppenarbeit, Diskussionen und praktischen Übungen wurde eine aktive Partizipation der Teilnehmer erreicht. Das Interesse, die Aufmerksamkeit und Motivation der Teilnehmer wurden durch den Einsatz unterschiedlicher Medien und die Arbeit in wechselnden Kleingruppen gesteigert.

Tabelle 1: Modulare Themen der HIV-Schulung

Medizinische Module	Psycho-soziale Module
Medizinische Grundlagen, z. B. Labor und Dokumentation	Stress und Stressbewältigungsstrategien z. B. Entspannungstraining
HIV und das Immunsystem	Leben mit HIV in der Partnerschaft, z. B. wenn mein Partner HIV negativ ist
Was ist ein Virus?	HIV im Alltag, z. B. am Arbeitsplatz, im Privatleben, etc.)
HIV und Therapie, z. B. das Abwehrsystem, Impfungen und Gesundheitsvorsorge, Therapie und Resistenzentwicklung	Erkrankung und Ängste, z. B. HIV und psychisches Wohlbefinden, psychologische Hilfestellung im schwulen Alltag
Sexuell übertragbare Erkrankungen, Safer Sex	

2.2.1 Medizinische Module

Zur Behandlung der HIV-Infektion stehen derzeit über 20 Medikamente zur Verfügung. In Kombinationen eingesetzt vermögen sie bei vielen Patienten die Virusbildung zu unterdrücken und führen häufig zu einer deutlichen immunologischen Verbesserung. Der Therapieerfolg stellt aber außerordentlich hohe Anforderungen an die Patienten. Legt man z. B. die Anforderungen an die Compliance von Diabetikern, Asthmatikern oder Hypertonikern zu Grunde, kann von einer guten Therapietreue bei 70 – 80 % regelrechter Medikamenteneinnahme gesprochen werden. Übertragen auf die HIV-Therapie würde dies bei nur 30 % der HIV-Patienten zu einer effektiven Virussuppression und einer guten immunologischen Respons führen (Paterson et al., 2000). Eine erfolgreiche HIV-Therapie verlangt 90 % Adhärenz, was leider nur selten realisiert wird (Nieuwerk, 2000). Mangelnde Virussuppression ist aber die Grundlage von Medikamentenresistenzen, die zum einen weitere Therapieoptionen für den Patienten deutlich reduzieren und zum anderen zur Übertragung resistenter Virusstämme führen können. Verminderte Therapieoptionen bedeuten daher für Patienten in der Folge häufig den Einsatz komplexerer, nebenwirkungsreicherer Therapieregime, wodurch die Therapietoleranz weiter reduziert sein kann. Adhärenz in der HIV-Therapie ist daher Voraussetzung für eine gute virologische und immunologische Ansprechrate, denn nur so lässt sich die Autonomie der Patienten langfristig sichern und die Lebensqualität erheblich steigern.

Die aktive Einbeziehung der Patienten in eine Dauerbehandlung, wie sie z. B. bei der Behandlung des Diabetes mellitus erfolgreich praktiziert wird (Mühlhauser, 1994), ist bei der HIV-Behandlung also dringend geboten. Im medizinischen Teil der strukturierten ISI-Schulung werden die Grundlagen zum besseren Verständnis einer HIV-Infektion und der

entsprechenden Therapien erlernt. In weiteren Unterrichtseinheiten werden Gesundheitsvorsorge, Schutz vor sexuell übertragbaren Erkrankungen, Therapiedokumentation und der Gebrauch von Informationsmedien vermittelt.

2.2.2 Pädagogisch-psychologische Module

Im pädagogisch-psychologischen Modul des Schulungsprogramms liegt der Schwerpunkt auf der Analyse und Förderung der von den HIV-positiven MSM benötigten personalen und sozialen Ressourcen mit dem Ziel, die negativen Effekte von Ressourcenverlusten und damit verbundenen Depressionen der Patienten durch gezielte Psychoedukation zu verringern. Bei HIV-Erkrankungen kann dem Ressourcenverlust u. a. durch eine problemorientierte, aktive und soziale Bewältigung entgegengewirkt werden (Chesney et al., 2003; Hüsler & Hemmerlein, 1996). Die Patienten erlernen spezielle Bewältigungsstrategien, um drohenden oder bereits eingetretenen Ressourcenverlusten effektiv begegnen zu können (Hobfoll & Schröder, 2001). Auf der Grundlage eines kognitiv-verhaltenstherapeutischen Therapiekonzepts wird ein Repertoire an Bewältigungsstrategien vermittelt, das auf die spezifischen Anforderungen von HIV-Patienten zugeschnitten ist. Wissen und Strategien über therapeutische Zusammenhänge, die im medizinischen Modul transparent gemacht werden, erhöhen die kognitive Einsicht in die Problematik und damit die Problemlösungsfähigkeit der Patienten sowie deren Bereitschaft zur Mitarbeit (Hobfoll & Schumm, 2004). Die Teilnehmer sollen zunächst die grundsätzlichen emotionalen Wechselwirkungen zwischen Stimmungen, Gedanken und Aktivitäten erkennen. Darüber hinaus soll die Bedeutung von dysfunktionalen, selbstabwertenden Kognitionen („innere Dialoge“) thematisiert werden, um einem möglichen Aktivitätsrückzug vorzubeugen. Vielmehr arbeiten die Schulungsteilnehmer an selbstaufwertenden Kognitionen zur Förderung aktiver Stressbewältigung.

Außerdem sieht die Schulung eine Verbesserung der *sozialen* Bewältigung und der *sozialen* Kompetenzen von HIV-positiven MSM vor. So gilt die Fähigkeit zur sozialen Initiative, Kommunikation und Kooperation als wesentlicher Faktor für eine *gemeinsame* Stressbewältigung (Buchwald, 2004). Insbesondere für HIV-positive MSM führen gesellschaftliche Diskriminierung und Ausgrenzung, die trotz verschiedener Aufklärungskampagnen weiterhin bestehen zu Stigmatisierung und sozialer Isolation (Buchwald & Perez, 2006). Geeignete Kommunikationsstrategien sind notwendig, um in entsprechenden sozialen Situationen angemessen reagieren zu können. Trainierte Kommunikationsfähigkeiten stellen auch für den Aufbau eines sozialen Netzwerks sowie den Erhalt sozialer Unterstützung eine wertvolle Ressource dar. Gleiches gilt für die Arzt-Patienten-Beziehungen, denn geschulte Zuhörer- und Sprecherfähigkeiten sorgen auch hier für eine Verbesserung der Kooperation und gemeinsamen Bewältigung.

Seit 1999 steigt die Zahl der sexuellen Risikokontakte bei MSM wieder leicht an (Bochow, 2003). Dieser Trend lässt sich ebenfalls am eklatanten Zuwachs von Geschlechtskrankheiten festmachen. Besonders bei MSM ist eine deutliche Zunahme an Syphilisinfektionen zu verzeichnen (Erhöhung um 80 % von Anfang 2001 bis Mitte 2002 laut Robert Koch-Institut, 2002). Ko-Infektionen sowie deren notwendige Behandlung können die durch HAART erzielten Therapieerfolge erheblich gefährden. Diese Beeinträchtigungen der medizinischen Therapieerfolge resultieren aus Medikamenteninteraktionen und dem Hepatotoxizitäts-Risiko. Um den selbstverantwortlichen Umgang mit Sexualität und entsprechende Safer Sex-Praktiken der HIV-positiven MSM zu fördern, werden innerhalb eines kognitiv-behavioralen Verhaltenstrainings Risikosituationen angesprochen, die zu ungeschützten Sexualpraktiken führen können. Um ein Safer Sex-Verhalten zu fördern, sind neben den bereits angesprochenen Kompetenzen, insbesondere das Erlernen von Selbstkontrolltechniken sowie kommunikativer Verhandlungsstrategien zur Durchsetzung persönlicher Wünsche erforderlich (Hobfoll & Schumm, 2004; Hobfoll et al., 1999).

2.3 Durchführung der Schulung

Die Schulung findet an jeweils zwei aufeinander folgenden Abenden im zweiwöchigen Abstand in den Räumen der Heinrich Heine-Universität Düsseldorf statt. Jeder der vier Schulungsabende umfasst drei Unterrichtseinheiten à 45 Minuten. Die Teilnehmerzahl ist auf sechs bis acht Personen begrenzt. Die Kosten für die Teilnehmer belaufen sich auf 50,00 Euro. Sie wurden von privaten Krankenkassen bereits übernommen, die Übernahme durch gesetzliche Kassen steht bevor. In finanziellen Notlagen sind die Veranstalter bereit, die Kosten selbst zu tragen. Die medizinischen und psycho-sozialen Module der Schulung stehen als Powerpoint-Version und Informationsmappe für die Teilnehmer zur Verfügung. Die Schulung mit begleitender Evaluation begann im Januar 2005 und wurde bis heute mit insgesamt 22 Teilnehmern in sechs Schulungen von den Initiatoren selbst durchgeführt.

2.3.1 Zielgruppe und Rekrutierung

Die Schulung richtet sich an HIV-positive MSM, unabhängig von der Ausprägung ihrer HIV-Erkrankung oder der Krankheitsdauer. Andere Studien weisen auf die durchaus sinnvolle Trennung der Geschlechter bei HIV/AIDS-bezogenen Schulungen hin, da unterschiedliche Probleme bestehen, die verschiedene Bewältigungsstrategien verlangen (Person, 2002). Die Rekrutierung erfolgt überwiegend durch die an der Studie beteiligten Internisten, die Patienten in ihren Praxen ansprechen. Außerdem sind andere Interessengruppen wie der Ärzte-Qualitätszirkel des Gesundheitsamtes Düsseldorf, weitere HIV-Schwerpunktpraxen, die AIDS-Hilfe Düsseldorf und Wuppertal über die Durchführung der Schulung informiert worden. Sämtliche Informationen sind auch im Internet abrufbar (www.team-isi.de).

3 Evaluation der Schulung

Im Zuge einer Programmevaluation wurde ISI auf seine Wirksamkeit hin überprüft. Die Evaluation bezieht verschiedene Schlüsselkonzepte der Evaluation von Gesundheitsförderung ein, nämlich die Struktur- und Prozessqualität sowie eine Ergebnisevaluation und beruht auf quantitativen und qualitativen Daten (vgl. Russell-Mayhew, 2006 und Abb. 5).

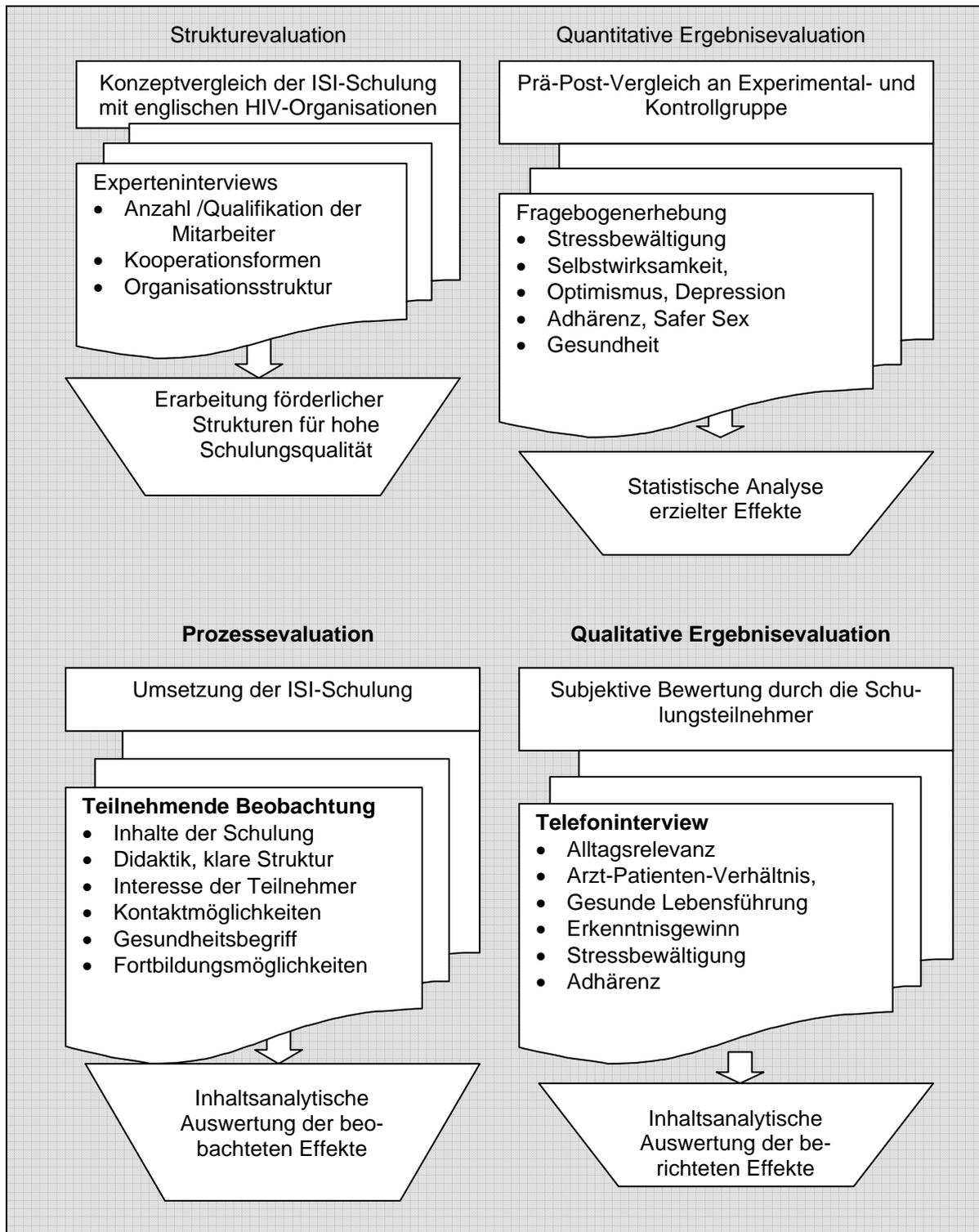


Abbildung 5: Überblick Evaluation

Die Strukturqualität bezieht sich auf die Voraussetzungen, die für die Erbringung einer hohen Leistungsqualität erforderlich sind (z. B. Anzahl und Qualifikation der Mitarbeitenden, Zusammenarbeitsformen, Organisationsstruktur). Zur Evaluation der Struktur wurde in Experteninterviews mit leitenden Angestellten aus Gesundheitseinrichtungen in England das Konzept von ISI ausführlich diskutiert und anhand des Vergleichs mit den dortigen Strukturen überprüft (Fleer, 2006). Die Prozessevaluation konzentriert sich auf die Umsetzung der Maßnahme und den Verlauf der Schulung. Zu beantwortende Fragen waren: Wie wird die Schulung durchgeführt? Welche Maßnahmen der Schulung funktionieren gut? Welche Personen nehmen tatsächlich an der Schulung teil? Wie viele? Treten unerwünschte Wirkungen auf? Die Prozessevaluation soll direkt der Steuerung des Projekts dienen und wichtige Informationen zur Interpretation der Ergebnisse und der Beurteilung der gesamten Schulung ISI liefern. Sie basiert auf teilnehmenden Beobachtungen während der Schulung (Fleer, 2006). Die Ergebnisevaluation fasst die Wirkungen zusammen und bewertet die Ergebnisse der durchgeführten Patientenschulung. Sie überprüft, ob die Ziele erreicht wurden, welche sichtbaren Wirkungen die Schulung hatte und ob sie in dieser Form weitergeführt werden soll. Die Ergebnisevaluation der HIV-Schulung ISI beruht auf quantitativen Datenerhebungen durch Fragebogen und qualitativen Daten, gewonnen in Telefoninterviews mit Schulungsteilnehmern. Mit der Evaluation wird gegenüber den verschiedenen Beteiligten und Betroffenen Rechenschaft abgelegt.

3.1 Strukturevaluation

Zur Evaluation der Struktur wurde mit leitenden Angestellten aus Gesundheitseinrichtungen in Großbritannien Experteninterviews geführt, bei denen das Konzept von ISI ausführlich diskutiert und überprüft werden konnte (Fleer, 2006). Die Durchführung der Interviews sowie die Sammlung von schriftlichen Materialien erfolgten vor Ort und beides wurde qualitativ ausgewertet. Da die ISI-Schulung im medizinischen Teil an das Konzept der englischen Organisation „aidsmap“ (Aidsmap, 2006) angelehnt ist und Großbritannien eine vergleichbar hohe Prävalenzrate von HIV-Infizierten wie Deutschland hat, wurde es als Vergleichsland ausgewählt. Folgende Organisationen bzw. Institutionen flossen in die Auswertung ein: *Positive East*, London; *Oasis North London*, London; *Livingwell*, London; *Terrence Higgins Trust Midlands*, Birmingham; *Social Care and Health HIV Team*, Birmingham; *Healthy Gay Life*, Birmingham; *Abplus*, Birmingham; *Leicester Royal Infirmary Perinatal care Department*, Leicester; *Selly Oak Hospital HIV ambulance*, Birmingham; *Team ISI*, Düsseldorf (vgl. Anhang 6.2).

3.1.1 Experteninterviews

Um die Möglichkeiten und Voraussetzungen zur praktischen Umsetzung der Gesundheitsförderung im Bereich von HIV-Schulungs- bzw. –Betreuungskonzepten zu erforschen und Einflussfaktoren zu bestimmen, wurden Experteninterviews in den englischen Organisationen und mit den Entwicklern der ISI-Schulung in Deutschland durchgeführt. Das Experteninterview gliederte sich in drei Abschnitte: Fragen zu Inhalten der Schulung, zum zugrunde liegenden Verständnis von Gesundheitsförderung und Fragen zum Aufbau der Gesundheitsorganisationen (vgl. Anhang 6.1).

Eine Auswertung der Experteninterviews und des schriftlichen Materials zeigte im Hinblick auf die Erfüllung nationaler gesundheitspolitischer Forderungen, dass nur eine englische Organisation alle Forderungen erfüllt. Das häufigste Ziel auf englischer Seite ist die Verbesserung der sozialen Unterstützung für HIV-Infizierte, meistens gepaart mit der Verbesserung der Gesundheit. Prävention und die Reduktion der Prävalenz von nicht diagnostizierten Neuinfektionen verfolgen fünf der neun englischen Einrichtungen. Vier Organisationen versuchen Konzepte gegen Stigmatisierung umzusetzen. Die Positionierung der meisten englischen HIV-Organisationen ist der von ISI weit überlegen, denn sie sind besser in die lokalen Netzwerke integriert. Sechs der neun englischen Organisationen sind Wohlfahrtsorganisationen, deren Mitglieder keinen Beitrag zahlen müssen. Die drei staatlichen Institutionen (2 Krankenhäuser und das Social Care Team) werden vom National Health System (NHS) entweder vollständig oder zumindest teilfinanziert. Die Mitarbeiterzahlen schwanken zwischen 2 und 25. Die Mehrzahl beschäftigen ca. sechs MitarbeiterInnen, abhängig von der Angebotsvielfalt und der Zahl der betreuten Personen pro Tag, meistens werden ungefähr 10 Betroffene am Tag betreut. Sechs der neun englischen Organisationen sprechen als Zielgruppe alle HIV-positiven Menschen an. Die Hauptzielsetzung dieser Organisationen ist die Unterstützung HIV-Positiver. Die Rekrutierung der Klienten läuft in England bei allen Organisationen über die Vermittlung durch SozialarbeiterInnen im Krankenhaus, aber auch häufig aufgrund von Eigeninitiative bzw. Weiterempfehlung. Bei zeitlich begrenzten Schulungsangeboten wird die nationale Zeitschrift „Positive Nation“ für Werbezwecke genutzt. In England sind bei den Organisationen alle Angebote für HIV-Betroffene kostenfrei.

In Deutschland wurde das Projekt ISI bei verschiedenen Interessengruppen, wie z. B. im Ärzte-Qualitätszirkel des Gesundheitsamtes Düsseldorf, in HIV-Schwerpunktpraxen, bei der AIDS-Hilfe Düsseldorf und Wuppertal sowie bei mehr als 30 verschiedenen privaten und gesetzlichen Krankenkassen vorgestellt. Die Kontaktaufnahme mit diesen Versorgungsstrukturen hat bisher drei Mal zur Vermittlung von HIV-Patienten geführt. Die Rekrutierung der HIV-positiven Männer erfolgt überwiegend durch die Ärzte der involvierten Schwerpunktpraxen, über die homepage www.team-isi.de sowie über Ankündigungen in einschlägigen Zeitungen. Das ISI-Team umfasst drei Mitarbeiter, die hauptberuflich anderen Arbeiten nachgehen. Die Teilnehmer werden durch das ISI Team nur während der Schulungen betreut. Die Universität

Düsseldorf ist für die wissenschaftliche Betreuung der Schulung verantwortlich. Die Finanzierung wird durch Sponsoring der pharmazeutischen Industrie und über ehrenamtliche Tätigkeiten ermöglicht. Die Teilnehmer zahlen wenn möglich eine Schutzgebühr von 50 Euro.

Ein Vergleich der inhaltlichen Konzepte der englischen HIV-Schulungsprogramme mit der ISI-Schulung zeigte, dass übereinstimmend die Förderung auf der Ebene der medizinischen Wissensvermittlung und der psycho-sozialen Ebene stattfindet. Im Vordergrund steht jeweils die Befähigung der Betroffenen zur eigenen Entscheidungsfindung (Empowerment) durch Wissensvermittlung und Stärkung individueller und sozialer Ressourcen.

3.2 Ergebnisevaluation

Quantitative Ergebnisevaluation

Die Wirksamkeit von ISI wurde an der anfallenden Stichprobe im Rahmen einer Längsschnittstudie auf der Basis von Vorher-Nachher-Vergleichen überprüft. Mit psychometrischen Fragebogen wurden die subjektiv erlebte Gesundheit und weitere psychische und soziale Bedingungen in einer Experimental- und einer Kontrollgruppe am Beginn und am Ende der Schulungsmaßnahme gemessen. Bei der Kontrollgruppe handelt es sich ebenfalls um eine anfallende Stichprobe, die Interesse an der Schulung bekundeten und auf einer „Warteliste“ für zukünftige Schulungen stehen. Mögliche Langzeiteffekte wurden durch eine weitere Untersuchung nach 6 Monaten bei der Experimentalgruppe erfasst (Follow-up-Messung). Die Wirksamkeitshypothesen lauteten:

1. Ein Zuwachs an HIV-spezifischem Wissen führt bei den Patienten zu einer verbesserten Adhärenz.
2. Funktionale individuelle und gemeinsame Stressbewältigungsstrategien lassen sich in der Schulung trainieren.
3. Die psychische und physische Befindlichkeit lässt sich durch die Schulung verbessern.
4. Durch das kognitiv-behaviorale Training werden die persönlichen Ressourcen Selbstwirksamkeit und Optimismus gestärkt.
5. Durch das Erlernen von Selbstkontrolltechniken und kommunikativen Verhandlungsstrategien praktizieren die Schulungsteilnehmer häufiger Safer Sex.

Es konnten bisher 30 Evaluationsfragebogen ausgeteilt werden. Die Auswertung beruht auf den Datensätzen von 25 Versuchspersonen, die für drei Messzeitpunkte komplett vorliegen (vorher / nacher, Follow-up nach sechs Monate; s. Untersuchungsdesign Tabelle 2). Problematische ist eine Datenerhebung sechs Monate nach einer Intervention, da sie meist mit einem hohen Verlust an Versuchspersonen einhergeht. Um dieses Problem zu lösen, wurde per Telefonkontakt geklärt, ob die Schulungsteilnehmer den Fragebogen der Follow up-Messung bevorzugt telefonisch, postalisch, persönlich oder per E-Mail beantworten wollten.

Tabelle 2: Untersuchungsdesign

	Vorher-Messung		Nachher-Messung	Follow up-Messung (6 M)
EG	X	Schulung (9 h)	X	X
KG	X		X	

EG = Experimentalgruppe, KG = Kontrollgruppe

Auf Wunsch erfolgte die telefonische Beantwortung direkt oder zum bevorzugten Telefontermin. Bei gewünschter schriftlicher Beantwortung wurde der Fragebogen zugesandt oder persönlich übergeben. Blieb die schriftliche Beantwortung aus, wurde telefonisch noch einmal nachgefragt und dann eventuell ein persönlicher Termin vereinbart. Mit dieser Strategie konnte die Rücklaufquote auf 80 % gesteigert werden.

3.2.1 Messinstrumente der Fragebogenerhebung

Bei der ersten Erhebung durch Fragebogen wurden neben psychometrischen Daten auch persönliche Angaben erfasst (Geschlecht, Familienstand, Anzahl Kinder, Geburtsjahr und Nationalität, sozio-ökonomischen Status; vgl. Anhang 6.3.1). Die Erhebung erfolgte anonym.

Psycho-soziale Befindlichkeit. Zur Erfassung der vorhandenen Stressbewältigungsstrategien wird die deutsche Version der Strategic Approach to Coping Scale eingesetzt (Hobfoll, 1998; Schwarzer, Starke & Buchwald, 2004; vgl. Anhang 6.3.2). Weitere psychometrische Skalen erheben die allgemeine Selbstwirksamkeit (Schwarzer & Jerusalem, 1999; vgl. Anhang 6.3.3) und Optimismus (Scheier & Carver, 1992; vgl. Anhang 6.3.4). Mit dem Beck'schen Depressions-Inventar (Beck & Steer, 1987; Hautzinger, Bailer, Worall & Keller, 1994; vgl. Anhang 6.3.5) wird das Ausmaß der Depression erfragt.

Adhärenz. Mit zehn Fragen wird die Adhärenz der Teilnehmer bei der Medikamenteneinnahme überprüft (Kuhlmann & Liess, 2004, vgl. Anhang 6.3.6). Es wird erfragt wie viele Medikamente eingenommen werden, danach erfolgen Fragen nach Gründen für das Auslassen einer Einnahme und die persönliche Einschätzung der Therapietreue und der zeitlich genauen Einnahme.

Sexualverhalten. Das Sexualverhalten wird im Hinblick auf eine feste Beziehung bzw. wechselnde Partnerschaften sowie der Art von sexuellen Aktivitäten geklärt. Dabei werden Fragen zu Safer-Sex-Praktiken gestellt (vgl. Anhang 6.3.7).

Medizinischer Gesundheitszustand. Die medizinische Befindlichkeit wird aus der subjektiven Perspektive der Patienten erfasst. Erfragt wird das Wissen über den eigenen Krankheitszustand anhand der Anzahl an T-Helferzellen und der Viruslast im Blut des Teilnehmers. Außerdem werden Daten zum gesamten Krankheitszustand des letzten Jahres anhand des Anamnese-Fragebogen der behandelnden Ärzte ermittelt (vgl. Anhang 6.3.8).

3.2.2 Befunde

Die soziodemographischen Merkmale der Stichprobe zum ersten Messzeitpunkt zeigt Tab. 3.

Tabelle 3: Soziodemographischen Merkmale

	N	Al- ter	mit festem Partner	berufs- tätig	Kind	deutsch	Abitur	arbeitslos	HIV-positiv > 5 Jahre
EG	25	39,7	43 %	67 %	0	95 %	45 %	42 %	38 %
KG	24	44,0	47 %	52 %	1	87 %	38 %	67 %	51 %

Veränderung der psycho-sozialen Befindlichkeit

Im Prä-Post-Vergleich ergaben sich für die psychosoziale Befindlichkeiten (seelisches Wohlbefinden) einige signifikante Veränderungen im Sinne einer Verbesserung. Die statistischen Prüfverfahren waren t-test bzw. Wilcoxon-Tests für verbundene Stichproben, abgesichert jeweils mit einer exakten Signifikanz (1-seitig) von $p < 0.05^*$ oder $p < 0.01^{**}$. Die folgende Abbildung 6 zeigt das Ausmaß der Veränderungen der psycho-sozialen Befindlichkeit am Anfang und am Ende der Schulungsmaßnahme in der Experimentalgruppe (z-Werte).

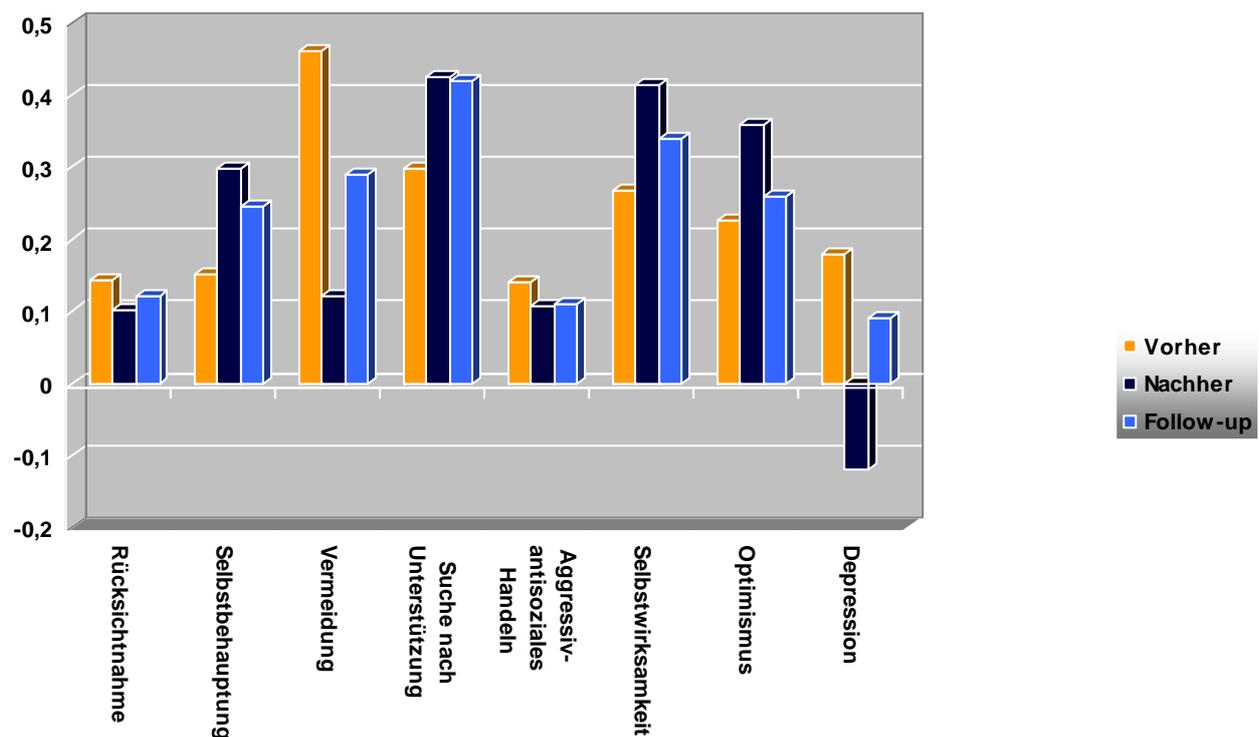


Abb. 6: Vorher-Nachher-Vergleich und Follow up-Messung der psycho-sozialen Befindlichkeit in der Schulungsgruppe

Das adaptive Stressbewältigungsverhalten der Schulungsteilnehmer ließ sich in Bezug auf ein assertives, selbstbehauptendes Verhalten und die Suche nach sozialer Unterstützung deutlich steigern, Vermeidungsverhalten im dysfunktionalen Sinne einer Verdrängung von Problemen ließ dagegen deutlich nach. Das rücksichtsvolle Verhalten anderen gegenüber sowie aggressiv-antisoziale Reaktionen auf Stress ließen sich durch die Schulung nicht ver-

ändern. Die Schulungsteilnehmer zeigten nach dem Besuch eine deutliche Stärkung ihrer persönlichen Ressourcen Selbstwirksamkeit und Optimismus bei gleichzeitigem Rückgang der Depressionswerte. Besonders nachhaltig scheinen diese Effekte im Hinblick auf das Mobilisieren von sozialer Unterstützung zu sein. In allen anderen Bereichen lassen die Effekte nach einem halben Jahr mehr oder weniger deutlich nach.

Veränderung der Adhärenz

Die Therapietreue gemessen an dem Gesamtscore der Fragen 3 bis 10 zeigte nach 2 Wochen eine signifikante Verbesserung in beiden Gruppen (Abb. 7). Die Scoreverbesserung war in der Schulungsgruppe jedoch ausgeprägter ($p < .000$) als in der Vergleichsgruppe ohne Schulung ($p < .002$). Bemerkenswert ist die Tatsache, dass das Schulungsprogramm bereits nach 14 Tagen zu signifikant verbesserten Werten beizutragen scheint. Bei der Auswertung der Einzelfragen konnten ebenfalls interessante Ergebnisse ermittelt werden. Bei Frage 5: „Wenn Sie sich manchmal schlechter fühlen, lassen Sie Ihre Medikamente dann mal weg?“ konnte in beiden Gruppen bei einer großen Patientenzahl eine Verneinung dessen beobachtet werden, die Unterschiede zwischen den Gruppen erwiesen sich im statistischen Vergleich als nicht signifikant. Bei der Frage 8: „Wie oft haben Sie in den letzten 4 Wochen vergessen eine Dosis zu nehmen?“ verringerte sich die Zahl der Patienten mit Vergesslichkeit (Antwort „keine ausgelassen; $n = 19$) in der Schulungsgruppe nach 14 Tagen statistisch nachweisbar deutlicher als in der Vergleichsgruppe ($n = 6$; $p < .01$).

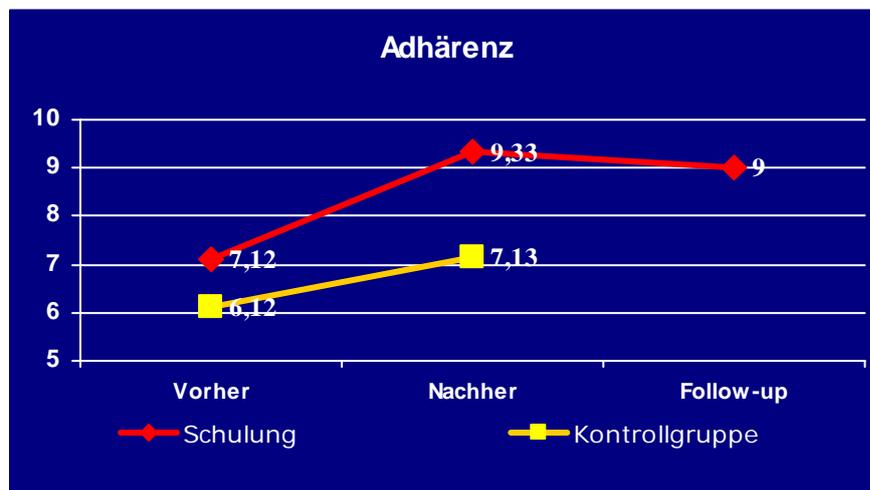


Abb. 7: Effekte der Schulung auf die Adhärenz in Schulungs- und Kontrollgruppe

Veränderung des Safer Sex-Verhaltens

Während der Schulung konnte bei den Teilnehmern eine signifikante Verbesserung des Safer-Sex Verhaltens erzielt werden (Abb. 8). Bei Betrachtung der Daten fällt auf, dass die durchschnittliche Anzahl geschützter Kontakte beim Geschlechtsverkehr mit einem unbe-

kannten Partner (bezogen auf die letzten zwei Wochen) in der Schulungsgruppe häufiger waren als in der Vergleichsgruppe und während der sechs Monaten noch weiter zunahmen.



Abb. 8: Effekte der Schulung auf das Safer Sex-Verhalten in Schulungs- und Kontrollgruppe

Veränderung der Einschätzung der subjektiven Gesundheit

Die subjektive Einschätzung der eigenen Gesundheit als eine allgemeine Ergebnisvariable wurde auf einer 10-stufigen Rating-Skala ermittelt. Es zeigten sich nur tendenzielle Unterschiede zwischen den Schulungsteilnehmern und der Kontrollgruppe (Abb. 9). Insgesamt wurde die Gesundheit in beiden Gruppen als mittelmäßig bewertet, eine Messwiederholungsanalyse über zwei Zeitpunkte hinweg zeigte für die Kontrollgruppe einen signifikanten Anstieg der Lebenszufriedenheit ($F(1,29) = 41,80; p < .001$) im Vorher-Nacher-Vergleich. Analysen zur Veränderung des objektiven Gesundheitszustandes stehen noch aus.

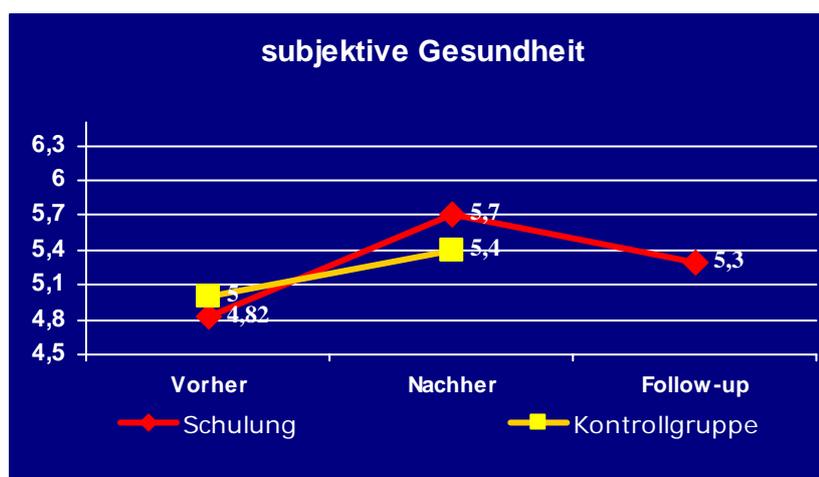


Abb. 9: Effekte der Schulung auf die subjektive Gesundheit in Schulungs- und Kontrollgruppe

Qualitative Ergebnisevaluation

Die Effekte der Schulung wurden zudem anhand von qualitativen Daten evaluiert, erhoben in Telefoninterviews sechs Monate nach der Schulung. Die Gespräche wurden aufgezeichnet, transkribiert und inhaltsanalytisch ausgewertet (Fleer, 2006). Im Zentrum stand die Frage, welche bleibenden Eindrücke die Schulung bei den Teilnehmern hinterlassen hatte. Es wurde außerdem geklärt, inwieweit die Schulung Relevanz für das Alltagsleben zeigte, insbesondere in Bezug auf eine gesündere Lebensführung, eine verbesserte Kommunikation zwischen Arzt und Patient und den Umgang mit Stress, auch bedingt durch die Medikamenteneinnahme. Durch die Frage, ob die Schulung an Freunde weiter empfohlen wurde bzw. ob Familienangehörigen oder Freunden davon erzählt wurde, konnte ermittelt werden, inwiefern die Schulung als gewinnbringend empfunden wurde. Schließlich wurde geklärt, ob der Umfang der wissenschaftlichen Begleitung (Fragebögen, Telefoninterview) zumutbar war.

3.2.3 Telefoninterview

Neun Teilnehmern der ISI-Schulung erklärten sich zu Telefoninterviews bereit (Fleer, 2006), deren Auswertung folgende Ergebnisse erbrachte:

Die Schulung hat Auswirkungen auf den Alltag der Teilnehmer. Die Schulung zeigte nur bedingt Auswirkungen auf den Alltag der Teilnehmer. Ein Teilnehmer fühlte sich durch die Schulung in seinem Motto bestätigt „sich nicht unterkriegen lassen“, ein anderer meinte, ein „bisschen“ Auswirkungen zu verspüren, ohne dies genauer zu spezifizieren. Ein weiterer Teilnehmer hatte sich auch aufgrund der Schulung zu einer psychologischen Behandlung entschlossen. Sechs Interviewpartner sahen keinen Bezug zu ihrem Alltag.

Die Schulung stärkt die Selbstbestimmtheit der Patienten in Bezug auf das Arzt-Patienten Verhältnis. Die Schulung zeigt bei über der Hälfte der Teilnehmer einen Einfluss auf die Selbstbestimmung. Fünf Teilnehmer gaben an, sich durch die Schulung in ihrer medizinischen Kompetenz gegenüber dem Arzt gestärkt zu fühlen. Die Verbesserung des Verständnisses führte zu Diskussionen, die vorher nicht möglich waren, weil Inhalte nicht verstanden worden waren. Für einen Teilnehmer bestand aufgrund beruflicher Vorbildung keine Notwendigkeit der Weiterbildung. Drei Teilnehmer bewerteten den medizinischen Teil der Schulung als sehr interessant, aber überlassen weiterhin die Bewertung von z. B. Blutwerten ihrem Arzt, da kein Interesse für medizinische Belange besteht.

Die Schulung gibt Anreiz, ein gesünderes Leben zu führen. Die Schulung förderte bei den Teilnehmern geringfügig die Motivation ein „gesünderes Leben“ zu führen. Drei Teilnehmer gaben an, auch schon vor der Schulung viel für ihre Gesundheit getan zu haben, so dass die Schulung keinen zusätzlichen Anreiz mehr bot. Ein Teilnehmer fühlte sich motiviert, ein weiterer dachte daran, hatte aber aus Zeitgründen noch keine Konsequenzen gezogen. Für einen dritten Teilnehmer bestand der Anreiz vor allem darin, bewusster zu leben. Ein vierter

Teilnehmer sah darin seinen Schwachpunkt, zeigte aber auch durch die Schulung keine Verhaltensänderung.

Während der Schulung wurden neue Erkenntnisse gewonnen, die auch für andere interessant sind. Der Erkenntnisgewinn wird auch für andere Betroffene als sehr interessant angesehen. Alle neun Teilnehmer hatten zumindest mit einer nahe stehenden Person über die Schulung gesprochen. Ein Teilnehmer hatte versucht Freunde zur Teilnahme zu motivieren, ein weiterer informierte sein lokales AIDS-Hilfe-Büro über das Projekt.

Die Schulung führt zum besseren Umgang mit Stress. Die Schulung zeigte einen moderaten Einfluss auf den Umgang mit Stress. Bei vier Teilnehmern hatten sich die persönlichen Probleme mit stressreichen Situationen durch die Schulung verbessert. Drei Teilnehmer hatten Denkanstöße bekommen und zwei Teilnehmer bekundeten, auch vor der Schulung schon gut mit Stress umgegangen zu sein.

Die Schulung kann die Adhärenz stärken. Die Schulung zeigt bei den interviewten Teilnehmern nur einen geringen Einfluss auf die Adhärenz. Vier Teilnehmer hatten auch vor der Schulung keine Probleme mit der Einnahme ihrer Medikamente, ein Teilnehmer war dankbar, noch einmal die Konsequenzen einer nicht regelmäßigen Einnahme erklärt bekommen zu haben, da er gerne mal etwas „schludert“. Drei Teilnehmer nahmen derzeit noch keine Tabletten ein.

Die Schulung wird als gewinnbringend empfunden. Die Schulung wurde von allen interviewten Teilnehmern als Bereicherung empfunden. Zur Untermauerung einige wörtliche Aussagen der neun Teilnehmer: „..war einfach gut zu hören von anderen, wie die damit umgehen...“; „...denke vor allem an diese Unterhaltung mit den Leuten, die schon länger von HIV betroffen sind, die damit gelebt haben oder damit leben, im Moment. War also schon mal sehr interessant so zu sehen, wie es also diesen Leuten dann auch so geht...“; „...umfassende Zusammenfassung von medizinischen und sozialen Dingen..“; „...der psychologische Teil hat mir sehr gut gefallen...“; „...war gar nicht schlecht, an so einer Schulung teilzunehmen...“; „.....Schulung war super, war klasse.....“; „...fand alles sehr positiv...“; „.....war eine sehr interessante Veranstaltung...“; „.....diese ganzen medizinischen Aspekte, weil ich da vielmehr Wissen bekommen habe....“.

Die wissenschaftliche Begleitung der Schulung ist für Teilnehmer zumutbar. Die wissenschaftliche Begleitung wurde als noch zumutbar empfunden. Vier Teilnehmer bezeichneten die Fragebögen von der Länge und inhaltlich als „ok“, zwei Teilnehmer fanden sie sehr gut bzw. interessant und für zwei Teilnehmer waren sie etwas zu lang, ein Teilnehmer empfand es als handhabbares „notwendiges Übel“.

Darüber hinaus stellte sich heraus, dass vier der neun Teilnehmer besonders die Atmosphäre und den Informations- bzw. Erfahrungsaustausch untereinander schätzten. Drei Teilneh-

mer hätten den psychologischen Teil gerne noch vertieft, auch in Bezug darauf, wie man die Tatsache der eigenen Erkrankung anderen anvertrauen kann. Ein weiterer Teilnehmer thematisierte während der Schulung erstmals seine Ängste, jemanden zu infizieren. Seit seiner Diagnose konnte er keine sexuellen Beziehungen mehr eingehen. Die medizinische Wissensvermittlung war für über die Hälfte der Teilnehmer sehr hilfreich und stärkte das Arzt-Patienten Verhältnis und damit ihre Selbstwirksamkeit. Alle befragten Teilnehmer empfanden die Schulung als gewinnbringend, obwohl sie keine direkten Auswirkungen auf das Lebensumfeld zu empfinden schienen, konstatierten sie einen wesentlichen Erkenntnisgewinn.

3.3 Prozessevaluation

Umsetzung und Verlauf der Schulung wurde durch eine teilnehmende Beobachtung evaluiert. Die konkreten Auswertungskriterien finden sich im Anhang (vgl. 6.5).

3.3.1 Teilnehmende Beobachtung

Während einer teilnehmenden Beobachtung wurde darauf geachtet, welche Inhalte die Schulung vermittelt und in welcher didaktischen Form diese aufbereitet wurden. Zudem wurde bewertet, inwieweit die Teilnehmer in den Verlauf integriert waren und ob sie interessiert wirkten. Es wurde der Frage nachgegangen, ob die Teilnehmer ihre Alltagserfahrungen einbringen konnten und neuer soziale Kontakte knüpfen konnten. Im Sinne der Nachhaltigkeit bzw. der integrierten Versorgung wurde der Aspekt der Angebote zur Weiter- bzw. Fortbildung beleuchtet. Schließlich wurde beurteilt, ob der Begriff „Gesundheit“ im Sinne der WHO-Definition diskutiert wurde und damit bei den Teilnehmern eventuell ein neues Bewusstsein für ihre Gesundheit geschaffen werden konnte. Die Auswertung der teilnehmenden Beobachtung erfolgt in beschreibender und tabellarischer Form durch Fleer (2006, vgl. Tab. 4).

An den ersten beiden Schulungsabenden mit teilnehmender Beobachtung, nahmen vier Männer teil, von denen am dritten und vierten Abend einer fehlte. Am ersten, zweiten und vierten Abend wurde medizinisches Wissen vermittelt mit den im Schulungskonzept angekündigten Schwerpunkten (vgl. Tab. 1). Der dritte Abend wurde in Form eines Gesprächs gestaltet mit Focus auf Stressbewältigungsstrategien, sowohl in Alltagssituationen als auch im Umgang mit der Krankheit selbst. Die Teilnehmer stellten u. a. ihre persönlichen Formen der Bewältigung und Entspannungstechniken vor. Es bestand während der gesamten Schulung reges Interesse der Teilnehmer, das sich auch durch Nachfragen und weiterführende Fragen äußerte. Dem gegenseitigen Austausch und dem Einbringen von Alltagserfahrungen wurde besonders an diesem Abend viel Raum gegeben. Durch die zeitliche Begrenzung auf vier Abende, war ein Aufbau neuer Sozialkontakte unter den Teilnehmern nur begrenzt möglich. Hinweise auf Fort- und Weiterbildungen oder zur ISI-Schulung wurden nicht gegeben,

ein Handout wurde verteilt. Der Begriff der „Gesundheit“ wurde nicht thematisiert und konnte sich daher nicht im Verständnis der Teilnehmer ändern.

Tabelle 4: Zusammenfassende Auswertung der teilnehmenden Beobachtung

Kriterien	1. und 2. Schulungsabend	3. Schulungsabend	4. Schulungsabend
Inhalt	<ul style="list-style-type: none"> • Überblick über die Geschichte von HIV • HIV und Infektionsverlauf (Immunabwehr, HI-Virus und Übertragung, Medikamente und Angriffspunkte, Therapiebeginn, 	<ul style="list-style-type: none"> • Umgang mit Stress am Beispiel des Erfahrens der eigenen Diagnose • Ideen zur Prävention • Stressbewältigung 	<ul style="list-style-type: none"> • antiretrovirale Therapie (Adhärenz, t_{1/2} Medikamente, Resistenzen) • Opportunistische Infektionen und deren Vorbeugung und Behandlung (Hepatitis B + C, Syphilis)
Präsentation	Powerpoint Präsentation, Clipboard, Pinwand	Gespräch/Dialog, Handout	Powerpoint Präsentation, Clipboard, Pinwand
Involvierung /Interesse der Teilnehmer	Gute Involvierung und reges Interesse		
Strukturierung/ Pausen	Klare Strukturierung, 10 min. Pause		
Einbeziehung von Alltagserfahrung der Teilnehmer	<ul style="list-style-type: none"> • Auswirkung der Therapie im Sozialleben 	<ul style="list-style-type: none"> • Diskriminierung (Medikamenteneinnahme, Berührungsängste von HIV-Negativen) • Stressbewältigungsstrategien am Beispiel der Teilnehmer (autogenes Training, Yoga, kognitive Strategien) 	Adhärenzprobleme
Begriff „Gesundheit“	Der Begriff Gesundheit wird nicht definiert, kann daher nicht verändert werden		
Aufbau von Kontakten/ Austausch	Aufbau von Kontakten aufgrund von Zeitmangel nicht gut möglich, Austausch während der Schulung möglich		
Fort- bzw. Weiterbildungsangebote	Keine Angebote zur Fort- oder Weiterbildung		

4 Diskussion

Das ISI-Schulungsprogramm für HIV positive MSM wurde hinsichtlich der theoretischen Fundierung sowie Zielgruppe, Interventionsebene und Inhalten nach den aus der Literatur entnommenen Befunden und Empfehlungen gestaltet. Die Evaluation von ISI überprüfte die strukturellen Voraussetzungen, die adäquate Umsetzung der Schulung und ihre Wirkung anhand ausgewählter psychometrischer Variablen.

Strukturevaluation

Im Hinblick auf die inhaltliche Struktur der HIV-Schulung zeigte ein Vergleich mit englischen Schulungsprogrammen weitestgehende Überschneidungen und bestätigt das Konzept von

ISI. Ferner werden die strukturellen Voraussetzungen für eine Schulung von HIV-positiven Patienten in Deutschland betrachtet und beziehen sich auf das zugrunde liegende Verständnis von Gesundheitsförderung und auf den Aufbau des Gesundheitssystems. Der europäische Vergleich der englischen HIV-Schulungen mit ISI zeigt, dass eine isolierte Schulungsmaßnahme wie ISI nicht mit den englischen, in die nationale Gesundheitspolitik integrierten HIV-Interventionsprogrammen Schritt halten kann. Eine Einbindung in Netzwerkstrukturen bietet Vorteile sowohl für die Rekrutierung von Teilnehmern als auch für die Nachhaltigkeit von Programmen. In England gelingt diese Verzahnung u. a. durch staatliche Instanzen wie das HIV Social Care Team, die sich als Koordinator lokaler HIV-Organisationen begreifen und bei monatlichen Treffen deren Austausch und Aufgabenverteilung regeln. Auch für die Umsetzung nationaler Gesundheitsförderungsstrategien kann eine solche Instanz als erster Ansprechpartner dienen. In Deutschland könnten Gesundheitsämter eine ähnliche Funktion einnehmen.

Eine Schlussfolgerung aus den Ergebnissen der Strukturevaluation muss demnach sein, dass aus gesundheitsförderlicher Perspektive eine Schulung nur ein Teilaspekt in der Unterstützung von HIV-Positiven sein kann. Es bedarf vielmehr des Zusammenspiels verschiedener Handlungsebenen der Gesundheitsförderung, um die psychologischen Auswirkungen der Infektion auffangen zu können. Die Ottawa-Charta bietet hierfür eine geeignete, international anerkannte Grundlage, die die verschiedenen Handlungsfelder aufnimmt und Strategien zur Umsetzung anbietet, die dem individuellen Kontext angepasst werden können. Dennoch ist es möglich, eine Schulung isoliert als gesundheitsförderliche Maßnahme zu gestalten, die nicht alle möglichen Handlungsebenen abdeckt und vorläufig einen ersten Schritt in Richtung Empowerment der Klienten darstellt. Es erscheint umso wichtiger, eine HIV-Schulung wie ISI in Deutschland zu unterstützen und deren Nachhaltigkeit nicht zu gefährden, sondern eine Einbettung in vorhandene Versorgungsstrukturen zu bewirken. Die Integration geschulter Betroffener bei der Durchführung und Leitung der Schulungen ist ein zukünftiges Ziel von ISI und könnte ein Weg sein, HIV-Schulungen als festen Bestandteil der Unterstützung HIV-Positiver stärker zu etablieren.

Eng verknüpft mit dem Gesundheitssystem ist der Einflussfaktor der finanziellen Mittel. Alle englischen Organisationen sind staatlich finanziert und für die HIV-Infizierten entstehen keine Kosten. In Deutschland könnte es Aufgabe der Krankenkassen sein, Patientenschulungen zu finanzieren, wie dies auch bei anderen chronischen Erkrankungen (z. B. Diabetes, Herz-Kreislauf) der Fall ist. Auf Nachfrage bei einer gesetzlichen Krankenkasse in Deutschland wurde erklärt, dass keine HIV-Schulungen angeboten würden, aber bei Verordnung durch einen Arzt ein Teil der Schulungskosten eventuell übernommen werden könne. Eine private Krankenkasse erklärte sich bereit, die Kosten für die ISI-Schulung zu übernehmen und kam dem bereits in zwei Fällen nach. In einem korporatistischen System wie Deutschland besteht grundsätzlich wenig Anreiz für Krankenkassen, für die Klientel der HIV-Infizierten attraktive

Serviceleistungen anzubieten, da diese Klientel in erster Linie enorme Kosten verursacht. Bei der ISI-Schulung wurde das Problem der Finanzierung durch Sponsoring der Initiatoren und der Pharmaindustrie umgangen, was in diesem Fall die Inhalte der Schulung nicht beeinflusst hat, aber immer ein gewisses Abhängigkeitspotential birgt. Leider ist in Deutschland kaum mit einer breiten finanziellen Unterstützung von HIV-Betreuungskonzepten durch die Krankenkassen zu rechnen, als Finanzierung bieten sich hier Spendengelder, Sponsoring oder staatlich finanzierte Projekte an.

Die Rekrutierung der Patienten erfolgte in der ISI-Schulung vornehmlich über die Ärzte, die die Schulung leiten. Wünschenswert wäre ein "Überweisungssystem" wie z. B. in England durch SozialarbeiterInnen, die in HIV-Ambulanzen arbeiten. In Deutschland bieten sich auch die lokalen Strukturen der AIDS-Hilfen an, mit denen ISI bisher im lockeren Verbund kooperiert. Eine intensivere Zusammenarbeit ist ein weiteres Ziel für die Zukunft.

Ergebnisevaluation

Die quantitative Ergebnisevaluation zeigte durchweg positive Einflüsse des Trainings auf die Gesundheitsdeterminanten Stressbewältigung, Selbstwirksamkeit, Optimismus und Depression. Die statistische Auswertung ergab signifikante Unterschiede in der psychischen Befindlichkeit der Teilnehmer vor und nach der Schulung im Vergleich mit einer Kontrollgruppe, die nicht an der Schulung teilnahm. Menschen, die sich mit HIV infiziert haben, stehen vielfältigen Anforderungen gegenüber und benötigen Strategien der Stressbewältigung. Vor allem aktive, selbstbehauptende Strategien im Sinne einer problemlösungsorientierten Bewältigung konnten erlernt werden. Gleichzeitig nahm die zumeist dysfunktionale Anwendung von Vermeidungsstrategien im Sinne einer Verdrängung von Problemen kurzfristig ab. Die Suche nach sozialer Unterstützung als eine soziale Bewältigungsstrategie ließ sich durch die Schulung signifikant steigern. Die Teilnehmer erwarben offensichtlich realisierbare Strategien, die es ihnen ermöglichte dauerhaft, d. h. auch noch sechs Monate später, Hilfe und sozialen Rückhalt innerhalb ihres sozialen Netzes zu mobilisieren.

Die Teilnehmer zeigten weiterhin eine gestärkte Selbstwirksamkeit und eine optimistische Haltung. Die Selbstwirksamkeitserwartung ist eine besonders bedeutsame Eigenschaft, die Ziele und Handlungen bestimmt und deren Stärkung sehr günstige Auswirkungen auf alle Bereiche des Lebens und Befindens hat. Zahlreiche Untersuchungen zeigen, dass selbstwirksame HIV-positive Menschen Stress besser bewältigen, sich von Krankheiten schneller erholen und eher Beziehungen zu anderen Menschen aufbauen können (vgl. Buchwald & Perez, 2006; Luszczynska et al., 2006). Eine optimistische Lebenseinstellung einzunehmen ist in Situationen, in denen Kontrolle zum Teil unmöglich ist, wie bei einer HIV-Infektion, mit einer höheren Lebenszufriedenheit und weniger Depression verbunden. Nach der ISI-Schulung zeigten sich die Teilnehmer tatsächlich als weniger depressiv. Eine Depression kann bei HIV-Patienten zugleich die antiretrovirale Therapie erheblich erschweren, da die

Adhärenz abnimmt (Angelino, 2001). Erwartungsgemäß erwies sich die HIV-Schulung auch als eine förderliche Maßnahme zur Verbesserung der Adhärenz und des Safer Sex-Verhaltens. Gründe können neben einer optimistischeren Lebenseinstellung auch die Einsicht in die medizinischen Zusammenhänge sein. Hinsichtlich des Safer Sex-Verhaltens stellte sich ebenfalls eine positive Verhaltensänderung gegenüber unbekanntem Sexualpartnern ein. Hierbei ist besonders hervorzuheben, dass diese Effekte sich als relativ nachhaltig erwiesen. Schließlich wurde die subjektive Einschätzung der Gesundheit als allgemeine Outcome-Variable erhoben. Hier ließen sich zwischen Schulungsteilnehmern und Kontrollgruppe keine signifikanten Unterschiede erkennen. Allerdings konnte in der Schulungsgruppe die Wahrnehmung der eigenen Gesundheit gesteigert werden. Viele der genannten Trainingseffekte sind durchaus bemerkenswert und bestätigen die kurzfristigen, aber nicht durchgängig langfristigen Effekte.

Die qualitative Ergebnisevaluation als sinnvolle Ergänzung zur quantitativen bestätigt, dass die Schulung in unterschiedlichen Bereichen differenzierten Einfluss auf die Betroffenen nahm. Alle interviewten Teilnehmer empfanden die Schulung als gewinnbringend, die Mehrheit fühlte sich außerdem in ihrer medizinischen Kompetenz gegenüber dem Arzt gestärkt, einige fühlten sich unterstützt in Hinblick auf eine positive Lebenseinstellung, u. a. auch durch die Erfahrungsberichte von anwesenden anderen HIV-positiven Teilnehmern. Die Schulung gab den Teilnehmern Anstoß zu einer bewussteren Lebensweise, in einem Fall sogar zur Aufnahme einer Psychotherapie. Insgesamt fühlte sich die Mehrzahl der HIV-positiven MSM im Umgang mit Stress besser gewappnet. Im Unterschied zur qualitativen Ergebnisevaluation zeigten sich hier kaum nennenswerte Effekte bei der Adhärenz. Allerdings wurden nur vier von neuen Interviewpartnern mit HAART therapiert und diese bezeichneten sich bereits als sehr therapietreu.

Darüber hinaus zeigte die qualitative Evaluation, dass die Schulung für viele zu einem besseren Arzt-Patienten-Verhältnis beitrug. Der Erfahrungsaustausch untereinander wurde als sehr gewinnbringend empfunden. Für einige war die Schwerpunktsetzung bei den Themen die richtige Mischung, für andere aber auch nicht. Diesen Bedürfnissen kann durch das Angebot der verschiedenen Schwerpunktsetzung in den Schulungen begegnet werden (vergleiche Modulcharakter). Sinnvoll wäre auch der Hinweis auf weitere Veranstaltungen, Angebote oder Informationsmaterial.

Prozessevaluation

Ziel der Prozessevaluation war die Bewertung der Umsetzung des Angebots sowie Adaptation. Eine teilnehmende Beobachtung ergab, dass die Inhalte der Schulung didaktisch ansprechend vermittelt wurden und die Teilnehmer auf verschiedene Weise in den Ablauf integriert werden konnten. Die Inhalte waren so gewählt, dass sie auf großes Interesse bei den Teilnehmern stießen und auch die Alltagserfahrungen der Betroffenen aufgriffen. Als nachtei-

lig erwies sich die eher geringe Möglichkeit, während der Schulung neue soziale Kontakte zu knüpfen. Hinweise auf Fort- oder Weiterbildungen wurden bislang nicht gegeben.

Fazit

Die für HIV-positive Patienten konzipierte interdisziplinäre strukturierte Schulungsmaßnahme richtet sich vorerst an die Gruppe homo- bzw. bisexueller Männer. In Deutschland erscheint ein vorrangiges Angebot für diese Zielgruppe angebracht, betrachtet man die Inzidenz.

Das Training zeigte durchweg positive Effekte auf entscheidende Gesundheitsdeterminanten, allerdings nicht immer mit der erwünschten Nachhaltigkeit. Ein Aufbautraining nach ca. drei bis vier Monaten könnte dazu beitragen, die im Grundtraining erworbenen medizinischen und psycho-sozialen Kenntnisse, Fähigkeiten und Einstellungen weiter zu verfestigen bzw. zu reflektieren. Außerdem ist die Förderung von gemeinschaftlicher und individueller Kompetenz im Bereich HIV eng miteinander verbunden. Den psychischen Auswirkungen von HIV-Infektionen können Schulungen zusätzlich begegnen, indem z. B. der Angst vor dem Verlust der sozialen Unterstützung aktiv entgegengewirkt, indem dort der Weg zur Kontaktaufnahme und Etablierung von Selbsthilfegruppen unterstützt wird. Dem soll in der ISI-Schulung demnächst mehr Raum gegeben werden, da gerade die Mobilisierung von sozialer Unterstützung nachhaltig erhöht werden konnte und z. B. durch Initiierung einer Selbsthilfegruppe weitere gemeinsame Bewältigungseffekte erreicht werden könnten.

Der europäische Vergleich von HIV-Schulungen zeigt, dass ISI als isolierte Schulungsmaßnahme nur primäre Bedarfe erfüllen kann. Langfristig ist eine Einbindung von HIV-Schulungen in gesundheitsfördernde, institutionelle Netzwerkstrukturen sinnvoll. Dies bietet Vorteile sowohl für die Rekrutierung von Teilnehmern als auch für die Finanzierung und Nachhaltigkeit eines Schulungsprogramms. Ein Weg böten hier Disease-Management Programme für HIV-positive, die als unterstützende und koordinierende Maßnahme etabliert werden könnten.

5 Literaturverzeichnis

- Adam, B. D., Husbands, W., Murray, J., & Maxwell, J. (2005). AIDS optimism, condom fatigue, or self-esteem? Explaining unsafe sex among gay and bisexual men. *Journal of Sex Research*.
- Angelino, A. F. & Treisman, G. J. (2001). Management of psychiatric disorders in patients infected with HIV. *Clinical Infectious Disease*, 33, 847-56.
- Aspinwall, L. G. & Taylor, S. E. (1992). Modeling cognitive adaption: A longitudinal investigation of the impact of individual differences and coping on college adjustment and performance, *Journal of Personality and Social Psychology*, 63 (6), 989-1003.
- Bader, B. (1998). Der Virus ist zuerst im Kopf. *MultiMind-NLP-aktuell*, 7(5), 27-29
- Beck, A. T. & Steer, R. A. (1987). *Beck Depression Inventory (BDI)*. San Antonio: The Psychological Corporation Inc.
- Becker, S. & Clement, U. (1990). AIDS-Phobie. In A. Stille, B. Helm & C. Nolde (Hrsg.), *AIDS. Das Spektrum des Krankheitsbildes in Kasuistiken* (S. 180-181). Stuttgart: Schöner, Schwer,

- Bica, I., Tang, A. M., Skinner, S., Spiegelman, D., Knox, T., Gorbach, S. & Wilson (2003). Use of complementary and alternative therapies with patients with human immunodeficiency virus disease in the era of highly active antiretroviral therapy. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 9(1), 65-76.
- Boskamp-Scholten, A. & Buchwald, P. (2004). Coping With HIV+ and Anti-Retroviral Therapy. *Psychology & Health*, 19 (Suppl.), 25.
- Buchwald, P. (2004). Verschiedene Modelle gemeinsamer Stressbewältigung. In P. Buchwald, C. Schwarzer & S. E. Hobfoll (Hrsg.), *Stress gemeinsam bewältigen – Ressourcenmanagement und multi-axiales Coping* (S. 27-42). Göttingen: Hogrefe.
- Buchwald, P. & Perez, S. (2006). Coping, Personality and Sexual Behavior of HIV-positive Men who have Sex with Men. In P. Buchwald (Ed.), *Stress and Anxiety – Application to Health, Work Place, Community, and Education* (pp. 2-35). Newcastle: Cambridge Scholars Press.
- Buchwald, P., Ringeisen, T., Reith, M. & Baumann, R. (in press). Loss of Health but Gain of Support. *STAR Proceedings 2006*.
- Carver, C. S. & Scheier, M. F. (1994). Optimism and health-related cognition: what variables actually matter?, *Psychology and Health*, 9, 191-195.
- Carver, C. S., Wimberley, S. R., Kazi, A. & Antoni, M. (2006). Some influences on psychosocial well-being after treatment for breast cancer. In P. Buchwald (Ed.), *Stress and Anxiety – Application to Health, Work Place, Community, and Education* (pp. 119-136). Newcastle: Cambridge Scholars Press.
- Catania, J. A., Turner, H. A., Choi, K. H. & Coates, T. J. (1992). Coping with death anxiety: help-seeking and social support among gay men with various HIV diagnoses. *AIDS*, 6(9), p. 999-1005.
- Chesney, M. A., Chambers, D. B., Taylor, J. M., Johnson, L. M. & Folkman, S. (2003). Coping effectiveness training for men living with HIV: results from a randomized clinical trial testing a group-based intervention. *Psychosomatic medicine*, 65(6), 1038-1046.
- Coates, T. J., McKusick, L., Kuno, R. & Stites, D. P. (1989). Stress reduction training changed number of sexual partners but not immune function in men with HIV. *American journal of public health*, 79(7), 885-887.
- Fittig, E., Schweizer, J. & Rudolph, U. (2004). *Lebenszufriedenheit bei chronischen Erkrankungen: Zum wechselseitigen Einfluss von Strategien der Krankheitsbewältigung, Depression und sozialer Unterstützung* (S. 496-519). Berlin: Springer.
- Fogarty, L., Roter, D., Larson, S., Burke, J., Gillespie, J. & Levy, R. (2002). Patient adherence to HIV medication regimens: a review of published and abstract reports. *Patient education and counseling*, 46(2), 93-108.
- Frank, J., DeMarco, D. G., Ostrow, W., DiFranceisco, A. (1999). General and AIDS-Specific Stress, Coping, and Psychological Distress in the Biracial Coping & Change Study Cohort of Gay Men. *AIDS and Behaviour*, 3(3), 177-186.
- Greenglass, E. R. (2006). Vitality and Vigor: Implications for Healthy Functioning. In P. Buchwald (Ed.), *Stress and Anxiety – Application to Health, Work Place, Community, and Education* (pp. 64-85). Newcastle: Cambridge Scholars Press.
- Grassi, L., Righi, R., Sighinolfi, L., Makoui, S. & Ghinelli, F. (1998). Coping styles and psychosocial-related variables in HIV-infected patients. *Psychosomatics*, 39(4), 350-359.
- Hautzinger, M., Bailer, M., Worall, H. & Keller, F. (1994). *Beck-Depressions-Inventar* (BDI). Bern: Huber.
- Herek, G. M., Capitanio, J. P. & Widaman, K. F. (2002). HIV-related stigma and knowledge in the United States: Prevalence and trends, 1991-1999. *American Journal of Public Health*, 92, 371-377.
- Hobfoll, S. E. & Buchwald, P. (2004). Die Theorie der Ressourcenerhaltung und das multi-axiale Copingmodell – eine innovative Stresstheorie. In P. Buchwald, C. Schwarzer & S.E. Hobfoll (Hrsg.), *Stress gemeinsam bewältigen – Ressourcenmanagement und multi-axiales Coping* (S. 11-26). Göttingen: Hogrefe.
- Hobfoll, S. E., Jackson, A. P., Lavin, J., Johnson, R. & Schröder, K. E. (2002). The effects and generalizability of communally-oriented HIV/AIDS prevention versus general health promotion group for single, inner-city women in urban clinics. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 70, 950-960.

- Hornung R. & Gutscher, H. (1994). Health Psychology in Switzerland. *European Review of Applied Psychology*, 44(3), 213-220.
- Huesler, G. (1993). Wege zur Verbesserung der Lebensbedingungen Gesundheitsförderung bei HIV. *Psychoscope*, 14(5), 16-19.
- Kimberly, J. A. & Serovich, J. M. (1999). The role of family and friend social support in reducing risk behaviors among HIV-positive gay men. *AIDS Education and Prevention*, 11(6), 465-475.
- Kuhlmann, B. & Liess, H. (2004). *Leitlinien der DAGNÄ zur Unterstützung der Adhärenz im Rahmen einer antiretroviralen Therapie bei HIV-Infektion*.
http://www.dagnae.de/Leitlinien/Medizin_6a/Adh_Leitlinien_4Ver.pdf
- Luszczynska, A., Boehmer, S. & Sarkar, Y. (2006). Self-efficacy, aggressive treatment and quality of life among patients with cancer or HIV infections. In P. Buchwald (Ed.), *Stress and Anxiety – Application to Health, Work Place, Community, and Education* (pp. 119-136). Newcastle: Cambridge Scholars Press.
- Mayring P. (2002). *Qualitative Sozialforschung*. Weinheim: Beltz.
- Meuser, M. & Nagel, U. (1991). ExpertInneninterviews – vielfach erprobt, wenig bedacht. Ein Beitrag zur qualitativen Methodendiskussion. In D. Garz & K. Kraimer (Hrsg.), *Qualitativ-empirische, Sozialforschung. Konzepte, Methoden, Analysen*. (S. 441-471). Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Morin, S. F., Charles K. A. & Malyon, A. K. (1984). The psychological impact of AIDS on gay men. *The American psychologist*, 39(11), 1288-1293.
- Mosack, K. E., Weinhardt, L., Kelly, J. A., Gore-Felton, C., McAuliffe, T., Rotheram-Borus, M. J., Ehrhardt, A. A., Chesney, M. & Morin, S. (2005). Influence of social support, coping, and depression on HIV health status. Presentation at the 133rd *Annual Meeting & Exposition of the American Public Health Association*, December 10-14, 2005 Philadelphia, PA.
- Moskowitz, J. T. & Wrubel, J. (2005). Coping with HIV as a chronic illness: a longitudinal analysis of illness appraisals. *Psychology and Health*, 20, 509-531.
- Persson, L., Ostergren, P. O., Hanson, B. S., Lindgren A. & Naucler A. (2002). Social network, social support and the rate of decline of CD4 lymphocytes in asymptomatic HIV-positive homosexual men. *Scandinavian journal of public health*, 30(3), 184-190.
- Power, R., Gore-Felton, C., Vosvick, M., Israelski, D. M. & Spiegel, D. (2002). HIV: effectiveness of complementary and alternative medicine. *Primary Care*, 29(2), 361-378.
- Reynolds, N. R., Testa, M. A. & Marc, L. G. (2004). Factors Influencing Medication Adherence Beliefs and Self-Efficacy in Persons Naive to Antiretroviral Therapy: A Multicenter, Cross-Sectional Study. *AIDS Behavior*, 8(2), 141-150.
- Russell-Mayhew, S. (2006). Key Concepts from health Promotion Evaluations: What Psychology needs to know. *International Journal fo the Advancement of Counselling*, 28, 167-182.
- Scheier, M. F. & Carver, C. S. (1985). Optimism, coping, and health: Assessment and implications of generalized outcome expectancies, *Health Psychology*, 4 (3), 219-247.
- Scheier, M. F. & Carver, C. S. (1992). Effects of optimism on psychological and physical well-being: Theoretical overview and empirical update. *Cognitive Therapy and Research*, 16, 201-228.
- Schwarzer, C. & Buchwald, P. (2002). Gesundheitsförderung und Beratung. In R. Tippelt (Hrsg.), *Handbuch der Bildungsforschung* (S. 707-724). Opladen: Leske & Budrich.
- Schwarzer, C., Starke, D. & Buchwald, P. (2003). Towards a theory-based assessment of coping: the german adaption of the strategic approach to coping scale. *Anxiety, Stress and Coping*, 16(3), 271-280.
- Schwarzer, R. (2004). *Psychologie des Gesundheitsverhaltens. Eine Einführung in die Gesundheitspsychologie*. Göttingen: Hogrefe.
- Schwarzer, R. & Jerusalem, M. (Hrsg.) (1999). *Skalen zur Erfassung von Lehrer- und Schülermerkmalen. Dokumentation der psychometrischen Verfahren im Rahmen der Wissenschaftlichen Begleitung des Modellversuchs Selbstwirksame Schulen*. Berlin: Freie Universität Berlin.

- Schwarzer, R., Dunkel-Schetter, C. & Kemeny, M. (1996). The multidimensional nature of received social support in gay men at risk of HIV infection and AIDS. *American journal of community psychology*, 22(3), 319-339.
- Segerstrom, S. C., Taylor, S. E., Kemeny, M. E. & Fahey, J. L. (1998). Optimism is associated with mood, coping, and immune change in response to stress, *Journal of Personality and Social Psychology*, 74 (6), 1646-1655.
- Semple, S. J., Patterson, T. L., Straits-Tröster, K., Atkinson, J. H., McCutchan, J. A. & Grant, I. (1996). Social and psychological characteristics of HIV-infected women and gay men. HIV Neurobehavioral Research Center (HNRC) Group. *Women & health*, 24(2), 17-41.
- Shor-Posner, G., Feaster, D., Blaney, N. T., Rocca, H., Mantero-Atienza, E., Szapocznik, J., Eisdorfer, C., Goodkin, K. & Baum, M. K. (1994). Impact of vitamin B6 status on psychological distress in a longitudinal study of HIV-1 infection. *International Journal of Psychiatry Medicine*, 24(3), 209-222.
- Spirig, R., Moody, K., Battegay, M. & de Geest, S. (2005). Symptom Management in HIV/AIDS. *Advances in Nursing Science*, 28(4), 333-344.
- Taylor, S. E., Kemeny, M. E., Reed, G. M., Bower, J. E. & Grunewald, T. L. (2001). Psychological resources, positive illusions and health, *American Psychologist*, 55 (1), 99-109.
- Tuldra, A., Fumaz, C.R., Ferrer, M. J., Bayes, R., Arno, A., Balague, M., Bonjoch, A. & Jou, A. (2000). Prospective randomized two-arm controlled study to determine the efficacy of a specific intervention to improve long-term adherence to highly active antiretroviral therapy. *Journal of Active Immune Deficit Syndrome*, 25(3), 221-228.
- Turner, H. A., Hays, R. B. & Coates, T. J. (1993). Determinants of social support among gay men: the context of AIDS. *Journal of health and social behavior*, 34(1), 37-53.
- Webb, D. G., Horne, R. & Pinching, A. J. (2001). Treatment-related empowerment: preliminary evaluation of a new measure in patients with advanced HIV disease. *International Journal of STD and AIDS*, 12, 103-107.

Internetadressen:

Aidshilfe Deutschland 2006: www.aidshilfe.de

Aidshilfe Schweiz:2006 www.aids.ch/

Aidsmap 2006: <http://www.aidsmap.com/en/orgs/ux/searchlist.asp>

BAG Bundeamt für Gesundheit Schweiz 2006: Epidemiologische Daten:
<http://www.bag.admin.ch/infekt/surv/aids/d/mstab.htm>) Zugriff März 2006

Freshwind Birmingham 2006: www.freshwinds.org.uk

HPA CfI, Health Protection Agency Centre of Infections, HIV diagnoses surveillance tables, Data to the end of September 2005
http://www.hpa.org.uk/infections/topics_az/hiv_and_sti/hiv/epidemiology/hars_tables.htm
(Zugriff März 2006)

ISI, Strukturiertes interdisziplinäres Schulungsprogramm für HIV-Positiv-Patienten,
<http://www.team-isi.de/index.html>

Posive East London 2006: <http://www.positiveeast.org.uk>

Robert Koch Institut (RKI), Epidemiologisches Bulletin, Sonderausgabe B, Sept.2005
http://www.rki.de/cln_011/nn_334312/DE/Content/InfAZ/H/HIVAIDS/Epidemiologie/Daten_und_Berichte/daten_und_berichte_node.html_nnn=true

Social Care and Health HIV Team (Birmingham) 2006:
www.birmingham.gov.uk/GenerateContent?CONTENT

SWISSIT Study: Randomized controlled trial of stress management training in patients with HIV infection 2004-2007 <http://www.research-projects.unizh.ch/p6087.htm>

WHO (World Health Organization Regional Office for Europe Updated: January 2006)
<http://data.euro.who.int/hfad/>

6 Anhang

6.1 Experteninterview

A Fragen zur Betreuung/Schulung der HIV Patienten:

1. Können Sie kurz die Inhalte und Umfang ihrer Betreuung / Schulung von HIV Positiven schildern? (HIV-spezifisches Wissen, Psychoedukation, safer-sex) Wie werden die Inhalte vermittelt? (Präsentation, Diskussion, Dialog, Rollenspiel, etc.)
2. Welche Schwerpunkte werden gesetzt?
3. Welche Zielgruppe sprechen Sie vor allem an?
4. In der von mir zu evaluierenden Schulung in Deutschland gibt es eine Zweiteilung in einen medizinischen und einen psycho-sozialen Teil. Welchen Stellenwert räumen Sie der Psychoedukation in ihrer Betreuung / Schulung ein? (Stressbewältigung / Coping / Ressourcenstärkung)
5. Unsere Schulung wird unter anderem durchgeführt, um die Adhärenz der Patienten zu verbessern. Gibt es hierfür auch Ansätze in Ihrem Programm? Wie sehen sie aus?
6. Welche Methoden benutzen Sie, um „safer-sex“ zu fördern?
7. Patienten bringen eine unterschiedliche Vorbildung mit in die Schulung / Betreuung (kulturelles Kapital). Welche Ansätze verfolgen Sie diesem Problem gerecht zu werden?
8. Wie lange besteht diese Betreuung / Schulung schon?
9. Wie viele Teilnehmer wurden schätzungsweise betreut / geschult? Welche Zeitspanne wird bei der Betreuung eingeplant / pro Patient?
10. Besteht eine große Nachfrage nach der Betreuung / Schulung?
11. Wird eine Evaluation ihrer Arbeit durchgeführt?
12. Wenn ja, wie sieht sie aus? Gibt es schon Ergebnisse?
13. Warum, denken Sie, werden nur relativ wenige, auch psycho-sozial ausgerichtete, längere Schulungen für HIV-Positive in England angeboten?

B Fragen zur Gesundheitsförderung in der Betreuung / Schulung

1. Was verstehen Sie unter Gesundheitsförderung?
2. Welche Aspekte von Gesundheitsförderung sind im Rahmen Ihrer Betreuung / Schulung besonders wichtig?
3. Wie erreichen Sie, dass Ihre Patienten selbstbestimmter handeln können?

C Fragen zur Organisation und allgemeine Fragen

1. Wie ist Ihre Organisation aufgebaut? (Anzahl der Mitarbeiter, Qualifikation, lokale Ausrichtung oder landesweit, Hierarchie) Welche Aufgaben haben Sie selbst?

2. Wo findet die Betreuung/Schulung statt?
3. Wie finanzieren sich Ihre Organisation und deren Projekte?
4. Arbeiten Sie alleine oder in einem Netzwerk? Welche Bedeutung hat die Netzwerkarbeit für Sie?
5. Der Anteil an heterosexuell bedingten HIV-Neu-Infektionen ist in England in den letzten 10 Jahren von rund 30% auf 50% gestiegen. Hat dieser epidemiologische Befund schon Auswirkungen für Ihr Hilfsangebot? Wie sehen diese aus?

6.2 Untersuchte HIV-Organisationen / -Institutionen

Name	Anschrift	Telefonnr.	email	www
Positive East – Stepney (PE)	159 Mile End Road, London E1 4AQ	020 7791 2855	je-wersj@theglobecentre.co.uk	www.positiveeast.org .
Oasis North London (ONL)	Unit 2000 Regis Road London NW5 3EW	020 7485 2466	info@onl.org.uk	www.onl.org.uk
Livingwell (LW)	111 Devonport Road London W12 8PB	020 8746 2274	admin@livingwelluk.com	www.livingwelluk.com
Terrence Higgins Trust (THT) Midlands	48-52 Floodgate Street Birmingham B5 5SL	0121 694 6440	info@thtmidlands.org.uk	www.tht.org.uk
Social Care and Health HIV Team (HIV team)	Chamberlain House2 Yew Tree Road Moseley Birmingham B13 8QG	0121 303 1002	SCHHT@birmingham.gov.uk	http://www.birmingham.gov.uk/GenerateContent?
Healthy Gay Life (HGL)	146 Bromsgrove St. Birmingham B5 5SL	0121 4461085	info@hgl.nhs.uk	www.hgl.nhs.uk
Abplus	29-30 Lower Essex Street Birmingham B5 5SL	0121 622 6471	enquiry@abplus.org	Keine www
Leicester Royal Infirmary Perinatal care Department (LRI)	Infirmery Square Leicester LE1 5WW	0116 2541414	http://www.uhlt-r.nhs.uk/about-us/contact-us	http://www.uhlt-r.nhs.uk/patients/about-our-hospitals/leicester-royal-infirmary
Selly Oak Hospital HIV ambulance (SOH)	Raddlebarn Road, Birmingham B29 6JD	0121 627162753	ja-ne.graham@uhb.nhs.uk	http://www.nhs.uk/england/hospitals/showHospital.aspx?id=RRK03
Strukt. Interdisziplin. Schulungsprogramm für HIV-Positive Patienten (ISI) Verantw. PD Dr. P. Buchwald	Heinrich Heine Universität Düsseldorf Erziehungswissenschaften Universitätsstr. 1 40225 Düsseldorf	0211 811-2859	buchwald@phil-fak.uni-duesseldorf.de	http://www.team-isi.de

6.3 Fragebogen auf Anfrage

6.4 Telefonisches Interview – Leitfaden

1. Wenn Sie an die Schulung zurückdenken, was ist Ihnen besonders in Erinnerung geblieben?
2. Die Schulung liegt nun schon einige Zeit zurück. Können Sie eine Situation beschreiben, in der Sie in der Schulung Gelerntes im Alltag umgesetzt haben?
3. In der Schulung wurde auch medizinisches Wissen zu HIV vermittelt. Haben Sie jetzt das Gefühl als kompetenterer Partner dem Arzt bzw. der Ärztin gegenüber zu stehen?
4. Hat die Schulung Sie motiviert, ihre Gesundheit zu stärken? Treiben Sie mehr Sport? Essen Sie bewusster bzw. gesünder?
5. Haben Sie Freunden oder ihrer Familie von der Schulung erzählt? Was haben Sie geschildert?
6. Stress ist ein Gesundheitskiller. Hat sich ihr Umgang mit Stress seit ihrer Erkrankung geändert? Hat die Schulung Einfluss darauf genommen? Können Sie das genauer beschreiben?
7. Die Medikamenten-Einnahmesituation ist ein bekannter Stressfaktor, der manchmal die Tabletten-Einnahme nicht möglich macht. Haben Sie einen Weg für sich gefunden? Haben Sie Tipps aus der Schulung umgesetzt?
8. Wie empfinden Sie die wissenschaftliche Begleitung der Schulung?
9. Haben Sie die Schulung Freunden weiter empfohlen?

6.5 Teilnehmende Beobachtung ISI Schulung

1. Welche Inhalte werden vermittelt?
2. Wie werden die Inhalte der Schulung vermittelt? (Didaktik, Involvierung der Teilnehmer, Form der Präsentationen, Eingehen auf unterschiedliches kulturelles Kapital)
3. Erscheinen die Teilnehmer der Schulung an den unterschiedlichen Inhalten interessiert? Werden Nachfragen gestellt?
4. Sind die Vortragenden offen für Fragen? Ist die inhaltliche und zeitliche Struktur klar? (Pausen, Inhalt, Dauer der Schulung)
5. Inwiefern ist das Setting für die Schulung angemessen? Ist das gewünschte Maß an Anonymität gewährleistet?
6. Wie werden die Alltagserfahrungen der Teilnehmer in die Schulung einbezogen?
7. Bietet die Schulung Möglichkeiten, Kontakt zu anderen Positiven zu knüpfen oder Anregungen für andere Fortbildungsmöglichkeiten zu erlangen?
8. Welcher Begriff von Gesundheit wird entwickelt? Ändert sich die Sichtweise der Teilnehmer zum Begriff Gesundheit?