

AIDS-FORUM DAH

BAND XXIV

TELEFONBERATUNG
IN AIDS-HILFEN

Wolfgang Rynski (Hrsg.)



Deutsche
AIDS-Hilfe e.V.

AIDS-FORUM DAH

Band XXIV

TELEFONBERATUNG
IN AIDS-HILFEN

Wolfgang Rynski (Hrsg.)

INHALT

Vorwort Karl Lemmen und Heiko Schorcht	5
Von Aachen bis Zwickau – Telefonberatung in AIDS-Hilfen unter der bundeseinheitlichen Rufnummer 19411. Ein Rückblick auf eine Plakataktion Heiko Schorcht	7
Die 19411 – Zur Qualität der Telefonberatung bei deutschen AIDS-Hilfen Wolfgang Rynski	11
Telefonberatung in der Berliner AIDS-Hilfe – Fragen, Anliegen und Bedürfnisse der Anrufer. Eine empirische Auswertung Hanno Giese	63
Aktuelle Situation und Konsequenzen für die Zukunft ehrenamtlicher Telefonberatung – diskutiert am Beispiel der AIDS-Hilfe Hamburg Birgit Bader	75
Nachwort: Telefonberatung in AIDS-Hilfen – die zwei Seiten einer Medaille Karl Lemmen	91
Autorinnen und Autoren	95

Impressum

© Deutsche AIDS-Hilfe e.V.
Dieffenbachstraße 33
D-10967 Berlin
Internet: <http://www.aidshilfe.de>
email: dah@aidshilfe.de

Dezember 1996

Redaktion: Klaus-Dieter Beißwenger, Christine Höpfner, Karl Lemmen
Gestaltung und Satz: CaJa Carmen Janiesch
Druck: medialis
alle Berlin

ISSN 0937-1931
ISBN 3-930425-18-1

Spendenkonto: Berliner Sparkasse, Konto 220 220 220 (BLZ 100 500 00)

Die DAH ist als gemeinnützig und besonders förderungswürdig anerkannt.
Spenden sind daher steuerabzugsfähig.

VORWORT

Mit der vorliegenden Veröffentlichung will die Deutsche AIDS-Hilfe (DAH) eine verbandsübergreifende Diskussion über Selbstverständnis, Stellenwert und Qualitätsstandards der Telefonberatung in AIDS-Hilfen eröffnen.

Den Anstoß für diese Publikation gab die von Wolfgang Rynski verfaßte Diplomarbeit mit dem Titel „Die 19411 – Zur Qualität der Telefonberatung bei deutschen AIDS-Hilfen“, die uns der Autor freundlicherweise zur Veröffentlichung überließ. Durch sein Angebot erhält AIDS-Hilfe die Gelegenheit, sich mit den Ergebnissen seiner Untersuchung kritisch auseinanderzusetzen und deren mögliche Konsequenzen für die AIDS-Hilfe-Arbeit zu erörtern. Wenn wir uns durch das Untersuchungsergebnis dazu auffordern lassen, uns mit dem in der Telefonberatung zentralen Aspekt „verantwortliche Informationsvermittlung“ auseinanderzusetzen, leisten wir einen wichtigen Schritt in Richtung Qualitätssicherung der Beratungsarbeit.

Welche Konsequenzen sich aus dem Untersuchungsergebnis für die Ausbildung von MitarbeiterInnen und auf die internen Organisationsstrukturen von AIDS-Hilfe möglicherweise ergeben, zeigt Birgit Bader in ihrem Beitrag auf. Die Autorin, die über langjährige Erfahrungen in der Ausbildung und Supervision von TelefonberaterInnen verfügt, macht dabei deutlich, daß auch eine von Ehrenamtlichen geleistete Beratung kein Angebot ist, das zum Nulltarif aufrechterhalten werden kann. Denn die verantwortliche Auswahl, Schulung und Einbindung von ehrenamtlichen BeraterInnen hat ihren Preis.

Die umfassendste Untersuchung zu den Anliegen von Menschen, die das Beratungstelefon von AIDS-Hilfe nutzen, hat Hanno Giese in der Berliner AIDS-Hilfe durchgeführt. In seinem Beitrag stellt er die Ergebnisse seiner empirischen Erhebung vor. Mit ihrer Telefonberatung, deren Merkmale lange Beratungszeiten und inhaltliche Vielfalt sind, bietet die Berliner AIDS-Hilfe seit mehr als zwölf Jahren einen beispiellosen Service, der überregionale Bedeutung gewonnen hat. Verglichen mit den ersten Jahren der AIDS-Epidemie ist hier – wie bei den meisten AIDS-Hilfen – ein geringfügiger Rückgang der Anruferzahlen zu verzeichnen, der auch auf eine gewisse „Sättigung“ des Bedarfs an allgemeinen Informationen zu HIV und AIDS zurückzuführen ist. Andererseits sind, wie Hanno Giese aufzeigt, im Laufe der Jahre die Fragen und Anliegen der AnruferInnen spezifischer geworden und beziehen sich in der Regel auf konkret erlebte Risikosituationen. Infektionsverhütung und -abklärung sowie Fragen zum individuellen Risikomanagement sind im Raum Berlin die wichtigsten Anlässe, sich telefonisch an die örtliche AIDS-Hilfe zu wenden.

Auf der Basis dieses „Inputs“ aus drei Quellen erhoffen wir uns eine lebhaftere innerverbandliche Diskussion, die zur Klärung folgender Fragen beitragen könnte:

- Mit welchen Fragen und Anliegen wenden sich Ratsuchende an die Telefonberatung der AIDS-Hilfe?
- Welche Form der Unterstützung erwarten sie?
- Was kennzeichnet die besondere Qualität der Telefonberatung von AIDS-Hilfen?
- Welche Qualitätsstandards sollte AIDS-Hilfe in der Telefonberatung gewährleisten?

Die Deutsche AIDS-Hilfe ist auf vielfältige Impulse aus ihren Mitgliedsorganisationen und Verbandsgremien angewiesen, um ihr Beratungsverständnis weiterentwickeln zu können. In diesem Sinne freuen wir uns auf eine anregende Diskussion.

Berlin, im Dezember 1996

Karl Lemmen und Heiko Schorcht
– Referat Fortbildung und Psychosoziales –

VON AACHEN BIS ZWICKAU – TELEFONBERATUNG IN AIDS-HILFEN UNTER DER BUNDESEINHEITLICHEN RUFNUMMER 19411. EIN RÜCKBLICK AUF EINE PLAKATAKTION

Heiko Schorcht

Die anonyme Telefonberatung unter der bundeseinheitlichen Rufnummer 19411 ist das niedrigschwelligste Kontaktmedium der AIDS-Hilfen – auf allen Präventionsebenen. Um den Bekanntheitsgrad dieses Angebots unter der bundeseinheitlichen Rufnummer 19411 weiter zu erhöhen, wandte sich die DAH 1995 mit einem speziellen Plakat an die Öffentlichkeit. Es war als unterstützende Maßnahme zum präventiven Auftrag von AIDS-Hilfe konzipiert. Die Spezialisierung der AIDS-Hilfe auf Zielgruppen ermöglicht die Vermittlung und die Aktualisierung des notwendigen Fachwissens zu medizinischen, rechtlichen und psychosozialen Fragestellungen an diese Zielgruppen.

Die erste Auflage war rasch vergriffen – rascher als zu erwarten gewesen war. Die gute Resonanz der regionalen AIDS-Hilfen auf das Plakat zeigte sich z.B. darin, daß deutlich mehr von ihnen die 19411 als Rufnummer für ihr Beratungsangebot wählten und die Auflistung in der zweiten Auflage des Plakats entsprechend vergrößert werden mußte.

Für 1996 war eine Fortsetzung der Plakataktion vorgesehen – Arbeitstitel des neuen Plakats: „Mit uns können Sie reden...“. Angesprochen werden sollten damit nach wie vor präventive Themen von scham- und tabubehafteten Fragen bis hin zur persönlichen Aufarbeitung eigener Risikoerfahrungen. AIDS-Hilfe hat als „Tabubrecherin“ einen besonderen Vertrauensvorschuß, wenn es um ansonsten „unaussprechliche“ Fragen und Themen geht.

Das Plakat sollte für die Adressaten Wiedererkennung- und Aufforderungscharakter gleichermaßen besitzen: sich auch angesichts der eventuell noch vorhandenen Unsicherheiten und Ängste hinsichtlich Safer Sex, angesichts eventueller Scham hinsichtlich eigenen „Versagens“ in Risikosituationen nicht zu isolieren. Die Kehrseite der zunehmenden „Normierung“ von Safer Sex ist eine fortschreitende Tabuisierung von ungeschützten Sexualkontakten, welche ihrerseits unter primärpräventiven Gesichtspunkten kontraproduktiv wirkt. Kommunikation – ob verbal oder nonverbal – ist der wirksamste Schutz vor HIV.

Bei der weiteren Planung stießen wir jedoch bald auf (un)geahnte Probleme, die uns schließlich veranlaßten, das Printmedium „19411 – Teil 2“ vorerst nicht umzusetzen. In Rücksprache mit Vertretern regionaler AIDS-Hilfen ergaben sich folgende Gründe für diesen Schritt:

Erreichbarkeit der Telefonberatung

Ein häufig geäußertes Kritikpunkt am ersten Plakat bezog sich darauf, daß keine Zeitangaben für die Telefonberatung gemacht wurden. Sehr schnell wurde

klar, daß es für die *bundeseinheitliche Rufnummer 19411 keine bundeseinheitlichen Beratungstage und Beratungszeiten* gibt. Das Spektrum der zeitlichen Variationen reicht von 24 Stunden an 365 Tagen im Jahr bis zu einer Stunde an zwei verschiedenen Tagen pro Woche. Für uns als Herausgeber des Plakats gab es keine Möglichkeit, diese Vielzahl der Variationen darzustellen. Eine grafische Darstellung derart divergierender Zeiten auf einem Plakat ist nicht leistbar. Die eigentlich nötige Transparenz in der Frage der Erreichbarkeit der Telefonberatung war nicht zu schaffen.

Bedarf und Nachfrage

Die Auswertung verschiedener Untersuchungen – in diesem Band abgedruckt – hat ergeben, daß der *größte Bedarf nach Telefonberatung tagsüber* ist, das Angebot der meisten AIDS-Hilfen sich aber auf den Abend beschränkt. Dieses Ergebnis bedeutet auch, daß sich das Angebot nach den Möglichkeiten und Wünschen der BeraterInnen – zumeist ehrenamtliche MitarbeiterInnen – richtet und nicht nach den Bedürfnissen der „KundInnen“.

Wo Beratung draufsteht, muß nicht Beratung drin sein

Vergleicht man die Werbemedien einiger AIDS-Hilfen, erkennt man große Unterschiede – speziell auf der Angebotsseite. Das Spektrum reicht von „klassischer“ Telefonberatung für „jeden Anrufer“ bis zu Informationen im kulturellen Bereich innerhalb verschiedener kommerzieller Szenen. *Ruft man die bundeseinheitliche Rufnummer 19411 an, heißt dies noch nicht, daß man die Standardangebote in Bezug auf Beratung auch abfragen kann.* Die Vergleichbarkeit der Beratungsangebote ist aufgrund deren Unterschiedlichkeit von AIDS-Hilfe zu AIDS-Hilfe nicht gegeben – und damit auch auf einem Plakat nicht darstellbar. Mit dem Slogan „Wir beraten zu allen Fragen bei HIV und AIDS“ wird eine Qualität suggeriert, die nicht immer eingelöst werden kann. Es ergibt sich die Frage, welche Mindeststandards bei einer „Beratung“ eingehalten werden müssen? Oder provokanter gefragt: Ist es Zeit für den Abschied von der Telefonberatung? Zieht man dazu noch in Betracht, daß mehr als 60 Prozent der AnruferInnen *Informationen* wünschen, ergibt sich die Frage, ob die 19411 eine *Hotline* oder ein *Beratungsangebot* „bewerben“ sollte.

Qualität oder Quantität der Beratung

Es ist ja bekannt, daß viele AIDS-Hilfen von ihrem Zuwendungsgeber dafür „bezahlt“ werden, daß sie *beraten*. Um diesem gegenüber ihre Arbeit „abrechnen“ zu können, werden die entsprechenden Tätigkeiten dokumentiert – und sei es in Form von Strichlisten. Dies ist sicher ein hilfreiches Mittel, um einen Überblick über die geleistete Arbeit zu erhalten. Dieses Aufgabenfeld wird in hoher Zahl durch ehrenamtliche – oder besser gesagt: freiwillige – MitarbeiterInnen abge-

chert. Dennoch ergibt sich gerade aus dem Rücklauf der Seminare, in denen Beratungsinhalte vermittelt werden, sehr deutlich, wo die Grenzen ehrenamtlicher Telefonberatung liegen, z.B. bei Fragen zur Behandlung von AIDS. Betrachtet man die Vielfalt der Angebote unter der Rufnummer 19411, ergeben sich aber auch Fragen wie: Welche Inhalte sind relevant? Wieviel Beratung und wieviel Hilfevermittlung kann über die Rufnummer 19411 geleistet werden? Daran wird sich die Akzeptanz der 19411 messen – und damit untrennbar verbunden ist die Frage, auf welchen Gebieten AIDS-Hilfe als kompetent erlebt wird.

Es bleibt nach dem derzeitigen Stand nur festzustellen, daß die Telefonnummer mit den Ziffern 1 9 4 1 1 das einzig Gemeinsame ist, was man mittels einer Plakataktion zu den KundInnen transportieren kann. Eine Fortsetzung der Aktion bedarf also zuerst der Klärung vieler Fragen. Die 19411 vermittelt auch *Image – Corporate Identity*. Dazu sollte über die Differenzierung der Angebote und die Arbeitsteilung nachgedacht werden.

Vision: Die bundesweite Rufnummer 01802-19411

Beispielhaft funktioniert bereits heute die Vermarktung von Produkten im kommerziellen Bereich. Sie erfolgt über zentrale Informationspunkte mittels moderner Telekommunikation. Von diesen Informationspunkten gibt es je nach Anbieter ein bis fünf Orte, wohin die Anrufe der InteressentInnen geschaltet werden. Egal, von wo jemand anruft, er oder sie bekommt immer und jederzeit einen Gesprächspartner (so z.B. bei Quelle oder Bader-Versandhandel). Taugt ein solches Modell auch für die AIDS-Hilfen? Ich meine ja. Man stelle sich vor:

Ein Anrufer aus Tutzing möchte Informationen zur Vermeidung einer Ansteckung mit HIV, die Adresse einer AIDS-Hilfe sowie die Adresse der nächsten HIV-Antikörpertest-Stelle. Aus der Tagespresse kennt er die Rufnummer der Beratungshotline *aller* AIDS-Hilfen. Mit der Wahl der 01802-19411 wird er mit dem nächsten „diensthabenden“ Beratungszentrum irgendwo in der Bundesrepublik verbunden. Von einem ausgebildeten Mitarbeiter mit Zusatzqualifikationen im Bereich Beratung erhält er zum Ortstarif die gewünschten Informationen, wie er eine HIV-Infektion vermeiden kann, die Adressen, Telefonnummern und Öffnungszeiten der AIDS-Hilfen in München, Augsburg und Starnberg; und er erhält die Adresse des Gesundheitsamtes in Wolfrathshausen. Der Mitarbeiter bietet aus seiner Computerdatenbank, gespeist durch alle regionalen Anbieter, dazu noch die Telefonnummern verschiedener anderer Einrichtungen, die dem Anrufer eine Hilfe sein könnten.

Möglich würde das nationale Beratungszentrum aller AIDS-Hilfen aufgrund der Einigung über die Standards zur Beratung bei Fragen im Zusammenhang mit HIV und AIDS und durch die Bereitschaft, die Kompetenz *in der Telefonberatung* auf einige wenige spezialisierte AIDS-Hilfen abzugeben, die mittels moderner Telekommunikation ein Telefonberatungsangebot von 09.00 bis 24.00 Uhr an 365 Tagen im Jahr gewährleisten. Und dabei gibt es zu jeder Uhrzeit nur einen Punkt im Land, an dem geschulte MitarbeiterInnen für die Anliegen der AnruferInnen da sind. *Ihre Aufgabe ist es, Fachfragen zu beantworten und weitere Hilfsangebote auf regionaler Ebene zu vermitteln.*

DIE 19411 – ZUR QUALITÄT DER TELEFONBERATUNG BEI DEUTSCHEN AIDS-HILFEN

Wolfgang Rynski

Inhalt

1. Einleitung	13
2. Untersuchungsdesign	14
2.1 Der Untersuchungsgegenstand: Telefonische AIDS-Beratung unter 19411	14
2.1.1 <i>Entwicklung der Telefonberatung bei deutschen AIDS-Hilfen</i>	
2.1.2 <i>Die Telefonberatung unter 19411 heute</i>	
2.2 Die Untersuchungskonzeption: Selbstauskünfte kontra Fremdbeobachtungen	16
2.3 Entwicklung der empirischen Untersuchungen	17
2.3.1 <i>Entwicklung des Fragebogens</i>	
2.3.2 <i>Entwicklung des Testanrufs</i>	
2.4 Durchführung der empirischen Untersuchungen	23
2.4.1 <i>Durchführung der Fragebogen-Aktion</i>	
2.4.2 <i>Durchführung der Testanrufe</i>	
2.5 Methodik der Auswertung	24
2.5.1 <i>Allgemeine Kriterien</i>	
2.5.2 <i>Auswertung der Fragebögen</i>	
2.5.3 <i>Auswertung der Testanrufe</i>	
2.5.4 <i>Gegenüberstellung Fragebögen – Testanrufe</i>	
3. Das Angebot der Telefonberatung und die Qualifizierung der Telefonberater bei deutschen AIDS-Hilfen: Ergebnisse der schriftlichen Befragung	27
3.1 Quantitatives Angebot der Telefonberatung	27
3.2 Personelle Ausstattung der Telefonberatung	28
3.3 Grundausbildung der Telefonberater	30
3.3.1 <i>Grundausbildung als Bedingung selbständiger Telefonberatung?</i>	
3.3.2 <i>Methoden der Grundausbildung</i>	
3.3.3 <i>Inhalte der Grundausbildung</i>	
3.3.4 <i>Form der Grundausbildung</i>	

3.4	Fachliche Betreuung der „aktiven“ Telefonberater	36
3.4.1	Gibt es eine fachliche Betreuung?	
3.4.2	Methoden der fachlichen Betreuung	
3.4.3	Inhalte der fachlichen Betreuung	
3.4.4	Form der fachlichen Betreuung	
3.5	Mindeststandards im Beratungsgespräch	42
3.6	Bewertung der Ergebnisse	45
4.	Die Qualität der Telefonberatung bei deutschen AIDS-Hilfen: Ergebnisse der Testanrufe	46
4.1	Antwortverhalten bei Frage 1: Bestimmung des geeigneten Zeitpunktes zur Durchführung des HIV-AK-Tests	46
4.2	Antwortverhalten bei Frage 2: Risikoeinschätzung eines bestimmten Infektionsweges	49
4.3	Antwortverhalten bei Frage 3: Erläuterung des Begriffs „Safer Sex“	51
4.4	Institutionsinterne Differenzen beim Antwortverhalten	54
4.5	Die skurrilsten Antworten	55
4.6	Bewertung der Ergebnisse	56
5.	Zusammenfassung der Ergebnisse der Untersuchung: Gegenüberstellung von Selbstauskünften und Fremdbeobachtungen	57
6.	Schlußfolgerungen	59
6.1	Empfehlungen zur Qualifizierung von Telefonberatern	59
6.2	Empfehlungen zur Durchführung der Telefonberatung	60
7.	Literaturverzeichnis	62

1. Einleitung

Während der Entstehungszeit der vorliegenden Untersuchung wandte sich eine junge Frau an das Beratungstelefon der AIDS-Hilfe Hamburg mit der Frage, wann das Ergebnis des HIV-Antikörper(AK)-Tests sicher sei. Im Verlauf des darauf folgenden Beratungsgesprächs stellte sich heraus, daß die Klientin zuvor bereits bei mehreren anderen AIDS-Hilfen in Deutschland angerufen hatte: Überall waren ihr unterschiedliche Auskünfte erteilt worden. Die Frau wirkte deshalb sehr verunsichert und wußte nicht, welcher Information sie nun Glauben schenken sollte.

Eine solche Situation ist kein Einzelfall. Immer wieder melden sich beim Beratungstelefon der AIDS-Hilfe Hamburg, bei der ich seit mehreren Jahren mitarbeite, verstörte Klienten, die eine wahre Odyssee durch verwirrende Auskunftsfloten deutscher AIDS-Hilfen hinter sich haben. Offenbar bestehen bundesweit starke Differenzen in der telefonischen AIDS-Beratung.

Aus den *Standardfragen von Anrufern* bei AIDS-Hilfen:

- „Wie sicher ist das eigentlich,
 ■ wenn man den HIV-Test nach ... Wochen macht?
 ■ wenn man Oralsex hat?
 ■ wenn man stets ein Kondom benutzt?“

entwickelte sich somit die zentrale Fragestellung für die vorliegende Untersuchung:

„Wie ‚sicher‘ (im Sinne von ‚verlässlich‘) ist das eigentlich, was an den Beratungstelefonen deutscher AIDS-Hilfen gesagt wird?“

Auf der Basis dieser Fragestellung und meiner langjährigen Erfahrungen am Beratungstelefon der Hamburger AIDS-Hilfe entstand die folgende *Ausgangshypothese*:

Auskünfte an den Beratungstelefonen deutscher AIDS-Hilfen weichen in einem unververtretbaren Ausmaß voneinander ab.

Zur Überprüfung dieser Hypothese wurde von Oktober 1995 bis Februar 1996 eine Qualitätskontrolle der Telefonberatung bei deutschen AIDS-Hilfen vorgenommen, und zwar im Hinblick auf die Qualifizierung der Telefonberater und auf die tatsächlich erteilten Beratungsauskünfte.

Als Untersuchungsmethoden wurden eine Fragebogen-Aktion und eine telefonische Testreihe angewandt.

Kapitel 2 geht ausführlich auf die Konzeption und Durchführung dieser beiden empirischen Untersuchungen ein. Im Kapitel 3 werden das Angebot der Telefonberatung und die Qualifizierung der Telefonberater bei deutschen AIDS-Hilfen als Ergebnisse der schriftlichen Befragung dargestellt. Kapitel 4 befaßt sich mit der Qualität der Telefonberatung bei deutschen AIDS-Hilfen aus der Perspektive der Testanrufe. Im Kapitel 5 werden die Ergebnisse zusammengefaßt; Kapitel 6 leitet aus ihnen Empfehlungen ab.

In der vorliegenden Arbeit wird – in Ermangelung sinnvoller Alternativen – der männliche Plural verwendet; die weibliche Form ist selbstverständlich stets mitgemeint.

2. Untersuchungsdesign

Um die Qualität der Telefonberatung unter der Rufnummer 19411 bei deutschen AIDS-Hilfen in repräsentativer und umfassender Form untersuchen zu können, wurden zwei eng miteinander verknüpfte empirische Studien, eine Fragebogen-Aktion und eine telefonische Testreihe, konzipiert und durchgeführt. Im Kapitel 2 wird die Vorgehensweise bei diesen Untersuchungen vom Entwurf bis zur Analyse beschrieben.

Ausgehend von einer Darstellung des Untersuchungsgegenstandes (Kap. 2.1) und der grundsätzlichen Untersuchungskonzeption (Kap. 2.2) wird dabei ausführlich auf die Entwicklung (Kap. 2.3), die Durchführung (Kap. 2.4) und die Auswertungsmethodik (Kap. 2.5) der Fragebogen-Aktion und der telefonischen Testreihe eingegangen. Zentrale Begriffe der Untersuchung werden in diesem Zusammenhang inhaltlich eingegrenzt und definiert.

2.1 Der Untersuchungsgegenstand: Telefonische AIDS-Beratung unter 19411

2.1.1 Entwicklung der Telefonberatung bei deutschen AIDS-Hilfen

Telefonische Beratung gehörte von Beginn an zu den zentralen Aufgabenbereichen der deutschen AIDS-Hilfen: Als in den frühen 80er Jahren AIDS auch in Deutschland ein Begriff wurde und die ersten regionalen AIDS-Hilfen entstanden (1983 in Berlin und München), waren dies noch vorwiegend Institutionen, die an die Tradition der homosexuellen Antidiskriminierungs- und Selbsthilfebewegung anknüpften. Die Telefonberatung der AIDS-Hilfen orientierte sich an den „Rosa Telefonen“ der Schwulenbewegung: Zumeist homosexuelle und nicht-professionelle/ehrenamtliche Berater informierten ihre ebenfalls überwiegend schwulen Anrufer über die noch spärlich bekannten Infektionsrisiken und Safer Sex-Praktiken.¹

Mittlerweile sind die Strukturen und die personelle Ausstattung von AIDS-Hilfen professioneller, doch die Telefonberatung ist auch heute nicht ohne ehrenamtliche Kräfte zu leisten, zumal sich die „Nachfrage ... im Bereich der Telefonberatung in den letzten Jahren zahlenmäßig nicht verändert (hat)“.²

Gründlegend gewandelt haben sich jedoch der Kreis der Anrufer und deren Anliegen: Während es früher die erste bekannte „Hauptbetroffenengruppe“ der homosexuellen Männer war, die sich mit ihren Sorgen an die AIDS-Hilfen wandten³, dominieren in der heutigen Beratung Nachfragen zu Infektionsrisiken, Ansteckungswegen und Primärprävention aus der heterosexuellen Bevölkerung.⁴

1 Bader, Birgit: Seminarpapiere zur Telefonberaterausbildung. Unveröffentlichtes Ms., Hamburg 1993

2 Lühmann, Jörg in: Aue, Michael; Bader, Birgit; Lühmann, Jörg: Krankheits- und Sterbebegleitung. Ausbildung, Krisenintervention, Training. 2. ergänzte und neu ausgestattete Auflage, Weinheim, Basel 1995, S. 49

3 Lühmann, a.a.O., S. 47

4 AIDS-Hilfe Hamburg e.V. (Hrsg.): Projekt „Struensee-Centrum“. Sachbericht 1994, S. 24

Insgesamt müssen sich die Telefonberater der AIDS-Hilfen heute mit einer „beeindruckenden Variationsbreite“ von Themen auseinandersetzen:

- „■ Abklärung möglicher eigener Infektionswahrscheinlichkeiten,
- Informationen zum HIV-Antikörper-Test (Testberatung),
- Informationen zu Schutzmöglichkeiten (Safer Sex, Safer Use),
- Bearbeitung der Problematik, zu einer Hauptbetroffenengruppe zu gehören,
- sexuelle Probleme und Partnerschaftsprobleme im Zusammenhang mit einer realen oder befürchteten HIV-Infektion,
- übersteigerte Angst, HIV-infiziert zu sein,
- Auseinandersetzung mit einem positiven Testergebnis,
- soziale Probleme in der persönlichen Umgebung oder am Arbeitsplatz,
- rechtliche Fragen im Zusammenhang mit einem positiven Testergebnis oder der Erkrankung,
- Informationen über den Krankheitsverlauf und medizinische Behandlungsmöglichkeiten, die medizinische und pflegerische Versorgung,
- psychische Probleme mit der fortschreitenden Erkrankung,
- Auseinandersetzung mit der Erkrankung eines Angehörigen oder Freundes“⁵.

Die Anforderungen an Telefonberater bei AIDS-Hilfen sind also in den letzten Jahren drastisch gestiegen und unterliegen einem „sehr viel höheren Professionalitätsgrad als in den Anfangszeiten der AIDS-Hilfe-Bewegung“.⁶

An diesem Punkt setzt die vorliegende Untersuchung an, indem sie prüft, ob die Qualität der Telefonberatung bei deutschen AIDS-Hilfen tatsächlich der eines „professionellen Arbeitsverständnisses“ entspricht.⁷

2.1.2 Die Telefonberatung unter 19411 heute

In der aktuellen Liste der ordentlichen Mitglieder der Deutschen AIDS-Hilfe (Stand: 24. Oktober 1995) finden sich neben verschiedenen anderen Beratungseinrichtungen 96 regionale AIDS-Hilfen, die alle für telefonische Anfragen zu HIV und AIDS offenstehen. Über eine spezielle Telefonnummer, die nur Beratungszwecken dient, verfügen 77 dieser AIDS-Hilfen.⁸ In den meisten Fällen wird für diese gesonderte „Beratungs-Hotline“ die bundesweit einheitliche Rufnummer 19411 genutzt, die „über die DAH, als Dachverband der regionalen AIDS-Hilfen, vergeben (wird)“.⁹ Einziges Kriterium für den Erhalt der Rufnummer 19411 ist die Vereinszugehörigkeit der jeweiligen Institution zur Deutschen AIDS-Hilfe.¹⁰

In vielen Publikationen und Werbemedien der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) und der Deutschen AIDS-Hilfe (DAH) wird auf das bundesweite Angebot telefonischer AIDS-Beratung unter 19411 aufmerksam gemacht. Ein Ratsuchender muß deshalb voraussetzen können, daß ihm unter

5 Lühmann, a.a.O., S. 50

6 ebd.

7 ebd.

8 Deutsche AIDS-Hilfe e.V. (Hrsg.): Heutiger Wissensstand. 19. Auflage, Berlin 1994, S. 33 ff

9 Schreiben der DAH an den Autor vom 8.3.1996

10 ebd.

dieser Rufnummer, auch zu verschiedenen Zeitpunkten oder an verschiedenen Orten, stets einheitliche (weil abgesicherte) Informationen zu HIV und AIDS erteilt werden.

Die vorliegende Untersuchung beschränkt sich aufgrund der direkten Vergleichbarkeit auf deutsche AIDS-Hilfen, die Telefonberatung unter der Rufnummer 19411 anbieten – das Kriterium des einheitlichen Informationsstandes läßt sich bei diesen Institutionen am unmittelbarsten überprüfen.

2.2 Die Untersuchungskonzeption: Selbstauskünfte kontra Fremdbeobachtungen

Die direkteste Methode zur Qualitätskontrolle von Telefonberatung besteht auf den ersten Blick wohl darin, verschiedene Institutionen anzurufen und die erteilten Auskünfte zu vergleichen. Bei einer solchen Vorgehensweise bleibt jedoch viel Hintergrundwissen im Verborgenen. Deshalb wurde die vorliegende Untersuchung in zwei aufeinanderfolgenden Phasen durchgeführt, mit dem Ziel, die Qualität der Telefonberatung bei deutschen AIDS-Hilfen aus unterschiedlichen Perspektiven zu beleuchten.

Für die erste Phase der empirischen Untersuchung wurde die Form des Fragebogens und damit die der *Selbstauskunft* gewählt. Die untersuchten AIDS-Hilfen sollten aus ihrem eigenen Blickwinkel grundsätzliche Angaben zur Telefonberatung machen, und zwar im Hinblick auf:

- die Organisation der Telefonberatung (Beratungszeiten, personelle Ausstattung),
- die Qualifizierung der Telefonberater (Grundausbildung, fachliche Betreuung),
- die Mindeststandards im Beratungsgespräch (jederzeit präsentenes Wissen über HIV und AIDS).

Ziel dieser Fragebogen-Aktion war es, das Angebot der Telefonberatung und die Ausbildung der Berater bei verschiedenen AIDS-Hilfen auf gravierende Differenzen hin zu überprüfen und herauszufinden, ob ein Anrufer schon aufgrund dieser institutionellen Gegebenheiten mit unterschiedlichen Beratungsstandards rechnen muß. Ferner sollte direkt von den einzelnen AIDS-Hilfen erfragt werden, wie weit das inhaltliche Spektrum ihres telefonischen Beratungsangebots reicht, d.h. welche Erwartungen der Anrufer an ein Beratungsgespräch mindestens haben kann.

Die zweite Phase der Untersuchung wurde als telefonische Testreihe aus dem Blickwinkel des Anrufers und somit in der Form der *Fremdbeobachtung* konzipiert. Gedacht war an einen Vergleich der untersuchten AIDS-Hilfen im Hinblick auf:

- die Inhalte bestimmter Auskünfte in der Telefonberatung und
- das Verhalten der Berater bei der Erteilung dieser Auskünfte.

Als Ziel der Testanrufe sollte ermittelt werden, ob telefonische Beratungsauskünfte zwischen verschiedenen, aber auch innerhalb einzelner AIDS-Hilfen tatsächlich gravierend voneinander abweichen und wie sich das Beraterverhalten im Sinne der Ausführlichkeit und Klientenorientierung darstellt. Aus der

Perspektive des Klienten gesprochen sollte also geklärt werden, inwiefern sich ein Anrufer überhaupt auf die Richtigkeit der unter 19411 erteilten Informationen zu HIV und AIDS verlassen kann.

Zusammengefaßt läßt die beschriebene zweiphasige Form der Untersuchung verschiedene Analysemöglichkeiten zu. Verglichen werden können:

- die Selbstauskünfte (Ausbildungsstandards bei verschiedenen AIDS-Hilfen) untereinander,
- die Fremdbeobachtungen untereinander, und zwar
 - extern: zwischen verschiedenen AIDS-Hilfen (Testanrufe bei verschiedenen AIDS-Hilfen),
 - intern: innerhalb einzelner AIDS-Hilfen (verschiedene Testanrufe bei einer AIDS-Hilfe),
- die Selbstauskünfte mit den Fremdbeobachtungen bezüglich der Gesamtheit der untersuchten AIDS-Hilfen,
- die Selbstauskünfte mit den Fremdbeobachtungen bezüglich einzelner AIDS-Hilfen.

Im Folgenden nun detaillierte Informationen zur Entwicklung, Durchführung und Auswertung der beiden empirischen Studien.

2.3 Entwicklung der empirischen Untersuchungen

Vorbemerkung: Beide empirischen Untersuchungen wurden unter der Prämisse entwickelt, nicht zwischen haupt- und ehrenamtlicher Telefonberatung zu differenzieren. Folgende Gründe führten zu dieser Entscheidung:

- In grundsätzlichen Fragen zu HIV und AIDS müssen haupt- und ehrenamtliche Telefonberater im Interesse der Klienten gleichermaßen qualifiziert sein.
- Anrufer können ohne gezielte Nachfrage am Telefon nicht erkennen, ob sie von einem Haupt- oder Ehrenamtlichen beraten werden; die Anbieter der Rufnummer 19411 ermöglichen es einem Klienten nicht, zwischen haupt- und ehrenamtlicher Telefonberatung zu wählen.

Bei der Konzeption des Fragebogens und der telefonischen Testreihe wurden diese klientenorientierten Perspektiven bewußt in den Vordergrund gestellt – ein zusätzlicher Qualitätsvergleich von haupt- und ehrenamtlicher Beratung hätte den Rahmen dieser Arbeit gesprengt.

2.3.1 Entwicklung des Fragebogens

Der Fragebogen „zu Standards der Telefonberatung bei deutschen AIDS-Hilfen“ (so der damalige Arbeitstitel der Untersuchung) wurde als Mischfassung aus quantitativen und qualitativen Erhebungen gestaltet.

Quantitative Fragestellungen wurden dabei im Interesse einer besseren Auswertbarkeit bevorzugt, waren jedoch nicht immer möglich, da sonst das Antwortverhalten in einigen Punkten von vorneherein zu stark beeinflußt worden wäre.

Thematisch wurde der Fragebogen in fünf Teile (A-E) gegliedert:

A: Allgemeine Angaben zur Institution

B: Allgemeine Angaben zum Angebot der Telefonberatung

C: Fragen zur Grundausbildung der Telefonberater

D: Fragen zur fortlaufenden fachlichen Betreuung der Telefonberater

E: Fragen zur Telefonberatung

Teil A sollte der Erfassung von Daten dienen, die für die Durchführung der beiden empirischen Untersuchungen wichtig waren. Erfragt wurden

- die aktuelle Adresse der Institution für eventuellen Schriftverkehr oder Nachfragen,
- das Vorhandensein der Rufnummer 19411 als Grundvoraussetzung zur Beteiligung an der Untersuchung,
- die telefonischen Beratungszeiten als Hilfsmittel für die Realisierung der Testanrufe,
- die personelle Ausstattung der Institution, die Größe ihres Standortes und der Ost/West-Status als eventuelle Kriterien für eine differenzierte Auswertung (vgl. Kap. 2.5.1).

Teil B des Fragebogens wurde mit dem Ziel erstellt, ein allgemeines Bild von der Quantität (Häufigkeit der Beratungszeiten) und der personellen Ausstattung der Telefonberatung bei deutschen AIDS-Hilfen zu gewinnen. Zwei grundsätzliche Fragestellungen bildeten hier den Hintergrund:

- Wie rasch erhält ein Anrufer im Bedarfsfall – je nach Ort und Zeit – eine telefonische Beratung seitens der nächstgelegenen AIDS-Hilfe (telefonische Beratungszeiten)?
- Mit welcher Wahrscheinlichkeit trifft ein Anrufer auf einen haupt- oder ehrenamtlichen Berater (personelle Ausstattung und Dienstverteilung)?

Daneben sollte hier noch einmal überprüft werden, wie hoch der Anteil der AIDS-Hilfen ist, die mit haupt- und ehrenamtlichen Beratern arbeiten, und in welcher Größenordnung sich der Selbsthilfegedanke (Mitwirkung von Ehrenamtlichen) bei der Telefonberatung der AIDS-Hilfen heute noch erhalten hat (vgl. Kap. 2.1.1).

Teil C des Fragebogens wurde als ein Raster entwickelt, mit dem das Profil der Grundausbildung von Telefonberatern bei deutschen AIDS-Hilfen ermittelt werden sollte. Dieses Raster wurde in drei Abschnitten angelegt:

Als Ausgangspunkt (erster Abschnitt) wurde die Frage formuliert, ob es in der jeweiligen AIDS-Hilfe überhaupt bestimmte Voraussetzungen gibt, die ein Telefonberater erfüllt haben muß, bevor er selbständig am Telefon beraten darf (Vorhandensein einer Grundausbildung). Die Bejahung dieser Frage war notwendige Bedingung für die Beantwortung der nachfolgenden Abschnitte.

Im zweiten Abschnitt wurde in tabellarischer Form die Häufigkeit bestimmter Methoden und Inhalte in der Grundausbildung der Telefonberater erfragt (quantitative Befragung). Dabei konnte zwischen ausführlichem, weniger aus-

führlichem oder gar keinem Vorkommen der vorgegebenen Methoden und Inhalte unterschieden werden.

Im Hinblick auf die Methoden sollte vor allem herausgefunden werden, in welcher Form Grundkenntnisse an Telefonberater vermittelt werden, d.h. ob diese eher referiert (Fachreferat, Einweisung durch Fachkräfte), eher gemeinschaftlich erarbeitet (Diskussion, Übung/Rollenspiel, Hospitation, Supervision) oder über Fachlektüre vom „Auszubildenden“ eher selbständig „angelesen“ werden.

Im Hinblick auf die Inhalte lag die Fragestellung zugrunde, welche Themenfelder bei den AIDS-Hilfen überhaupt als grundlegend für die Telefonberatung angesehen werden. Neben Standardthemen der AIDS-Beratung (HIV-Infektionswege, Safer Sex-Praktiken, Kondomgebrauch, HIV-AK-Test) wurde hier auch das Vorkommen ergänzender Fachgebiete (medizinische und rechtliche Kenntnisse), Gesprächstechniken (Kommunikationspsychologie, Methoden der Beratung) und Vermittlungskompetenzen (Kenntnis externer Beratungsangebote) in der Grundausbildung der Telefonberater abgefragt.

Qualitative Angaben waren zur Konkretisierung weit gefaßter Begriffe (medizinische und rechtliche Kenntnisse) sowie für eigene Ergänzungen möglich.

Im Mittelpunkt dieser Erhebungen stand immer die Frage, inwiefern die Qualität der Telefonberatung schon innerhalb der Grundausbildung maßgeblich geprägt wird. Der Beantwortung dieser Frage diente auch der dritte Abschnitt, in dem nach Umfang, personeller Ausstattung und Struktur der Grundausbildung gefragt wurde. Es sollte herausgefunden werden, wie ausführlich (Umfang), wie kompetent (haupt-/ehrenamtliche, interne/externe Kräfte) und wie strukturiert (fest geplant oder eher bedarfsorientiert) Telefonberater geschult werden – sicherlich wesentliche Kriterien für die Qualitätssicherung der Telefonberatung.

Parallel zu *Teil C* wurde *Teil D* des Fragebogens als vergleichbares Raster angelegt; dieses sollte nun aber die weitere fachliche Betreuung der bereits „aktiven“ Telefonberater überprüfen. Wiederum wurde als Ausgangspunkt eine grundsätzliche Frage gestellt: ob es in der jeweiligen AIDS-Hilfe überhaupt eine fortlaufende fachliche Betreuung der „aktiven“ Telefonberater gibt. Die Bejahung dieser Frage war Voraussetzung für das Ausfüllen der nachfolgenden Abschnitte:

In etwas differenzierterer Form als in *Teil C* wurde dort nach der Häufigkeit (immer, oft, gelegentlich, selten, gar nicht) bestimmter Methoden und Inhalte in der fachlichen Betreuung der Telefonberater gefragt (quantitative Befragung). Von Interesse war hier herauszufinden, ob Telefonberater bei den einzelnen AIDS-Hilfen die Möglichkeit haben, Beratungsgespräche unter fachlicher Anleitung zu reflektieren, und ob es eine Veranstaltung gibt, in der Telefonberater regelmäßig über neue Erkenntnisse aus den Bereichen HIV und AIDS informiert werden können.

Als mögliche Methoden der fachlichen Betreuung wurden im Fragebogen verschiedene Varianten der Reflexion und des Feedbacks (Austausch über Beratungsgespräche, Diskussion, Supervision, Hospitation, Übung/Rollenspiel), der fachlichen Weiterbildung (Fachreferat, Übung/Rollenspiel), aber auch der Qualitätskontrolle (Hospitation, Supervision) zur Auswahl gestellt.

Bezüglich der Inhalte wurde erfragt, mit welcher Intensität Fachkenntnisse aus den Bereichen HIV-Infektion und AIDS, Medizin und Recht sowie Gesprächstechniken (Kommunikationspsychologie, Methoden der Beratung) und Vermittlungskompetenzen (Kenntnis externer Beratungsangebote) in der fachlichen Betreuung der Telefonberater vorkommen. Auch hier wurde wieder an mehreren Stellen Raum für eigene qualitative Ergänzungen gelassen.

Von besonderem Interesse waren die Fragen nach Umfang, personeller Ausstattung und Struktur der fachlichen Betreuung der Telefonberater: Ein Anrufer muß voraussetzen können, daß Mitarbeiter in einem so verantwortungsvollen Bereich wie der AIDS-Beratung regelmäßig und fachlich kompetent betreut und weitergebildet werden. Diese Prämisse sollte auf ihre tatsächliche Erfüllung hin untersucht werden.

Am Ende des Fragebogens wurde in *Teil E* noch ein direkter Bezug zur inhaltlichen Reichweite des Angebots der Telefonberatung hergestellt. Ausgangspunkt hierfür war die Frage, ob es einen bestimmten Kernbereich von Auskünften gibt, die ein Anrufer von den Telefonberatern der jeweiligen AIDS-Hilfe immer erwarten kann.

Die untersuchten AIDS-Hilfen wurden also befragt, welche fachlichen Informationen über HIV und AIDS während der telefonischen Beratungszeiten jederzeit direkt (also ohne Weitervermittlung) von ihren Telefonberatern gegeben werden können. Dabei wurden zentrale Themen der AIDS-Beratung (HIV-Infektionswege, Safer Sex, Kondomgebrauch, HIV-AK-Test, medizinische und rechtliche Kenntnisse) als Antwortmöglichkeiten vorgegeben, aber auch Raum für eigene Ergänzungen gelassen. Ziel sollte die Ermittlung von Mindeststandards im Beratungsgespräch (im Sinne eines Erwartungshorizonts des Anrufers) sein.

Ausgehend von der weiteren Überlegung, daß jeder Berater zwangsläufig irgendwann an die Grenzen seiner Kompetenz stößt, wurden die AIDS-Hilfen ferner befragt, bei welchen Fragen im Zusammenhang mit HIV und AIDS ihre Telefonberater innerhalb der AIDS-Hilfe oder an eine externe Institution weitervermitteln müssen. Hier wurde ausschließlich Raum für qualitative Angaben gelassen, da mit sehr vielfältigen Antworten zu rechnen war.

In logischer Konsequenz wurde schließlich die Frage formuliert, bei welchen Themen in Zusammenhang mit HIV und AIDS die Telefonberater der untersuchten AIDS-Hilfen weder selbst Auskunft geben noch an eine andere Person oder Institution weitervermitteln können. Hier wurde von vornherein mit einem eher sparsamen Antwortverhalten gerechnet.

Insgesamt sollte mit dem Fragebogen also geprüft werden, ob und in welcher Intensität die untersuchten AIDS-Hilfen die Qualität ihrer Telefonberatung sichern, insbesondere im Hinblick auf die Quantität des Angebots sowie die Aus- und Fortbildung der Berater. Daneben sollte ermittelt werden, welche (inhaltlichen) Erwartungen mit einer telefonischen Beratung unter 19411 verknüpft werden können. Dies alles allerdings aus der Sicht der befragten Institutionen.

Als Kontrast zu diesen Selbstauskünften wurde eine telefonische Testreihe im Sinne der Fremdbeobachtung entwickelt:

2.3.2 Entwicklung des Testanrufs

Um die geplante Serie von Testanrufen bei deutschen AIDS-Hilfen durchführen und später analysieren zu können, mußte ein feststehender und stets wiederholbarer Gesprächsverlaufsplan entwickelt werden. Dabei wurden zunächst folgende Grundsatzkriterien für den Testanruf festgelegt:

- möglichst geringe Gesprächsdauer: Da eine große Zahl von Testanrufen vorgesehen war, sollte die Dauer pro Gespräch höchstens 5 bis 10 Minuten betragen. Eine Überlastung der Testanrufer durch zu lange, sich ständig wiederholende Gesprächsabläufe war zu vermeiden.
- glaubwürdiger und praxisnaher Gesprächsverlauf: Die einzelnen Fragen des Testanrufs mußten in ihrer Formulierung und ihrer Aneinanderreihung einer „echten“ Beratungssituation nachempfunden sein.
- Repräsentativ-Charakter der Testfragen: Für den Testanruf waren Fragen auszuwählen, die innerhalb der Telefonberatung bei deutschen AIDS-Hilfen besonders oft vorkommen und einen zentralen Stellenwert bei der AIDS-Aufklärung einnehmen.
- Vergleichbarkeit der Auskünfte: Die Testfragen mußten auf Auskünfte abzielen, die sich objektiv vergleichen lassen.
- Allgemeingültigkeit der Testfragen: Die Fragen waren so zu formulieren, daß sie auch ohne gleichzeitige Schilderung einer persönlichen Problemsituation gestellt werden können.
- Berücksichtigung des Beraterverhaltens: Anhand der Beantwortung der Testfragen sollten auch grundsätzliche Kriterien des Beraterverhaltens (Klientenorientierung, Ausführlichkeit) beurteilt werden können.

Unter Beachtung dieser Kriterien wurde der Testanruf mit den folgenden drei Fragen entwickelt:

Frage 1: „Wieviel Zeit muß zwischen einem Ansteckungsrisiko und dem HIV-Test liegen?“

Diese Frage wird in vergleichbaren Formulierungen sehr häufig an die Telefonberater von AIDS-Hilfen gerichtet. Gleichzeitig gibt es für die Beantwortung der Frage einen festen und schon vor geraumer Zeit publizierten Richtwert: Der Zeitraum zwischen HIV-Infektion und Serokonversion (Nachweis der Antikörper) wird von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) und der Deutschen AIDS-Hilfe (DAH) seit 1992 mit 16 Wochen angegeben. Basis hierfür sind u.a. Erkenntnisse der Welt-AIDS-Konferenz 1992 in Amsterdam und Aussagen des Robert-Koch-Instituts, Fachgruppe Infektionsepidemiologie, in Berlin.¹¹

Die erste Frage der telefonischen Testreihe sollte somit überprüfen, ob sich die untersuchten AIDS-Hilfen in ihren Auskünften zum HIV-AK-Test an den Richtwert der BZgA und der DAH halten. Ferner sollte das Beraterverhalten bei dieser Fragestellung untersucht werden. Von Interesse war dabei, ob die Telefonberater

¹¹ Schreiben der DAH an den Autor vom 8.3.1996

der untersuchten AIDS-Hilfen die Frage lediglich knapp mit einer Zeitangabe beantworten oder ob sie folgende zusätzlichen Beratungsleistungen erbringen:

- Rückfrage nach Vorhandensein eines Infektionsrisikos,
- Rückfrage nach konkretem Test-Vorhaben,
- Empfehlung einer Adresse für den HIV-AK-Test.

Es sollte also ermittelt werden, ob die Telefonberater an dieser Stelle den Horizont des Gesprächs erweitern oder nicht.

Frage 2: „Wie hoch ist das HIV-Infektionsrisiko bei Oralsex?“

Auch diese Frage kommt sehr oft in der telefonischen AIDS-Beratung vor. In ihrer allgemeinen Formulierung ist sie wenig aussagekräftig, wenn vom Anrufer nicht mitgeteilt wird, ob heterosexueller oder homosexueller, aktiver oder passiver Oralsex gemeint ist. Diese sehr undeutliche Fragestellung wurde bewußt gewählt, um zu testen, wie die Telefonberater der untersuchten AIDS-Hilfen darauf reagieren. Es sollte ermittelt werden,

- ob die jeweiligen Telefonberater die Frage sofort beantworten und damit selbst einen bestimmten Inhalt in die Frage „hineininterpretieren“,
- ob vor der Beantwortung eine Rückfrage nach der vom Anrufer gemeinten Sexualpraktik gestellt wird oder
- ob die Frage so umfassend beantwortet wird, daß alle denkbaren Varianten erklärt sind.

Hier stand also die Klientenorientierung der Telefonberater zur Debatte.

Beim Testanruf tatsächlich gemeint sein sollte mit der obigen Fragestellung das Infektionsrisiko für den aktiven Partner beim Cunnilingus. Damit wurde nach einem Risiko gefragt, das in seiner Höhe durchaus umstritten ist und sehr unterschiedlich eingeschätzt wird. Meist wird das Infektionsrisiko dieser Sexualpraktik aus verschiedenen Gründen, die hier nicht diskutiert werden können, als gering eingestuft.¹²

Von Interesse für die vorliegende Untersuchung war die Frage, wie hoch Telefonberater bei deutschen AIDS-Hilfen das Infektionsrisiko von Cunnilingus einschätzen. Dabei ging es vor allem darum festzustellen, wie stark die Auskünfte zu dieser Frage bei verschiedenen AIDS-Hilfen/Telefonberatern voneinander abweichen und damit zu Verunsicherungen bei den Anrufern führen.

Frage 3: „Was fällt eigentlich alles unter Safer Sex?“

Mit dieser Frage sollte die Kompetenz der Telefonberater untersucht werden, einen so zentralen Begriff wie den des „Safer Sex“ erläutern zu können. Von Interesse für die Untersuchung war die Unterscheidung, ob die Frage mit einer allgemeinen Erklärung („kein Austausch infektiöser Flüssigkeiten“ o.ä.), mit konkreten Nennungen („Geschlechtsverkehr mit Kondom“ usw.) oder mit beidem beantwortet wird und welche Nennungen unter dem Schlagwort „Safer Sex“ besonders häufig oder besonders selten vorkommen. Dadurch sollte er-

12 Schreiben der DAH an den Autor vom 8.3.1996 sowie Aufklärungsbroschüren der BZgA und der DAH

mittelt werden, wie ausführlich und umfassend an den Beratungstelefonen der untersuchten AIDS-Hilfen Safer Sex-Aufklärung betrieben wird.

Insgesamt wurde somit ein Testanruf konzipiert, der wichtige und häufig erfragte Themen der AIDS-Aufklärung anspricht, die in einer schlüssigen Abfolge aneinander gereiht sind und sich gut auseinander entwickeln lassen. Zudem erfüllen diese Testfragen das Kriterium der objektiven Vergleichbarkeit.

2.4 Durchführung der empirischen Untersuchungen

2.4.1 Durchführung der Fragebogen-Aktion

Die Fragebogen-Aktion wurde vom 31. Oktober 1995 bis zum 6. Januar 1996 durchgeführt.

Als Begleittext zum Fragebogen wurde ein Anschreiben formuliert, in dem die AIDS-Hilfen über den Hintergrund der Untersuchung informiert und um eine Rücksendung des Fragebogens gebeten wurden. Zudem wurden ein Stichtag (30.11.1995) als Zeitpunkt der spätestmöglichen Rücksendung genannt und ein frankierter Rückumschlag mit dem Ziel der Erhöhung der Rücklaufquote beigelegt. Diese dreiteilige Sendung (Anschreiben, Fragebogen, Rückumschlag) wurde am 31. Oktober 1995 an 77 AIDS-Hilfen verschickt. Angeschrieben wurden alle AIDS-Hilfen, die über ein gesondertes Beratungstelefon verfügen – als Quelle wurde die Liste der AIDS-Hilfen im von der DAH herausgegebenen „Heutigen Wissensstand“ verwendet (siehe hierzu auch Kap. 2.1.2).

Von den am 31.10.1995 verschickten 77 Fragebögen kamen 50,6% (39 Fragebögen) fristgerecht, also bis zum vorgegebenen Stichtag 30.11.1995, zurück. Um die Rücklaufquote zu erhöhen, wurde daraufhin der Stichtag bis zum 6.1.1996 verlängert. Gleichzeitig wurden die AIDS-Hilfen, welche den Fragebogen noch nicht zurückgesandt hatten, telefonisch darum gebeten, dies bis zum 6.1.1996 nachzuholen. Die endgültige Rücklaufquote lag dann am 6.1.1996 bei 72,7% (56 Fragebögen).

Von den 56 zurückgeschickten Fragebögen konnten drei nicht in die Untersuchung miteinbezogen werden: ein Fragebogen war nicht ausgefüllt, zwei AIDS-Hilfen erfüllten nicht die Grundvoraussetzung, über die Beratungsnummer 19411 zu verfügen. Somit reduzierte sich die Quote der auswertbaren Fragebögen auf 68,8% (53 Fragebögen).

2.4.2 Durchführung der Testanrufe

Die telefonische Testreihe wurde vom 9. Januar 1996 bis zum 26. Februar 1996 durchgeführt.

Alle AIDS-Hilfen, von denen ein ausgefüllter Fragebogen vorlag und von denen bekannt war, daß sie über die Beratungsnummer 19411 verfügen, sollten an der telefonischen Testreihe beteiligt werden. Eine AIDS-Hilfe konnte nicht berücksichtigt werden, da sie inzwischen die Rufnummer 19411 abgeschafft

hatte. Die AIDS-Hilfe Hamburg wurde wegen des dort zu hohen Bekanntheitsgrades der Untersuchung ausgenommen. Für die telefonische Testreihe verblieben also 51 AIDS-Hilfen.

Jede dieser AIDS-Hilfen sollte dreimal, möglichst zu verschiedenen Tageszeiten und an verschiedenen Wochentagen, angerufen werden, um das Untersuchungsergebnis nicht an den Auskünften einzelner Mitarbeiter festmachen zu müssen. Außerdem konnten hierdurch die jeweiligen AIDS-Hilfen auch hinsichtlich ihrer internen Konstanz der Beratungsauskünfte untersucht werden (vgl. Kap. 2.2).

Bei einigen AIDS-Hilfen waren wegen sehr geringer Beratungszeiten und niedriger Mitarbeiterzahlen nur zwei Testanrufe möglich. Insgesamt konnten aber 149 Testanrufe durchgeführt und damit ein repräsentativer Charakter der Untersuchung erreicht werden.

Zur Dokumentation der Testanrufe wurde ein Gesprächsprotokoll-Formular entworfen, in dem der Testanrufer die von der jeweiligen AIDS-Hilfe erteilten Auskünfte schon während des Gesprächs schriftlich festhalten konnte. Denkbare Antwortvarianten waren in diesem Protokollformular bereits vorgegeben und mußten nur noch angekreuzt oder durch knappe Eintragungen ergänzt werden.

Neben mir selbst fungierten zwei in der Telefonberatung der AIDS-Hilfe Hamburg erfahrene Mitarbeiter als Testanrufer. Jeder dieser Testanrufer sollte möglichst jede der 51 AIDS-Hilfen einmal anrufen. Dadurch sollte eine Wiedererkennung eines bestimmten Anrufers bei den untersuchten AIDS-Hilfen vermieden werden.

Die Testanrufer wurden ausführlich in ihre Tätigkeit eingewiesen. Dabei galten für die Testanrufe vor allem folgende Durchführungsbestimmungen:

- Einhaltung des festgelegten Gesprächsablaufs,
- Formulierung der Einzelfragen gemäß Vorgabe (Gesprächsprotokoll-Formular),
- Festlegung der Berater auf klare Auskünfte,
- Vermeidung irreführender Zusatzinformationen,
- Vermeidung persönlicher Anmerkungen,
- Vermeidung einer routiniert wirkenden Befragung.

Die Testanrufer (grundsätzlich männlich und „heterosexuell“) wurden in Form von Hospitationen so lange geschult, bis alle über einen einheitlichen Gesprächsstandard verfügten.

2.5 Methodik der Auswertung

2.5.1 Allgemeine Kriterien

Um differenziertere analytische Aussagen bei der Auswertung der Fragebögen und der Testanrufe zu gewinnen, wurde in Erwägung gezogen, die untersuchten AIDS-Hilfen in sinnvolle Untergruppen einzuteilen. Hierzu wurden entsprechende Daten aus Teil A der Fragebögen verglichen (vgl. Kap. 2.3.1).

Eine Aufteilung der AIDS-Hilfen nach dem Ost/West-Status (neue/alte Bundesländer) mußte verworfen werden, da nur sechs von 53 Fragebögen aus den neuen Bundesländern kamen.

Als sinnvoll und umsetzbar erwies sich hingegen eine Berücksichtigung der Größe der Standorte der einzelnen AIDS-Hilfen. Bezüglich der Einwohnerzahlen der jeweiligen Standorte konnten die 53 AIDS-Hilfen nämlich in vier etwa gleichgroße Untergruppen eingeteilt werden:

Gruppe I: Standorte unter 100.000 Einwohner

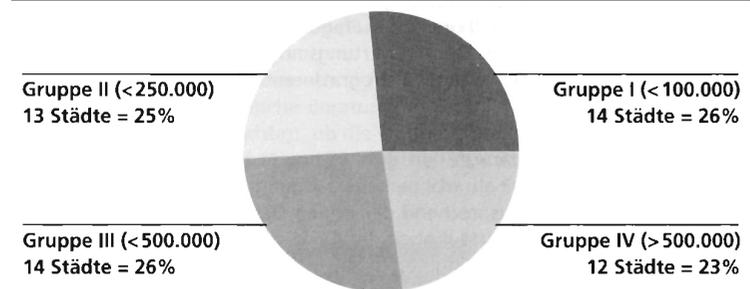
Gruppe II: Standorte von 100.000 bis unter 250.000 Einwohner

Gruppe III: Standorte von 250.000 bis unter 500.000 Einwohner

Gruppe IV: Standorte mit mindestens 500.000 Einwohnern

Die folgende Abbildung veranschaulicht die vorgenommene Unterteilung:

**Abb. 1: Standorte der befragten AIDS-Hilfen:
Verteilung nach Einwohnerzahlen (n=53)**



Anm.: Einwohnerzahlen gem. „Studien- und Berufswahl 1995/96“

Der Grund für diese Aufspaltung lag in der Frage, ob sich die Angaben/Auskünfte von AIDS-Hilfen in Groß- und Kleinstädten besonders auffallend voneinander unterscheiden.

Die Fragebögen bzw. Gesprächsprotokolle wurden dementsprechend zunächst in die Gruppen I-IV einsortiert und dort ausgezählt. Anschließend wurden die Einzelergebnisse der Untergruppen zum Gesamtergebnis für alle untersuchten AIDS-Hilfen aufaddiert.

Die Ergebnisdarstellung (Kap. 3 ff) bezieht sich immer auf die Gesamtheit der untersuchten AIDS-Hilfen oder bestimmte Teilgruppen davon. Eine Differenzierung nach der Standortgröße erfolgt nur dort, wo sie als besonders auffällig und aussagekräftig erscheint.

Zur Illustration der Untersuchungsergebnisse wurden zahlreiche Tabellen und Diagramme erstellt. Dabei wurden häufig jene AIDS-Hilfen, von denen keine Angaben vorlagen, nicht in die Grafiken mit einbezogen, da dies zu Lasten der Übersichtlichkeit gegangen wäre. Entsprechende Hinweise finden sich gegebenenfalls in den Fußnoten.

In der gesamten Ergebnisdarstellung der Untersuchung werden (mit Ausnahme einiger weniger besonders erfreulicher Beispiele) keine konkreten Institutionen oder Telefonberater namentlich genannt – Beispiele werden nur in verknüpfelter Form beschrieben.

2.5.2 Auswertung der Fragebögen

Die quantitativen Angaben in den Fragebögen wurden im Hinblick auf ihre Häufigkeiten ausgezählt.

Für die Auswertung der qualitativen Bestandteile des Fragebogens wurde folgende Grundsatzentscheidung getroffen: Da im Bereich der qualitativen Angaben oft mit sehr verschiedenen Formulierungen ähnliche/verwandte Inhalte beschrieben wurden, erschien es hier sinnvoll, inhaltliche Oberbegriffe zu bilden. So wurden beispielsweise Angaben wie „Krankheitsbehandlung“, „Medikation“ und „alternative Therapieformen“ unter dem Sammelbegriff „Therapie“ zusammengefaßt und ausgezählt usw.

Einige Fragebögen waren nur unvollständig ausgefüllt: Eine Auswahl aus vorgegebenen Antwortmöglichkeiten wurde von den befragten AIDS-Hilfen gelegentlich durch Nichtbeantwortung der ganzen Frage vermieden. Widersprüchliche Angaben innerhalb einzelner Fragebögen konnten meistens durch Rückfrage korrigiert werden. Die Auswertungsmöglichkeiten der Fragebögen wurden durch diese kleinen Mängel nicht gravierend beeinträchtigt.

2.5.3 Auswertung der Testanrufe

Die Testanrufe wurden entsprechend der in den Gesprächsprotokollen vorliegenden Daten ausgewertet (Häufigkeit der Auskünfte und bestimmter Verhaltensweisen der Berater). Dabei mußten gelegentlich Angleichungen vorgenommen werden, um ein einheitliches Ergebnis zu erhalten. So wurden beispielsweise bei Frage 1 alle in Form von Monatsangaben erteilten Auskünfte in Wochen umgerechnet.

Da aus der telefonischen Testreihe von den einzelnen AIDS-Hilfen mehrere (zumeist drei) Gesprächsprotokolle vorliegen, konnte nicht nur eine Auswertung bezüglich der Gesamtheit der Testanrufe erfolgen (externer Vergleich), sondern auch hinsichtlich der Beratungsqualität bei einzelnen Institutionen (interner Vergleich).

Erkenntnisse aus den Anrufen, die sich nicht direkt auf die Ziele der vorliegenden Untersuchung beziehen, wurden nicht beachtet. Ferner wurden subjektive Wahrnehmungen wie die Höflichkeit von Beratern nicht in die Auswertung mit einbezogen – ausgewertet wurden nur nachweisbare Fakten.

2.5.4 Gegenüberstellung Fragebögen – Testanrufe

Für die zusammenfassende Schlußbewertung der Untersuchung (vgl. Kap. 5) wurden zwei Auswertungsmethoden benutzt: Zum einen wurden die *Gesamtergebnisse* der telefonischen Testreihe (Kap. 4) denen der Fragebogen-Aktion (Kap. 3) gegenübergestellt, zum anderen wurden der Fragebogen und die Testanrufe bei *einzelnen* AIDS-Hilfen miteinander verglichen. Hierdurch sollten eine auf die Gesamtheit bezogene Abschlußanalyse sowie illustrative Einzelbeispiele gewonnen werden.

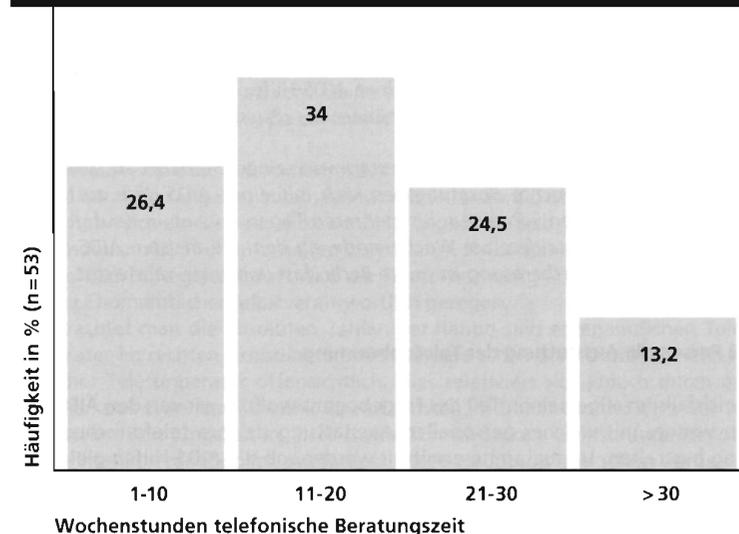
3. Das Angebot der Telefonberatung und die Qualifizierung der Telefonberater bei deutschen AIDS-Hilfen: Ergebnisse der schriftlichen Befragung

Bei der Darstellung der Ergebnisse werden die einzelnen Themen entsprechend ihrer Abfolge im Fragebogen erläutert: Zunächst folgen allgemeine Daten zum Angebot (Kap. 3.1) und zur personellen Ausstattung (Kap. 3.2) der Telefonberatung. Anschließend wird die Qualifizierung der Telefonberater hinsichtlich ihrer Grundausbildung (Kap. 3.3) und ihrer fortlaufenden fachlichen Betreuung (Kap. 3.4) überprüft. Die Beschreibung von einigen Mindeststandards im Beratungsgespräch (Kap. 3.5) und eine Gesamtbewertung der Ergebnisse aus den Fragebögen (Kap. 3.6) bilden den Abschluß.

3.1 Quantitatives Angebot der Telefonberatung

Im allgemeinen Teil der Untersuchung wurden die AIDS-Hilfen befragt, in welchem Umfang sie telefonische Beratung anbieten. Bei der Auswertung dieser Angaben wurde berücksichtigt, ob die wöchentlichen telefonischen Beratungszeiten unter 10, zwischen 11 und 20, zwischen 21 und 30 oder über 30 Stunden liegen. Das folgende Diagramm veranschaulicht die Ergebnisse:

Abb. 2: Quantitatives Angebot der Telefonberatung bei den befragten AIDS-Hilfen



Anm.: 1,9% k.A.

Bei 84,9% der befragten AIDS-Hilfen bewegt sich das wöchentliche Angebot telefonischer Beratung also in einem Rahmen von zwei (niedrigste Angabe) bis 30 Stunden, wobei ein deutlicher Schwerpunkt erkennbar ist: ein Drittel (34%) der befragten AIDS-Hilfen verfügt über telefonische Beratungszeiten zwischen 11 und 20 Wochenstunden.

Tendenziell wird der Umfang der telefonischen Beratungszeit mit zunehmender Einwohnerzahl des Standortes größer: Während die durchschnittliche wöchentliche Telefonberatungszeit in den AIDS-Hilfen der Gruppen I (Standort bis 100.000 Einwohner) und II (Standort 100.000 bis 250.000 Einwohner) noch bei etwa 17 Stunden liegt, erreicht sie bei den AIDS-Hilfen der Gruppe IV (Standort über 500.000 Einwohner) mit etwa 30 Stunden fast den doppelten Umfang. Ein wöchentliches Angebot von 1 bis 10 Stunden Telefonberatung wird in den Gruppen I und II insgesamt zehnmal, in Gruppe IV hingegen nur einmal genannt.

Für die AIDS-Hilfen, die über besonders hohe telefonische Beratungszeiten (über 30 Wochenstunden) verfügen, lassen sich aus den Fragebögen zwei plausible Erklärungen ersehen:

In einigen AIDS-Hilfen werden während der gesamten Bürozeiten auch Anrufe unter der Beratungsnummer 19411 bedient; die Beratungszeiten entsprechen also den Öffnungszeiten dieser Institutionen. Dies führt zu dem Kuriosum, daß ein Ratsuchender z.B. in einer Kleinstadt der Gruppe I während der gesamten Arbeitszeit einer Vollzeitkraft (also 38,5 Stunden pro Woche) über die 19411 telefonisch beraten werden kann, während eine Millionenstadt der Gruppe IV „nur“ 6 Wochenstunden Telefonberatung anbietet. Selbstverständlich muß hier aber berücksichtigt werden, daß viele AIDS-Hilfen zusätzlich auch die unter Büro-Telefonnummern auflaufenden Beratungswünsche sofort erfüllen und somit effektiv über ein höheres Telefonberatungsangebot verfügen, als dies aus den speziellen Beratungszeiten der 19411 ersichtlich ist.

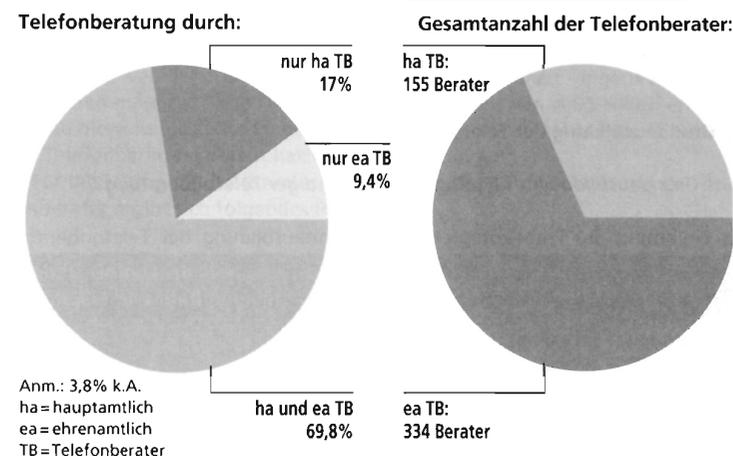
Einen Ausnahmefall bildet die Berliner AIDS-Hilfe, bei der aufgrund einer speziellen Telefonschaltung eine annähernde „Rund-um-die-Uhr“-Beratung unter 19411 angeboten werden kann.

Für den Anrufer hängt es somit sehr stark von seinem Standort ab, wie rasch das von ihm gewünschte Beratungsgespräch mit einer AIDS-Hilfe zustandekommt – Wartezeiten von einem bis mehreren Tagen müssen in Kauf genommen werden, insbesondere am Wochenende, an dem die meisten AIDS-Hilfen schließen. Eine Sofortberatung ist nur in Berlin fast immer gewährleistet.

3.2 Personelle Ausstattung der Telefonberatung

Gleichfalls im allgemeinen Teil des Fragebogens wollten wir von den AIDS-Hilfen wissen, mit welcher personellen Ausstattung sie ihre telefonische Beratung bestreiten. Hierbei sollte ermittelt werden, ob die AIDS-Hilfen gleichzeitig haupt- und ehrenamtliche, nur hauptamtliche oder nur ehrenamtliche Telefonberater beschäftigen und wie groß die Zahl der haupt-/ehrenamtlichen Telefonberater ist. Die folgenden Diagramme geben Aufschluß zu diesen Fragen:

Abb. 3: Verteilung hauptamtliche/ehrenamtliche Telefonberater bei den befragten AIDS-Hilfen



Wie aus dem linken Kreisdiagramm zu ersehen ist, decken 69,8% der befragten AIDS-Hilfen das telefonische Beratungsangebot mit haupt- und ehrenamtlichen Kräften ab. Dies bestätigt die eingangs formulierte These, daß es wenig Sinn macht, bei der Untersuchung der 19411 zwischen haupt- und ehrenamtlichen Beratern zu unterscheiden (vgl. Kap. 2.3).

Bei den AIDS-Hilfen, die nur über hauptamtliche Telefonberater verfügen, handelt es sich zumeist um sehr kleine Institutionen mit ein bis drei Mitarbeitern, für die sich eine Gruppe ehrenamtlicher Telefonberater nicht lohnt oder nicht realisieren läßt.

Interessant ist aber, daß immerhin 9,4% der befragten AIDS-Hilfen ihr telefonisches Beratungsangebot ausschließlich mit ehrenamtlichen Kräften abdecken. Hier scheint sich ein kleines Relikt der ursprünglich als Selbsthilfeorganisationen entstandenen AIDS-Hilfen erhalten zu haben – als beispielhaft kann die Münchener AIDS-Hilfe gelten: dort wird die Telefonberatung unter 19411 von einer Gruppe Ehrenamtlicher selbstverantwortlich geregelt.

Betrachtet man die absoluten Zahlen der haupt- und ehrenamtlichen Telefonberater im rechten Kreisdiagramm, wird eine scheinbare Dominanz ehrenamtlicher Telefonberater offensichtlich. Dies relativiert sich jedoch durch die Tatsache, daß Ehrenamtliche mit ihren Diensten im Durchschnitt 33,1% der telefonischen Beratungszeiten ihrer Institution abdecken (Selbstauskünfte der AIDS-Hilfen im Fragebogen). Außerdem sitzen Hauptamtliche schon aufgrund ihrer Arbeitszeiten häufiger am Beratungstelefon.

Zusammenfassend läßt sich sagen, daß der Selbsthilfegedanke bei der Telefonberatung der AIDS-Hilfen nach wie vor eine wichtige Rolle spielt. Fast überall sind Ehrenamtliche an der Aufrechterhaltung der telefonischen Beratung

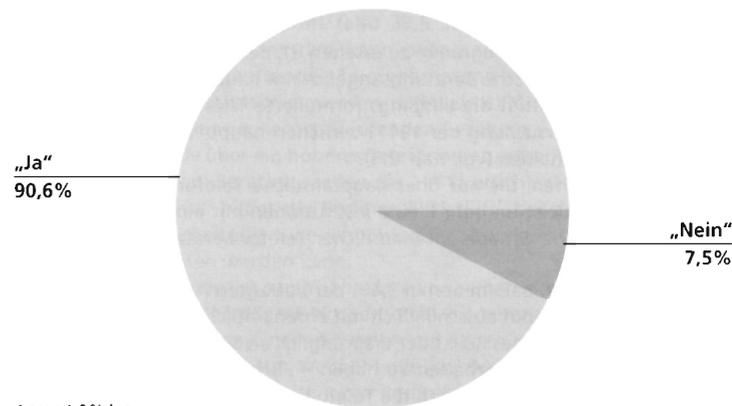
maßgeblich beteiligt, mancherorts sogar in Form von speziellen Angeboten („Positive beraten Positive“, „Rosa Telefon“ usw.). Andererseits muß gerade bei ehrenamtlichen Mitarbeitern, die oft nur wenige Grundkenntnisse mitbringen, eine hinreichende Qualifizierung für diese verantwortungsvolle Tätigkeit sichergestellt sein.

3.3 Grundausbildung der Telefonberater

3.3.1 Grundausbildung als Bedingung selbständiger Telefonberatung?

Als Einleitung des Fragekomplexes zur Grundausbildung der Telefonberater sollten die befragten AIDS-Hilfen Auskunft darüber geben, ob es in ihrer Institution bestimmte Voraussetzungen gibt, die ein Telefonberater unbedingt erfüllt haben muß, bevor er selbständig am Telefon beraten darf. Das folgende Kreisdiagramm zeigt ein klares Ergebnis:

Abb. 4: Gibt es bestimmte Voraussetzungen als Bedingung selbständiger Telefonberatung? Angaben in % (n=53)



90,6% der befragten AIDS-Hilfen lassen ihre Mitarbeiter nicht ohne eine vorherige Grundausbildung selbständig am Telefon beraten. Bei den Institutionen, welche die o.g. Frage verneint haben, handelt es sich zum Teil um sehr kleine Einrichtungen, deren ausschließlich hauptamtliche Mitarbeiter ihre Qualifikation aus ihrer Berufsausbildung mitbringen. Lediglich bei etwa 3,7% der untersuchten AIDS-Hilfen bleibt der Grund für das negative Antwortverhalten unklar.

Eine Grundausbildung wird also bei fast allen AIDS-Hilfen zur Bedingung selbständiger Telefonberatung gemacht.

3.3.2 Methoden der Grundausbildung

Zur näheren Analyse der Grundausbildung der Telefonberater wurden Schwerpunkte gesetzt: die befragten AIDS-Hilfen sollten angeben, ob bestimmte vorgegebene Methoden und Inhalte in der Grundausbildung ihrer Telefonberater ausführlich, weniger ausführlich oder gar nicht vorkommen – eigene Ergänzungen waren möglich. Diese Angaben wurden nur von den AIDS-Hilfen erbeten, welche die vorangestellte Frage nach bestimmten Voraussetzungen selbständiger Telefonberatung bejaht hatten (48 Einrichtungen).

Für die Häufigkeit bestimmter Methoden in der Grundausbildung der Telefonberater ergibt sich folgendes Resultat:

**Abb. 5: Grundausbildung der Telefonberater
Häufigkeit der Methoden in % (n=48)**

METHODEN	kommt ausführlich vor	kommt weniger ausführlich vor	kommt gar nicht vor	keine Angabe
Fachreferat ¹	33,3	31,3	14,6	20,8
Supervision	45,8	29,2	14,6	10,4
Hospitation	66,7	20,8	6,3	6,2
Übung/Rollenspiel	47,9	29,2	12,5	10,4
Diskussion ²	79,2	14,6	0	6,2
Einweisung durch Fachkräfte	77,1	12,5	0	10,4
Selbständige Wissensaneignung	62,5	31,3	0	6,2
und/oder... ³	10,4	0	0	88,6

Anm.: 1) i.S.v. Vortrag einer Fachkraft über ein HIV/AIDS-relevantes Thema
 2) i.S.v. Gruppendiskussion über ein HIV/AIDS-relevantes Thema
 3) Hier waren ergänzende Angaben möglich

Betrachtet man zunächst die ausführlich vorkommenden Methoden, so liegt die Diskussion (79,2%) vor der Einweisung durch Fachkräfte (77,1%), der Hospitation (66,7%) und der selbständigen Wissensaneignung (62,5%). Fragt man hingegen nach den Methoden, die *mindestens* weniger ausführlich vorkommen, erreichen die Diskussion und die selbständige Wissensaneignung jeweils 93,8%, gefolgt von der Einweisung durch Fachkräfte (89,5%) und der Hospitation (87,5%). Diese vier Methoden scheinen also den „Löwenanteil“ vieler Grundausbildungen auszumachen.

Ein interessanter Aspekt ergibt sich bei näherer Betrachtung der selbständigen Wissensaneignung: Das Verhältnis, in dem diese Methode als ausführlicher oder weniger ausführlicher Bestandteil der Grundausbildung genannt wird, liegt in den Standorten mit weniger als 250.000 Einwohnern bei 85:15, in den Standorten mit mehr als 250.000 Einwohnern deutlich niedriger: bei 52:48. Die selbständige Wissensaneignung spielt also bei den kleineren AIDS-Hilfen eine

bedeutendere Rolle, während in den größeren Institutionen offenbar mehr (Personal-) Kapazitäten zur Präsentation und Vermittlung von Wissen zur Verfügung stehen.

Umgekehrt verhält es sich mit der Methode Übung/Rollenspiel, die bei 77,1% der befragten AIDS-Hilfen in der Grundausbildung der Telefonberater vorkommt. Das Verhältnis zwischen ausführlichem und weniger ausführlichem Vorkommen dieser Methode liegt bei den AIDS-Hilfen in Standorten mit weniger als 250.000 Einwohnern bei 41:49, während es in den Standorten mit mehr als 250.000 Einwohnern bei 80:20 liegt. Die Methode Übung/Rollenspiel scheint also in kleineren AIDS-Hilfen eher ergänzend, in den größeren Institutionen eher grundlegend genutzt zu werden.

Im Hinblick auf die weiteren Methoden sind keine auffälligen lokalen Unterschiede erkennbar: Die Vermittlungsform des Fachreferats kommt bei 77,1% der AIDS-Hilfen in der Grundausbildung der Telefonberater vor, Supervision bei 75%.

Aus den ergänzenden qualitativen Angaben geht hervor, daß 22,9% der befragten AIDS-Hilfen auch oder ausschließlich externe Seminare und Schulungen für die Grundausbildung ihrer Telefonberater nutzen.

3.3.3 Inhalte der Grundausbildung

Betrachten wir nun die Häufigkeit, mit der bestimmte *Inhalte* in der Grundausbildung der Telefonberater vorkommen:

**Abb. 6: Grundausbildung der Telefonberater
Häufigkeit der Inhalte in % (n=48)**

INHALTE	kommt ausführlich vor	kommt weniger ausführlich vor	kommt gar nicht vor	keine Angabe
HIV-Infektionswege	95,8	0	0	4,2
Safer Sex-Praktiken	87,5	8,3	0	4,2
Kondomgebrauch	87,5	6,3	2,1	4,1
Grundzüge HIV-AK-Test	89,6	4,2	0	6,2
Medizinische Kenntnisse ¹	37,5	50,0	0	12,5
Rechtliche Kenntnisse ¹	18,8	62,5	8,3	10,4
Kommunikationspsychologie	41,7	35,4	12,5	10,4
Methoden der Beratung	66,7	20,8	2,1	10,4
Externe Beratungsangebote...	56,3	29,2	2,1	12,4
und/oder... ¹	8,3	2,1	0	89,6

Anm.: 1) Hier waren ergänzende Angaben möglich

Die „HIV-Infektionswege“ werden, abgesehen von zwei fehlenden Angaben, von allen befragten AIDS-Hilfen als ausführliches Standardthema der Grundausbildung der Telefonberater genannt. Ebenso deutliche Zahlen ergeben sich für die Themen „Safer Sex-Praktiken“, „Kondomgebrauch“ und „Grundzüge HIV-AK-Test“, die alle bei über 90% der befragten Institutionen – größtenteils ausführlich – vorkommen.

Somit scheint die Grundausbildung der Telefonberater sehr praxisnah zu sein. Aus der Statistik der AIDS-Hilfe Hamburg ergibt sich beispielsweise, daß Fragen zu den HIV-Infektionswegen (39,9%), zur Testmethodik (19,7%) und zu medizinischen Themen (15,8%) in der Telefonberatung am häufigsten gestellt werden.¹³

In der Grundausbildung der Telefonberater werden bei 87,5% der befragten AIDS-Hilfen auch speziellere medizinische Kenntnisse vermittelt, jedoch bei der Hälfte (50%) der untersuchten AIDS-Hilfen weniger ausführlich. Interessant ist hier wieder der Vergleich zwischen Klein- und Großstädten. Das Verhältnis zwischen ausführlichem und weniger ausführlichem Vorkommen medizinischer Kenntnisse in der Grundausbildung liegt für die AIDS-Hilfen der Gruppe I (unter 100.000 Einwohner) bei 20:80, für die AIDS-Hilfen der Gruppe IV (über 500.000 Einwohner) hingegen bei 60:40. Für die Gruppen II und III ergeben sich ausgeglichene Werte. Größere AIDS-Hilfen können häufig auf eigene Ärzte zurückgreifen und damit wohl auch medizinische Themen stärker in die Grundausbildung ihrer Telefonberater einbringen.

Betrachtet man nun genauer, welche medizinischen Kenntnisse in der Grundausbildung der Telefonberater vermittelt werden, so sind es mit jeweils 22,9% vor allem Themen aus den Bereichen „Verlauf von HIV(-Infektion) und AIDS“ und „Krankheitsbilder von AIDS“, die häufig genannt werden. Auch verschiedene Kenntnisse zu „Therapien“ spielen bei 16,7% der befragten AIDS-Hilfen eine Rolle. Selten genannt werden „allgemeine Grundlagen“ oder Themen aus dem Bereich der Virologie.

Eine deutliche Randposition in der Grundausbildung der Telefonberater nehmen rechtliche Kenntnisse ein. Zwar kommen auch sie bei 81,3% der befragten AIDS-Hilfen in der Grundausbildung vor, jedoch bei 62,5% eher weniger ausführlich. Ein inhaltlicher Schwerpunkt liegt im Bereich des Sozialrechts, das von 22,9% der AIDS-Hilfen als Thema genannt wird. In geringem Umfang werden Fragen des Arbeits- und Erbrechts, der Rente und des Schwerbehindertenrechts angeführt.

Erstaunlich ist die Tatsache, daß bei 8,3% der befragten AIDS-Hilfen rechtliche Kenntnisse ausdrücklich *nicht* in der Grundausbildung der Telefonberater vorkommen. Dies würde in letzter Konsequenz bedeuten, daß selbst grundlegende Kenntnisse, etwa die Einwilligungspflicht zum HIV-AK-Test oder Fragen der Schweigepflicht, in der Grundausbildung dieser Institutionen fehlen.

Bei der Vermittlung von Grundlagen der Gesprächsführung scheinen in den befragten AIDS-Hilfen eher pragmatische Ansätze vorzuherrschen: Während Themen aus der „Kommunikationspsychologie“ bei knapp der Hälfte der AIDS-Hilfen (47,9%) weniger ausführlich oder gar nicht vorkommen, werden „Me-

¹³ AIDS-Hilfe Hamburg e.V., Sachbericht 1994, S. 24

thoden der Beratung“ bei 66,7% der Institutionen ausführlich in der Grundausbildung behandelt.

Daß Beratung auch die Fähigkeit zur Weitervermittlung beinhaltet, bestätigt sich anhand des Stellenwerts, den die Kenntnis externer Beratungsangebote und -institutionen in der Grundausbildung der Telefonberater einnimmt: Bei 85,5% der befragten AIDS-Hilfen sind externe Einrichtungen Thema der Grundausbildung, bei über der Hälfte (56,3%) sogar ausführlich.

3.3.4 Form der Grundausbildung

Nach der inhaltlichen Analyse wollten wir von den befragten AIDS-Hilfen wissen, in welcher Form und mit welchem Personal sie die Grundausbildung ihrer Telefonberater gestalten. Zu unterscheiden war, ob die Grundausbildung einem festen Ablaufplan oder dem jeweiligen Bedarf folgt, ob sie durch haupt- oder ehrenamtliche und ob sie durch interne oder externe Kräfte geleitet wird. Die Ergebnisse sind aus der folgenden Tabelle zu ersehen:

Abb. 7: Grundausbildung der Telefonberater/Struktur und Leitung (n=48)

STRUKTUR	fester Ablaufplan	Nach Bedarf verschieden	beides
Häufigkeit in % ¹	41,7	39,6	12,5
Leitung	durch Hauptamtliche	durch Ehrenamtliche	beides
Häufigkeit in % ²	43,8	10,4	31,3
Leitung	durch interne Kräfte	durch externe Kräfte	beides
Häufigkeit in % ³	18,8	22,9	31,3

Anm.: 1) 6,2% k.A.
2) 14,5% k.A.
3) 27,0% k.A.

Fest geplante und bedarfsorientiert gestaltete Grundausbildungen kommen bei den befragten AIDS-Hilfen mit jeweils etwa 40% also gleich häufig vor. Dazu gibt es einige Einrichtungen (12,5%), deren Grundausbildung für Telefonberater sowohl feste als auch variable Elemente enthält.

Bei zusätzlicher Beachtung der Standortgröße ergibt sich ein markanter Unterschied: Während in der Gruppe I (Standort unter 100.000 Einwohner) lediglich 36,4% der AIDS-Hilfen eine Grundausbildung mit einem mindestens teilweise festen Ablaufplan durchführen, sind es bei den AIDS-Hilfen der Gruppe IV (Standort über 500.000 Einwohner) immerhin 75% der befragten Institutionen. Dies deckt sich mit der Vermutung, daß kleinere AIDS-Hilfen ihre Telefonberater eher spontan und nach Bedarf ausbilden, wohingegen bei großen Einrichtungen oft fest terminierte und strukturierte Ausbildungsphasen zu durchlaufen sind, bevor neue Telefonberater ihren Dienst aufnehmen dürfen.

Zum Umfang der Grundausbildung der Telefonberater ergibt sich folgendes Bild:

Abb. 8: Grundausbildung der Telefonberater Umfang in Stunden (n=48)

Umfang in Stunden	Häufigkeit in %
1-10	6,3
11-20	16,7
21-30	4,2
31-40	4,2
41-50	10,4
51-60	6,3
61-70	0
71-80	6,3
81-90	0
über 91	4,2

Anm.: 41,1% k.A.

41,1% der AIDS-Hilfen haben hier keine Angabe gemacht; das entspricht in etwa der Anzahl von Institutionen (39,8%), deren Grundausbildung „nach Bedarf verschieden“ ausfällt (s.o.). Bei den übrigen Einrichtungen ergibt sich ein sehr breites Spektrum an Stundenangaben, das seinen einzigen Schwerpunkt bei 11 bis 20 Stunden hat (16,7%). Möglicherweise ist hier der Umfang eines Wochenendes gemeint.

Eine Abhängigkeit des Umfangs der Grundausbildung von der Standortgröße der AIDS-Hilfe ist nicht erkennbar. In Gruppe IV (Standorte über 500.000 Einwohner) gibt es beispielsweise Nennungen von unter 10 bis über 90 Stunden.

In personeller Hinsicht dominieren bei der Grundausbildung der Telefonberater die hauptamtlichen Kräfte: Bei 75,1% der befragten AIDS-Hilfen sind sie zumindest an der Durchführung beteiligt, bei 31,3% der Einrichtungen allerdings unter Mitwirkung von Ehrenamtlichen. Überraschend ist, daß bei 10,4% der untersuchten AIDS-Hilfen die Grundausbildung ausschließlich von Ehrenamtlichen gestaltet wird. 80% dieser Institutionen liegen in Standorten mit unter 250.000 Einwohnern. In den Standorten mit über 250.000 Einwohnern liegt die Beteiligung Hauptamtlicher an der Grundausbildung hingegen bei 88% der AIDS-Hilfen.

Eine Mehrheit bilden bei der Grundausbildung der Telefonberater die externen Kräfte: sie sind bei 54,2% der befragten AIDS-Hilfen zumindest beteiligt. Bei den 22,9% der AIDS-Hilfen, die ihre Grundausbildung ausschließlich externen Kräften überlassen, handelt es sich offenbar um jene Institutionen, die überwiegend auswärtige Schulungen oder Seminare nutzen (vgl. Kap. 3.3.2).

Unerwartet niedrig fällt die Zahl der AIDS-Hilfen aus, die ihre Grundausbildung für Telefonberater ausschließlich mit hauseigenen Kräften bestreiten (18,8%).

Die Daten zeigen, daß die Grundausbildung für Telefonberater sehr unterschiedlich ist: Während im Hinblick auf Methoden und Inhalte noch in vielen Punkten Übereinstimmungen zwischen den einzelnen AIDS-Hilfen zu erkennen sind, weichen Form und Umfang, je nach lokalen Gegebenheiten, stark voneinander ab. Dadurch ergeben sich zwangsläufig auch Unterschiede in der Gründlichkeit, mit der Grundkenntnisse vermittelt werden können. Ein komprimierter Wochenendlehrgang wird beispielsweise kaum ausreichen, um eine solide Basis für selbständige Telefonberatung zu schaffen.

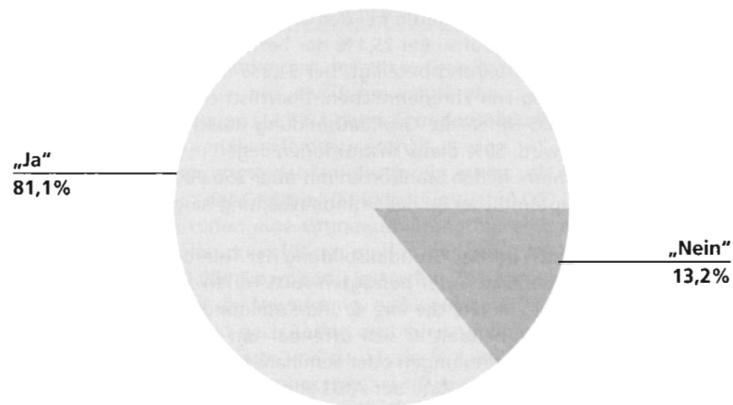
3.4 Fachliche Betreuung der „aktiven“ Telefonberater

Nachdem bisher von der grundlegenden Ausbildung der Telefonberater die Rede war, d.h. von den Ausbildungsmaßnahmen, die vor einer selbständigen Beratungstätigkeit zu absolvieren sind, soll nun untersucht werden, ob und wie die Mitarbeiter der befragten AIDS-Hilfen während ihrer „aktiven“ Beratungstätigkeit weiter fachlich betreut werden.

3.4.1 Gibt es eine fachliche Betreuung?

Die befragten AIDS-Hilfen sollten zunächst angeben, ob es in ihrer Einrichtung überhaupt eine fortlaufende fachliche Betreuung der „aktiven“ Telefonberater gibt. Das Ergebnis ist aus dem folgenden Kreisdiagramm zu ersehen:

Abb. 9: Gibt es eine fachliche Betreuung der „aktiven“ Telefonberater? Angaben in % (n=53)

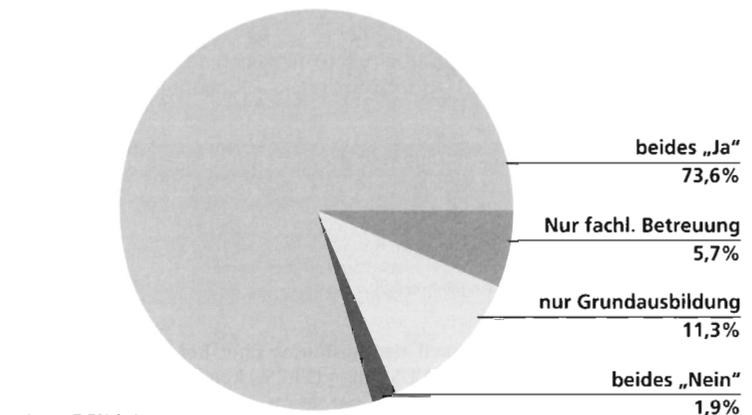


Anm.: 5,7% k.A.

Obwohl auch hier, wie schon bei der Frage nach dem Vorhandensein einer Grundausbildung, die Antworten mit 81,1% „Ja“-Stimmen sehr deutlich ausfallen, gibt es unter den befragten AIDS-Hilfen immerhin 13,2%, die eine fachliche Betreuung ihrer „aktiven“ Telefonberater explizit verneinen. Lediglich bei den AIDS-Hilfen der Gruppe IV (in Standorten mit über 500.000 Einwohnern) bieten alle Einrichtungen (abgesehen von einer fehlenden Angabe) eine fachliche Betreuung ihrer Telefonberater an.

Nähere Aufschlüsse lassen sich gewinnen, wenn man die Fragen nach dem Vorhandensein von Grundausbildung und fachlicher Betreuung der Telefonberater zusammen betrachtet:

Abb. 10: Gibt es eine Grundausbildung und eine fachliche Betreuung der Telefonberater? Angaben in % (n=53)



Anm.: 7,5% k.A.

Hier wird deutlich, daß knapp drei Viertel der befragten AIDS-Hilfen (73,6%) sowohl eine Grundausbildung als auch eine fachliche Betreuung ihrer Telefonberater gewährleisten. Bei immerhin 11,3% der untersuchten AIDS-Hilfen werden die Telefonberater nach der Grundausbildung allerdings der vollständigen Selbstverantwortung überlassen. Die fachlich angeleitete Aufarbeitung und Kontrolle der Telefonberatung und die Vermittlung neuer Kenntnisse scheinen in diesen Institutionen nicht stattzufinden.

Bei den AIDS-Hilfen, die nur eine fachliche Betreuung, aber keine Grundausbildung der Telefonberater durchführen (5,7%), handelt es sich um Einrichtungen mit ausschließlich hauptamtlichen Mitarbeitern, die Kenntnisse aus ihrer Berufsausbildung mitbringen (vgl. Kap. 3.3.1).

Insgesamt läßt sich also feststellen, daß eine Mehrzahl der befragten AIDS-Hilfen für eine kontinuierliche fachliche Betreuung ihrer Telefonberater sorgt, auch wenn diese zuvor schon eine Grundausbildung absolviert haben.

3.4.2 Methoden der fachlichen Betreuung

Wie bereits bei den Fragen zur Grundausbildung, sollten die untersuchten AIDS-Hilfen nun angeben, ob und wie oft bestimmte vorgegebene *Methoden* und *Inhalte* in der fachlichen Betreuung ihrer „aktiven“ Telefonberater vorkommen – selbstverständlich nur, sofern sie eine solche überhaupt anbieten. Eigene Ergänzungen waren möglich.

Über die Häufigkeit der *Methoden* gibt die folgende Tabelle Aufschluß:

**Abb. 11: Fachliche Betreuung der Telefonberater
Häufigkeit der Methoden in % (n=43)**

METHODEN	immer	ausführlich	gelegentlich	selten	gar nicht	keine Angabe
Supervision	41,9	20,9	20,9	2,3	11,6	2,4
Hospitation	18,6	20,9	20,9	4,7	20,9	14,0
Austausch...	51,2	39,5	4,7	2,3	0	2,3
Fachreferat ¹	9,3	11,6	32,6	18,6	16,3	11,6
Diskussion ²	39,5	34,9	14,0	4,7	2,3	4,6
Übung/Rollenspiel	7,0	16,3	41,9	14,0	11,6	9,2
und/oder... ³	4,7	0	2,3	0	2,3	90,7

Anm.: 1) i.S.v. Vortrag einer Fachkraft über ein HIV/AIDS-relevantes Thema
2) i.S.v. Gruppendiskussion über ein HIV/AIDS-relevantes Thema
3) Hier waren ergänzende Angaben möglich

Die entschieden größte Rolle spielt der Austausch über Beratungsgespräche: Bei über der Hälfte der befragten AIDS-Hilfen (51,2%) kommt dieser Austausch immer in der fachlichen Betreuung vor, bei 90,7% ist er mindestens oft Bestandteil. In keiner der Institutionen kommt diese Methode gar nicht vor.

Für die AIDS-Hilfen der Gruppe IV (Standorte über 500.000 Einwohner) ist der Austausch über Beratungsgespräche sogar in 90,9% der Institutionen immer Bestandteil.

Eng damit korrespondierend wird auch die Diskussion als häufige Methode genannt. In 74,4% der befragten AIDS-Hilfen finden Diskussionen oft oder sogar immer im Rahmen der fachlichen Betreuung Platz, nur bei 7% der Institutionen selten oder gar nicht.

Einen recht hohen Stellenwert nimmt die Supervision ein. 41,9% der befragten AIDS-Hilfen bringen die fachliche Betreuung der Telefonberater immer auch mit Supervision in Verbindung, weitere 41,8% zumindest gelegentlich bis oft. Insgesamt ist die Supervision bei 83,7% der untersuchten AIDS-Hilfen mindestens gelegentlicher Bestandteil der fachlichen Betreuung.

Eine sehr unterschiedliche Anwendung erfährt die Methode der Hospitation. Jeweils etwa ein Fünftel der befragten AIDS-Hilfen lassen diese Methode immer, oft oder gelegentlich in die fachliche Betreuung der Telefonberater einfließen,

20,9% allerdings auch gar nicht. Dies überrascht im Hinblick auf den Nutzen von Hospitationen bei der Reflexion von Beratungsgesprächen.

Ergänzenden Charakter hat im Rahmen der fachlichen Betreuung der Telefonberater das Fachreferat. Bei 67,5% der befragten AIDS-Hilfen kommt es nur gelegentlich bis gar nicht vor. Ähnlich verhält es sich mit der Methode Übung/Rollenspiel, die in vielen Einrichtungen nur gelegentlich angewandt wird (41,9%). Als weitere Methoden werden von den befragten AIDS-Hilfen lediglich sehr selten Schulungen oder Seminare genannt.

Von Interesse ist noch ein Spezifikum bei den AIDS-Hilfen der Gruppe IV (Standorte über 500.000 Einwohner): Bei keiner einzigen der Methoden ist in dieser Gruppe auch nur einmal „gar nicht“ angekreuzt worden. Das läßt auf eine besonders vielseitige fachliche Betreuung der Telefonberater in den großen AIDS-Hilfen schließen.

3.4.3 Inhalte der fachlichen Betreuung

Wenden wir uns nun den *Inhalten* der fachlichen Betreuung der Telefonberater zu. Einen Gesamtüberblick bietet zunächst die folgende Tabelle:

**Abb. 12: Fachliche Betreuung der Telefonberater
Häufigkeit der Inhalte in % (n=43)**

INHALTE	immer	ausführlich	gelegentlich	selten	gar nicht	keine Angabe
Fachwissen zu HIV/AIDS ¹	32,6	32,6	16,3	2,3	0	16,2
Medizinisches Fachwissen ¹	23,3	23,3	34,9	7,0	0	11,5
Rechtliches Fachwissen ¹	9,3	2,3	46,5	18,6	9,3	14,0
Kommunikationspsychologie	7,0	20,9	30,2	18,6	9,3	14,0
Methoden der Beratung	18,6	34,9	30,2	11,6	0	4,7
Externe Beratungsangebote	7,0	18,6	41,9	16,3	2,3	13,9
und/oder... ¹	2,3	2,3	0	2,3	0	93,1

Anm.: 1) Hier waren ergänzende Angaben möglich

Fast schon selbstverständlich steht das Fachwissen zu HIV und AIDS an oberer Stelle – es kommt bei 65,2% der befragten AIDS-Hilfen immer oder oft innerhalb der fachlichen Betreuung der Telefonberater vor. Bei den 16,3% der Institutionen, die sich nur gelegentlich mit Fachwissen zu HIV und AIDS befassen, muß allerdings gefragt werden, was hier dann im Vordergrund der fachlichen Betreuung steht (s.u.).

Inhaltlich werden unter „Fachwissen zu HIV/AIDS“ vor allem „neue Erkenntnisse“ (14%) und die „Infektionswege“ (9,3%) genannt, ferner der „HIV-Test“ (7%), „Phobien“ (4,7%), „spezielle Risikogruppen“ (4,7%) und „Safer Sex“ (2,3%).

Auch das speziellere medizinische Fachwissen wird bei den befragten AIDS-Hilfen häufig innerhalb der fachlichen Betreuung der Telefonberater behandelt: Bei 46,6% der Institutionen kommt es mindestens oft, bei weiteren 34,9% zumindest gelegentlich vor. Interessant ist die Tatsache, daß das medizinische Fachwissen bei 54,5% der AIDS-Hilfen der Gruppe IV (Standort mit über 500.000 Einwohnern) nur gelegentlich oder selten thematisiert wird. Dies könnte darauf hinweisen, daß in größeren AIDS-Hilfen während der Telefonberatung schneller an medizinische Fachkräfte (z.B. hauseigene Ärzte) verwiesen werden kann.

Inhalte des behandelten medizinischen Fachwissens kommen aus den Bereichen „neue Erkenntnisse“ (18,6%) und „Therapien“ (16,3%). Weiter werden die „Krankheitsbilder“ und der „Verlauf von HIV und AIDS“ von jeweils 4,7% der befragten AIDS-Hilfen genannt.

Wie schon in der Grundausbildung, spielen rechtliche Kenntnisse auch bei den „aktiven“ Telefonberatern eine untergeordnete Rolle. So kommen Rechtsfragen in der fachlichen Betreuung der meisten AIDS-Hilfen vor, aber überwiegend gelegentlich (46,5%) oder sogar selten (18,8%). Erstaunlicherweise ist rechtliches Fachwissen aber bei 9,3% der untersuchten AIDS-Hilfen immer Thema der fachlichen Betreuung.

Inhaltlich gefüllt wird der Begriff „Rechtliches Fachwissen“ oft mit „Sozialrecht“ (11,6%) oder „Pflegeversicherung“ (7%), selten mit „Rentenfragen“ (4,7%), „Arbeitsrecht“ (2,3%) oder „Strafrecht“ (2,3%). Der HIV-Antikörperstest wird im Zusammenhang mit rechtlichem Fachwissen nicht genannt.

Bei den Inhalten, die sich auf Grundlagen der Gesprächsführung beziehen, bestätigt sich eine Tendenz, die schon bei der Grundausbildung erkennbar war:

Kommunikationspsychologie wird bei den befragten AIDS-Hilfen auch innerhalb der fachlichen Betreuung der Telefonberater eher gelegentlich oder selten thematisiert (zusammen 48,8%).

Anders verhält es sich mit den Methoden der Beratung, die bei über der Hälfte der befragten AIDS-Hilfen (53,5%) immer oder oft, bei weiteren 30,2% gelegentlich in der fachlichen Betreuung der Telefonberater vorkommen. Mit 83,7% mindestens gelegentlichem Vorkommen liegen die Methoden der Beratung damit noch vor dem Fachwissen zu HIV und AIDS (s.o.), woraus man schließen kann, daß bei den untersuchten AIDS-Hilfen nicht nur auf korrekte Informationen, sondern auch auf eine gute Gesprächsführung von seiten der Telefonberater Wert gelegt wird.

Kenntnisse über externe Beratungsangebote fließen ebenfalls in die fachliche Betreuung der Telefonberater ein, meistens jedoch gelegentlich oder selten (zusammen 58,2%).

Zusätzliche Inhalte werden nur sehr zurückhaltend genannt und beschränken sich auf speziellere Themen wie „Angst“ oder „Krisenintervention“.

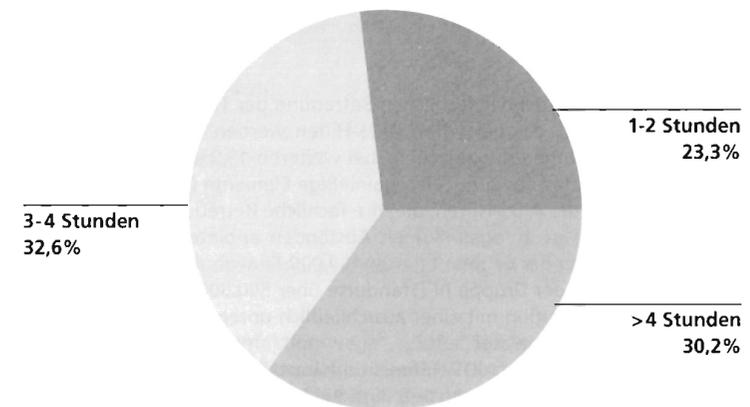
Insgesamt läßt sich aufgrund dieser Daten also feststellen, daß die fachliche Betreuung der Telefonberater bei den befragten AIDS-Hilfen vor allem für die Aufarbeitung von Beratungsgesprächen genutzt wird. Ferner dient sie der Vermittlung neuer Kenntnisse und der Vertiefung von fachlichen Kompetenzen.

3.4.4 Form der fachlichen Betreuung

Auch für die fortlaufende fachliche Betreuung der „aktiven“ Telefonberater sollten die befragten AIDS-Hilfen Auskünfte zu deren Umfang, Struktur und personeller Ausstattung geben.

Für den monatlichen Umfang der fachlichen Betreuung ergibt sich folgendes Bild:

**Abb. 13: Fachliche Betreuung der Telefonberater
Umfang in Stunden / Angaben in % (n=43)**



Bei knapp zwei Drittel (62,8%) der befragten AIDS-Hilfen umfaßt die fachliche Betreuung der Telefonberater mindestens drei Stunden pro Monat, bei etwa einem Drittel (30,2%) sogar mehr als vier Stunden. Hierdurch kommt ein Standard zustande, der sich zwischen ein und zwei monatlichen Sitzungen bewegen dürfte. Mehr als vier Stunden monatliche Betreuung sind allerdings eher in den größeren AIDS-Hilfen üblich: Unter den Einrichtungen der Gruppe I (Standorte unter 100.000 Einwohner) wird eine solche Stundenzahl nur einmal genannt, unter den Institutionen der Gruppe IV (Standorte über 500.000 Einwohner) hingegen sechsmal.

Über strukturelle und personelle Merkmale der fachlichen Betreuung der Telefonberater informiert die folgende Tabelle:

**Abb. 14: Fachliche Betreuung der Telefonberater
Struktur und Leitung (n=43)**

STRUKTUR	regelmäßige Veranstaltungen	unregelmäßige Veranstaltungen	beides
Häufigkeit in % ¹	60,5	18,6	13,9
Leitung	durch Hauptamtliche	durch Ehrenamtliche	beides
Häufigkeit in % ²	48,8	9,3	18,6
Leitung	durch interne Kräfte	durch externe Kräfte	beides
Häufigkeit in % ³	16,3	16,3	16,3

Anm.: 1) 7,0% k.A.
2) 23,3% k.A.
3) 51,1% k.A.

Regelmäßigkeit steht bei der fachlichen Betreuung der Telefonberater im Vordergrund: Bei 60,5% der befragten AIDS-Hilfen werden ausschließlich regelmäßige Veranstaltungen durchgeführt, bei weiteren 13,9% enthält die fachliche Betreuung mindestens zum Teil regelmäßige Elemente (insgesamt 74,4%).

Von den 18,6% der AIDS-Hilfen, die ihre fachliche Betreuung der Telefonberater ausschließlich in unregelmäßigen Abständen anbieten, sind etwa zwei Drittel in Standorten der Gruppe I (unter 100.000 Einwohner) angesiedelt. Unter den AIDS-Hilfen der Gruppe IV (Standorte über 500.000 Einwohner) gibt es hingegen keine Institution mit einer ausschließlich unregelmäßigen fachlichen Betreuung der Telefonberater.

In 67,4% der befragten AIDS-Hilfen sind hauptamtliche Mitarbeiter an der Leitung der fachlichen Betreuung beteiligt. Bei knapp der Hälfte der Institutionen (48,8%) gibt es sogar ausschließlich hauptamtliche Anleiter für die „aktiven“ Telefonberater. In jeder zehnten der untersuchten AIDS-Hilfen (9,3%) gibt es offenbar autonome ehrenamtliche Telefonberater-Gruppen – ein ähnlicher Wert hatte sich schon für die Grundausbildung ergeben (vgl. Kap. 3.3.4).

Die Gestaltung der fachlichen Betreuung der Telefonberater durch interne oder externe Kräfte scheint etwa gleichmäßig verteilt zu sein, wenngleich die sparsamen Auskünfte der AIDS-Hilfen zu dieser Frage (51,1% keine Angaben) nur begrenzte Schlüsse zulassen.

Die fachliche Betreuung der „aktiven“ Telefonberater wird also von den AIDS-Hilfen, die eine solche überhaupt anbieten, zumeist sehr ernst genommen: sie erfolgt regelmäßig und umfassend und bietet somit ein Forum zur Klärung von Fragen und Problemen, die sich aus der Telefonberatung ergeben.

3.5 Mindeststandards im Beratungsgespräch

Bislang war nur von Aus- und Weiterbildungsstandards der Telefonberater die Rede, die für Anrufer bei AIDS-Hilfen eher im Verborgenen bleiben. Nun wollten wir aber, ganz aus der Klientenperspektive, von den untersuchten AIDS-Hil-

fen noch wissen, welche fachlichen Informationen über HIV und AIDS während der telefonischen Beratungszeiten *jederzeit* von den Telefonberatern gegeben werden können. Einige der im Fragebogen vorgegebenen Beratungsinhalte konnten von den AIDS-Hilfen durch ergänzende Eintragungen eingeschränkt oder spezialisiert werden. Die folgende Tabelle zeigt das Ergebnis dieser Befragung:

**Abb. 15: Mindeststandards im Beratungsgespräch
Jederzeit abfragbare Inhalte in % (n=53)**

INHALTE	„jederzeit abfragbar“	aber inhaltlich eingeschränkt ¹
HIV-Infektionswege	100	
Safer Sex-Praktiken	100	
Sachgemäßer Kondomgebrauch	100	
Grundlagen HIV-Test	98,1	
Medizinische Informationen ¹	86,8	66,0
Rechtliche Informationen ¹	52,8	41,5
und/oder... ¹	18,9	

Anm.: 1) Hier waren ergänzende Angaben möglich

Bei den Kapiteln „HIV-Infektionswege“, „Safer Sex-Praktiken“, „Sachgemäßer Kondomgebrauch“ und „Grundlagen zum HIV-Test“ (1,9% „Nein“) handelt es sich also um Standardthemen, die laut Selbstauskunft bei allen untersuchten AIDS-Hilfen während der telefonischen Beratungszeiten jederzeit abfragbar sind.

Hierauf basieren auch die drei Fragen, die für die zweite empirische Untersuchung (die telefonische Testreihe) entwickelt wurden.

Die Zahl der AIDS-Hilfen, bei denen auch medizinische Informationen jederzeit über die Telefonberatung gegeben werden können, ist mit 86,8% erstaunlich hoch. Von diesen AIDS-Hilfen schränken jedoch drei Viertel (76,1%) das Spektrum der medizinischen Informationen auf ganz bestimmte Teilgebiete ein: An vorderster Stelle werden „Therapien“ (34,8%) genannt, häufig auch „Grundlagen“ (21,7%), „Krankheitsbilder“ bzw. „Krankheitsverlauf“ (jeweils 19,6%) sowie „neue Erkenntnisse“ (10,9%).

Auch rechtliche Informationen gehören bei der Hälfte der befragten AIDS-Hilfen (52,8%) zu den Standards der Telefonberatung, größtenteils aber wieder themenfixiert (davon 78,6%): den Schwerpunkt bilden Grundlagen des Sozialrechts (39,3%), ergänzt durch die Bereiche Arbeitsrecht (14,3%), Pflegeversicherung (10,7%) und „Rentenfragen“ (7,1%).

Unter der Prämisse „jederzeit abfragbar“ und in Anbetracht des hohen Anteils ehrenamtlicher Telefonberater (vgl. Kap. 3.2) überrascht die Häufigkeit, mit der die befragten AIDS-Hilfen auch medizinische und rechtliche Informationen zu den Grundstandards ihrer Telefonberatung zählen.

Als weitere Standardinhalte der Telefonberatung werden zu gleichen Teilen, mit jeweils 18,9%, „spezielle Zielgruppen“, „externe Angebote“ und „interne Angebote“ genannt.

Bei vielen Fragen im Zusammenhang mit HIV und AIDS kann ein Telefonberater in die Situation geraten, innerhalb seiner AIDS-Hilfe oder an eine externe Institution weitervermitteln zu müssen. Wir wollten von den untersuchten AIDS-Hilfen wissen, bei welchen Fragen eine solche Weitervermittlung notwendig wird. Folgende Themen wurden genannt (in Klammern jeweils die Häufigkeit der Nennungen):

■ „Spezielle medizinische Fragen“	(41,5%)
■ „Spezielle rechtliche Fragen“	(26,4%)
■ „Fragen zur medizinischen Behandlung, Pflege und Versorgung“	(24,5%)
■ „Generell rechtliche Fragen“	(22,6%)
■ „Fragen zum Thema Drogen“	(13,2%)
■ „Schwere psychische Probleme“ und „Fragen zu Psychotherapien“	(13,2%)
■ „Nähere Details zum HIV-Test“	(11,3%)
■ „Sozialrechtliche Fragen“	(9,4%)
■ „Soziale Problemlagen“	(9,4%)
■ „Phobien“	(9,4%)
■ „Generell medizinische Fragen“	(5,7%)
■ „Fragen zur Partnerschaft“	(3,8%)
■ „Fragen zu speziellen Zielgruppen“	(3,8%)

Obwohl medizinische und rechtliche Informationen von vielen AIDS-Hilfen zu den Grundstandards der Telefonberatung gezählt werden (s.o.), sind also detailliertere Fragen aus diesen Bereichen oft erst durch Weitervermittlung an entsprechende Fachkräfte zu klären.

Bei 9,4% der befragten AIDS-Hilfen kann man sich keine Themen im Zusammenhang mit HIV und AIDS vorstellen, die eine Weitervermittlung des Anrufers erforderlich machen.

Außerordentlich sparsam beschreiben die untersuchten AIDS-Hilfen schließlich, bei welchen Fragen in Zusammenhang mit HIV und AIDS ihre Telefonberater weder selbst Auskunft geben noch an eine andere Person oder Institution verweisen können. Drei Viertel (75,5%) der befragten AIDS-Hilfen lassen die Antwort offen oder schließen eine solche Situation ausdrücklich aus.

Genannt werden hier vor allem „Rechtsfragen“ (5,7%) und „medizinische Fragen“ (3,8%) in Verbindung mit lokalen Gegebenheiten (z.B. „kein adäquater Arzt vorhanden“). Ferner werden „pharmakologische Fragen“ (3,8%) und „Auskünfte über Dritte“ (3,8%) angeführt.

Die Mindeststandards der Telefonberatung bei den befragten AIDS-Hilfen liegen nach deren Selbstauskünften also eher im präventiven Bereich: Ein Anrufer kann unter der Nummer 19411 jederzeit erwarten, über HIV-Infektionswege, Safer Sex sowie Grundlagen des HIV-AK-Tests kompetent informiert zu werden. Speziellere medizinische oder rechtliche Fragen können hingegen nicht immer sofort geklärt werden. Ebenso gehört die Besprechung schwerer psychischer Probleme nicht zu den Grundstandards der Telefonberatung der AIDS-Hilfen.

3.6 Bewertung der Ergebnisse

Die vorangegangene Untersuchung verdeutlicht zweierlei: zum einen zeigt sie, daß es sich bei der telefonischen Beratung durch AIDS-Hilfen um ein sehr spezielles Angebot handelt, das auf die Erörterung von Fragen und Problemen im Zusammenhang mit HIV und AIDS abzielt. Entsprechend spezialisiert werden die Telefonberater ausgebildet und fachlich betreut (Methoden und Inhalte). Information steht hier vor Intervention. Das unterscheidet die Telefonberatung der AIDS-Hilfen beispielsweise von der Telefonseelsorge, bei der die Berater viel stärker mit psychosozialen Anliegen konfrontiert und entsprechend geschult werden.¹⁴

Zum anderen zeigt die Untersuchung, daß das Ausbildungsniveau der Telefonberater nach den Selbstauskünften der befragten AIDS-Hilfen insgesamt gut ist. Die meisten Telefonberater werden sowohl grundständig geschult als auch während ihrer „aktiven“ Zeit weiter fachlich betreut. Allerdings muß ein Anrufer bei der AIDS-Hilfe, je nach Standort und Zeitpunkt, mit einer unterschiedlichen Beratungsqualität rechnen: er kann auf ein umfangreiches oder geringes Beratungsangebot, einen haupt- oder ehrenamtlichen, einen sehr ausführlich oder sehr knapp geschulten Telefonberater treffen.

Ob damit gleichzeitig auch die konkreten Beratungsauskünfte starken Schwankungen unterliegen, soll durch die folgende Untersuchung, die telefonische Testreihe, ermittelt werden.

4. Die Qualität der Telefonberatung bei deutschen AIDS-Hilfen: Ergebnisse der Testanrufe

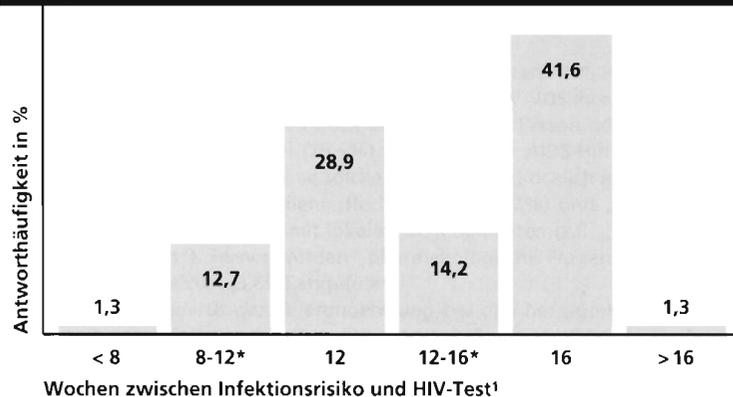
Im folgenden werden die Ergebnisse der telefonischen Testreihe zunächst in zweierlei Hinsicht beleuchtet: Für jede der drei Testfragen werden zum einen die Inhalte der beobachteten Antwortvarianten dargestellt; zum anderen werden bestimmte Aspekte des Beraterverhaltens, etwa Ausführlichkeit und Klientenorientierung, analysiert. Dabei wird chronologisch entsprechend der Abfolge der Fragen in den Testanrufen vorgegangen (Fragen 1-3 = Kap. 4.1 bis 4.3). Eine spezielle Untersuchung institutionsinterner Differenzen beim Antwortverhalten wird in Kapitel 4.4 vorgenommen. Nach einer Sammlung der skurrilsten Antworten aus den Testanrufen (Kap. 4.5) bildet die Gesamtbewertung der Ergebnisse (Kap. 4.6) den Abschluß.

4.1 Antwortverhalten bei Frage 1: Bestimmung des geeigneten Zeitpunktes zur Durchführung des HIV-AK-Tests

Zu Beginn jedes Testanrufs wurde dem jeweiligen Berater die Frage gestellt: „Wieviel Zeit muß zwischen einem Ansteckungsrisiko und dem HIV-Test liegen?“

Das folgende Schaubild zeigt die hierzu erteilten Auskünfte und deren Häufigkeiten:

Abb. 16: Telefonische Testreihe
Frage nach Zeit zwischen Infektionsrisiko und HIV-Test
Häufigkeit der Antworten in % (n=149)



Anm.: *) Genau 8 Wochen: 2,0%, genau 10 Wochen: 1,3%, genau 14 Wochen: 2,0%
1) 32,9% der Angaben sind von Monaten in Wochen umgerechnet

Bezüglich der aktuellen Empfehlungen der BZgA und der DAH (vgl. Kap. 2.3.2) liegen also 57,1% der Berater mit ihren Auskünften knapp oder größtenteils sogar deutlich unter dem heute gültigen Richtwert von 16 Wochen. Nur 42,9% der Berater empfehlen dem Anrufer, nach einem Risikokontakt mindestens 16 Wochen bis zum HIV-Test zu warten. Allerdings bewegt sich der größte Teil der Auskünfte (82,6%) in einem Spektrum von 12 bis 16 Wochen, also zwischen dem „alten“ (vor 1992: 12 Wochen) und dem neuen (ab 1992: 16 Wochen) Richtwert.

Differenziert man die Auswertung zusätzlich nach der Standortgröße der AIDS-Hilfen, ergeben sich markante Unterschiede. Die Tabelle zeigt, wieviel Prozent der Berater in den jeweiligen Städtegruppen (vgl. Kap. 2.5.1) mit ihrer Auskunft unter (bis 16 Wochen) oder bei (mindestens 16 Wochen) dem aktuellen Richtwert bzw. zwischen dem alten und dem neuen Richtwert (12, 12-16, 16 Wochen) liegen:

ZEITANGABE	Häufigkeiten in % (n: s. Kap. 2.5.1)				
	Gr. I	Gr. II	Gr. III	Gr. IV	alle
bis 16 Wo.	70,3	41,0	55,0	63,6	57,1
mind. 16 Wo.	29,7	59,0	45,0	36,4	42,9
12, 12-16, 16 Wo.	70,3	84,6	85,0	90,9	82,6

In den kleinen AIDS-Hilfen der Gruppe I (Standort unter 100.000 Einwohner) hat sich der neue Richtwert von 16 Wochen noch am wenigsten durchgesetzt (29,7%), in den AIDS-Hilfen der Gruppe II (Standort unter 250.000 Einwohner) hingegen überdurchschnittlich gut (59%). Für die AIDS-Hilfen der Gruppe III (Standort unter 500.000 Einwohner) ergibt sich ein durchschnittlicher Wert (45,0%). Erstaunlich ist die Tatsache, daß in den großstädtischen AIDS-Hilfen der Gruppe IV (Standort über 500.000 Einwohner) nur 36,4% der Berater den aktuellen Richtwert empfehlen – dafür ist die Breite der Abweichungen vom Richtwert in diesen Institutionen am geringsten: 90,9% der Auskünfte liegen zwischen dem alten (12 Wochen) und dem neuen (16 Wochen) Richtwert.

Eine mangelnde Kenntnis der aktuellen Standards zum HIV-Test ist also mit lokalen Differenzen bei der Mehrzahl der Telefonberater deutlich feststellbar.

Betrachtet man die Randpositionen in Abbildung 16, so ist zu erkennen, daß 14% der Berater mit ihren Auskünften sogar unter 12 Wochen liegen; 52,4% davon stammen aus AIDS-Hilfen der Gruppe I (Standort unter 100.000 Einwohner). Solche Auskünfte sind, gemessen an den heutigen Standards, nicht nur falsch, sondern schlimmstenfalls lebensgefährlich, da Anrufer hier in einer falschen Sicherheit gewiegt werden. Die geringste Nennung eines Beraters lag in unserer telefonischen Testreihe bei 2 Wochen!

Auffällig ist auch, daß jeder fünfte Berater (21,6%) den empfohlenen Zeitraum zwischen Risikokontakt und HIV-AK-Test nicht klar benennen kann und sich mit einer „bis“-Angabe (z.B. „12 bis 16 Wochen“) behilft. Hierdurch wird der Anrufer unnötig verunsichert, da er ja nicht beurteilen kann, ob denn nun der niedrigere oder der höhere Zeitraum für ihn richtig ist. Zudem kann eine solche Auskunft schnell dazu verleiten, sich gleich zwei HIV-Tests zu unterzie-

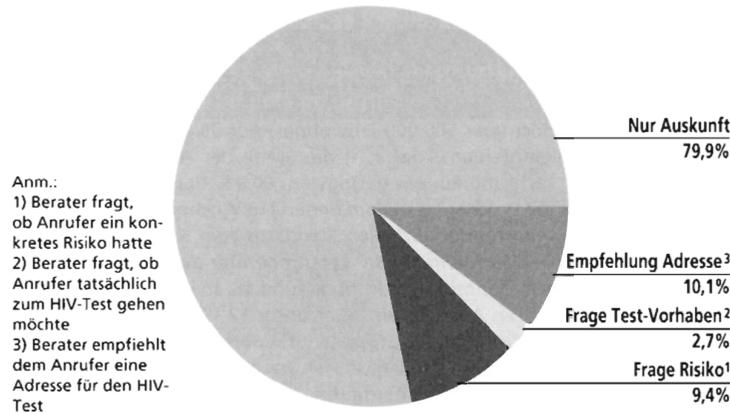
hen, nämlich nach dem niedrigeren und dem höheren Zeitraum, verbunden mit einer Verdopplung der psychischen Belastung durch das Testverfahren.

Ebenso fällt auf, daß 32,9% der Berater den erfragten Zeitraum ausschließlich in Monaten angeben. Derartige Aussagen sind leicht mißverständlich und manipulierbar: Erfährt zum Beispiel ein Anrufer Ende Januar, daß er „in vier Monaten“ zum HIV-Test gehen kann, wird er sich spätestens Anfang Mai darüber Gedanken machen und möglicherweise die fehlenden drei bis vier Wochen ignorieren. Deshalb sind Auskünfte in Wochen klarer faßbar und weniger mißzuverstehen.

Insgesamt zeigt die Untersuchung, daß eine einheitliche Auskunft über den Zeitraum zwischen Risikokontakt und HIV-AK-Test innerhalb der Telefonberatung deutscher AIDS-Hilfen nicht gewährleistet ist. Der aktuelle Standard von 16 Wochen hat sich bei den meisten AIDS-Hilfen nicht durchgesetzt. Ein nicht zu unterschätzender Teil der Berater (14%) gibt zudem Auskünfte (unter 12 Wochen), welche die heutigen Richtlinien massiv unterschreiten.

Betrachten wir nun die Ausführlichkeit des Beraterverhaltens bei Frage 1. Das folgende Diagramm zeigt, wie knapp die Frage nach dem Zeitraum zwischen Risikokontakt und HIV-AK-Test von den meisten Beratern beantwortet wird:

**Abb. 17: Telefonische Testreihe
Beraterverhalten bei Frage 1 (zum HIV-Test)
Häufigkeit in % (n = 149)**



79,9% der Berater erteilen auf Frage 1 eine sachlich-nüchterne Auskunft in Form einer reinen Wochen- oder Monatsangabe; bei den AIDS-Hilfen der Gruppe IV (Standort über 500.000 Einwohner) sind es sogar 90,9%, in Gruppe II (Standort unter 250.000 Einwohner) hingegen nur 64,1%. Lediglich 10,1% der Berater empfehlen nach der Beantwortung der Frage zusätzlich eine Adresse zur Durchführung des HIV-AK-Tests. Häufig wird hier auf die Anonymität öf-

fentlicher Beratungsstellen (Gesundheitsämter) hingewiesen, gelegentlich aber auch auf die persönliche Betreuung durch den Hausarzt.

9,4% der Berater fragen ihre Anrufer, ob ein konkretes Infektionsrisiko vorliegt, und erweitern damit den Horizont des Gesprächs. Dieses Beraterverhalten ist in 78,6% der Fälle bei AIDS-Hilfen der Gruppen II und III (Standorte zwischen 100.000 und 500.000 Einwohner) zu beobachten, in den Kleinstädten und Metropolen hingegen selten.

Die Frage nach einem konkreten Test-Vorhaben wird kaum gestellt (2,7%), in den AIDS-Hilfen der Gruppen I (Standort unter 100.000 Einwohner) und IV (Standort über 500.000 Einwohner) sogar nie.

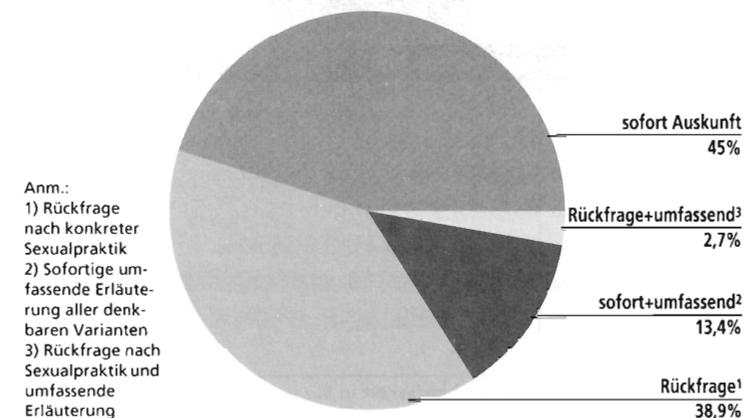
Zusammenfassend läßt sich konstatieren, daß das Interesse an einer Vertiefung des Gesprächs zum HIV-AK-Test bei einem Großteil der Berater gering ist. Dies läßt sich möglicherweise dadurch erklären, daß vielerorts spezielle Beratungsstellen für die Durchführung des HIV-AK-Tests zuständig sind und auch eine entsprechende Testberatung anbieten.

4.2 Antwortverhalten bei Frage 2: Risikoeinschätzung eines bestimmten Infektionsweges

Die zweite Frage der telefonischen Testreihe zielte auf die Risikoeinschätzung eines bestimmten Infektionsweges (Cunnilingus) ab, jedoch zunächst in der allgemeinen Formulierung „Wie gefährlich ist Oral-Sex?“ (vgl. Kap. 2.3.2).

Überraschend ist das Beraterverhalten bei dieser un spezifizierten Fragestellung:

**Abb. 18: Telefonische Testreihe
Beraterverhalten bei Frage „Wie gefährlich ist Oral-Sex?“
Häufigkeit in % (n = 149)**



Knapp die Hälfte der Berater (45%) beantwortet diese Frage, ohne zuvor darauf eingegangen zu sein, was der Anrufer mit „Oral-Sex“ meint, d.h. ob er über das Risiko von heterosexuellem oder homosexuellem, aktivem oder passivem Oral-Sex informiert werden möchte.

In den kleineren AIDS-Hilfen (Standorte unter 100.000 Einwohner) kommt dieses Antwortverhalten mit 62,2% besonders häufig vor.

Oft beziehen sich die Berater in ihren Antworten auf die Infektiosität von Sperma und auf homosexuelle Praktiken, ohne von den sexuellen Vorlieben des Anrufers (in unserem Fall: heterosexuell) Kenntnis zu haben. Die Ergänzung, man möchte eigentlich über das Risiko von Cunnilingus informiert werden, kommt dann für viele Berater überraschend und offenbar unerwartet. Dies zeigt, daß viele Berater bei AIDS-Hilfen immer noch von einem überwiegend homosexuellen Klientenkreis ausgehen, obwohl inzwischen mehr Anrufe (etwa die doppelte Anzahl) aus dem heterosexuellen Teil der Bevölkerung kommen.¹⁵

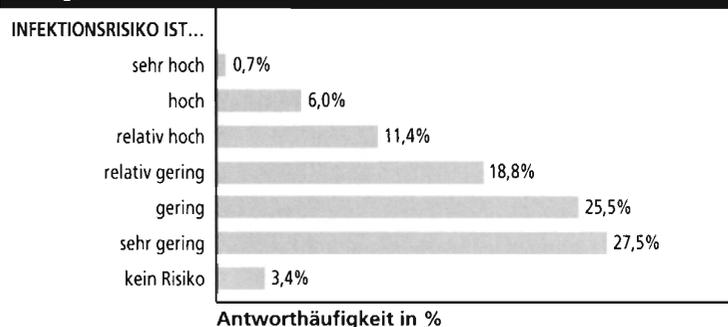
13,4% der Berater beantworten die Frage nach der Gefährlichkeit von Oral-Sex zwar auch ohne Rückfrage, jedoch so umfassend, daß alle in Betracht kommenden Varianten erklärt werden.

Eine sofortige Rückfrage nach der genauen Bedeutung von „Oral-Sex“ für den Anrufer stellen nur 38,9% der Berater, obwohl dies die für beide Seiten effektivste Vorgehensweise ist: der Anrufer erfährt genau, was er wissen möchte, und der Berater spart sich Ausführungen, die den Anrufer überhaupt nicht interessieren.

Insgesamt zeigen also 55% der Berater ein akzeptables Verhalten bei der Beantwortung von Frage 2. In den restlichen Fällen wird die Frage pauschal und undifferenziert abgehandelt oder dem Anrufer in unsensibler Weise eine bestimmte Sexualität unterstellt.

Im Verlauf des Testanrufs wurde jedoch jeder Berater auf das tatsächliche Anliegen, nämlich die Frage nach der Höhe des HIV-Infektionsrisikos von Cunnilingus für den aktiven Partner, hingewiesen. Aus der folgenden Abbildung wird das Antwortverhalten ersichtlich:

**Abb. 19: Telefonische Testreihe
Frage nach HIV-Infektionsrisiko von Cunnilingus
Häufigkeit der Antworten in % (n = 149)**



Anm.: 6,7% der Berater wollen sich nicht auf eine bestimmte Risikohöhe festlegen.

Unterscheidet man die Auskünfte zunächst einmal nur nach dem Kriterium des „hohen“ oder „geringen“ Risikos, so neigen knapp drei Viertel der Berater (71,8%) dazu, das Infektionsrisiko von Cunnilingus als insgesamt gering einzuschätzen, während jeder fünfte Berater (18,1%) hier ein insgesamt eher hohes Risiko sieht.

Besonders selten (12,5%) wird ein hohes Risiko in den AIDS-Hilfen der Gruppe III (Standort unter 500.000 Einwohner) angegeben, besonders häufig (27,3%) in den AIDS-Hilfen der Metropolen (Standort über 500.000 Einwohner).

Die Berater bei vier der untersuchten AIDS-Hilfen sehen in Cunnilingus überhaupt kein Infektionsrisiko – eine Aussage, die kaum vertretbar ist, da selbst noch so kleine Restrisiken nicht kategorisch ausgeschlossen werden können.

Insgesamt zeigt das Schaubild einen klaren Trend: Bei vielen AIDS-Hilfen hat sich die Meinung durchgesetzt, daß Cunnilingus zu den risikoarmen Sexualpraktiken zu rechnen ist. Dennoch kann ein Anrufer erheblich verunsichert werden, wenn seine Frage mal mit einem „eher hohen“, mal mit einem „eher geringen“ Risiko beantwortet wird. Oft schwanken die Aussagen schon innerhalb einer einzigen AIDS-Hilfe erheblich (vgl. Kap. 4.4).

Einige Berater (6,7%) weisen deshalb auf die Nutzlosigkeit einer Abschätzung der Risikohöhe hin und empfehlen statt dessen, bei riskanten Sexualpraktiken grundsätzlich vorsichtig zu sein.

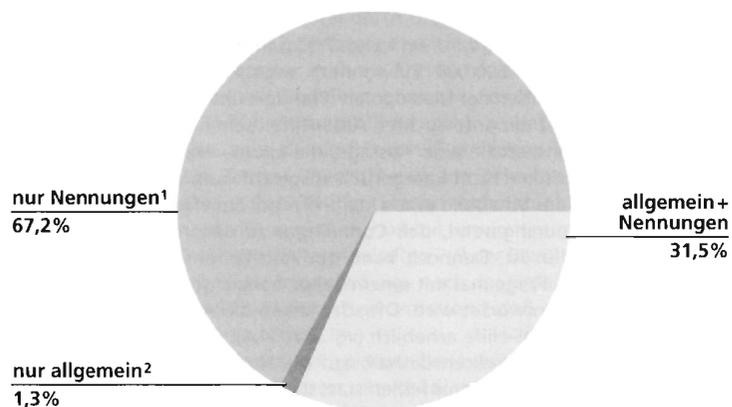
Ein hinreichender Qualitätsstandard der Telefonberatung bei deutschen AIDS-Hilfen wird also auch bezüglich der zweiten Testfrage nicht erreicht. Die einheitliche Darstellung von Infektionsrisiken sollte zu den zentralen Anliegen aller AIDS-Hilfen gehören – die o.g. Daten zeigen, daß diesem Anliegen in der Praxis der Telefonberatung nicht genügend Sorge getragen wird.

4.3 Antwortverhalten bei Frage 3: Erläuterung des „Safer Sex“-Begriffs

Im dritten Abschnitt eines jeden Testanrufs wurde der jeweilige Berater mit der Frage konfrontiert: „Was fällt eigentlich alles unter Safer Sex?“

Mit der Formulierung dieser Frage wurde es dem Berater bewußt freigestellt, eine Auflistung entsprechender Sexualpraktiken oder eine eher allgemeine Erklärung zu liefern. Das folgende Schaubild verdeutlicht das unter diesem Aspekt beobachtete Antwortverhalten:

**Abb. 20: Telefonische Testreihe
Beraterverhalten bei Frage 3 „Was fällt alles unter Safer Sex?“
Häufigkeit in % (n= 149)**



Anm.: 1) Berater nennt Sexualpraktiken
2) Berater erklärt Safer Sex allgemein (kein Austausch von infektiösen Körperflüssigkeiten)

Von 67,2% der Berater wird die Frage in ihrem wörtlichen Sinn aufgefaßt: es werden ausschließlich konkrete Praktiken des Safer Sex genannt. In den großen AIDS-Hilfen (Standorte über 500.000 Einwohner) ist dieses Antwortverhalten etwas seltener anzutreffen (57,6%), in kleineren Institutionen (Standorte unter 100.000 Einwohner) hingegen häufiger (70,3%).

Die Telefonberater in den AIDS-Hilfen der Metropolen fügen den konkreten Nennungen eher noch eine allgemeine Erklärung des Safer Sex-Begriffs hinzu. Bezogen auf alle untersuchten AIDS-Hilfen, wird diese zusätzliche allgemeine Erklärung („kein Austausch von infektiösen Körperflüssigkeiten“) von 31,5% der Berater neben die konkreten Nennungen gestellt. Für den Anrufer ist dies insofern vorteilhaft, als er sich aus der allgemeinen Erklärung den Risikogehalt bestimmter Sexualpraktiken selbst erschließen kann.

Ein Faktum ist bei der Analyse der Testanrufe besonders deutlich hervorgetreten: die Telefonberater der untersuchten AIDS-Hilfen können mit der Frage, was alles unter Safer Sex falle, überraschend wenig anfangen. Im Durchschnitt werden pro Berater nur 2,7 konkrete Praktiken genannt, wobei das Spektrum zwischen einer und neun Nennungen liegt. Im folgenden eine Aufstellung der genannten Sexualpraktiken und deren Häufigkeiten:

**Abb. 21: Telefonische Testreihe
Frage „Was fällt alles unter Safer Sex?“
Häufigkeit der Antworten in % (n= 149)**

GENANNT E SEXUALPRAKTIK	Häufigkeit in %
Geschlechtsverkehr mit Kondom	67,8
Oral-Sex beim Mann ohne Sperma-Kontakt	32,2
Petting/Körperkontakte...	26,2
Analverkehr mit Kondom	22,1
Küsse/tiefe Zungenküsse	20,1
Vaginalverkehr mit Kondom	16,8
Oral-Sex beim Mann mit Kondom	15,4
Oral-Sex bei der Frau mit Dental Dam	14,1
Sachgemäßer Kondomgebrauch	8,7
Mit Kondom	8,1
Vermeidung von Blutkontakten	6,7
Oral-Sex bei der Frau	6,0
Fettfreie Gleitmittel	5,4
Onanieren	5,4

Es fällt auf, daß von den Beratern in erster Linie die beiden großen Safer Sex-Richtlinien der Deutschen AIDS-Hilfe („Bumsen nur mit Kondom“, „Blasen o.k. – aber raus, bevor’s kommt“), zum Teil in ihrer originalen Formulierung, zitiert werden: Geschlechtsverkehr mit Kondom (67,8%) und Oral-Sex beim Mann ohne Spermakontakt (32,2%) liegen an der Spitze der Nennungen zu Safer Sex. Die populäre Safer Sex-Praktik Petting wird von einem Viertel der Berater (26,2%) genannt, intensives Küssen hält noch jeder fünfte Berater (20,1%) für eine erwähnenswerte Form des Safer Sex.

Auf die riskanteste Sexualpraktik überhaupt, nämlich den ungeschützten Analverkehr, wird nur von 22,1% der Berater gesondert hingewiesen. Dies könnte daran liegen, daß der Testanrufer sich im Verlauf des Gesprächs ja bereits als heterosexuell „geoutet“ hat. Zudem wäre denkbar, daß der Analverkehr bei der allgemeinen Formulierung „Geschlechtsverkehr mit Kondom“ mitgemeint ist. Dennoch gehört ein spezieller Hinweis auf dieses große Infektionsrisiko eigentlich zu den Grundlagen einer Beratung über Safer Sex.

Eine recht neue Methode des Safer Sex hat sich auch in der Telefonberatung der AIDS-Hilfen bereits manifestiert: 14,1% der Berater empfehlen, Cunnilingus nur mit einem sogenannten „Dental Dam“ (Kondom für die Frau) zu praktizieren.

Als großes Manko muß die Tatsache angesehen werden, daß nur 8,7% der Berater auf sachgemäßen Kondomgebrauch als Bestandteil von Safer Sex hinweisen – gerade hier gibt es in der Praxis viele „Unfälle“. Auch die Bedeutung

fettfreier Gleitmittel in Zusammenhang mit Kondomen wird stark vernachlässigt (5,4% der Nennungen).

Die Kurz-Formulierung „mit Kondom“, die von 8,1% der Berater als erschöpfende Antwort auf die Frage, was denn unter Safer Sex falle, verwendet wird, läßt wohl mehr Fragen offen, als sie beantwortet.

„Exotischere“ Spielarten des Safer Sex, wie der Gebrauch von Hilfsmitteln oder S/M-Praktiken, werden von den Beratern eher selten thematisiert.

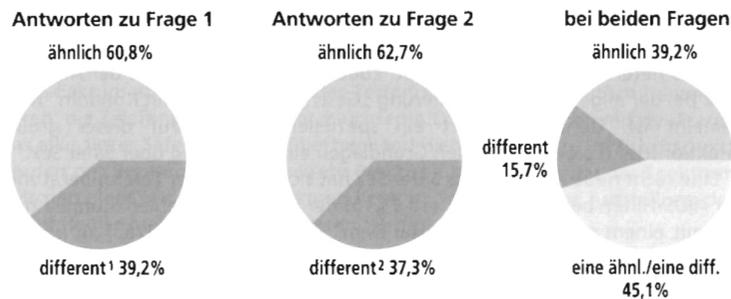
Interessant ist noch, wie unterschiedlich der Begriff „Safer Sex“ von den Beratern übersetzt wird. Einige Berater weisen zu Recht darauf hin, daß es sich dabei lediglich um Sex handelt, der sicherer ist als die ungeschützte Variante. In anderen Fällen wird „safer“ aber auch mit „sicher“, „sauber“ oder „ungefährlich“ gleichgesetzt.

Zusammenfassend läßt sich feststellen, daß die Telefonberater der untersuchten AIDS-Hilfen die Standardbotschaften des Safer Sex, wenn auch oft in denkbar knapper Form, wiederholen können. Im übrigen zeigen die Berater bei der Beantwortung dieser Frage jedoch wenig Phantasie – jene Phantasie, die bei der Werbung für Safer Sex immer so nachhaltig angepriesen wird.

4.4 Institutionsinterne Differenzen beim Antwortverhalten

Nachdem bislang das Augenmerk auf die Gesamtheit der untersuchten AIDS-Hilfen bzw. deren Telefonberater gerichtet war, soll nun noch gezeigt werden, ob die Auskünfte zu den ersten beiden Fragen der telefonischen Testreihe innerhalb der einzelnen Institutionen ähnlich oder different ausfallen (Frage 3 wird hier ausgeklammert, weil es bei deren Beantwortung ohnehin starke subjektive Differenzen gibt, s.o.). Different heißt, daß die Antworten zu derselben Frage bei drei Testanrufen in einer AIDS-Hilfe gravierend voneinander abweichen – die genauen Kriterien werden aus dem Schaubild ersichtlich:

Abb. 22: Telefonische Testreihe
Institutionsinterne Differenzen beim Antwortverhalten
Häufigkeit in % (n=51)



Anm.: 1) Die Antworten unterscheiden sich um mindestens 4 Wochen
2) Die Antworten unterscheiden sich nach dem Kriterium „hoch/gering“

Wie im rechten Kreisdiagramm zu sehen ist, sind bei nur 39,2% der untersuchten AIDS-Hilfen die verschiedenen Berater so aufeinander abgestimmt, daß sie beide Fragen in allen Testanrufen ähnlich beantworten. Bei 60,8% der AIDS-Hilfen gibt es institutionsinterne Differenzen im Antwortverhalten, bei 15,7% der Einrichtungen sogar bezüglich beider Fragen.

Ein differentes Antwortverhalten zu beiden Fragen kommt mit 27,3% besonders häufig in den großstädtischen AIDS-Hilfen (Standort über 500.000 Einwohner) vor, in den kleinen AIDS-Hilfen (Standort unter 100.000 Einwohner) hingegen mit 7,7% am seltensten. Dies kann daran liegen, daß in kleinen Beratungsstellen oft die gleichen Berater am Telefon sitzen, während in den Metropolen sehr viele verschiedene Mitarbeiter telefonisch beraten (vgl. Kap. 3.2).

Eine Einzelbetrachtung der Fragen 1 und 2 liefert, wie aus den beiden linken Kreisdiagrammen deutlich wird, ähnliche Ergebnisse: Bei knapp 40% der untersuchten AIDS-Hilfen werden die Fragen zum HIV-Test bzw. zum Infektionsrisiko von Cunnilingus mit starken institutionsinternen Differenzen beantwortet.

Einige konkrete Beispiele sollen dies illustrieren: In einer AIDS-Hilfe der Gruppe I liegen die drei protokollierten Antworten zu Frage 1 bei 2, 12 und 16 Wochen. In einer Institution der Gruppe II wird Cunnilingus an verschiedenen Tagen als relativ hohes, relativ geringes und sogar als gar kein Infektionsrisiko eingestuft. Bei einer AIDS-Hilfe der Gruppe IV ist das Risiko, sich bei Cunnilingus zu infizieren, zunächst sehr gering und 14 Tage später hoch. Allerdings sollen positive Beispiele nicht verschwiegen werden: In der Beratungsstelle einer Metropole wird die Frage zum HIV-Test kontinuierlich und korrekt mit 16 Wochen beantwortet und das Infektionsrisiko von Cunnilingus stets als gering eingeschätzt.

Als Fazit läßt sich mit Nachdruck sagen: die „Verunsicherung“ unserer Testanrufer durch unterschiedliche Auskünfte ist AIDS-Hilfe-„hausgemacht“. Bei 60,8% der untersuchten AIDS-Hilfen herrschen bezüglich mindestens einer der Testfragen keine institutionsinternen Standards. Die Beratungsinhalte weichen also nicht nur zwischen verschiedenen AIDS-Hilfen, sondern auch innerhalb einzelner Institutionen massiv voneinander ab.

4.5 Die skurrilsten Antworten

Die folgende Sammlung von Kuriositäten aus der telefonischen Testreihe zeigt, daß offenbar auch Telefonberater nur Menschen sind...

Logik wird in der Beratung oft klein geschrieben: Ein Kollege im norddeutschen Flachland empfiehlt, nach drei Monaten zum HIV-Test zu gehen; er weist anschließend auf die „durchschnittliche Zeit der Antikörperbildung von 4 bis 6 Monaten“ hin.

An anderer Stelle tut man sich mit der Zeitrechnung etwas schwer: „3 Monate, Moment mal... das sind 8 Wochen“!

Sehr anschaulich wird in der bayerischen Provinz beraten: „Verletzungen im Mund hat's ja so schnell, da brauchen's nur a harte Semmel essen“!

Auch ein „Baguette piekst“ andernorts „den Gaumen auf“! Also: Derlei Gebäck bitte nicht vor dem Oral-Sex verzehren.

Charmant mutet der Hinweis eines Beraters an, Safer Sex sei „der smarte Umgang mit dem Körper selbst“.

Und trefflich fügt eine Kollegin hinzu: „Was Geheimnisvolles gibt es da nicht – schützen tut nur das Kondom“.

Nicht gerade erhellend sind Formulierungen wie: „Safer Sex ist alles, was nicht unsafe ist“...

Wichtig für die Kreativität ist hingegen der Hinweis, daß ein „aufgeschnittenes Kondom“ auch bei der Frau verwendet werden kann.

Man sollte ein Kondom allerdings generell „nicht zwei- oder dreimal benutzen“!

Von medizinischer Fachkenntnis zeugt die Behauptung, daß HIV ja „subkutan“ übertragen werde.

Wahrscheinlich funktioniert das so, wie eine Beraterin in Norddeutschland zu erklären versucht hat: „Wenn Sie eine Narbe haben, und der andere auch, dürfen beide Narben nicht zusammenkommen“.

Ein anderes Erklärungsmodell des Safer Sex besagt, daß alles erlaubt ist, „wo es nicht zum ausführenden Geschlechtsverkehr ohne Kondom kommt“. Erfreulicherweise gilt dabei: „Wenn die Frau HIV-positiv ist, ist das kein Risiko“.

Viele bevorzugen allerdings ohnehin den „Vollgummi-Kontakt“ mit „Kunstenis“, wobei man sich dabei nicht vom Speichel erwischen lassen sollte, denn der „wirkt wie ein Polizist“...

4.6 Bewertung der Ergebnisse

So unterhaltsam die oben zitierten Kuriositäten auch sein mögen – sie stehen symbolisch für ein insgesamt unzureichendes Niveau der Telefonberatung bei deutschen AIDS-Hilfen. Auf eine so entscheidende Frage wie die nach der Wartezeit zwischen Infektionsrisiko und HIV-AK-Test darf es nicht bei jeder AIDS-Hilfe und oft sogar bei jedem Berater eine individuelle Antwortvariante geben; hier ist die Umsetzung des bundesweiten Standards gefragt, der von seiten der BZgA und der DAH seit geraumer Zeit vorliegt!

Ebenso sollten Infektionsrisiken klarer eingegrenzt und einheitlich formuliert werden, damit Anrufer nicht unnötig verunsichert werden. Die beobachteten Differenzen zwischen und innerhalb der einzelnen AIDS-Hilfen gehen weit über das Maß vertretbarer Abweichungen hinaus.

Das allgemeine Beraterverhalten wurde von uns oft als kurzsilbig und uninteressiert empfunden – Ideen, um der Routine in der Telefonberatung phantasiereich zu begegnen, werden offenbar nur selten entwickelt.

Dies alles wirft die Frage auf, wie der Zustand der Telefonberatung bei deutschen AIDS-Hilfen verbessert und klientenorientierter gestaltet werden kann. Dazu mehr in Kapitel 6.

5. Zusammenfassung der Ergebnisse der Untersuchung: Gegenüberstellung von Selbstauskünften und Fremdbeobachtungen

Fassen wir noch einmal die wesentlichen Ergebnisse der *Fragebogen-Aktion* zusammen:

- Das Niveau der Ausbildung von Telefonberatern stellt sich in den Selbstauskünften der untersuchten AIDS-Hilfen als gut dar. Bei fast allen AIDS-Hilfen (90,6%) muß eine Grundausbildung absolviert werden, bevor ein Mitarbeiter selbständig am Telefon beraten darf. Inhalte dieser Grundausbildung sind vor allem die wichtigsten Botschaften der AIDS-Aufklärung bezüglich HIV-Infektionswegen, Safer Sex und HIV-Test. Daneben werden in der Grundausbildung auch Beratungstechniken erarbeitet. Umfang und Form der Grundausbildung fallen bei den einzelnen AIDS-Hilfen sehr unterschiedlich aus.
- Eine fortlaufende fachliche Betreuung der „aktiven“ Telefonberater wird von 81,8% der befragten AIDS-Hilfen angeboten. Hier steht die Reflexion von Beratungsgesprächen im Vordergrund, verbunden mit der Auffrischung und Vertiefung des Fachwissens zu HIV und AIDS. Die fachliche Betreuung der Telefonberater findet zumeist regelmäßig und umfassend statt.
- Inhaltlich konzentriert sich die Telefonberatung unter 19411 auf Basisinformationen der AIDS-Aufklärung. Fragen zu HIV-Infektionswegen, Safer Sex und zum HIV-AK-Test können nach Angaben der untersuchten AIDS-Hilfen von allen Telefonberatern jederzeit beantwortet werden.

Insbesondere die letztgenannte Selbsteinschätzung der AIDS-Hilfen steht in starkem Kontrast zu den Ergebnissen der *telefonischen Testreihe*:

- Aus den Testanrufen ergeben sich starke Differenzen in den Beratungsauskünften, und zwar sowohl innerhalb einzelner als auch zwischen verschiedenen AIDS-Hilfen.
- Die von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) und der Deutschen AIDS-Hilfe (DAH) empfohlenen Richtwerte zu zentralen Fragen der AIDS-Aufklärung werden von vielen AIDS-Hilfen bzw. deren Telefonberatern nicht übernommen.
- Zudem ist häufig ein kurzsilbiges und uninteressiertes Beraterverhalten festzustellen.

Unsere Fremdbeobachtungen zeichnen also insgesamt ein schlechteres Bild von der Qualität der Telefonberatung unter 19411 als die Selbstauskünfte der befragten AIDS-Hilfen.

Vergleicht man einmal bei *einzelnen* AIDS-Hilfen die *Fragebögen mit den Ergebnissen der Testanrufe*, so gelangt man zu interessanten Erkenntnissen:

- Tendenziell gibt es Hinweise auf eine Qualitätserhöhung der Telefonberatung durch eine umfassende Grundausbildung und fachliche Betreuung der Telefonberater. Viele der AIDS-Hilfen, bei denen die Fragen 1 und 2 des Testanrufs stets mit ähnlichen und „korrekten“ Auskünften beantwortet werden, bilden ihre Telefonberater umfassend aus und bieten eine regelmäßige fachliche Betreuung an.

- Umgekehrt ist bei einem großen Teil der AIDS-Hilfen, bei denen die Beratungsauskünfte schon institutionsintern erheblich schwanken, oft auch ein geringer Ausbildungsstandard erkennbar (knappe Grundausbildung, unregelmäßige oder gar keine fachliche Betreuung).

Über den Weg der kontinuierlichen Aus- und Weiterbildung lassen sich also offenbar Qualitätsstandards der Beratung sichern.

Allerdings gibt es auch *Gegenbeispiele*, die diesem Zusammenhang eher widersprechen:

- Einige AIDS-Hilfen, bei denen die Testanrufe zu sehr unterschiedlichen Ergebnissen führen, weisen laut Fragebogen eine umfassende Grundausbildung und fachliche Betreuung der Telefonberater auf.
- Andere AIDS-Hilfen wiederum bieten eine einwandfreie Beratung, obwohl sie ihre Telefonberater nur knapp in ihre Tätigkeit einweisen oder eine regelmäßige fachliche Betreuung überhaupt nicht gewährleisten.

Zur Veranschaulichung ein paar konkrete *Beispiele*:

- Unter den AIDS-Hilfen mit kontinuierlich „korrekten“ Ergebnissen bei den Testanrufen finden sich eine Institution, die 72 Stunden Grundausbildung und 4 Stunden pro Monat fachlicher Betreuung der Telefonberater durchführt, sowie eine Einrichtung, bei der die Telefonberater nach einer externen Grundausbildung gar nicht weiter fachlich betreut werden.
- Unter den AIDS-Hilfen, die bei den Testanrufen eher schlecht abschneiden, gibt es eine Institution, die lediglich eine bedarfsorientierte Grundausbildung anbietet, aber auch eine Einrichtung mit umfassender Grundausbildung und 4 bis 6 Stunden pro Monat fachlicher Betreuung der Telefonberater.

Das größte Manko der Telefonberatung unter 19411 bei deutschen AIDS-Hilfen liegt also in der mangelnden Einheitlichkeit der Beratungsauskünfte innerhalb einzelner und zwischen verschiedenen AIDS-Hilfen.

6. Schlußfolgerungen

Aufgrund der in Kapitel 5 deutlich hervorgetretenen zentralen Ergebnisse dieser Untersuchung konzentrieren sich unsere Schlußfolgerungen auf Empfehlungen zur Qualifizierung von Telefonberatern (Kap. 6.1) und zur Durchführung der Telefonberatung (Kap. 6.2).

6.1 Empfehlungen zur Qualifizierung von Telefonberatern

„Beratung ist ein Kernstück des Serviceangebots von AIDS-Hilfen, das auf einem hohen professionellen Niveau geleistet wird. Die Beratungskompetenz der Mitarbeiter ist das wichtigste Element.“¹⁶

Wie die vorliegende Untersuchung zeigt, sorgen nicht alle AIDS-Hilfen in gleichem Maße für die Beratungskompetenz ihrer Telefonberater. Dies mag mit Größe und Kapazitäten der einzelnen Einrichtungen zusammenhängen und ist, oberflächlich betrachtet, nachvollziehbar. Hinzu kommt aber, daß die Deutsche AIDS-Hilfe als Dachverband „keinen Einfluß auf Kriterien (hat), nach denen Beraterinnen und Berater ausgebildet sein müssen, bevor sie in der Telefonberatung arbeiten“.¹⁷

Hier liegt ein struktureller Schwachpunkt: Einerseits wird telefonische AIDS-Beratung unter der bundesweit einheitlichen Rufnummer 19411 angeboten, andererseits gibt es keine bundesweit gültigen Richtlinien, wie die Telefonberater der 19411 auszubilden sind.

Dies ist vor allem bezüglich der *Beratungsinhalte* ein Dilemma, denn im Rahmen der Aus- und Weiterbildung wird Telefonberatern vermittelt, welche Auskünfte sie am Telefon erteilen sollen, und diese *Auskünfte müssen bundesweit einheitlich sein*.

Zu empfehlen ist also mindestens die Einführung von *Ausbildungsrichtlinien für Telefonberater*, die sich auf die *Inhalte zentraler Themen der AIDS-Aufklärung* beziehen und den aktuellen wissenschaftlichen Standards entsprechen. So können die einzelnen AIDS-Hilfen ihre Telefonberater zwar methodisch weiterhin nach eigenem Ermessen ausbilden, sind aber inhaltlich an bundesweit gültige Richtlinien gebunden.

Ferner sollten die einzelnen AIDS-Hilfen einen festen und verbindlichen „Fahrplan“ für ihre Telefonberatersausbildung erstellen, um die mit der Ausbildung verknüpften Richtlinien und Erwartungen für alle Beteiligten transparent und bindend zu machen. Bewährt hat sich hier das *„Hürdenlauf-System zur Standardsicherung“*¹⁸, das in der AIDS-Hilfe Hamburg seit einigen Jahren erfolgreich praktiziert wird. Es besteht aus folgenden Grundbausteinen:

- *Vorgespräche* zur Klärung von Motivation, Qualifikation und Persönlichkeit der Bewerber

¹⁶ Lühmann, a.a.O., S. 57

¹⁷ Schreiben der DAH an den Autor vom 8.3.1996

¹⁸ Bader, Birgit in: *Krankheits- und Sterbebegleitung*, S. 59 f. und S. 88 ff. in diesem Band

- *Umfassende Schulung* mit Vermittlung von wesentlichen Beratungsinhalten und Gesprächstechniken
- *Hospitationen* der „neuen“ bei den „alten“ Telefonberatern (möglichst mit Kennenlernen verschiedener „Stile“)
- *Mentorenschaften* zur Integration und Einweisung der „neuen“ Telefonberater
- *Regelmäßige Selbsteinschätzung und Feedback*, u.a. zur Reflexion und Kontrolle der Ausbildungserfolge
- *Erste eigene Beratungsgespräche* mit direkt anschließender Reflexion durch einen Mentor oder Trainer
- *Supervision* in regelmäßiger und verbindlicher Form
- *Kontinuität* der Beratungstätigkeit bei Neueinsteigern
- *Materialien* (Mappen, Ordner) als Hilfsmittel für die Telefonberatung
- *Co-Leitung* (ehrenamtlich) als Bindeglied zwischen Telefonberatergruppe und Gruppenleitung
- *Schweigepflicht- und Beratungsvertrag* zur Fixierung der Arbeitsbedingungen und Verantwortlichkeiten der Berater¹⁹

Nach diesem Ausbildungssystem dürfen Telefonberater erst dann selbständig beraten, wenn Mentoren und Gruppenleitung sich wiederholt und umfassend von den Kompetenzen der Neueinsteiger überzeugt haben.

Eine detailliertere Darstellung des „Hürdenlauf-Systems“ und viele weitere Empfehlungen finden sich im von der Deutschen AIDS-Hilfe herausgegebenen Handbuch „Krankheits- und Sterbebegleitung – Ausbildung, Krisenintervention, Training“, das auch in dieser Arbeit mehrfach herangezogen wird.

6.2 Empfehlungen zur Durchführung der Telefonberatung

Ein telefonisches Beratungsgespräch mit einer AIDS-Hilfe kann für den Anrufer, je nach dessen Anliegen, beträchtliche Konsequenzen haben. Für die Deutsche AIDS-Hilfe (DAH) ist deshalb „ein einheitlicher Informationsstand bei den verschiedenen Beratungseinrichtungen sehr wichtig“.²⁰

Wie wir gesehen haben, ist dieser einheitliche Informationsstand zwischen und innerhalb der untersuchten AIDS-Hilfen nicht gewährleistet.

Bezüglich der bundesweiten Einheitlichkeit bei den Beratungsstellen ist deshalb zu fordern, daß *beratungsrelevante Neuerkenntnisse* aus Wissenschaft und Forschung *sofort und mit Nachdruck an die einzelnen AIDS-Hilfen* weitergegeben werden müssen. Dabei sollten sich die beratenden AIDS-Hilfen ausschließlich den Informationen der BZgA und der DAH verpflichtet fühlen, und nicht etwa abweichenden Daten aus der Pharmaindustrie oder der Presse, wie dies offenbar heute noch geschieht, wenn sich Telefonberater auf ein „Labor in Frankfurt“ oder die „aktuelle Berichterstattung“ beziehen.

Für die Informationsvermittlung zwischen BZgA und DAH und den regionalen AIDS-Hilfen muß ein Weg gefunden werden, der eine *raschere bundeswei-*

te Aktualisierung der Beratungsauskünfte zuläßt und der, zumindest was diese zentralen Inhalte angeht, einen *bindenden Status* hat.

Mit viel geringerem Aufwand läßt sich *innerhalb* der einzelnen AIDS-Hilfen die Misere der uneinheitlichen Beratung abstellen. So wurde in der AIDS-Hilfe Hamburg beispielsweise ein „*Kurz-Info für Telefonberater*“²¹ entwickelt, das als Leitfaden während der Beratung zu verwenden ist und in dem sich alle zentralen Beratungsauskünfte klar, verbindlich und schnell nachschlagen lassen.

Daneben ist ein *regelmäßiges Gruppentreffen aller Telefonberater* der richtige und notwendige Ort, um immer wieder auf die aktuellen Standards der Beratung sowie neueste Erkenntnisse der Wissenschaft einzugehen, sofern diese die einzelne lokale AIDS-Hilfe überhaupt erreichen (s.o.).

Zur Zeit produziert die Deutsche AIDS-Hilfe ein Plakat für die Öffentlichkeit, auf dem alle regionalen AIDS-Hilfen, die Telefonberatung unter 19411 anbieten, in alphabetischer Reihenfolge aufgelistet sind. Dies ist ein erstes Zeichen dafür, daß man sich von seiten der DAH in Zukunft verstärkt um das Serviceangebot der 19411 kümmern will. Der nächste Schritt muß sein, für eine fundierte Beraterausbildung und vor allem für einheitliche Auskünfte an allen Beratungstelefonen deutscher AIDS-Hilfen zu sorgen.

¹⁹ ebd.

²⁰ Schreiben der DAH an den Autor vom 8.3.1996

²¹ AIDS-Hilfe Hamburg e.V. (Hrsg.): *Kurz-Info für Telefonberater*. Zusammengestellt von Wolfgang Rynski unter Mitarbeit von Birgit Bader und Tilman Hassenstein, Hamburg 1993

7. Literaturverzeichnis

AUE, Michael; BADER, Birgit; LÜHMANN, Jörg: Krankheits- und Sterbebegleitung. Ausbildung, Krisenintervention, Training. Hrsg. von der Deutschen AIDS-Hilfe e.V. 2. ergänzte und neu ausgestattete Auflage, Weinheim/Basel 1995 (1. Auflage unter dem Titel „Berater- und Betreuerausbildung im AIDS-Bereich“ erschienen im Selbstverlag der DAH, Berlin 1994)

AIDS-HILFE HAMBURG E.V. (Hrsg.): Projekt „Struensee-Centrum“. Sachbericht 1994, Hamburg 1995

AIDS-HILFE HAMBURG E.V. (Hrsg.): Kurz-Info für Telefonberater. Zusammenge- stellt von Wolfgang Rynski unter Mitarbeit von Birgit Bader und Tilman Has- senstein, Hamburg 1993

BADER, Birgit: Seminarpapiere zur Telefonberaterausbildung. Unveröffentlic- htes Ms., Hamburg 1993

BUND-LÄNDER-KOMMISSION FÜR BILDUNGSPLANUNG UND FORSCHUNGSFÖR- DERUNG UND BUNDESANSTALT FÜR ARBEIT (Hrsg.): Studien- und Berufswahl 1995/96. Bad Honnef 1995

DEUTSCHE AIDS-HILFE E.V. (Hrsg.): AIDS. Heutiger Wissensstand. 19. Auflage, Berlin 1994

DEUTSCHE AIDS-HILFE E.V. (Hrsg.): Liste der ordentlichen Mitglieder. Berlin, 24. Oktober 1995

TELEFONBERATUNG IN DER BERLINER AIDS-HILFE FRAGEN, ANLIEGEN UND BEDÜRFNISSE DER ANRUFER – EINE EMPIRISCHE AUSWERTUNG

Hanno Giese

Inhalt

1. Einleitung
2. Monatliche Anruhfrequenz, Verteilung der Gespräche nach Uhrzeit, Ge- sprächsart und Dauer
3. Verteilung der AnruferInnen nach Geschlecht, sexueller Orientierung und Gruppenzugehörigkeit
4. Fragen, Anliegen und Teststatus der AnruferInnen; wohin werden sie weiter- verwiesen?

1. Einleitung

Seit Bestehen der Berliner AIDS-Hilfe ist die telefonische Beratung unter der Te- lefonnummer 19411 eine ihrer wichtigsten Angebotssäulen. Die Telefonbera- tung bietet einen Informations- und Beratungsservice, der anfänglich rund um die Uhr und mittlerweile täglich mindestens 15 Stunden erreichbar ist. Der überwiegende Teil der Beratungszeit (86%) wurde im Zeitraum der Erhebung von 38 ehrenamtlichen MitarbeiterInnen abgedeckt.

Das anonyme und „niedrigschwellige“ Beratungstelefon ist für viele Infor- mation und Beratung Suchende die erste Anlaufstelle in der Berliner AIDS-Hil- fe. Die Weitervermittlung an die vielzähligen Angebote innerhalb der Berliner AIDS-Hilfe und nach „außen“ an verschiedene Berliner Institutionen im AIDS- Bereich gehört zu den wesentlichen Leistungen der BeraterInnen. Insgesamt wurden in den letzten zehn Jahren weit über 100.000 Menschen informiert und beraten.

Um die Veränderungen bei den Beratungsschwerpunkten sowie beim Bera- tungsaufkommen zu erfassen und um gegebenenfalls konzeptionell darauf zu reagieren, werden die Telefongespräche in regelmäßigen Abständen statistisch erfaßt.

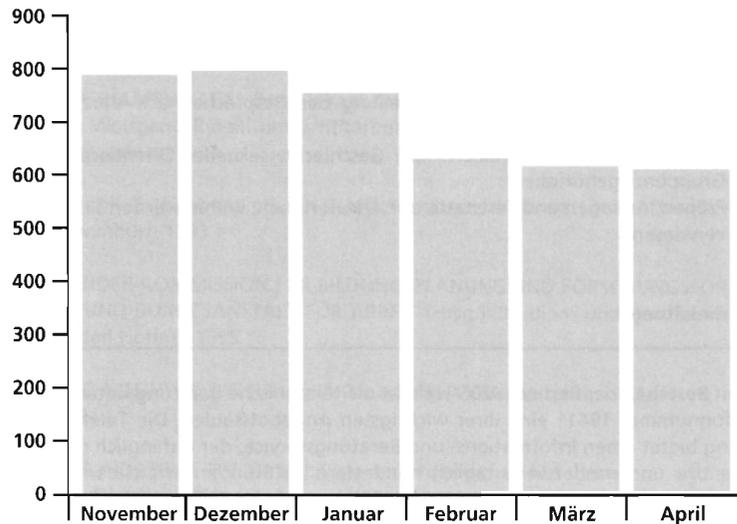
Die vorliegende empirische Untersuchung umfaßt die Ergebnisse der Erhe- bung der Telefonberatung von November 1995 bis einschließlich April 1996; sie wäre ohne die Bereitschaft der 38 TelefonberaterInnen, im Anschluß an die Te- lefonate zusätzlich die Erhebungsbögen auszufüllen, nicht durchführbar gewe- sen.

Die Beratungszeiten waren im Erhebungszeitraum Dienstag bis Donnerstag von 9 bis 24 Uhr und Freitag bis Montag rund um die Uhr.

2. Monatliche Anruhfähigkeit, Verteilung der Gespräche nach Uhrzeit, Gesprächsart und Dauer

Im Erhebungszeitraum gab es folgende monatliche Verteilung:

Monatliche Verteilung

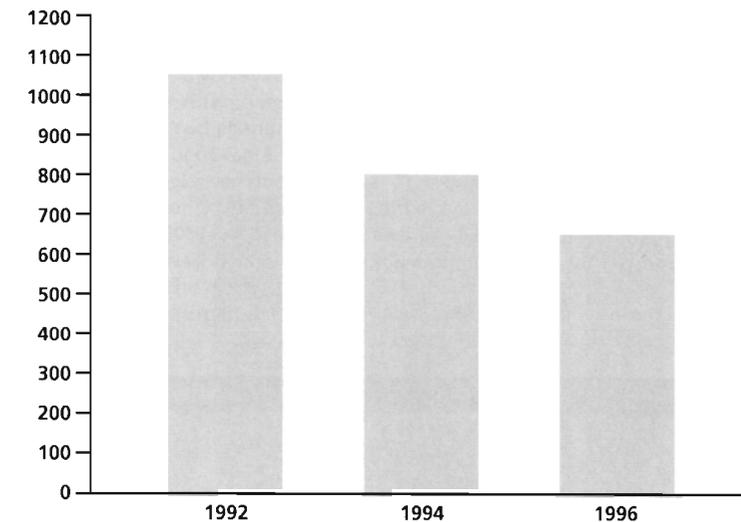


Die Anruhfähigkeit liegt zwischen 616 Gesprächen im April und 805 Gesprächen im Dezember. Werden die Monate September und Oktober mit jeweils 675 Gesprächen in die Betrachtung mit einbezogen, dann ergibt sich ein Häufigkeitsdurchschnitt von etwa 650 Gesprächen pro Monat.

Die Steigerung in den Monaten November bis Januar kann darin begründet sein, daß in dieser Zeit in den Medien über den HIV-Subtyp E berichtet wurde – oder in dem in dieser „dunklen“ Jahreszeit (inklusive Weihnachtszeit) normalerweise in allen Beratungsstellen erhöhten Beratungsaufkommen. Nach wie vor ist die Anruhfähigkeit abhängig von der Präsenz des Themas HIV und AIDS in den Medien. Dabei wird durch die Steigerung der Anruzfahlen bei erhöhter Medienpräsenz deutlich, daß die 19411 als Informations- und Beratungsnummer in Sachen HIV und AIDS bekannt und erreichbar ist.

Im Vergleich mit vorhergehenden Erhebungen ergibt sich folgende Entwicklung:

Entwicklung



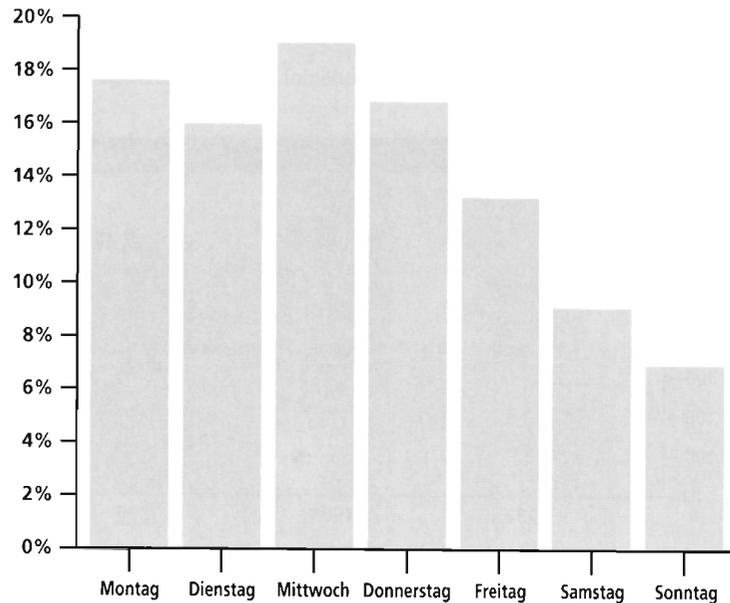
Ausgehend von 1.055 Gesprächen pro Monat 1992 ist alle zwei Jahre ein Rückgang in der Anruhfähigkeit um 20% zu verzeichnen. In den Anfangszeiten der Telefonberatung sollen es sogar 2.000 Gespräche pro Monat gewesen sein. Allerdings liegen darüber keine Daten vor. Zu diesem Rückgang tragen verschiedene Faktoren bei:

Zum einen ist der Grad der Informationsversorgung innerhalb der Bevölkerung zum Thema HIV und AIDS in den vergangenen zehn Jahren stark gestiegen. Daran haben nicht nur die Medien, sondern auch viele Beratungsstellen, Schulen und nicht zuletzt die bundesweite 19411 ihren Anteil. Es existiert also eine breite „Informationsdecke“. Darüber hinaus ist seit einigen Jahren vermehrte Informationskonsistenz zu verzeichnen, z.B. bezüglich der Ansteckungswege, d.h. die mögliche Verunsicherung ist gesunken. Zum anderen haben sich die in den ersten Jahren prognostizierten steilen Infektionskurven nicht bewahrheitet.

In vielen „Szenen“ und Freundeskreisen ist es heute sehr viel eher möglich, über die eigene Infektion und den Krankheitsverlauf zu sprechen und auf Informiertheit und Verständnis zu stoßen, als dies in den Anfangsjahren von AIDS der Fall war. Eine langjährige Telefonberaterin bezeichnet diese Veränderungen als „Früchte“ ihrer Arbeit.

Die Anruhfähigkeit pro Wochentag verteilt sich so:

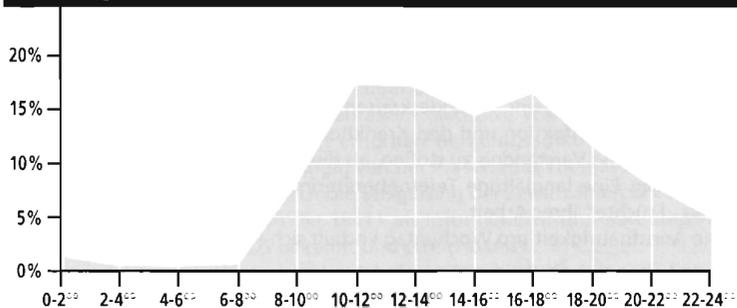
Verteilung Wochentage



Von Montag bis Donnerstag wird das Beratungstelefon von den AnruferInnen am stärksten frequentiert.

In diesem Zusammenhang ist die Betrachtung der Anruhfrequenz nach Uhrzeit aufschlußreich:

Verteilung Uhrzeit



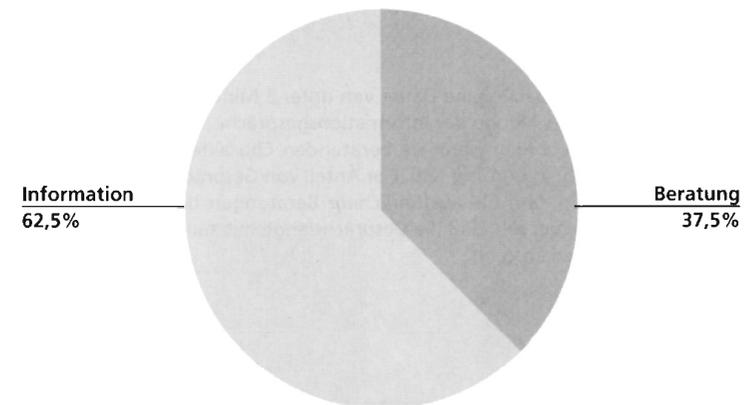
Am Wochenende und in den Zeiten vor 10 Uhr und nach 18 Uhr ist ein deutlicher und kontinuierlicher Abfall der Anruhfrequenz zu verzeichnen.

Alle sieben Wochentage addiert, ergibt sich ein Anruferaufkommen von 71,6% in der Zeit zwischen 9 Uhr und 18 Uhr, von 83% in der Zeit zwischen 9 Uhr und 20 Uhr und von 90,6% zwischen 9 Uhr und 22 Uhr. Information und Beratung Suchende rufen, wenn sie die freie Wahl haben, eher in der Woche tagsüber als am Wochenende oder abends an.

Der Charakter der Gespräche verändert sich im Laufe des Tages. Je später die Uhrzeit, desto mehr verschiebt sich der Schwerpunkt von Information hin zu Beratung. Zwischen 9 Uhr und 16 Uhr geht es bei 70% der Gespräche um Information und bei 30% um Beratung im engeren Sinne. Zwischen 20 Uhr und 24 Uhr und in den Nacht- und Wochenenddiensten erreicht der Prozentsatz der Beratungsgespräche die 55%-Marke.

Für alle Dienste ergibt sich folgendes Verhältnis:

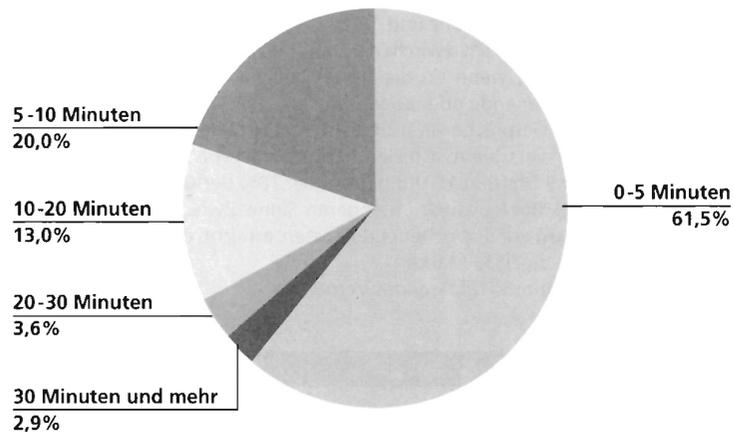
Verteilung Gesprächsart



Der Anteil der Informationsgespräche liegt mit 62,5% deutlich über dem Anteil der Beratungsgespräche (37,5%). Der Charakter der 19411 als Informations- und Beratungstelefon wird durch die geringe Anzahl von Krisengesprächen (1,3%) bestätigt.

Die Verteilung der Gespräche nach Gesprächslänge unterstreicht diese Zahlen noch einmal:

Verteilung Dauer



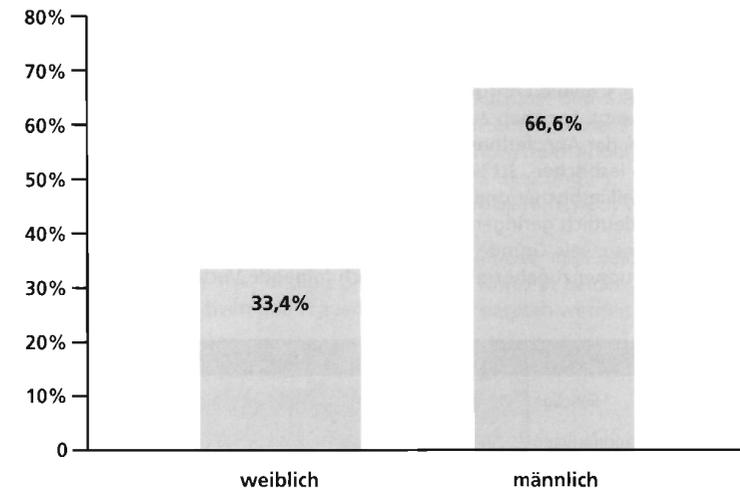
61,5% der Gespräche haben eine Dauer von unter 5 Minuten und entsprechen vom Prozentanteil der Menge der Informationsgespräche. Gespräche zwischen 5 und 10 Minuten können, wenn sie beratenden Charakter haben, sicherlich nur eine Form der Kurzberatung sein. Der Anteil von Gesprächen mit einer Länge von über 10 Minuten, die ausführlichere Beratungen bedeuten, liegt bei 19,5%. Wobei auch hier gilt, daß die Gesprächslänge mit zunehmender Uhrzeit in den Abendstunden ansteigt.

3. Verteilung nach Geschlecht, sexueller Orientierung und Gruppenzugehörigkeit der AnruferInnen

Bei den nachfolgenden Zahlen ist zu beachten, daß es für die BeraterInnen am Telefon nur möglich ist, aufgrund der Stimme das Geschlecht der AnruferInnen zu bestimmen. Weitergehende Angaben wie sexuelle Orientierung, Gruppenzugehörigkeit oder Teststatus ergeben sich manchmal, aber nicht immer aus dem Gesprächsverlauf. Deshalb sind in diesen Graphiken die Rubriken „ohne/keine Angabe“ oder „sonstige“ verhältnismäßig groß.

Ähnliche Ergebnisse wie die bisherigen Untersuchungen zeigt die Geschlechterverteilung:

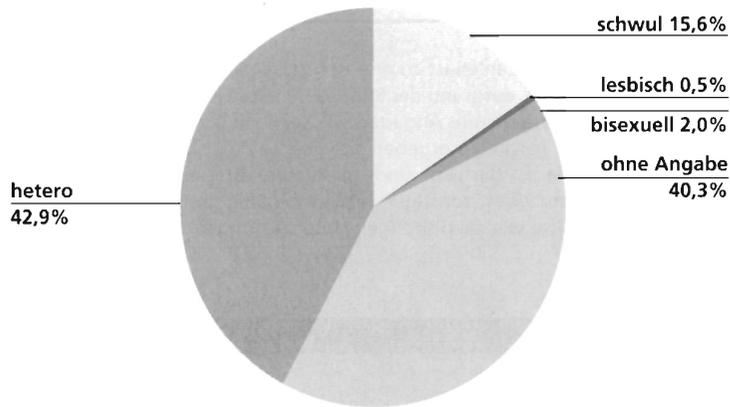
Verteilung Geschlecht



66,6% aller Anrufer sind Männer. Diese Zahlen sowie die Verteilungen beim Teststatus (6,2% positiv getestet) und der Gruppenzugehörigkeit (7,1% Menschen mit HIV und AIDS) zeigen, daß das Telefon besonders von nichtinfizierten schwulen und heterosexuellen Männern genutzt wird. Allerdings ist die Zahl der AnruferInnen tendenziell steigend und liegt bei 33,4%.

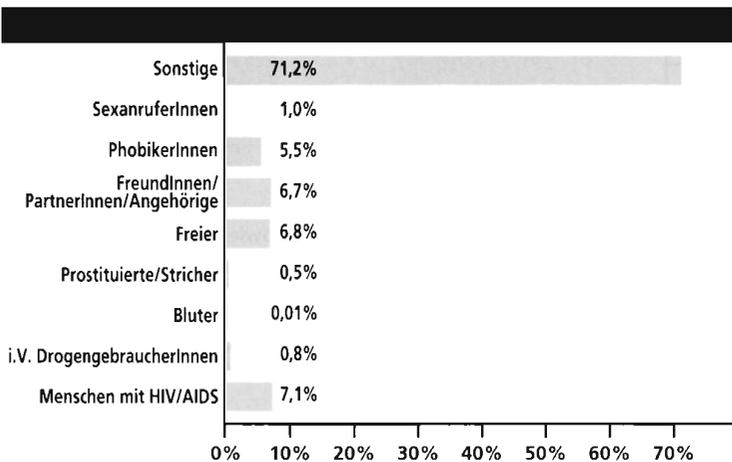
Die Verteilung der sexuellen Orientierung der AnruferInnen sieht folgendermaßen aus:

Sexuelle Orientierung



Der Anteil der schwulen Anrufer liegt bei 15,6%, wobei für 57,7% aller AnruferInnen überhaupt Angaben zur sexuellen Orientierung vorliegen. Hochgerechnet auf 100% der AnruferInnen ergibt sich eine Verteilung von ca. 28% schwulen, ca. 0,9% lesbischen, 3,1% bisexuellen und 68% heterosexuellen AnruferInnen; der Anteil lesbischer und bisexueller AnruferInnen bleibt also nach wie vor gering. Der deutlich geringere Anteil von AnruferInnen verwundert, da sie eigentlich ebenso viele Gründe für einen Anruf haben wie Männer.

Bei der Gruppenzugehörigkeit findet sich folgende Verteilung:



Der größte Anteil fällt mit 71,2% auf die „Sonstigen“. Dabei handelt es sich zum überwiegenden Teil um Gespräche von bis zu 5 Minuten, die der Risikoabklärung oder dem Weiterverweis an eine Teststelle dienen und bei denen aus dem Gesprächsverlauf keine genauere Zuordnung der AnruferInnen möglich ist.

FreundInnen, PartnerInnen, Angehörige (6,7%) und Menschen mit HIV und AIDS (7,1) stellen die nachfolgende Häufigkeit in der Gruppenzugehörigkeit. Der Versuch, die 19411 als Beratungstelefon für Menschen mit HIV und AIDS und ihre Angehörigen zu verankern, muß als gescheitert angesehen werden. Aus dem Gesamtblick auf AIDS-Hilfe-Arbeit wird ersichtlich, daß persönliche Beratung sowie Selbsthilfe- und angeleitete Gruppen dem Gesprächs- und Beratungswunsch dieser Menschen eher entsprechen.

Anrufe von Freiern (6,8%) dienen häufig der Risikoabklärung nach dem Wochenende.

PhobikerInnen mit 5,5% und SexanruferInnen mit 1% machen zwar nur einen geringen, aber für die BeraterInnen besonders belastenden Anteil der AnruferInnen aus.

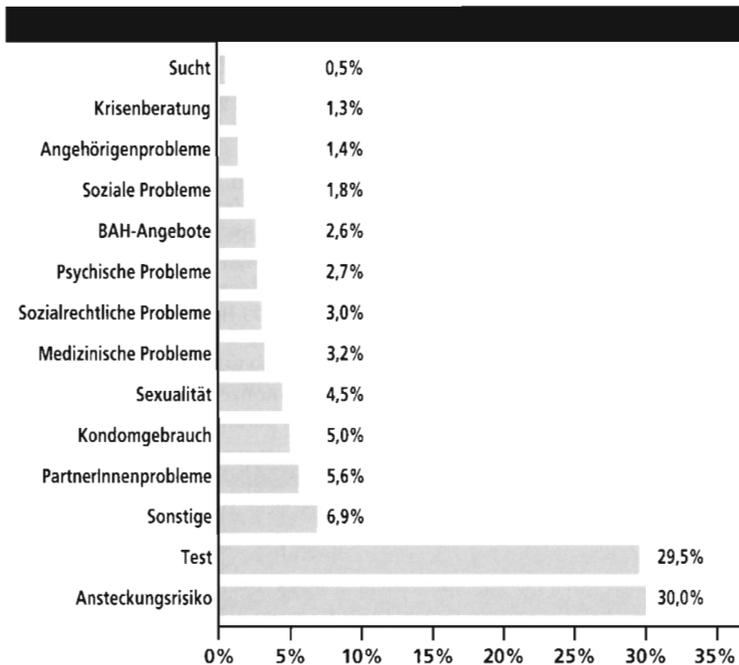
Intravenöse DrogengebraucherInnen mit 0,8% und Prostituierte mit 0,5% stellen einen geringen Anteil der AnruferInnen. Auch bei den Gesprächsinhalten stellt „Sucht“ mit 0,5% einen verschwindenden Anteil. Dieser Personenkreis hat über AIDS-Hilfe hinaus durch das Drogenhilfesystem andere Unterstützungsmöglichkeiten oder kommt in die persönliche Beratung.

Deutlich wird durch die Zahlen auch, daß die AIDS-Hilfe nach wie vor nicht von Blutern in Anspruch genommen wird.

Jeweils für positive Menschen und für Frauen gibt es an jeweils einem Wochentag die „Positive-line“ und die „Frauen-line“. Konzept beider „lines“ ist es, daß Positive von Positiven und Frauen von Frauen beraten werden.

4. Fragen, Anliegen und Teststatus der AnruferInnen; wohin werden sie weiterverwiesen?

Zu den interessantesten Untersuchungsgegenständen gehörte, welche Fragen, Anliegen und Bedürfnisse die AnruferInnen haben. Die Verteilung der Schwerpunkte bei den Gesprächsinhalten zeigt, daß – wie in anderen Untersuchungen auch – das Ansteckungsrisiko (30%) und Fragen um den Test (29,5%) die Hauptgründe aller Anrufe darstellen. „Test“ bedeutet dabei häufig die Weitergabe einer Teststellenadresse:

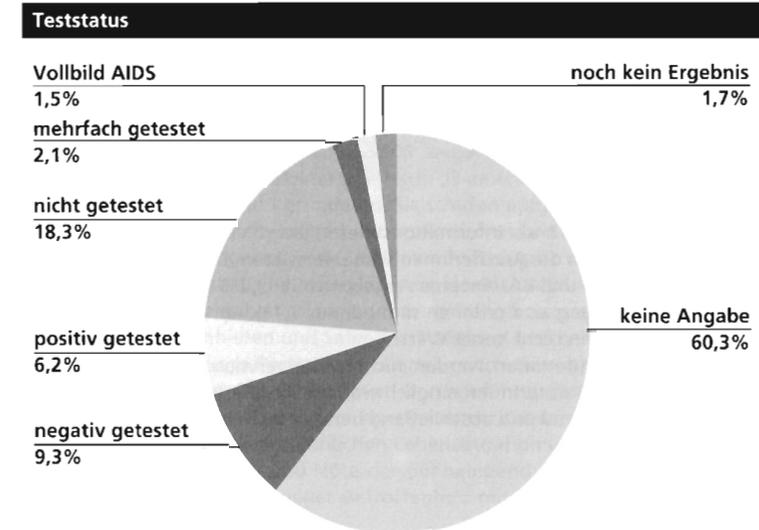


Ansteckungsrisiko, Kondomgebrauch, Test, Sexualität und Partnerprobleme, also Fragen, die Infizierte und Nichtinfizierte gleichermaßen beschäftigen können, stellen mit über 80% den Hauptteil aller Beratungsgespräche. Hierbei bietet die 19411 als niedrigschwelliges und anonymes Beratungsangebot die Möglichkeit, auch Fragen zu stellen, die den AnruferInnen anderswo schwerer gefallen wären, beispielsweise Fragen im Bereich Sexualität, bei denen AIDS-Hilfe-MitarbeiterInnen meistens offen und vorurteilsfrei den AnruferInnen begegnen.

Sozialrechtliche und medizinische Probleme machen mit 3% bzw. 3,2% einen geringen Teil der Gesprächswünsche aus. Dies ist sicherlich auch Folge der Möglichkeit, AnruferInnen mit diesen Problemen direkt an die Sozialberatung der Berliner AIDS-Hilfe oder an die Schwerpunktpraxen in Berlin zu verweisen. Auf beiden Gebieten ist eine individuelle Beratung durch Fachleute angeraten.

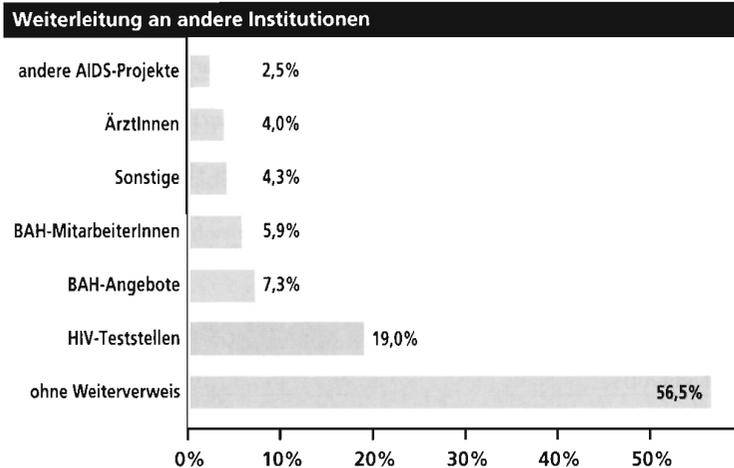
Auch bei Krisengesprächen (1,3%) ist es Aufgabe der ehrenamtlichen TelefonberaterInnen, die AnruferInnen durch das Beratungsgespräch an professionelle Hilfsangebote heranzuführen.

Der Teststatus der AnruferInnen zeigt folgende Verteilung:



Der größte Anteil fällt mit 60,3% auf Gesprächsverläufe, in denen der Teststatus der AnruferInnen keine Rolle spielt. Dies sind meist Gespräche zur Risikoabklärung oder zum Erfragen einer Teststelle. Wie schon erwähnt, bilden Menschen mit HIV (6,2%) und AIDS (1,5%) einen kleinen Anteil der AnruferInnen. AnruferInnen, die mehrfach getestet sind, entpuppen sich häufig als PhobikerInnen.

Ein wesentlicher Bestandteil der Beratungsarbeit ist die Weiterleitung der AnruferInnen an andere Institutionen. Hier sieht die Verteilung folgendermaßen aus:



Der Nutzen der 19411 als Informationstelefon zeigt sich in 43,5% aller Gespräche; hier werden die AnruferInnen weiterverwiesen. Dabei stellen die HIV-Teststellen mit 19% und BAH-interne Angebote mit 13,2% die größten Anteile. 4% Weiterverweisung an ÄrztInnen sind bei nur 7,1% Anrufen von Menschen mit HIV und AIDS ein recht hoher Wert.

56,5% aller AnruferInnen werden nicht weiterverwiesen, was den Schluß zuläßt, daß es den BeraterInnen möglich war, die AnruferInnen in den meisten Fällen zufriedenstellend und abschließend beraten zu haben.

Schlußbemerkung:

Zusammenfassend läßt sich feststellen, daß das Beratungstelefon schwerpunktmäßig ein Medium zur Infektionsvermeidung und Infektionsabklärung ist. Bei den AnruferInnen bestehen immer noch (oder immer wieder) erhebliche Unsicherheiten, was die eigene Risikoabklärung betrifft, so daß die 19411 im Rahmen der umfassenden AIDS-Hilfe-Arbeit hauptsächlich primärpräventive Aufgaben erfüllt.

Für die zukünftige Ausgestaltung des Beratungstelefon-Angebots könnte es sinnvoll sein, diesen Aspekt der Arbeit stärker in den Vordergrund zu stellen und damit neue Zielgruppen zu erreichen. Vorstellbar wäre z.B. aufklärende Werbung in Schulen mit dem Hinweis auf die 19411. Die Fähigkeit der BeraterInnen, offen und ohne Bewertung über sexuelle Praktiken und Probleme zu sprechen und zu informieren, könnte junge Menschen bei der Entwicklung eines angstfreien und „sicheren“ sexuellen Lebens unterstützen.

AKTUELLE SITUATION UND KONSEQUENZEN FÜR DIE ZUKUNFT EHRENAMTLICHER TELEFONBERATUNG – DISKUTIERT AM BEISPIEL DER AIDS-HILFE HAMBURG

Birgit Bader

Geschichte

Die Geschichte der AIDS-Hilfen ist eng verknüpft mit der Geschichte homosexueller Antidiskriminierungs- und Selbsthilfebewegung. In deren Tradition stehen auch das „Rosa Telefon“ für Coming-out-Probleme, die Notruftelefone für Überfälle auf Homosexuelle und die telefonische Beratung und Information zu HIV und AIDS, wie sie heute von vielen AIDS-Hilfen angeboten werden.

Als Anfang der 80er Jahre AIDS auch in Deutschland ein Begriff wurde, waren es vor allem schwule Männer, die nach US-amerikanischem Vorbild die ersten deutschen AIDS-Hilfen gründeten. Sie schufen aufgrund ihrer eigenen Betroffenheit ein niedrigschwelliges, unbürokratisches und anonymes Informations- und Beratungsangebot. Viele von ihnen hatten gute Kontakte in die USA; so kamen sie sofort an die neuesten Informationen zu AIDS. Ihr Wissen konnten sie am Telefon weitergeben und mit den zumeist homosexuellen Anrufern über AIDS, Sexualgewohnheiten und Safer-Sex-Praktiken sprechen.

Damals wurden diese Beratungen überwiegend von unentgeltlich arbeitenden, ehrenamtlichen Telefonberatern durchgeführt, die ihre Tätigkeit als Selbsthilfe und Unterstützung Gleichgesinnter verstanden. Diese Männer hatten auf der Grundlage einer ähnlichen Lebenssituation und -erfahrung ein offenes Ohr für die Sorgen und Nöte der überwiegend homosexuellen Anrufer und konnten diesen aus eigener Betroffenheit mit Sachverstand und Einfühlung zur Seite stehen.

Telefonberatung in AIDS-Hilfen ist auch heute nicht ohne ehrenamtliche Kräfte zu leisten, auch wenn sich inzwischen die Anforderungen an diese verändert haben und die AnruferInnen andere sind. Auch der „Apparat“ AIDS-Hilfe hat sich verändert. Die etwa 120 lokalen AIDS-Hilfen arbeiten in den verschiedenen Regionen Deutschlands unter sehr unterschiedlichen Bedingungen: „Großbetriebe“ wie in Berlin, Hamburg und Nordrhein-Westfalen kommen ohne klare Strukturen und Arbeitsteilung nicht mehr aus; kleine AIDS-Hilfen in ländlichen Gebieten dagegen arbeiten nur mit wenigen oder gar keinen Hauptamtlichen und müssen Vieles ehrenamtlich organisieren.

„Dennoch begreifen sich die AIDS-Hilfen nach wie vor in Abgrenzung zu professionellen Angeboten des traditionellen Gesundheitswesens und in Abgrenzung zu einem Wohlfahrtsverband als ein tragfähiges Netzwerk der solidarischen Hilfe und Selbsthilfe, wobei sie ihre spezifische Kompetenz gerade aus der Betroffenheit ihrer Mitglieder ableiten.“ (Zitiert nach: Lühmann, in: Aue/Bader/Lühmann: Krankheits- und Sterbebegleitung, Weinheim und Basel 1995)

So unterschiedlich die Strukturen der AIDS-Hilfen sind, so verschieden sind auch die Angebote, welche die einzelnen AIDS-Hilfen Ratsuchenden machen können. Diese Verschiedenheit sollte jedoch vor allem für die *Quantität der Angebote* gelten, nicht für die *Qualität der Auskünfte*, die AnruferInnen unter der bundesweiten Rufnummer 19411 erhalten.

Wie die Untersuchung von Wolfgang Rynski zeigt, unterscheiden sich jedoch die Auskünfte über HIV-Infektionsrisiken, riskante Sexualpraktiken und „Testzeiten“, die AnruferInnen an den Telefonen der lokalen AIDS-Hilfen erhalten, ganz erheblich. Die Frage nach dem Zeitpunkt, ab wann ein HIV-Antikörpertest gemacht werden kann, wird z.B. mit einer Zeitspanne zwischen acht und sechzehn Wochen beantwortet. Damit tragen die AIDS-Hilfen unwillentlich zur Irritation der Bevölkerung bei.

Was AIDS-Hilfen als bundesweite Standards am Info-Telefon realisieren müssen (z.B. einheitliche Auskünfte über die wichtigsten Fragen zu HIV und AIDS) und was sie als lokale Service-Leistung darüber hinaus leisten können, soll in diesem Beitrag am Beispiel der veränderten Gestaltung ehrenamtlicher Telefonberatung in der AIDS-Hilfe Hamburg vorgestellt werden.

Aktuelle Situation

Seit Bestehen der AIDS-Hilfe Hamburg (mittlerweile zwölf Jahre) gehört die telefonische Beratung mit zum Standardangebot. Wie bei allen AIDS-Hilfen waren es zunächst Ehrenamtliche, die – zumeist in den Abendstunden – die Telefonberatung anboten. Später wurden Hauptamtliche angestellt, die zusätzlich und vor allem tagsüber ebenfalls am Telefon Auskünfte über HIV und AIDS gaben. Diese Arbeitsteilung wird bis heute beibehalten. Dagegen obliegen Koordination, Schulung und Fortbildung ausschließlich der hauptamtlichen Mitarbeiterin, in Kooperation mit anderen Hauptamtlichen (die als ReferentInnen an den Themenabenden fungieren) und dem Co-Leiter, der die Gruppentreffen miteitet und den Dienstplan der Ehrenamtlichen erstellt. (Wenn im Nachfolgenden von „Hauptamtlichen“ gesprochen wird, sind immer die Personen gemeint, die für die TelefonberaterInnen zuständig sind.)

Im Oktober 1996 wurde die ehrenamtliche Telefonberatung von bisher drei Stunden in der Zeit von Montag bis Freitag auf zwei Stunden (19 bis 21 Uhr) begrenzt. Vergleichbar mit der Berliner Situation (siehe Hanno Gieses Beitrag in diesem Band) hatten sich seit 1992 die Anrufe vor allem in den Abendstunden kontinuierlich reduziert. Eine statistische Auswertung über acht Monate (Januar bis August 1996), in der die Gespräche nach der Uhrzeit ihres Eingangs ausgewertet wurden, ergab zwar eine durchschnittliche Zahl von ein bis zwei Anrufen pro halbe Stunde; allerdings kam es auch häufig vor, daß der erste Anruf kurz nach 18 Uhr kam, der nächste erst gegen 20 Uhr, so daß die TelefonberaterInnen manchmal ein bis zwei Stunden auf einen Anruf warteten. In Abstimmung mit den TelefonberaterInnen wurde daraufhin die Beratungszeit begrenzt; in der Folge fühlten sich die TelefonberaterInnen wieder nützlich.

Die Gesprächsdauer lag in diesem Jahr im Durchschnitt bei etwa drei Minuten. Die Themen der Beratung am Telefon betrafen zu 34,2% die HIV-Infektionsrisiken, zu 15,4% den Test und zu 17,8% medizinische Fragen im engeren Sinne. Partnerschaftsprobleme wurden in 15,4% der Gespräche thematisiert. Etwa 1,7% der AnruferInnen hatten vor kurzem ein positives Testergebnis erhalten. Um Krisen ging es in 3,8% der Gespräche.

58,4% der AnruferInnen waren Männer, 25,6% Frauen. 75,6% waren nicht HIV-infiziert oder nicht getestet, 15,3% HIV-infiziert und 8,9% hatten AIDS.

50,6% machten keine Aussagen über ihre sexuelle Orientierung. 33,4% waren heterosexuell, 14,2% homosexuell, 1,8% bisexuell und 0,3% transsexuell. Lesbische AnruferInnen wurden statistisch nicht erfaßt. (Alle Zahlen aus den Sachberichten 1994 und 1995 der AIDS-Hilfe Hamburg e.V.)

Die Hamburger Zahlen stimmen mit denen der Berliner AIDS-Hilfe im wesentlichen überein. Die Aufgabe der TelefonberaterInnen kann damit als Information „rund um die HIV-Infektion, den Test und AIDS“ bezeichnet werden. Gespräche, die drei Minuten dauern, können bestenfalls als Kurzberatung bezeichnet werden. Die TelefonberaterInnen in Hamburg haben nur selten die Gelegenheit, zwanzig Minuten oder länger mit AnruferInnen zu sprechen.

Aus diesen Gründen habe ich mich entschlossen, das Konzept der Schulung ehrenamtlicher TelefonberaterInnen und die Gestaltung der vierzehntägigen Gruppentreffen zu verändern und der geschilderten Situation anzupassen. Die einführende Schulung wird das medizinische Wissen über HIV, den Test, AIDS, die „schulmedizinischen“ und alternativen Therapien bei HIV und AIDS jetzt deutlicher in den Vordergrund stellen. Gesprächsführung wird dafür zeitlich eingeschränkt, außerdem stärker als bisher am systemischen Vorgehen der Auftragsklärung und Konstruktion von Lösungen orientiert. Die Gruppentreffen beinhalten zwar nach wie vor die Möglichkeit zur Supervision von Beratungsgesprächen, dienen nun aber stärker der kontinuierlichen Fortbildung und Wissensvermittlung. Außerdem werden sie wieder mehr in die Organisation von Ehrenamtlichen gelegt. Damit verändert sich auch die Tätigkeit und Position der hauptamtlichen MitarbeiterInnen.

Spannungsfeld Selbsthilfe – Ehrenamtliche – Hauptamtliche im Bereich der Telefonberatung

Die Motivationen Ehrenamtlicher, sich heute als TelefonberaterInnen in AIDS-Hilfen zu engagieren, weichen meistens deutlich voneinander ab. Die Anzahl der Homosexuellen, die am Telefon beratend tätig sein wollen, ist in der AIDS-Hilfe Hamburg stark zurückgegangen. Statt dessen hat die Zahl der Frauen und PsychologiestudentInnen sehr zugenommen. Heterosexuelle Männer finden sich bis auf eine Ausnahme nicht.

Das Interesse für Beratung am Telefon der AIDS-Hilfe geht heute über das Gefühl, sich mit einer Hauptbetroffenengruppe zu solidarisieren, weit hinaus. Lust auf Gespräche über Sexualität, Interesse an Praktikumsbescheinigungen, Erfahrung in der Telefonberatung, Überbrückung von Zeiten der Arbeitslosigkeit und

erhoffte Herausforderung (auch „Exotik“) durch Gespräche mit krisengeschüttelten, suizidgefährdeten HIV-Positiven sind legitime Motive – aber natürlich ganz andere als die von möglicherweise selbst betroffenen Homosexuellen, die dazu beitragen möchten, daß HIV sich nicht weiter ausbreitet, oder die ihre Trauer um einen an AIDS gestorbenen Freund auf diese Weise bewältigen wollen.

Dazu gesellen sich die Hauptamtlichen, die in das Arbeitsfeld Telefonberatung einerseits ihre Professionalität einbringen, andererseits natürlich ebenso persönliche Gründe dafür haben, warum sie ausgerechnet in der AIDS-Hilfe arbeiten. Auch unter den Hauptamtlichen finden sich überwiegend Homosexuelle und Frauen, kaum heterosexuelle Männer.

Diese Mischung allein ist eigentlich nichts Besonderes, da auch in anderen Berufsfeldern unterschiedliche Menschen mit unterschiedlichen Biografien und Motivationen arbeiten. Die Besonderheit liegt darin, daß der Themenkomplex HIV/AIDS viele Tabus und Themen beinhaltet, die oft unbewußt bleiben und deshalb symbolisch ausagiert werden: Solidarisierung, Trauerarbeit, Ersatzsexualität, Voyeurismus, Flucht vor der inneren Leere, aber selbstverständlich ebenso tiefes Mitgefühl, das Bedürfnis zu helfen, vielleicht sogar im karitativen Sinne zu dienen usw.

Auf diesem Boden vielfältiger Motivationen und menschlicher Empfindsamkeiten könnte viel wachsen. Um so erstaunlicher, daß es im Alltag von AIDS-Hilfe so wenig möglich ist (und das nicht nur aus Zeitdruck und Überlastung), sich zu öffnen und über all dies zu sprechen. Wieviele Chancen werden vertan, die AIDS-Hilfe wirklich zu einem beispielhaften Arbeitsbereich zu machen, in dem „Liebe“ wirklich das Thema sein kann und nicht immer nur Sexualität!

Schwellenängste, wie sie jeder Beratungseinrichtung gegenüber bestehen, werden bei AIDS-Hilfen noch dadurch erhöht, daß Anrufer häufig einen Homosexuellen am Ende der Leitung erwarten (und tatsächlich antreffen), mit dem sie nun über zumeist heterosexuellen Sex sprechen sollen/wollen. Oder: Der heterosexuelle Mann, der nach einem alkoholisierten Ausflug ins Rotlichtviertel beunruhigt ist, trifft nun auf eine Telefonberaterin, mit der er über die mögliche Gefährdung durch eine Prostituierte, die bei ihm Oralsex praktiziert hat, sprechen soll/will. TelefonberaterInnen reagieren gerade auf ein Gesprächsanliegen wie das letztgenannte sehr unterschiedlich. Für die primär beruflich motivierten Haupt- und Ehrenamtlichen sind alle Gespräche im wesentlichen erst einmal Beratungsgespräche. Weibliche Ehrenamtliche empören sich oft über die Anliegen der „Freier“, die sich nur um ihren eigenen Schutz scheren, denn sie fühlen sich hier als Frau selbst diskriminiert. Homosexuelle Berater erfüllen ihre „Mission“ meist reibungsloser; sie sind vor allem über die Anrufe ihrer schwulen Leidensgenossen erfreut, beraten aber ebenso engagiert auch heterosexuelle Anrufer.

Ich schildere dies hier absichtlich überspitzt und plakativ, und die Realität ist ohne Zweifel differenzierter. Die Überzeichnung soll verdeutlichen, wie tiefgreifend sich die verschiedenen Lebenshintergründe von Homosexuellen, Frauen und PsychologiestudentInnen am Telefon auswirken können. All diese Aspekte bestimmen auch die Atmosphäre der Gruppentreffen, auf denen die ehrenamtlichen TelefonberaterInnen später über die geführten Gespräche sprechen. Und Hauptamtliche müssen sich entscheiden, welchen Charakter sie den Gruppentreffen geben wollen, um ihre Rolle darin eindeutig zu definieren.

Anforderungen an ehrenamtliche TelefonberaterInnen

Die Kooperation mit Ehrenamtlichen unterscheidet sich von der mit Hauptamtlichen im wesentlichen von der Struktur her. Da, wo Hauptamtliche durch ihren Arbeitsvertrag auf definierte Aufgaben, Zeiten und Strukturen der Zusammenarbeit verpflichtet sind, haben Ehrenamtliche viel mehr Spielraum. Verpflichtungserklärungen (die ich für sinnvoll halte, um Verbindlichkeit und Ernsthaftigkeit zu klären) können jedoch immer nur symbolischen Charakter haben. Dennoch kann das Prinzip Verbindlichkeit nicht einfach fallengelassen werden, auch wenn es sich in der Praxis später nicht bei allen gleichermaßen realisiert. Ein öffentlich beworbenes Angebot wie die Telefonberatung kann nur bestehen (bleiben), wenn auch tatsächlich jemand den Hörer abhebt. Dies muß auch den Ehrenamtlichen klar sein; deshalb ist es besonders am Anfang wichtig, die etwaige zeitliche Belastung zu klären.

Ebenfalls deutlich werden muß die Tatsache, daß Ehrenamtliche genauso wie Hauptamtliche am Telefon als *MitarbeiterInnen einer Institution* sitzen. Eine verabredete Begrüßungsformel („AIDS-Hilfe Hamburg, guten Abend!“) kann dies unterstreichen. Auch der Beratungsstil sollte für den Anrufer eine gleichbleibende und erkennbare Qualität garantieren.

Höflichkeit, Freundlichkeit, Informiertheit und eine kompetente Fachberatung – diese Charakteristika sollten (nicht nur) Ehrenamtliche auszeichnen, die am Telefon der AIDS-Hilfe sitzen. Wer solchen *Telefon-Knigge* für übertrieben hält, mag sich kurz in die Lage eines verzweifelten Menschen versetzen, der sich ernsthaft Sorgen darüber macht, ob er sich in der Sauna infiziert haben könnte, und der dann nach dem dritten Anlauf endlich an einen Berater gerät, der ihm pampig und genervt erklärt, daß hier nun wirklich kein Risiko bestehe.

Geklärt sein müssen auch die Grenzen für die Beratung durch Ehrenamtliche. Viele Ehrenamtliche setzen sich selbst unter Druck und meinen, sie müßten unbedingt die chemische Zusammensetzung von AZT kennen oder einen „AIDS-Phobiker“ aus seinen kreisenden Gedanken befreien können. Solches sind Aufgaben für Hauptamtliche, die dafür medizinisch oder psychotherapeutisch geschult sind. Die Ehrenamtlichen müssen in solchen Fällen nur wissen, an wen sie AnruferInnen mit derartigen Anliegen verweisen – oder aber im Einzelfall auch, wie sie ein Gespräch freundlich und bestimmt beenden können. Im Laufe der Zeit „professionalisieren“ sich selbstverständlich viele Ehrenamtliche und können aus ihrem erworbenen Wissen und ihrer Erfahrung dann auch schwierige Gesprächssituationen meistern. Dies muß zu ihrer eigenen Entlastung aber immer eine „Kann-Bestimmung“ bleiben.

Das neue Konzept der Schulung und Organisation ehrenamtlicher TelefonberaterInnen

Das hier vorgestellte neue Einführungs- und Schulungskonzept der AIDS-Hilfe Hamburg beansprucht nicht, ein für alle AIDS-Hilfen verbindliches Modell darzustellen. Es soll vielmehr dazu dienen anzuregen, was vielleicht an der Gestaltung, Organisation und Schulung der ehrenamtlichen TelefonberaterInnen vor Ort geändert werden muß, um sich den veränderten Anforderungen sachgemäß anzupassen.

1. Einführung: Der Info-Abend

Über das Jahr verteilt rufen immer wieder Menschen an, die sich aus unterschiedlichsten Gründen für eine ehrenamtliche Tätigkeit in der AIDS-Hilfe Hamburg interessieren. Bislang wurden diese AnruferInnen vom Büro nach ihrem primären Interesse befragt und dann an die zuständigen Hauptamtlichen weiterverwiesen. Der/Die Zuständige telefonierte etwa zehn bis fünfzehn Minuten mit dem Interessenten, um sich dann zu einem persönlichen Gespräch in der AIDS-Hilfe zu verabreden, das in der Regel etwa eine Stunde dauerte.

Themen dieser Gespräche waren: Vorstellen der Institution AIDS-Hilfe, Möglichkeiten und Bereiche ehrenamtlicher Arbeit allgemein sowie die speziellen Themen und Anforderungen der ehrenamtlichen Arbeit, für die sich der potentielle Ehrenamtliche besonders interessierte. Das Ergebnis dieser Gespräche führte auch häufig dazu, daß an einen zweiten Kollegen delegiert wurde, der für einen anderen Bereich ehrenamtlicher Tätigkeit zuständig ist. Mit ihm wurde dann ein zweites Gespräch geführt, in seltenen Fällen auch ein drittes. Manchmal kam es auch dazu, daß die Entscheidung für eine ehrenamtliche Tätigkeit im Rahmen der AIDS-Hilfe Hamburg negativ ausfiel.

Dieses Verfahren hat sich als ausgesprochen zeitaufwendig für alle Hauptamtlichen und als dem Sachverhalt nicht angemessen herausgestellt. Eine Rundum-Information über ehrenamtliche Arbeit in der AIDS-Hilfe Hamburg wird jetzt etwa alle drei Monate an einem allgemeinen Info-Abend angeboten. Diese Informationsveranstaltung wird jeweils von einem Hauptamtlichen gestaltet, der für einen der ehrenamtlichen Bereiche zuständig ist und die anderen Bereiche mit vorstellt.

Danach kann ein Termin für das Erstgespräch mit dem zuständigen Hauptamtlichen verabredet werden, in dem die Motivation und das weitere Vorgehen besprochen werden. Fällt dieses Gespräch für beide Seiten befriedigend aus, wird der Beginn der gemeinsamen Arbeit festgelegt. In den traditionellen Bereichen Telefonberatung und Begleitung von HIV-Positiven geschieht dies in der Regel mit der einführenden Schulung. In den Bereichen Café und Öffentlichkeitsarbeit wird zum nächsten Treffen eingeladen.

Dieses Verfahren befindet sich in der AIDS-Hilfe Hamburg noch in der Erprobungsphase. Es zeigt sich jedoch schon jetzt, daß Zeitaufwand, Informationsgehalt und Ergebnis dieser Abende für alle Beteiligten befriedigend verlaufen.

2. So war es bisher

Das Konzept, nach dem bisher in der AIDS-Hilfe Hamburg ehrenamtliche TelefonberaterInnen geschult wurden, umfaßte einen Abend zur Institution AIDS-Hilfe, zwei Schwerpunkt-Wochenenden zur Gesprächsführung, zwei medizinische Themenabende und einen weiteren Themenabend nach Wahl (Sozialrechtsberatung, Sexualität).

Der inhaltliche Standard, der sich in diesem Konzept deutlich ausdrückte, war die Akzentuierung der *psychologischen Beratung*. Dementsprechend hoch bewertet und zeitlich intensiv geschult wurde die Gesprächsführungs-Kompetenz. In Abweichung zu anderen Beraterschulungen wurde bei der AIDS-Hilfe Hamburg hier außerdem unterschieden zwischen der Schulung der akustischen Wahrnehmung und dem Sprechen selbst. Hören und Sprechen wurden intensiv an jeweils einem Wochenende trainiert und geschult. Rollenspiele, inszenierte Beratungssituationen, Bandaufnahmen und analysierte Gespräche zu Themen wie Prostitution, „AIDS-Phobie“, frischem Testergebnis, Suizid und Partnerschaftsproblemen gaben den Ehrenamtlichen einen guten Einblick in die mögliche Bandbreite von Beratungsgesprächen am Telefon.

Dieses Konzept – so sinnvoll es auch ist – brachte es mit sich, daß die Erwartungen an die Telefonberatung selbst recht hoch waren und der Frust nicht lange auf sich warten ließ. „Simple“ Fragen nach allen möglichen (theoretischen) Infektionswegen, nach Testmöglichkeiten und Wartezeiten bis zum Test wurden schnell als uninteressant abgetan und mitunter etwas genervt beantwortet. Oder die Motivation zum Test wurde sehr hartnäckig hinterfragt, weil der angenehme „Hintergrundvorfall“ für eine solche Erkundigung als das eigentliche Thema angesehen wurde. Etliche AnruferInnen gingen jedoch auf diese Angebote nicht ein und frustrierten nun ihrerseits (ungewollt) die TelefonberaterInnen.

Interessanterweise ärgerten sich die TelefonberaterInnen selbst am meisten über die „AIDS-Phobiker“, obwohl gerade hier die volle Beratungskompetenz gefordert ist – also eigentlich genau das, wonach sich ehrenamtliche TelefonberaterInnen doch die Finger lecken müßten!

Was „AIDS-Phobiker“ am Telefon alles wissen wollen über die kleinste, unwahrscheinlichste, aber mindestens theoretische Möglichkeit, sich zu infizieren, wiederholte sich aus meiner Sicht dann in der Gruppe selbst: Die TelefonberaterInnen löcherten mich mit Fragen nach allen möglichen Infektionsrisiken und medikamentösen Therapien so sehr, daß ich oft passen mußte und selbst genervt war. Die Fragenkataloge an den Arzt verlängerten sich, und die medizinischen Infoabende nahmen an Umfang zu. Dieser Trend hält an und wird in Zukunft vermutlich noch weiter zunehmen, da z.B. die antiretroviralen Therapien viele Fragen aufwerfen.

Auch bei einer anderen Thematik stießen und stoßen immer wieder besonders die Telefonberaterinnen schnell an ihre Grenzen: Wenn ein Mann am Telefon über seinen Sexualverkehr mit einer Prostituierten berichtet und nun wissen will, ob er sich infiziert haben könnte. Hier geht es weniger um die Grenze beraterischer Kompetenz wie bei der „AIDS-Phobie“, als vielmehr um die moralische Grenze, die durch das parteiische Engagement zugunsten einer anderen

Frau entsteht. Und „AIDS-Phobie“ als Metapher für diffuse, sich im Kreise drehende Angst verlangt viel Erfahrung, Intuition, Fachwissen, Klarheit und Gelassenheit von einem Berater, der sich zugleich seiner „Machbarkeitsgrenze“ bewußt ist, ohne daran zu verzweifeln und deshalb vielleicht ärgerlich zu werden. Dagegen gehört Prostitution – vor allem, wenn sie von Frauen ausgeübt und von Männern nachgefragt wird – ja bekanntlich zu den „allergischen Themen“ und verlangt von kompetenten (weiblichen) BeraterInnen Abstand zu ihrer Parteilichkeit. Fazit: Themen wie diese brauchen zur fundierten Bearbeitung viel Aufmerksamkeit und Zeit. Sie sind sowieso nicht an einem Wochenende zu bearbeiten, sondern müssen immer wieder anhand aktueller Gespräche behandelt und supervidiert werden.

3. Neue Ziele für eine neue Schulung

Als bedeutsam und nützlich für die Standardausrüstung beraterischer Grundkompetenz haben sich nach aktuellem Stand folgende Lernziele für die einführende Schulung erwiesen:

Fachliche Ziele der Schulung

1. *Die BeraterInnen sind gut über HIV und AIDS informiert.*
Dies umfaßt fundierte Kenntnisse über die Infektionswege, Schutzmöglichkeiten und die Klassifikation der Krankheitsbilder nach den Kriterien der US-amerikanischen Centers for Disease Control (CDC).
2. *Die BeraterInnen sind über die gängigen Therapien und Medikamente informiert.*
Die wichtigsten Medikamente gegen opportunistische Infektionen und gegen HIV selbst (antiretrovirale Therapien) sind ihnen einschließlich der Nebenwirkungen bekannt. Alternative Therapien wie der Einsatz von Johanniskraut sind vom Namen und vom aktuellen Informationsstand her ebenfalls bekannt.
3. *Die BeraterInnen wissen, was eine „Studie“ ist.*
Sie wissen, daß für Studien Eingangsvoraussetzungen bestehen, die erfüllt werden müssen. Sie wissen auf einer allgemeinen Ebene (gemäß der entsprechenden DAH-Broschüre) über Studien Bescheid.
4. *Die BeraterInnen kennen die wichtigsten Anlaufstellen vor Ort und im Umkreis.*
Sie kennen sich im lokalen Netzwerk AIDS aus und wissen, an wen sie bei Spezialfragen weitervermitteln können.
5. *Die BeraterInnen erkennen das wahre Anliegen der AnruferInnen und wissen sich dazu zu verhalten.*

Sie sind in der Lage, den „Auftrag“ für die Beratung herauszuarbeiten, kennen ihre Kompetenzen und Grenzen und geben die benötigten Informationen an die AnruferInnen weiter.

6. *Die BeraterInnen sind in der Lage, die verdeckten Gefühle der AnruferInnen zu erkennen und zu verbalisieren.*
Sie sind fähig, mit Emotionen umzugehen und diese in einer angemessenen Form auszudrücken und dem Anrufer zu spiegeln.
7. *Die BeraterInnen gehen respektvoll mit ihnen fremden Lebenskonzepten und Ansichten um.*
Sie wissen, daß Konzepte zur Verhinderung einer HIV-Infektion nur greifen können, wenn an der Lebenswelt der AnruferInnen entlang beraten wird. Sie akzeptieren die Andersartigkeit von AnruferInnen selbst dann, wenn diese an ihre Grenzen stößt. Sie verweisen gegebenenfalls an andere BeraterInnen.
8. *Die BeraterInnen können Gespräche von sich aus dann beenden, wenn diese aufgrund des Gesprächsverlaufs festgefahren sind.*
Sie erkennen Gesprächsspiralen (z.B. bei „AIDS-Phobikern“) und ihre eigenen Grenzen, zu einer Lösung beizutragen.
9. *Die BeraterInnen schätzen ihre eigene, auch zeitliche Belastung realistisch ein und verhandeln über ihre Einsatzmöglichkeiten offen mit den zuständigen MitarbeiterInnen der AIDS-Hilfe.*
Sie machen klare Verabredungen und halten sich verbindlich daran.
10. *Die BeraterInnen erkennen, wann ihre Zeit als ehrenamtliche MitarbeiterInnen zu Ende ist.*
Sie stehen in gutem Kontakt mit ihren Interessen und Bedürfnissen und können diese angemessen ausdrücken. Sie geben anderen GrüppenteilnehmerInnen die Möglichkeit, sich von ihnen zu verabschieden und ihre Arbeit würdigen zu lassen.

Das neue Schulungskonzept

Um den veränderten Anforderungen an die Telefonberatung gerecht zu werden, mußten das Schulungskonzept und das Schulungssetting verändert werden.

Aus dem ursprünglichen Konzept, das die Techniken und Inhalte der Gesprächsführung sehr favorisierte und die medizinischen Informationen auf die HIV-Infektion, Schutzmöglichkeiten, Fragen zum Test und Grundinformationen zu AIDS beschränkte, wurde ein Konzept, das jetzt das medizinische Wissen mehr betont und die Gesprächsführung deutlicher auf die realen Gespräche hin ausgerichtet.

Das neue Schulungskonzept verfährt folgendermaßen:

Gruppenabend I	Mentorenwahl
Medizinischer Themenabend I	Alles über HIV-Infektionen
Medizinischer Themenabend II	Rund um den Test
Medizinischer Themenabend III	Krankheitsbilder und (antiretrovirale) Therapien
Medizinischer Themenabend IV	Alternative Therapien, Psychotherapie
Wochenende Gesprächsführung	Kontrollierter Dialog Verbalisieren von Gefühlen Klärung des Beratungsauftrags Fragetechniken zur Konstruktion von Lösungen Umgang mit Wiederholungen Umgang mit Gesprächspausen Techniken zum Beenden von Gesprächen Schwierige Anrufer
Themenabend I	Sexualität / Prostitution
Themenabend II	Grundlagen zum Sozialrecht
Themenabend III	Ehrenamtliche Mitarbeit in der AIDS-Hilfe Hamburg
Gruppenabend II	Entscheidung über weitere Mitarbeit Beginn der Hospitation

Es empfiehlt sich, die Themenabende in wöchentlichem Abstand durchzuführen, damit eine thematische Dichte erzielt wird. Die Schulung in der AIDS-Hilfe Hamburg wird schon immer in Kooperation mit anderen (als den für die Telefonberatung zuständigen) Hauptamtlichen, die zu den speziellen Themenabenden hinzugezogen werden, durchgeführt. Zur Zeit überlegen wir, ob zur zeitlichen Entlastung der Hauptamtlichen nicht auch Ehrenamtliche aus anderen Bereichen solche Teile der Telefonberaterschulung mitmachen können, die für ihre Arbeit ebenfalls Sinn machen.

Das „Hürdenlauf-System“ zur Qualitätssicherung

Qualitätsstandards fallen nicht vom Himmel, sie müssen erarbeitet und immer wieder den aktuellen Gegebenheiten angepaßt werden. Dies muß in der Regel durch den Hauptamtlichen geleistet werden, auch wenn die Gruppe eine Kontrollfunktion ausübt und sich die Ehrenamtlichen gegenseitig korrigieren können.

Das von mir entwickelte und mit dem sportlichen Titel „Hürdenlauf-System“ bezeichnete Geflecht zur Qualitätssicherung (siehe M. Aue/B. Bader/J. Lühmann: Krankheits- und Sterbebegleitung – Ausbildung, Krisenintervention, Training. Weinheim und Basel 1995) hat sich in der Praxis der AIDS-Hilfe Hamburg als brauchbar erwiesen. Es ist für die Ehrenamtlichen transparent und dient zu ihrer Orientierung, wo sie gerade stehen.

Dieses „Hürdenlauf-System“ ist wörtlich zu nehmen, denn bevor nicht die letzte Hürde genommen ist, dürfen Ehrenamtliche nicht selbst an das Beratungstelefon der AIDS-Hilfe. Sie vertreten dort schließlich die Institution und nicht sich selbst. Deshalb ist darauf zu achten, daß sie in den wesentlichen Themen die Standards der AIDS-Hilfe vertreten.

Das System hat mehrere Stufen und gliedert sich in drei Phasen:

1. Phase: Vorgespräch und Schulung
2. Phase: Hospitation
3. Phase: Beratung am Telefon

1. Phase

Vorgespräch

Hier werden die Motivation, der persönliche und berufliche Hintergrund sowie die zeitlichen Ressourcen abgeklärt. Auch sollte darauf geachtet werden, ob Interessierte starke persönliche Probleme, z.B. mit Alkohol und Drogen haben oder „übereifrig“ und einseitig-parteiisch in eine bestimmte Richtung (z.B. stark christlich, gegen Prostitution, gegen oder für den HIV-Test, für Kondomzwang von HIV-Positiven usw.) argumentieren. Wenn dies der Fall ist, muß abgeklärt werden, ob eine Schulung tatsächlich als Möglichkeit angenommen werden kann, umzulernen. Sonst endet hier der Weg zum ehrenamtlichen Telefonberater der AIDS-Hilfe.

Schulung

In der Schulung werden die medizinischen Grundlagen und Therapiemöglichkeiten von HIV und AIDS, Test und Testberatung, Gesprächsführungstechniken und andere wichtige Themen, die im Zusammenhang mit HIV und AIDS auftreten (Sexualität, Tod, Tabus) vermittelt und trainiert.

Die TrainerInnen sollten auch auf das Sozialverhalten in der Gruppe und den Austausch mit anderen achten, da neben der Fachlichkeit auch die menschlichen Qualitäten Grundlagen für die Zusammenarbeit sind.

Selbsteinschätzung und Feedback

Schon während der Ausbildungsphase sollten die TrainerInnen systematisch Situationen schaffen, in denen Selbsteinschätzung und Feedback geübt werden

können. Empfehlenswert ist es, am Ende des Schulungsteils „Stärken“ und „Schwächen“ zu reflektieren und daraus konkrete Arbeitsaufträge abzuleiten.

Mentoren

Die bereits tätigen TelefonberaterInnen werden in die Ausbildung der „Neuen“ integriert. Bei ihnen hospitieren die „Neuen“, und sie weisen diese auch in den Alltag ehrenamtlicher Telefonberatung ein. Die Mentoren haben bei der Entscheidung der Übernahme der „Neuen“ eine wichtige beratende Funktion.

2. Phase

Hospitation

Die „Neuen“ hospitieren bei den ihnen als Mentoren zugewiesenen „alten“ TelefonberaterInnen am Anfang mindestens dreimal, danach noch zwei-, dreimal bei anderen TelefonberaterInnen, um so mehrere Beratungsstile kennenzulernen. Die Hospitation wird zusammen mit den Mentoren reflektiert.

Selbsteinschätzung und Feedback

Während und vor allem am Ende der Hospitationsphase werden die „Stärken“ und „Schwächen“ der „neuen“ TelefonberaterInnen reflektiert, so daß diese immer wissen, auf welchem Stand sie sind und was sie noch lernen müssen.

3. Phase

Telefonberatung

Ehrenamtliche, die anfangen, allein am Telefon zu beraten, sollten ihre Gespräche mitprotokollieren und auf den Gruppentreffen thematisieren, wo sie diskutiert und supervidiert werden. Die Hauptamtlichen sollten darauf achten, daß auch Schwierigkeiten von den Beginnern selbständig angesprochen werden.

Live-Supervision am Telefon

Die Hauptamtlichen sollten „Neue“ nach einer Phase des Eingewöhnens direkt am Telefon supervidieren, d.h. Beratungsgespräche mithören und vor Ort besprechen. So können sie sich einen unmittelbaren Eindruck von der Kompetenz der TelefonberaterInnen verschaffen, situativ entstehende Fragen klären und den persönlichen Kontakt halten.

Damit ist der „Hürdenlauf“ für neue ehrenamtliche TelefonberaterInnen beendet. Die nachfolgenden Punkte gelten also für alle TelefonberaterInnen – und selbstverständlich als Arbeitsauftrag für die Hauptamtlichen, die für diese zuständig sind.

Und außerdem...

Supervision und Fortbildung in der Gruppe

Supervision ehrenamtlicher TelefonberaterInnen ist ein verbindliches „Muß“ in der Zusammenarbeit. Die Hauptamtlichen müssen von sich aus aktiv immer wieder die Supervision von Beratungsgesprächen angehen und dürfen nicht darauf warten, daß Ehrenamtliche dies von sich aus tun. Schließlich sind sie es, die letztlich für die Qualität ehrenamtlicher Telefonberatung geradestehen müssen. Sie haben dafür zu sorgen, daß die TelefonberaterInnen auf dem Laufenden sind und sich zu den aktuellen Sachverhalten in Bezug auf HIV/AIDS äußern können.

Kontinuität

Ehrenamtliche sollten kontinuierlich Telefonberatung machen, vor allem in der Anfangsphase. Dies wird durch eine zeitliche Mindestanforderung (in Hamburg einen Abend Telefonberatung innerhalb von zwei Wochen) an TelefonberaterInnen geregelt, die ihnen bekannt gegeben wird, wenn im Vorgespräch ihre Motivation geklärt wird.

Schweigepflicht und Beratungsvertrag

Ehrenamtliche unterliegen – ebenso wie Hauptamtliche – der Schweigepflicht. Diese ist am besten innerhalb eines Beratungsvertrags zu regeln, der weitere „Richtlinien für ehrenamtliche TelefonberaterInnen“ enthält (z.B. Schlüsselbenutzung, Gruppentreffen usw.).

Materialien

Hauptamtliche müssen ehrenamtlichen TelefonberaterInnen arbeitsfähiges Material zur Verfügung stellen. Dafür eignen sich besonders gut Ordner, die nach den wichtigsten Themen sortiert sind und regelmäßig ergänzt und aktualisiert werden. In Hamburg haben wir ein „Kurz-Info“ zusammengestellt, das alle wichtigen Informationen in knapper Form enthält.

Co-Leitung

Die Beteiligung eines ehrenamtlichen Co-Leiters an Schulungsvorbereitungen und -durchführungen sowie bei der Gestaltung von Gruppentreffen ist wünschenswert. Es hat sich als sinnvoll erwiesen, PsychologiestudentInnen im Hauptstudium hierfür einzusetzen, die ihr Praktikum über zwei Jahre strecken können. Co-Leiter und verantwortliche Hauptamtliche müssen sich regelmäßig zur Koordination ihrer Arbeit treffen und vereinbaren, wie ihre Arbeitsbereiche erkennbar bleiben.

GruppensprecherInnen

GruppensprecherInnen vertreten die Interessen der TelefonberaterInnen als Ehrenamtliche innerhalb der AIDS-Hilfe. Es ist denkbar, daß die Funktionen „Co-Leitung“ (falls dies ein Ehrenamtlicher ist) und „GruppensprecherIn“ an eine Person gebunden sind.

Gruppentreffen und Supervision

Gruppentreffen sind entscheidende Momente für die Kommunikation der ehrenamtlichen TelefonberaterInnen untereinander und für den kontinuierlichen Austausch mit dem zuständigen Hauptamtlichen. Sie dienen zum einen zur Supervision der Beratungsgespräche und zur Erstellung des Dienstplans, zum anderen bieten sie Möglichkeiten für die kontinuierliche Fortbildung der TelefonberaterInnen. Die Gruppentreffen sind ebenfalls unverzichtbar für die Stabilität der Gruppe; sie erst bedingen ein qualifiziertes Angebot ehrenamtlicher Telefonberatung auf dem neuesten Stand.

In der AIDS-Hilfe Hamburg bin ich von dem starren Verständnis, diese Treffen „Supervisionstreffen“ zu nennen, abgekommen. Die Bezeichnung „Gruppentreffen“ läßt mir selbst mehr Spielraum, Organisatorisches, Supervisorisches und Fortbildungsteile darin unterzubringen. Außerdem bin ich zur Zeit dabei, dem Co-Leiter mehr Verantwortung zu übertragen und die ehrenamtliche Telefonberatung wieder etwas mehr in Richtung Selbstorganisation zu bringen.

Die Gruppentreffen finden vierzehntägig statt. Selbst wenn nicht immer Gespräche supervidiert werden oder Fortbildung stattfindet, hat es sich doch als sinnvoll erwiesen, in einem solchen Turnus zu bleiben, damit der Dienstplan überschaubar bleibt und die Lücken nicht zu groß werden. Für die TelefonberaterInnen ist im übrigen das subjektive Gefühl der Zugehörigkeit zur Organisation AIDS-Hilfe bei größeren Abständen oft nicht mehr gegeben.

Aussichten für die Zukunft

Die Themen, die am Beratungstelefon der AIDS-Hilfen besprochen werden, ändern sich mit der Zeit. Selbstverständlich gibt es Standardfragen, die immer wiederkehren. Dazu gehören Fragen nach den Ansteckungsrisiken, Symptomen von HIV und AIDS und nach dem Test. Andere Fragen sind eher „Eintagsfliegen“. Dazu zählen die Berichte in den (Print-)Medien über neue Subtypen von HIV, alternative und schulmedizinische Therapien, neue Studien und Medikamente. Der dritte Fragenkomplex gehört zu den psychosozialen Standards einer Beratung. Beispiele: Angehörige und ArbeitskollegInnen wollen wissen, wie sie mit ihrem/ihrer betroffenen Kind/Mann/Frau/Bruder/Schwester/FreundIn/Kollegen/Kollegin umgehen sollen. Oder Betroffene erkundigen sich nach Adressen und nutzen das Telefon der AIDS-Hilfe für ihre eigenen Probleme.

Fachlich liegt der Schwerpunkt heute mehr denn je auf der qualifizierten Information über HIV und AIDS. Oberstes Gebot für TelefonberaterInnen ist es al-

so, sich kontinuierlich über die neuesten medizinischen Erkenntnisse zu informieren. Dies geschieht zum einen durch die hauptamtlichen MitarbeiterInnen der AIDS-Hilfe vor Ort, zum anderen sind Ehrenamtliche auch gehalten, sich selbst zu informieren, wenn sie ihre Aufgabe ernstnehmen wollen.

Für die Zukunft ehrenamtlicher Telefonberatung ist zu überlegen, ob die Koordination auf Dauer in der kontinuierlichen und zeitaufwendigen Begleitung durch Hauptamtliche leistbar ist. Vorgespräche, Schulung, Hospitation und Fortbildung sollten, ja müssen in hauptamtlicher Hand bleiben, um die Qualität von Beratung und Information am Telefon zu gewährleisten. Supervision kann z.B. an dafür extra benannten Terminen und kompakt an einem „langen“ Nachmittag vierteljährlich geschehen. Dies gehört ebenfalls in den Arbeitsbereich der Hauptamtlichen. Die Gruppentreffen dagegen können gut in Selbstorganisation und mit Hilfe des Co-Leiters abgehalten werden. Die Ehrenamtlichen erhalten damit die volle Verantwortung für die Gestaltung des Dienstplans.

Für die Telefonberatung selbst kann überlegt werden, ob eventuell spezielle Beratungszeiten für Frauen von Frauen, für Schwule von Schwulen und für HIV-Positive von HIV-Positiven angeboten werden, um das Beratungsangebot attraktiver zu machen. Die *Positiv Hotline* der AIDS-Hilfe Hamburg wurde zwar vor einem Jahr wieder abgeschafft, da die Nachfrage zu gering war; ein solches Angebot kann aber natürlich nach einiger Zeit von neuem versucht werden.

Meine Aufgabe als zuständige Hauptamtliche sehe ich in Zukunft eher darin, die notwendigen fachlichen Voraussetzungen für qualitative Beratung am Telefon zu schaffen als darin zu supervidieren, d.h. also eher in der Organisation regelmäßiger Fortbildungsveranstaltungen. Die statistischen Auswertungen der Gespräche belegen eindeutig den Nachfrage- und Informationscharakter, den die Gespräche am Telefon mittlerweile haben. Daraus ergibt sich für mich schlüssig die Notwendigkeit, die vorbereitende Schulung und begleitende Unterstützung entsprechend anzupassen.

Die Definition meiner hauptamtlichen Rolle mit den Schwerpunkten ausführlicher Schulung und kontinuierlicher Fortbildung vor allem hinsichtlich der medizinischen Seite von HIV und AIDS bedeutet zwar nach wie vor, daß ich das Fachwissen der TelefonberaterInnen auch kontrolliere (etwa durch Live-Supervision am Telefon), entschärft aber für beide Seiten den Druck, aus jeder Nachfrage nach einer Testadresse ein Supervisionsthema machen zu müssen.

Schlußbemerkungen

Gewinnung, Schulung, Fortbildung, Supervision, Koordination, Kontrolle von und Kümmern um Ehrenamtliche bedeutet für Hauptamtliche viel Arbeit. Anders als bei KlientInnen, wo sie aufgrund ihrer Profession als Fachleute definiert sind und als solche auch gefordert werden, können und wollen viele Hauptamtliche in AIDS-Hilfen im Kontakt mit Ehrenamtlichen nicht nur „Profi“ sein. Als leibhaftige Schnittstelle zwischen Verein/Vorstand, anderen Hauptamtlichen und Ehrenamtlichen verlangt die hauptamtliche Zuständigkeit hier eine große Flexibilität: AnleiterIn, KontrolleurIn, SupervisorIn, FortbilderIn, Kontakt-

person, Diplomatin, Informantin und auch ein wenig EntertainerIn (zuständig für gutes Arbeitsklima) – das alles will nicht nur geübt sein, sondern auch ausgehalten werden. Meist bewegen sich Hauptamtliche mehr auf dem einen Pol (ich z.B. auf dem professionellen) und bekommen Probleme am anderen, der dann zu kurz kommt. In meinem Fall fühlen sich die ehrenamtlichen TelefonberaterInnen einschließlich des Co-Leiters manchmal zu wenig von mir umsorgt. Das umgekehrte Beispiel des „overprotecting“ läßt sich sicher auch finden, möglicherweise eher in kleineren AIDS-Hilfen, bei denen die persönliche Nähe ohnehin größer ist.

Vielleicht werden sich die lokalen AIDS-Hilfen zukünftig mit der Frage auseinandersetzen haben, ob sie überhaupt noch eine durch hauptamtliche MitarbeiterInnen betreute ehrenamtliche Information und Beratung am Telefon anbieten können. Kürzungen im Sozial- und Gesundheitsbereich machen auch vor den AIDS-Hilfen nicht halt. Eine erste Antwort auf diese Frage können sich aber die lokalen AIDS-Hilfen nur selber geben. Der Verein/Vorstand muß sich fragen, was er tun muß, um Angebot und Qualität der ehrenamtlichen Telefonberatung aufrechtzuerhalten. Hier fallen vor allem die personellen Ressourcen ins Gewicht, aber auch die vorrangigen Ziele und Arbeitsschwerpunkte, die sich die AIDS-Hilfe setzt.

Die hauptamtlichen MitarbeiterInnen könnten sich damit auseinandersetzen, welche Teile ihrer Arbeit mit Ehrenamtlichen sie delegieren können und welche sie in der Hand behalten müssen, um die Anbindung an die AIDS-Hilfe zu gewährleisten. Stärkere Einbindung der Co-LeiterInnen und der Ehrenamtlichen kann hier nicht nur für Entlastung sorgen, sondern auch für eine Aufwertung der Ehrenamtlichen, welche die Verantwortung für die Telefonberatung damit wieder mehr in ihren Händen halten.

Meine Empfehlungen lauten hier:

- Organisation der Gruppentreffen, Gestaltung der Arbeitsmaterialien, Koordinieren der Telefondienste und alle wichtigen „Extras“ (z.B. die Organisation des Weihnachtssessens) wieder in die Hände von Ehrenamtlichen und Co-Leitung zu legen.
- Gewinnung, Supervision und Verantwortung für die Ehrenamtlichen muß in der Zuständigkeit der Hauptamtlichen bleiben.
- Schulung und interne Fortbildung können auf mehrere haupt- und ehrenamtliche Schultern verteilt werden.

Das Ziel, eine qualitativ hochwertige Beratung und Information zu HIV und AIDS am Telefon zu geben, kann auf mehreren Wegen angesteuert werden – eine gute Gelegenheit, vor Ort einmal neu über die bisher noch nicht genutzten Möglichkeiten nachzudenken. Und wenn der hauptamtliche Aufwand für die Realisation ehrenamtlicher Telefonberatung zu hoch ist, halte ich es für effektiver, Ehrenamtliche in anderen Bereichen einzusetzen und die Telefonberatung von Hauptamtlichen innerhalb deren Arbeitszeit abdecken zu lassen. Die AnruferInnen möchten schließlich in erster Linie kompetente Auskünfte und interessieren sich nicht dafür, wie diese zustande kommen.

NACHWORT: TELEFONBERATUNG IN AIDS-HILFEN – DIE ZWEI SEITEN EINER MEDAILLE

Karl Lemmen

Die zentralen Themen aller Anrufe sind – nach meinen eigenen Erfahrungen in sechs Jahren Telefonberatung bei AIDS-Hilfe – die Lust und die Angst, die seit dem Bekanntwerden von AIDS eine inzwischen unauflösliche Verbindung eingegangen sind. AIDS als Metapher für einen „schlimmen Tod als Folge sexueller Ausschweifung“ hat sich (nicht nur) in den Köpfen des sexuell aktiven Teils der Bevölkerung eingegraben und Spuren in Form einer Verschränkung von Lust-, Angst- und Schulerleben beim Thema Sexualität hinterlassen.

Ob explizit angesprochen oder schlichtweg „atmosphärisch“ spürbar, prägt die Angst den emotionalen Hintergrund jedes Anrufs. Jede noch so schlichte Informationsfrage nach Möglichkeiten der Testdurchführung ist von diesem emotionalen Hintergrund geprägt. Diese Tatsache stellt meines Erachtens hohe Anforderungen an die BeraterInnen, die auf diese Weise auch immer wieder mit der eigenen Angst vor HIV und AIDS konfrontiert werden. Abhängig von den eigenen Möglichkeiten der Angstbewältigung werden BeraterInnen mehr oder minder sensibel auf den Anrufer eingehen können oder – bedingt durch die Abwehr eigener, in Verdrängung gehaltener AIDS-Ängste – sich rigide abgrenzen müssen.

Ich wage zu behaupten, daß gerade die Gespräche zur „Infektionsabklärung“ (das sind alle Fragen zu Infektionsrisiken beim Sex, alle Fragen nach Testbedingungen usw.) die größte Herausforderung an die BeraterInnen sind. Metaphorisch gesehen stellen sie Fragen nach dem Eintreten oder Ausbleiben eines als „Todesurteil“ erlebten und bewerteten Ereignisses dar. Diese Fragen und die mit ihnen verbundene Angst sind in den wenigsten Fällen (z.B. als Information: beim Annießen in der U-Bahn kann man sich sicher kein AIDS holen) im Rahmen eines Telefongesprächs lösbar. Letztendliche Gewißheit könnte in solchen Situationen nur das Ergebnis eines HIV-Antikörpertests bieten, welches in vielen Fällen jedoch noch mehr gefürchtet wird als die quälend erlebte Ungewißheit. Die Herausforderung an den Telefonberater besteht in dieser Situation darin, dem Anrufer primär eine Gesprächsmöglichkeit über die eigene Angst anbieten zu können, ohne sich irgendwelchen fragwürdigen Allmachtsphantasien oder Beschwichtigungsversuchen hinzugeben.

In diesem Sinne greift Wolfgang Rynskis Analyse der Qualität der Informationsvermittlung nur einen Aspekt der Qualitätssicherung in der Telefonberatung auf. Sicherlich kommt in vielen Fällen der verlässlichen Klärung von möglichen Infektionsrisiken usw. als kognitiver Komponente der Angstbewältigung eine entscheidende Bedeutung zu. In den meisten Fällen hingegen geht es noch um mehr. Sehr anschaulich wird dies an der schlichten Informationsfrage nach der Bestimmung des geeigneten Zeitpunkts zur Durchführung des HIV-

Antikörpertests. Die „inhaltlich korrekte Antwort“ wäre hier nach neuesten Erkenntnissen*: 16 Wochen – wenn eine größtmögliche Sicherheit des Testergebnisses gewünscht wird. Im Kontext der Beziehung zwischen AnruferIn und BeraterIn können sowohl Frage als auch Antwort eine ganz andere Qualität als die von Informationssuche und -vermittlung gewinnen. Die zwar inhaltlich korrekte Antwort („16 Wochen, keinen Tag mehr oder weniger!“) kann eher den Raum zur gemeinsamen Verständigung über die Angst verschließen, als daß sie ihn öffnet. Hier werden leicht scheinbare Gewißheiten vermittelt, die es beim Thema AIDS leider kaum gibt. Genauso wie beim Thema Safer Sex gibt es bei der Frage nach dem geeigneten Zeitpunkt zur Durchführung des HIV-Antikörpertests keine 100%igen Gewißheiten. Aufgabe des Beraters ist es in solcher Situation, mit dem Anrufer Wege zu suchen, wie der mit seiner momentanen Ungewißheit leben kann. Dabei geht es immer um Lösungen im „Hier-und-Jetzt“: in diesem Augenblick wird die akute Angst erlebt und braucht die Erlaubnis, sich ausdrücken zu dürfen. Heute muß der Anrufer einen Weg im Umgang mit seiner Angst finden; morgen kann sie sich schon in ganz anderem Licht darstellen oder wird zum Anlaß für einen erneuten Anruf.

Die Beiträge von Wolfgang Rynski und Birgit Bader beschäftigen sich zu Recht mit der Bedeutung der verlässlichen Informationsvermittlung innerhalb der Telefonberatung. Sie zeigen Wege auf, wie möglichen Defiziten entgegengewirkt werden kann. Sie greifen jedoch dort notwendigerweise zu kurz, wo eine durch „Antwortschemata“ oder „Gesprächsführungstechniken“ beförderte vorgebliche „Sicherheit“ die größte Herausforderung an die Beratungsarbeit in AIDS-Hilfen eben auch zudecken kann: das gemeinsame Aushalten der existenziell erlebten Unsicherheit und Angst angesichts der individuellen und kollektiven Bedrohung durch AIDS, die sich – wie Martin Dannecker (1990) am Beispiel der Hauptbetroffenengruppe der schwulen Männer aufgezeigt hat – zum „kollektiven Trauma“ auswachsen kann.

In diesem Sinne möchte ich als wesentlichste Anforderung an BeraterInnen in AIDS-Hilfen die Bereitschaft zur fortwährenden Auseinandersetzung mit der selbsterlebten Bedrohung durch HIV und AIDS formulieren. Aufbauend auf einem soliden Grundwissen wird die „fortwährende Reflexion des eigenen AIDS-Prozesses“, der eigenen Berührtheit und der selbsterlebten Angst und Bedrohung zur unerläßlichen Voraussetzung für ein „partielles Engagement“ in der Beziehung zum Anrufer.

Das Beratungsangebot von AIDS-Hilfen soll und darf sich in solchen Fällen von dem anderer, rein professionell arbeitender Beratungsstellen unterscheiden. Eigene „reflektierte Betroffenheitserfahrungen“ (ich ziehe diese Begrifflichkeit derjenigen der „Betroffenenkompetenz“ vor) können eine gute Voraussetzung schaffen, der Angst des Anrufers besser standzuhalten, ihr Raum und Zeit zu geben, sich auszudrücken und das eigene Ohr vor ihr nicht verschließen zu müssen.

* Die Empfehlungen bezüglich des Zeitraums zwischen Risikokontakt und Antikörpernachweis haben sich zum Zeitpunkt der Drucklegung dieses Bandes wieder einmal geändert: die „neue Linie“ liegt nun bei 12 bis 16 statt 16 Wochen. In diesem Sinne sind viele BeraterInnen, die nach Einschätzung von W. Rynski „falsch“ beraten haben, im Nachhinein rehabilitiert.

In diesem Sinne ist „Telefonberatung in der Selbsthilfe (...)“ ein Gesprächsangebot von Mensch zu Mensch ohne klassisches Machtgefälle. (...) Sinn von Selbsthilfe ist es, daß Menschen, die von HIV und AIDS betroffen oder bedroht sind, ihre Erfahrungen und Kompetenzen an andere weitergeben. (...) Eine erste gemeinsame Aufgabe von AnruferInnen und BeraterInnen ist in den allermeisten Fällen, die dem Anruf zugrunde liegende Problemlage zu klären. Diese Klärung ist ein schwieriges Unterfangen, da hinter der ersten Frage oft ein Knäuel an Motiven und Ängsten (von Beziehungsproblemen bis Angst vor Tod und Sterben) steckt. Die Aufgabe der BeraterInnen besteht in dem Bemühen um das Verstehen des telefonischen Gegenübers. Ist die Sicht auf die Problemlage auf beiden Seiten klarer, können auch gemeinsam Lösungs- und Unterstützungsmöglichkeiten entwickelt werden. Dieser gemeinsame Weg kann nur gegangen werden, wenn auch auf der Seite der AnruferInnen Bereitschaft dazu besteht.“ (AIDS-Hilfe NRW, erscheint 1997)

Dabei ist die Möglichkeit des Weiterverweises für die Qualität der Telefonberatung von AIDS-Hilfen zentral, denn ehrenamtliche TelefonberaterInnen haben das Recht, nicht alles wissen zu müssen.

Die AIDS-Hilfe NRW (erscheint 1997) formuliert vor diesem Hintergrund acht Kriterien für die Qualität der Telefonberatung:

- Beratung sollte zeitlich möglichst aktuell zugänglich sein
- Telefonberatung bietet die Möglichkeit zum Gespräch zwischen zwei Menschen
- Im Gespräch sollte von Seiten der BeraterInnen das Bemühen um das Verstehen des telefonischen Gegenübers deutlich werden
- Das Gespräch unterstützt die Klärung der Problemlage, soweit die AnruferInnen dies wünschen
- Im Gespräch können gemeinsam Lösungsmöglichkeiten entwickelt werden, soweit die AnruferInnen dies wünschen
- Die Kompetenzen der AnruferInnen für eine selbstbestimmte, eigenverantwortliche Entscheidung sollten verbessert werden
- Die AnruferInnen können von den persönlichen Erfahrungen der BeraterInnen profitieren (es ist aber auch denkbar, daß BeraterInnen von den Erfahrungen der AnruferInnen lernen!)
- Die BeraterInnen dürfen jederzeit eine Überforderung benennen und weiterverweisen

Ich möchte diese Kriterien um einen weiteren zentralen Aspekt erweitert wissen:

- BeraterInnen bemühen sich, auf der Basis der „fortwährenden Reflexion ihres eigenen AIDS-Prozesses“ der Lust/Angstverschränkung der AnruferInnen standzuhalten

„Reflektierte Betroffenheitserfahrungen“, z.B. eigene Erfahrungen, Verunsicherungen und Ängste in Zusammenhang mit den Themen Sexualität, HIV-Antikörper-Durchführung, Leben mit und ohne HIV, können dabei das Fundament bilden, auf dem aufbauend eigene beraterische Kompetenzen entwickelt werden.

In diesem Sinne ist der Aspekt der Informationsvermittlung nur die eine Seite der Medaille, die Befähigung, den Ängsten der AnruferInnen standzuhalten, die andere. Die Aus- und Fortbildung von MitarbeiterInnen muß, wie im Curriculum zur Ausbildung von BeraterInnen ausgeführt (DAH 1996), diesen beiden Seiten Rechnung tragen.

Literatur

AIDS-Hilfe NRW: Menschen am Telefon – Gedanken zum Qualitätsbegriff in der Beratung. Erscheint in: DAH-Rundbrief 2/1997

DANNECKER, Martin: Homosexuelle Männer und AIDS. Kohlhammer, Stuttgart 1990

DEUTSCHE AIDS-HILFE E.V.: Beratung und Betreuung in AIDS-Hilfen – Curriculum für die Ausbildung von MitarbeiterInnen. Berlin 1996

AUTORINNEN UND AUTOREN

BADER, Birgit, geb. 1952; Lehrerin, Diplom-Pädagogin und Diplom-Psychologin, Ausbildung in Gesprächstherapie, Systemischer Therapie, Themenzentrierter Interaktion und Neurolinguistischem Programmieren. Arbeitet in der AIDS-Hilfe Hamburg e.V. und als freie Supervisorin und Trainerin; Veröffentlichungen u.a.: Krankheits- und Sterbebegleitung – Ausbildung, Krisenintervention, Training. Weinheim und Basel 1995

GIESE, Hanno, geb. 1962 in Berlin; Erzieher, Psychologe, Supervisor; Mitarbeiter der Berliner AIDS-Hilfe e.V. von 1993 bis 1996

LEMMEN, Karl, geb. 1954; klinischer Psychologe/Psychotherapeut (BDP), Supervisor (BDP), Ausbildung in Psychodrama, Gestalttherapie und Paarberatung. 1986 bis 1992 Leiter des Referats Beratung-Begegnung-Begleitung der Berliner AIDS-Hilfe e.V. Seit April 1995 Referent für Fortbildung und Psychosoziales in der Bundesgeschäftsstelle der Deutschen AIDS-Hilfe e.V., Berlin

RYNSKI, Wolfgang, geb. 1967; Diplom-Sozialpädagoge/Diplom-Sozialarbeiter (FH), Studium der Musikwissenschaften und Germanistik, Studium Sozialwesen, Telefonberater in der AIDS-Hilfe Hamburg e.V. 1993 bis 1996 (ferner dort: Öffentlichkeitsarbeit, Streetwork, 6-Wochen-Praktikum), weitere Tätigkeiten in den Bereichen Jugendarbeit, Altenarbeit und Krankenhaussozialarbeit; derzeit Berufspraktikum bei „dros Suchtberatung und -behandlung“, Lüneburg; Veröffentlichung: Kurz-Info für Telefonberater, Hamburg 1993 (erstellt für die AIDS-Hilfe Hamburg e.V.)

SCHORCHT, Heiko, geb. 1960 in Zwickau (DDR); Theologe, Mitarbeiter des Referats Fortbildung und Psychosoziales in der Bundesgeschäftsstelle der Deutschen AIDS-Hilfe e.V., Berlin

BAND XXIV

TELEFONBERATUNG IN AIDS-HILFEN

Die Anforderungen an TelefonberaterInnen in AIDS-Hilfen sind in den letzten Jahren drastisch gestiegen und unterliegen einem viel höheren Professionalitätsgrad als in den Anfangszeiten der AIDS-Hilfe-Bewegung.

Die Beiträge in diesem Sammelband setzen sich (selbst-)kritisch mit der Frage auseinander, ob die Qualität der Telefonberatung bei deutschen AIDS-Hilfen tatsächlich der eines professionellen Arbeitsverständnisses entspricht.

Wolfgang Rynski (Hrsg.)

ISSN 0937-1931

ISBN 3-930425-18-1



Deutsche
AIDS-Hilfe e.V.