

Deutsche AIDS-Hilfe

# Aktuell

Aug./Sept. 1990

27. - 30. September 1990  
Frankfurt/Main

# POSITIV IN DEN HERBST



# Inhalt

## Zeitgeschehen 4

- 4** § 175 – Nein danke!
- 4** Aktionen der D.A.H. gegen den § 175
- 5** Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Sexualstrafrechtes
- 7** Zur weiteren Diskussion unseres „Essential-Papiers“ vom März 1990
- 8** Bewertung der Arbeit der AIDS-Enquete-Kommission
- 9** AIDS und Ethik
- 11** Internationale AIDS-Konferenz in San Francisco



- 17** Drogenkrieg auf dem Rücken der Betroffenen  
Zur Verabschiedung des „Nationalen Rauschgiftbekämpfungsplans“
- 20** „Mehr läßt das Betäubungsmittel-Gesetz nicht zu“  
Verwaltungsgericht behandelte Grundsätze der Methadonvergabe
- 21** Arzt-Patient / Patient-Arzt
- 22** Video zur Pentamidin-Inhalation

## Schwerpunkt 23

### Positiv in den Herbst

- 24** Einladung zur ersten Positiven-Versammlung der D.A.H.
- 25** AIDS-Hilfe im Gesundheitswesen

- 26** Münchener Erinnerung
- 27** Polymorphia – Ein Gleichnis
- 28** AIDS-Hilfe als Selbsthilfeorganisation
- 29** Die MitarbeiterInnen von Positiv e.V. stellen sich vor
- 30** Keine Rechenschaft für Leidenschaft
- 31** Ausblick – „Positive an die Macht in der AIDS-Hilfe?“
- 32** Lebensrealitäten – Ein Gespräch zum Positiven-Kongreß
- 34** Ein Aufruf an die Frankfurter Szene

## Länderspiegel 35

- 35** Wer zuletzt lacht geht baden  
Von den Schwierigkeiten einer Positiven-Schwimmgruppe
- 36** AIDS-Hilfen gegen heimliche Tests in bayerischen Kliniken
- 37** Skandal in der Universitätsklinik: Heimliche Tests

## Wort und Bild 38

- 38** Zum Sprachgebrauch im D.A.H.-Aktuell
- 40** AIDS-Archiv
- 41** Buchbesprechung: Andere Inseln Deiner Sehnsucht

## positivnegativ 42

- 42** „Wir sind nicht Teil des Problems, sondern Teil seiner Lösung“ Ein Gespräch mit Donald de Gagné
- 44** pluspunkt berlin – Hilfe für Positive e.V.
- 45** Bisexuelle im Aufbruch zur Selbstorganisation



- 46** IV. Internationale Konferenz für Menschen mit HIV und AIDS „Die Experten sind wir“
- 46** Junkies bei der Konferenz

# Aktuell

## Impressum

**Herausgeber:** Deutsche AIDS-Hilfe e.V., Bundesverband der regionalen AIDS-Hilfen

**Redaktion:** Michael Lenz, Jürgen Neumann, Thomas Humme

**V.i.S.d.P.:** Michael Lenz

**Redaktionsanschrift:** Deutsche AIDS-Hilfe e.V., Redaktion D.A.H.-Aktuell, Nestorstr. 8-9, 1000 Berlin 31,

**Telefon:** 030-89 69 06 – 26 o. 35,

**Telex:** 186 576 aids d,

**Telefax:** 030- 89 69 06 42

**ISSN:** 0937-1923

**Autoren dieser Ausgabe:** Hans Peter Hauschild; Herry Wickrath; Ronny Mario Strobelt; Dr. Uli Marcus; Jürgen Poppinger; Eduardo Gundermann; Christian Kesselring; Hans Hengelein; Werner Hermann; Ulrich Besting; Gerhard Schneider; Ulrich Doms; Wolfgang Vorhagen; Elmar Drost; Ingo Ilja Michels; Claus-Wilhelm Klinker; Friedrich Baumhauer; Bert Thinius; Bernd Aretz; Uwe Jahn; Helmut Ahrens; Matthias Wienhold; Dr. Hans-Peter Voigt

**Graphische Gestaltung:** Eric Gabriel, Berlin

**Titelgestaltung:** Detlev Pusch, Berlin

**Titelfoto:** Norbert Heuler, Berlin

**Fotos:** Michael Taubenheim; Reinhard Lorenz; Jake Peters

**Satz:** Reinhold Speckels, Berlin

**Druck:** Oktober-Druck, Berlin

**Auflage:** 5.000

## D.A.H.-Aktuell

erscheint zweimonatlich. Einzelexemplar: DM 4,00. Abonnement (sechs Doppelausgaben) DM 37,50/ für Institutionen DM 75,00. Abo-Coupon in diesem Heft – für D.A.H.-Mitglieder kostenlos. Die nächste Ausgabe D.A.H.-Aktuell erscheint Ende Oktober 1990. Beiträge, die namentlich gekennzeichnet sind, geben nicht unbedingt die Meinung der Redaktion wieder. Die Redaktion behält sich vor, Leserbriefe gekürzt zu veröffentlichen. Jeglicher Nachdruck von Beiträgen, auch auszugsweise, ist nur nach vorheriger Genehmigung durch den Herausgeber und nur mit Quellenangabe gestattet. Mitgliedern der Deutschen AIDS-Hilfe steht der Nachdruck der Beiträge mit Quellenangabe in Vereinspublikationen frei.

**Eigentumsvorbehalt:** Die Zeitschrift bleibt solange Eigentum des Absenders, bis sie dem Gefangenen persönlich ausgehändigt wird; auf § 31 Abs. 3 StVollzG wird besonders hingewiesen. Hiernach kann der Anstaltsleiter Schreiben anhalten, wenn sie grobe, unrichtige oder erheblich entstellende Darstellungen von Anstaltsverhältnissen enthalten. Wird die Zeitschrift dem Gefangenen nicht persönlich ausgehändigt, wobei eine „Zurhabenahme“ keine persönliche Aushändigung im Sinne dieses Vorbehalts darstellt, ist sie dem Absender unter Angabe des Grundes zurückzusenden.

**Spendenkonto Deutsche AIDS-Hilfe e.V.:**  
000 3500 500 Deutsche Apotheker- und  
Ärztebank, BLZ 100 906 03

Spendenbescheinigungen werden auf Wunsch zugesandt.

# Die Zweite Seite

## Liebe MitarbeiterInnen, liebe MitstreiterInnen,

die erste große Positiven-Versammlung der Deutschen AIDS-Hilfe steht bevor. Vom 27.-30. September treffen unter dem Motto „Positiv in den Herbst“ viele Männer und Frauen mit HIV und AIDS in Frankfurt/Main zusammen und „grundieren“ so, was AIDS-Hilfe in ihrem Wesen ist: Selbsthilfeorganisation. Ein ähnliches Treffen gab es 1988 in München unter europäischem Vorzeichen.

Hier knüpfen wir an: Zeit haben, unsere Lebenserfahrungen mit HIV und AIDS austauschen, voneinander lernen, miteinander Sex haben, feiern ... all das in kritische Gesundheitsbewegung einbringen und vor der gesamtdeutschen Wahl den Parteien als Stolpersteine formulieren, was unsere drängenden Anliegen sind.

Das, was wir leben und sind und unsere Politik bilden keine Gegensätze. Im Gegenteil. Aus dem schwulen und dem drogengebrauchenden Leben, aus dem Leben als Männer und Frauen mit HIV und AIDS, ergibt sich vielmehr unsere Politik. Dieses unser Leben ist an sich schon ein Politikum. Dem entspricht ganz besonders, daß wir Positive alle Menschen in AIDS-Hilfen und alle anderen solidarischen Männer und Frauen im Rahmen der Positiven-Versammlung zum bundesweiten Aktionstag mit Demonstration einladen. Wir meinen, daß das Motto dieses Tages „Keine Rechenschaft für Leidenschaft“ am besten ausdrückt, was unser ureigenstes Interesse ist: Nicht auch noch diejenigen, die durch Staat und Justiz von den braven Verhütern als sog. **Uneinsichtige** abgespalten werden, in die Knäste und die Psychiatrie verlieren! Als wäre AIDS nicht schon schlimm genug! „Keine Rechenschaft für Leidenschaft“ sagt „NEIN“ zu den Versuchen, uns von außen oder gar von innen spalten zu lassen, sagt „NEIN“ zu Denunziation und Selbsthaß. Dieses Motto ist ein stolzes Bekenntnis unserer Eigenarten.

Wir bitten die LeserInnen von DAH-Aktuell, besonders aber alle regionalen AIDS-Hilfen: Macht es den Positiven und Kranken in Euren Regionen möglich, am Kongreß teilzunehmen! Die Mittel des Bundesverbandes reichen nur für Unterkunft, Verpflegung und zur Gestaltung der Versammlung – bei den Reisekosten setzen wir auf Euer Engagement. Solidarität heißt auch, die anfallenden Lasten auf alle Schultern zu verteilen. Schön wäre es, wenn die, die das können, die Fahrt aus der eigenen Tasche bezahlen. Für die anderen bitten wir die regionalen AIDS-Hilfen oder Landesverbände, bei einer Lösung der Reisekostenfrage mitzuhelfen.

Diskutiert den Aufruf zum bundesweiten Aktionstag der Deutschen AIDS-Hilfe (siehe Seite 24) in Euren Gruppen und kommt in Scharen am Samstag, den 29. 9. 1990, nach Frankfurt!

*Hans Peter Hauschild* Vorstandsmittglied der D.A.H.

## Kollektives Kotzen

Jeder übergibt sich beim Hundertfünfund-siebzig: Dies skandierten Tausende auf dem Umzug zum Christopher-Street-Day in Berlin – übrigens ein Motto des Bundesverbandes Homosexualität (BVH). Als Parole griffig und eine Glanzleistung dieses Verbandes, in der Tat aber nicht ganz zutreffend. War dieser § 175 im Faschismus noch lebensbedrohend, so ist heute unter den Schwulen strittig, seine Streichung zu fordern. Während heute viele Schwule nicht mehr genau wissen, was diese Bestimmung besagt, einige gar von der Existenz des Paragraphen nie etwas gehört haben, war ein *Hundertfünfundsiebziger* lange Zeit für einen Schwulen.

Tatsächlich gibt es für die Mehrheit der Schwulen keine direkte strafrechtliche Verfolgung ihrer Sexualbeziehungen mehr. Auch die Männer über achtzehn Jahren, die sexuelle Kontakte mit jüngeren Männern haben, werden nach dieser Bestimmung zunehmend seltener verurteilt. Die Schwierigkeiten vieler Schwuler, selbstbestimmt, offen und stolz ihr Leben zu gestalten, sind nur in Einzelfällen auf eine strafrechtliche Ungleichbehandlung zurückzuführen. Die in beiden deutschen Staaten zunehmende Gewalt gegen Schwule und deren Aufbereitung in den Medien – zuletzt nach dem Mord an dem bayerischen Schauspieler Walter Sedlmayr – machen die Angst nicht nur prominenter Schwuler, ihre Homosexualität öffentlich zu machen oder öffentlich werden zu lassen, verständlicher. Diese Selbstdiskriminierung aber ist auch in der DDR nicht seltener, obwohl es dort keine Sondergesetzgebung mehr gibt.

Allerdings ist – wie es auch im Aufruf heißt – der § 175 ein Symbol für gesellschaftliche Ausgrenzung, gerade aufgrund seiner unheilvollen Geschichte. Zumindest in der Bundesrepublik gibt es in weiten Teilen der Bevölkerung eine prinzipielle Übereinstimmung mit rechtlichen Festlegungen und ein Vertrauen in deren Richtigkeit: wenn es eine Strafanndrohung für Schwule gibt, dann wird schon was dran sein. Völlig unbegründete Verführungsängste werden so manifestiert und durch Strafanndrohung aufgewertet.

Tatsächlich aber trägt der § 175 zur Gefährdung psychischer und auch physischer Gesundheit bei: In Konzepten der D.A.H. zur Prävention wird immer wieder betont, die Akzeptanz ihrer unterschiedlichsten Lebensweisen sei Grundvoraussetzung für ein ange-

messenes Umgehen der Schwulen mit Safer-Sex-Regeln. Anders gesagt, wer aufgrund gesellschaftlicher Stigmatisierung Schwierigkeiten mit dem Ausleben seiner sexuellen Wünsche hat, wer seine Abweichung von gesellschaftlichen Normen als etwas Minderwertiges erlebt, der wird auch Probleme haben, in der allgegenwärtigen Verknüpfung

*In der schwulen Bewegung ist die alte Diskussion über die Haltung zum § 175 StGB erneut aufgeflammt. Anlaß ist die drohende Übernahme dieser Regelung in der DDR nach dem Beitritt – wenn auch erst nach einer Übergangszeit – sowie die Gesetzesinitiative des Bundeslandes Hamburg zur ersatzlosen Streichung des Paragraphen. Die Chancen hierfür sind so günstig wie nie. In Berlin treffen sich – auf Initiative freier Journalisten und der D.A.H. – Schwule verschiedenster Gruppierungen, diese Chancen durch zielgerichtete Aktionen zu nutzen. Diese Vorhaben stellen wir dar, außerdem geben wir im Wortlaut den Hamburger Gesetzesantrag wieder. Bert Thinius, Mitautor des Buches **Die Geschichte des § 175**, umreißt in einem kurzen Beitrag die Haltung schwuler Männer in der DDR. Auf der Rückseite dieses Heftes veröffentlichen wir den Aufruf zu den deutsch-deutschen Aktionstagen am 27. Oktober und eine Unterschriftenliste, die selbst mit nur einer Unterschrift versehen an uns zurückgeschickt werden sollte.*

von Sex und Tod einen gangbaren Weg für sich zu finden.

Dies ist der Ansatzpunkt der D.A.H. als Teil der schwulen Bewegung, sich in diese schwulenpolitische Debatte einzubringen.

### Aktionen zur Streichung des § 175

In Berlin trifft sich seit einigen Wochen die sogenannte Mittwochsrunde, bestehend aus Vertretern der D.A.H., der Berliner AIDS-Hilfe, dem Berliner Schwulen-Verband, dem Schwulenverband in Deutschland und von Mann-O-Meter. Diese Runde ist offen für jeden. Anfangs wurde lange über den *Minimalkonsens* der Forderungen gestritten.

Einige wollten noch den 174 und 176 in den Katalog der zu streichenden Paragraphen aufnehmen; andere sahen in dem gesamten Sexualstrafrecht ein Unterdrückungsinstrument; wieder andere hatten bei dem doch recht isolierten Blickwinkel auf den § 175 Bauchschmerzen und wollten die Forderung nach dessen Streichung mit der Forderung nach einer Festschreibung der Fristenlösung im § 218 verknüpfen.

Die Runde konnte sich dann auf eine pragmatische Vorgehensweise einigen. Der gefundene Konsens sieht vor, in Aufrufen die Streichung der §§ 175 und 182 entsprechend der Hamburger Gesetzesinitiative zu fordern. So wurden auch Politiker, Regierungsstellen, Verbände, Organisationen und prominente Persönlichkeiten mit der Bitte angeschrieben, genau dieses zu unterstützen. Für den 27. Oktober ist eine zentrale Demonstration und eine kulturelle Großveranstaltung in Berlin geplant, zudem werden an diesem Wochenende schwule deutsch-deutsche Aktionstage stattfinden. Die regionalen AIDS-Hilfen und Schwulengruppen wurden zu eigenen Aktionen angeregt. Eine Presse- und Öffentlichkeitskampagne wurde in die Wege geleitet. Darüber hinaus soll jede beteiligte Gruppe in ihrer öffentlichen Argumentationen natürlich auch politische und gesellschaftliche Zusammenhänge ansprechen, die über diesen Minimalkonsens hinausgehen.

Jürgen Neumann

### Hier zwei Buchempfehlungen zum Thema:

Die Geschichte des § 175,  
Verlag Rosa Winkel, 1990, 171 S., DM 17,50  
ISBN 3-921495-46-6

Selbstbestimmt schwul – § 175 ersatzlos streichen, aus der Reihe: Argumente, 1989, 111 S., 5,00 DM  
über: DIE GRÜNEN,  
Bundesgeschäftsstelle, Colmantstraße 36,  
5300 Bonn 1,

Beide Bücher bieten einen umfassenden Überblick zur Geschichte und zu den Auswirkungen des Paragraphen.

## § 175? – nein danke!

Was ist das Gemeinsame an HIV und § 175? Beide scheinen es vorwiegend auf Schwule abgesehen zu haben, und beide sind ein Thema der neuen deutsch-deutschen Beziehungen.

Zum Schutz gegen das HIV schenkte das große Deutschland dem kleinen Aufklärungsmaterial, Kondome und Gleitgel. Das war nützlich. Danke.

Und weil das kleine Deutschland so brav ist, wird es weiter beschenkt. Das große will ihm auch seine Gesetze geben, darunter die §§ 175 und 218 StGB.

Danke, aber die hatten wir schon.

Da ist doch noch ein Zusammenhang: Der § 175 macht Angst, und Angst im Bereich des Sexuellen schränkt die Fähigkeit zu selbstbestimmtem, eigen- und partnerverantwortlichem Verhalten, das zur Vermeidung von HIV-Infektionen bitter nötig ist, ein. Im Klartext aus der AIDS-Hilfe-Sicht: Der § 175 kostet Menschenleben. Alle Aufklärungsmaterialien, Kondome und Gleitgelflaschen zusammen werden nicht gutmachen, was dieser Paragraph zerstört, also wirklich: DANKE! Sollte das große Deutschland nicht auch verstehen, was das kleine schon begriffen hat? Wir haben „unsere“ Parteien und Bürgerinitiativen befragt, wir haben ihre Vertreter eingeladen, wir haben dem Rechtsausschuß der DDR-Volkskammer Vorschläge unterbreitet und – außer von der DSU – Antworten bekommen. KEINE PARTEI der DDR hat sich für die Wiedereinführung des § 175 ausgesprochen.

DER RECHTSAUSSCHUSS DER VOLKSKAMMER unterstützt unsere Forderung nach einem Verfassungsartikel zur Verankerung gleicher Rechte aller BürgerIn-

nen, unabhängig von ihrer sexuellen Orientierung (analog dem Verfassungsentwurf des RUNDEN TISCHES), nach Asylrecht für AusländerInnen, die in ihren Heimatländern wegen ihrer sexuellen Orientierung verfolgt werden, nach Erweiterung des Antidiskriminierungsgesetzes.

DER JUSTIZMINISTER der DDR versicherte, daß er alles tun wird, damit die §§ 218 und 175 der BRD keinen Eingang in ein einheitliches deutsches Recht finden.

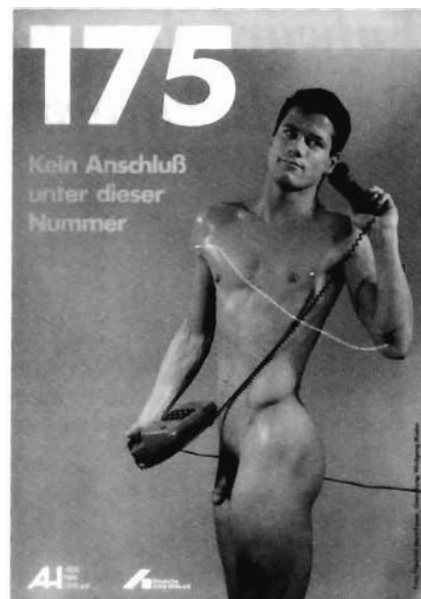
Wie die Dinge leider liegen, ist der Wille des kleinen Deutschlands kaum entscheidend für die zukünftigen Einheitsverhältnisse. Aber wäre es nicht extreme Unzucht mit Abhängigen, ihm diese Paragraphen gegen seinen ausdrücklichen Willen aufzuzwingen? Vielleicht ist nicht alles verloren. Der Sprecher des Bonner Justizministeriums hofft auf Protest gegen die Ausdehnung des BRD-Sexualstrafrechts auf die DDR.

Mit: „Je mehr Widerstand, um so besser“ wird er zitiert.

Widerstand? Wenn es jetzt eine Chance gibt, dann liegt sie im Erzwingen der öffentlichen Diskussion. Eine Gesellschaft, die Öffentlichkeit als Medium der Demokratie ernstnimmt, wird sich rationalen Argumenten gegenüber nicht verschließen können.

Bittende Briefe an Parteien und Personen werden so wenig bewirken wie allgemeine Appelle an Humanismus und Vernunft.

Erzwingen wir öffentliche Stellungnahmen aller für die deutsch-deutsche Rechtsangleichung Verantwortlichen! Verbünden wir uns mit Frauen und AusländerInnen, die wie wir um ihre Menschenrechte kämpfen müssen.



*Bert Thinius Leiter der interdisziplinären Arbeitsgruppe „Homosexualität“ der Humboldt-Universität Berlin und Vorstandsmitglied der AIDS-Hilfe DDR*

# Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Sexualstrafrechts

(der Freien und Hansestadt Hamburg vom 7. Mai 1990)

Das Strafgesetzbuch in der Fassung der Bekanntmachung vom 10. März 1987 (BGBl. I S. 945, 1160), zuletzt geändert durch Gesetze vom .... (BGBl. I ...), wird wie folgt geändert:

1. In § 5 Nr. 8 werden die Worte „der §§ 175 und“ ersetzt durch Worte „des §“.
2. § 175 wird gestrichen.
3. § 182 wird gestrichen.

Begründung: Zwar ist die Vorschrift des § 175 StGB, die schon das Erste Gesetz zur Reform des Strafrechts vom 25. 6. 1969 neu erfaßt hatte, durch das Vierte Gesetz zur Reform des Strafrechts vom 23. 11. 1973 abermals in ihrem Anwendungsbereich wesentlich eingeschränkt worden. So sind nach der jetzt gültigen Rechtslage nur noch Handlungen eines über 18 Jahre alten Mannes an einem unter 18 Jahre alten Mannes strafbar.

Gegen die Vorschrift sind aber auch in ihrer jetzigen Ausgestaltung schwerwiegende Bedenken zu erheben.

Geschütztes Rechtsgut soll die ungestörte sexuelle Entwicklung der männlichen Jugendlichen sein, insbesondere deren Schutz vor Verführung zur Homosexualität. Diesem Ziel kann die Vorschrift nicht dienen. Nach einhelliger Auffassung der Experten aus Sexualwissenschaft, Psychologie, Psychoanalyse etc.

erfolgt die hetero- oder homosexuelle Orientierung und Determinierung bereits in der frühkindlichen Phase und ist etwa mit dem 5. Lebensjahr abgeschlossen. Homosexuelle Kontakte in der von § 175 StGB geschützten Lebensphase zwischen dem 14. und 18. Lebensjahr vermögen die sexuelle Veranlagung eines Jugendlichen nicht zu beeinflussen.

Es ist in diesem Zusammenhang ohne Bedeutung, daß von § 175 StGB nur noch mit großer Zurückhaltung Gebrauch gemacht wird. So weist die Strafverfolgungsstatistik für das Jahr 1988 in Hamburg nur noch fünf Verurteilungen auf. Gleichwohl trägt § 175 StGB allein durch seine Existenz nicht unwesentlich zu der in weiten Teilen der Gesellschaft noch immer zu beobachtenden Diskriminierung der Homosexualität bei; eine Aufhebung der Vorschrift würde in der Öffentlichkeit als deutliches Zeichen zur Anerkennung homosexueller Männer verstanden werden.

Die Strafvorschrift des § 182 StGB ist bedeutungslos geworden. So wurde die letzte

Verurteilung (1 Fall) in Hamburg im Jahre 1983 ausgesprochen.

Zweifel sind ferner bei der Beantwortung der Fragen angebracht, ob es sich bei ihr überhaupt um eine Bestimmung handelt, durch welche die sexuelle Selbstbestimmung geschützt werden soll. Bei historischer Betrachtung ergibt sich vielmehr, daß hier ursprünglich ein „unbescholtenes“ Mädchen gegen den Verlust ihrer Heiratschancen geschützt werden sollte; bezeichnend hierfür ist der Ausschluß der Strafbarkeit bei Heirat von „Täter“ und „Opfer“.

Einer solchen Strafnorm bedarf es im Hinblick auf heutige gesellschaftliche Anschauungen ersichtlich nicht mehr.

Befürchtungen, bei ersatzloser Streichung von § 175, 182 StGB werde eine nicht hinzunehmende Lücke im allgemeinen Jugendschutz aufgerissen, sind nicht begründet.

Dies folgt zunächst einmal schon aus der außerordentlich geringen Zahl der Verfahren, die überhaupt noch wegen Verstoßes gegen § 175 StGB geführt werden. Ein künftiger Fortfall dieser Verfahren ist nicht geeignet, den allgemeinen Jugendschutz nachteilig zu beeinflussen. In diesem Zusammenhang ist von Bedeutung, daß gravierenden Vorkommnissen mit den Bestimmungen des geltenden Rechts begegnet werden dürfte: § 176 StGB schützt Kinder schlechthin vor sexuellen Kontakten jeglicher Art, § 178 StGB greift dann ein, wenn der Täter Gewalt anwendet oder androht. Bedeutung könnte ferner auch § 174 StGB (Sexueller Mißbrauch von Schutzbefohlenen) erlangen.

Ein Fortfall von § 182 StGB reißt keine Lücke im Jugendschutzgesetz auf, da diese Vorschrift nicht mehr angewendet wird.

Es bleibt daher allenfalls die weitere Frage, ob allein die Existenz des § 175 StGB generalpräventiv wirkt und schon deshalb beibehalten werden müsse. Die Frage nach der generalpräventiven Wirkung von Strafnormen kann stets nur spekulativ beantwortet werden. Man wird hier davon ausgehen können, daß die §§ 174, 176, 178 StGB, welche das Feld des bisherigen § 175 StGB abdecken, soweit Belange des allgemeinen Jugendschutzes betroffen sind, dann jedenfalls die gleiche generalpräventive Wirkungen ausüben werden, wie zur Zeit vielleicht noch § 175 StGB. Jedenfalls wäre es schon im Ansatz verfehlt, eine prinzipiell abzulehnende geschlechtsspezifische Strafnorm nur deshalb beizubehalten, weil eine generalpräventive Wirkung

nicht mit letzter Sicherheit ausgeschlossen werden könne. Wenn überhaupt, müßte der geforderte verstärkte Jugendschutz in geschlechtsneutraler Form gewährleistet werden. Ein solcher Schritt sollte jedoch ernstlich nicht erwogen werden und wird mit diesem Gesetzesantrag nicht vorgeschlagen: Sowohl eine Anhebung der Schutzaltersgrenze in § 176 StGB (Sexueller Mißbrauch von Kindern) wie auf die Umformulierung von § 182 StGB (Verführung) in eine geschlechtsneutrale Vorschrift würde Bereiche erstmals kriminalisieren, deren Einbeziehung in das Strafrecht zu Recht bislang ernsthaft nicht gefordert worden ist.

# Zur weiteren Diskussion unseres „Essential-Papiers“ vom März 1990

Mit den Überlegungen zum Selbstverständnis der D.A.H. knüpft der Vorstand an und bezieht sich direkt auf das Memorandum „Leben mit AIDS“ der D.A.H. vom Juni 1987 das „Schwulenpapier“ der Mitgliederversammlung in Mainz alle bisherigen Beschlüsse zur Drogenpolitik.

Mit der Erklärung einiger zentraler Begriffe unseres Textes hoffen wir, die Formulierung des Selbstverständnisses von AIDS-Hilfe wirkungsvoll voranzutreiben. Darum setzen wir auch weiterhin auf Diskussion, viel kritische Post und die Arbeit der neu berufenen Selbstverständniskommission.

**Selbsthilfe** verstehen wir wörtlich: wir helfen uns selbst.

Wir – das sind – die Subkulturen in der AIDS-Krise (Schwule, DrogengebraucherInnen und Huren) – die vereinzelt Infizierten (Frauen, Hämophile, Kinder, heterosexuelle Männer) – Frauen und Männer, die als „Nichtbetroffene“ solidarisch sind. Wir erarbeiten, erstreiten und erfeiern Ansätze eines selbstbewußten Gemeinwesens, das der Angst vor Infektionen und Leiden, dem Schmerz des so zahlreichen Versterbens und den gesellschaftlichen Tendenzen von Denunziation und Verfolgung, dem Pflegezustand und der Vereinzelung wirkungsvoll entgegentritt.

**Selbsthilfeorganisation** bedeutet also, daß die tatsächlichen Belange der Betroffenen eingeklagt werden. Damit zwischen der Arbeit jeder einzelnen Selbsthilfegruppe, den Arbeits- oder Helfergruppen, der regionalen Öffentlichkeitsarbeit der AIDS-Hilfen sowie den landes- und bundespolitischen Entscheidungsträgern der Gesundheitspolitik die Mißstände effektiv thematisiert werden können, haben wir Landesverbände oder Arbeitsgemeinschaften sowie einen Bundesverband geschaffen. Wir setzen in dieser Verbandsstruktur die Betroffenenkompetenz in Betroffenpolitik um. Hierbei ist ständig selbstkritisch darauf zu achten, daß sich keine Dynamik entwickelt, die die Selbstartikulation der Menschen mit HIV und AIDS durch Stellvertreterpolitik ablöst. Am **Gesundheitswesen** der Bundesrepublik sind wir folglich als kritische, oppositionelle Kraft beteiligt, eingebettet in ein Netz von Bündnispartnern einer kritischen Gesundheitsbewegung. In Vergangenheit und Gegenwart diskriminierte BürgerInnen stehen in AIDS-Hilfen organisiert den Ämtern und Behörden, den Regierungen und der Justiz gegenüber und klagen die ihnen zustehenden Rechts- und Finanzräume ein.

Das gilt auch in bezug auf die WHO, in deren gesellschaftspolitischer Tatsächlichkeit die Selbstorganisation von – woran auch immer – leidenden Menschen eher selten ist. Wir beziehen uns jedoch explizit auf das **Lebensweisenkonzept der WHO** (siehe „Euro-

päische Monographien zur Forschung in Gesundheitserziehung Band 5“), weil ForscherInnen dieser Organisation in einem für uns politisch nützlichen Welt-Rahmen unter dem Leitbegriff „Lebensweisen“ zu ähnlichen Entwürfen gelangt sind wie wir. Alle europäischen Regierungen, auch die der Bundesrepublik, haben diese Gedanken ausdrücklich gutgeheißen und als Texte in den jeweiligen Nationalsprachen veröffentlicht. Mit den sozialwissenschaftlichen Forschungen unter dem Leitbegriff „Lebensweisenkonzept“ schaffen wir eine Grundlage für die so nötige Bündnispolitik. In seinem Kern bedeutet das Lebensweisenkonzept, daß Diskriminierte und/oder an anderen Phänomenen wie z. B. Infektionskrankheiten leidende Bevölkerungsgruppen nicht mehr wie in der herkömmlichen Sozial- und Gesundheitspolitik „integriert“ und durch staatliche Institutionen „versorgt“ werden. Vielmehr wird der Staat gehalten, das demokratie-, weil oppositionsfördernde Wagnis einzugehen, auch nicht mehrheitsfähigen Eigenheiten von Bevölkerungsgruppen, wie sie in deren **Selbstartikulation** geäußert werden, mittels Rechts- und Finanzräumen zur Realisation zu verhelfen (eigene Lebensweisen, eigene Substrukturen und -gemeinwesen, Projekte usw.; im Blick z. B. auf die Diskussion um die „schwule/lesbische Ehe“ würde im Sinne des Lebensweisenkonzeptes das Spezifische zu fördern und auszugestalten versucht, anstatt der sich anbahnenden Angleichung an heterosexuelle Standards).

Indem wir wissenschaftliche Ansätze einbeziehen, weichen wir die Betroffenenkompetenz nicht auf. Im Gegenteil entziehen wir dem Argument, daß Betroffenheit unverrückbar „blind“ mache, den Boden.

**AIDS-Krise** bedeutet, daß AIDS mehr ist, als einen bestimmten Erreger im Blut zu haben. Wie mit dem Begriff **AIDS-Prozeß** meinen wir damit das krisenhafte individuell-kollektive Geschehen.

Dieses ist gekennzeichnet durch – Verstärkung von Diskriminierung, – „Zuschlagen“ von Lebensräumen, wie z. B. Schließen von Saunen, – den nationalen Rauschgiftbekämpfungsplan, – Schuldzuweisungen und vieles andere mehr.

Sowohl „Krise“ wie „Prozeß“ sind **strukturelle** Begriffe, die individuelle wie kollektive Leidensphänome (mit ganz konkreten Folgen wie z. B. der von Martin Dannecker empirisch belegten Abnahme des Küssens bei Schwulen) belegen. Mit diesen Begriffen widersprechen wir der Rede von „AIDS als Chance“ und benennen, was wir erleiden: einen krisenhaften Prozeß AIDS.

Wenn Selbsthilfe bedeutet, daß wir für **unsere** Interessen in den Ring der gesellschaftlichen Auseinandersetzung treten, arbeiten wir lustfördernd, suchtakzeptierend und parteilich. Nicht allein gegen mögliche

Neuinfektionen treten wir an, sondern gegen alle gesellschaftlichen Kräfte, die unsere Lebensräume beschneiden.

**Strukturelle Prävention** ist (wie auch das Lebensweisenkonzept für die neuere sozialwissenschaftliche Forschung im Gesundheitswesen) ein Begriff der Präventionsforschung (Wambach u. a.), deren Blickwinkel wir uns als Präventionsorganisation zu eigen machen. Im Begriff der strukturellen Prävention steht Prävention (hier Primärprävention) nicht mehr getrennt von Betreuungs- oder Gruppenarbeit (Tertiär-, bzw.

Sekundär-Prävention). Vielmehr bildet sie einen theoretischen Rahmen, in dem AIDS-Hilfe als Gesamtintervention gegen den Strom des AIDS-Prozesses begriffen und sowohl wissenschaftlich wie auch sozial- und gesundheitspolitisch erklärt werden kann. Die sogenannte Verhältnis- und die Verhaltensprävention gehören zusammen. Ebenso fließen die Anliegen der primären, sekundären und tertiären Prävention in den individuell-biographischen Wechselfällen genauso ineinander wie im komplizierten Leidensprozeß der Subkulturen. Die einfache Verhütungsbotschaft bedarf vielfältiger Übersetzungen in die Interessens- und Bedürfnislage der so unterschiedlich schwul lebenden Männer. Hierzu gehören parteiliche Lebenshilfen zur Sozialgesetzgebung, Rechtsprechung, Versicherung etc., der Aufbau von Netzwerken und besonderer solidarischer Unterstützung derer, die wir bislang vernachlässigt haben: Männer, die mit Männern Sex machen, ohne eine schwule Identität zu haben. Genauso wenig darf außer Acht geraten, daß die D.A.H. im Sinne struktureller Prävention der Ort vielfältiger Möglichkeiten (an Infrastruktur im weitesten Sinne) für die Selbstorganisation der Menschen mit HIV und AIDS ist. Die – hoffentlich – zweimal im Jahr stattfindenden Positiven-Kongresse sind ein grundlegender Schritt in diese Richtung. Tertiärpräventiv werden wir u. a. dem Ringen um die für uns spezifische Pflege, der leiblichen Intimität des Versorgt-Werden-Müssens durch – auch institutionelles – Tragen von Versorgungsverantwortung (z. B. Sozialstationen und Wohnhäuser) sowie einer uns entsprechenden Trauerkultur ins Auge sehen müssen.

In vielfältigen Ansätzen wird in den AIDS-Hilfen längst an Teilstücken der strukturellen Prävention gearbeitet. Die Funktion des Bundesverbandes sehen wir darin, diese Teilstücke zu bündeln und die durch reflektierte Betroffenheit und fachgerechte Arbeit erworbene Kompetenz bundespolitisch zum Wirken zu bringen – im Rahmen der **Selbsthilfeorganisation**.

Psychosozial setzt strukturelle Prävention auf: Selbststärkung anstatt Konditionierung/Normierung (Primärprävention) Selbstorganisation mit Entfaltung der normbrüchigen

Fortsetzung S. 8

Identität auch in Krankheit und Tod, anstatt Integration unter Verleugnung (das bedeutet z. B. Zulassung des Freundes am Krankenbett anstatt Absprache der Behandlung mit Familienangehörigen).

Strukturelle Prävention meint – wenn man die drei Präventionsebenen zusammendenkt – ein bewußtes Intervenieren von **einer Stelle** des Sozialgefüges aus. Mittelpunkt sind die am meisten Verfolgten unter uns, die sogenannten „Uneinsichtigen“: jene Frauen und Männer, die als Menschen mit HIV und AIDS weiterhin verfolgt werden. Die **Solidarität der Uneinsichtigen** präzisiert unsere Arbeit gesamtgesellschaftlich: Eine infizierte und kranke Minderheit steht einer diese Minderheit fürchtenden Mehrheit gegenüber. **Soziodynamisch** mühen wir uns, den Differenzierungen und Gewohnheiten der subkulturellen Teilgemeinschaften zu entsprechen.

**Bündnispolitisch** sind wir gemeinsam oppositionell mit anderen Gruppen einer kritischen Gesundheitsbewegung. **Wir selbst** handeln und gestalten, darum können wir nicht mehr wie die Regierungen und Ämter von „Zielgruppen“ sprechen. Wir sind **Interessengruppen** gegen den Strom des AIDS-Prozesses und mühen uns darum, unser eigentliches Selbst **über** dieses schlimme Geschehen hindurch zu entfalten, oftmals zu retten, was zu retten ist, denn allzu viele – oft die Engagiertesten – sterben uns weg. Der individuelle wie der kollektive „Mechanismus“ der strukturellen Prävention bewirkt ein – Wachsen der Selbstachtung – Wachsen der Achtung vor den anderen – und führt zur Vermehrung von Verantwortung.

Solidarität bildet den Kern der strukturellen Prävention und macht Verantwortung zu mehr als einem Lippenbekenntnis. Mit dem Begriff **Struktur** bedenken wir gleichzeitig die geschichtlichen Bezüge, die Sozio- und die Psychodynamik der Konflikte, wie auch die Bedingungen für Lösungen durch die Schrecken des AIDS-Prozesses hindurch.

*Der Vorstand der Deutschen AIDS-Hilfe*

## Die AIDS-Enquete-Kommission:

# Gefahren von AIDS und wir zu ihrer Eindämmung

## Bewertung der Arbeit der Enquete-Kommission

Die Enquete-Kommission hat nach dreijähriger Arbeit dem Deutschen Bundestag einen Bericht übergeben, der in seinem Umfang weit über den ursprünglich vom Bundestag formulierten Auftrag hinausging.

Im Zwischenbericht, der vor zwei Jahren dem Deutschen Bundestag übergeben wurde, hat die Enquete-Kommission deutlich gemacht, daß ihre Grundauffassung mit der Auffassung der Bundesregierung und der Bundesländer auf dem Gebiet der AIDS-Prävention identisch ist. Die Kommission hat damals die Anregung gegeben, noch stärker über die zielgruppenspezifische hin zur personalkommunikativen Präventionsarbeit zu stoßen.

Im Endbericht werden Teilbereiche der Primärprävention aufgegriffen. Bestimmte Gruppen, die nach der Auffassung der Kommissionsmitglieder einer eigenen, besonders auf sie ausgerichteten Präventionsarbeit bedürfen, sind beispielhaft angesprochen worden: AIDS-Prävention in Strafvollzugsanstalten AIDS-Prävention bei Behinderten AIDS-Prävention bei Mitbürgern ausländischer Herkunft.

Darüber hinaus ist dem Bereich des Sex-tourismus ein eigenes Kapitel gewidmet worden in der Erkenntnis, daß hier besondere Gefahren bestehen. Da die Motive des Sex-tourismus wissenschaftlich nicht aufgearbeitet sind, fehlt es an gezielten Präventionsstrategien für diesen Personenkreis.

Große Sorge bereitet den Kommissionsmitgliedern die Entwicklung von HIV und AIDS in den Ländern südlich der Sahara. Die Kommission ist zu dem einheitlichen Votum gekommen, daß es die Aufgabe der Industrieländer ist, zu neuen Anstrengungen zu finden, um die Gesundheitsstrukturen und die Präventionsarbeit in diesen Ländern zu verbessern. Die Kommission sieht hierbei die

Schwierigkeiten, die sich aus den unterschiedlichen kulturellen Entwicklungen ergeben, ist aber der Auffassung, daß bei einer so hohen Infektionsrate, wie wir sie in diesen Regionen haben, nicht nur die finanziellen Anstrengungen verbessert werden müssen, sondern auch Wege gefunden werden müssen, ausgebildetes Personal in diese Bereiche zur Stärkung des Gesundheitswesens zu schicken.

Als Ergebnis der Beratung der juristischen Probleme, die sich im weitesten Feld mit der Frage AIDS stellen, ist die Kommission zu der Auffassung gekommen, daß die gegenwärtigen rechtlichen Rahmenbedingungen ausreichen, um für die wenigen Fälle der Kollision auch die notwendigen strafrechtlichen Sanktionsmöglichkeiten zu haben.

Der überwiegende Teil der Kommissionsmitglieder geht davon aus, daß Neuinfektionen von HIV nur zu verhindern sind, wenn die Auffassung in der Politik vorherrscht, daß die Menschen lernfähig und lernbereit sind, daß der Mensch in der Lage ist, Botschaften, die an ihn herangetragen werden, auch zu verantwortlicher Lebensgestaltung umzusetzen. Die neugefundenen Formen der Betreuung von HIV-Infizierten und AIDS-Kranken können übertragen werden auf andere Situationen von Menschen, die sich durch Dispositionsanalysen symptomfreier Menschen ergeben.

Die psychosoziale Betreuung muß im Vordergrund stehen; hier müssen Menschen zur Verfügung stehen, die beratend tätig sein können, um den Betroffenen ein lebenswertes Leben zu ermöglichen.

*Dr. Hans-Peter Voigt Mitglied des Deutschen Bundestages und Vorsitzender der Enquete-Kommission „Gefahren von AIDS und wirksame Wege zu ihrer Eindämmung“*



## Ethik und AIDS

Die Enquete-Kommission „Gefahren von AIDS und wirksame Wege zu ihrer Eindämmung“ stellt in ihrem Abschlußbericht vom 31. Mai 1990 allem weiteren ein Kapitel „AIDS und Ethik“ voran. Die Professoren Christopher Frey (Universität Bochum), Johannes Gründel (München), Wolfgang Haug (Berlin), Hermann Lübke (Zürich) und Thure von Uexküll (Freiburg) wurden als Sachverständige gehört zu den Fragen: *Ethik und staatliches Handeln, Ethik und ärztliches Handeln* sowie *Ethik und individuelles Handeln*.

Entscheidend ging es beim letzten Punkt um die Frage, wie Sexualität in den Zeiten von AIDS unter Berücksichtigung ethischer Anforderungen gelebt werden kann.

Bemerkenswert erscheint mit zunächst einmal, daß die Einschätzung voran gestellt wurde, eine einmütige Bewertung menschlichen Verhaltens als gut oder böse, falsch oder richtig, nachahmenswert oder verwerflich gelinge immer weniger. Gleichwohl sei es wichtig, nach ethischer Orientierung zu suchen, sich um ethische Fixpunkte zu bemühen und die sich jeweils ergebenden ethischen Konsequenzen aufzuzeigen. Ethischer Diskurs könne zum gesellschaftlichen Konsens beitragen und damit erwünschtes Verhalten fördern und Fehlverhalten zurückdrängen. Er könne bestehende staatliche Normen festigen, allerdings auch zu Reflexionen und Kritik von Normen führen und damit Impulse zu ihrer Veränderung geben.

Hier ist man schon am zentralen Punkt der Diskussion angelangt. Ist es zulässig, daß heterosexuelle Professoren – im Zweifel aus einem sehr bürgerlichen Milieu – sich zu Fragen der Sexualität und des Umgangs von schwulen oder drogengebrauchenden Menschen mit ihrer Umwelt äußern? Hat die katholische Kirche durch ihr Verhalten im

Dritten Reich oder aber auch durch die Stellungnahme des Vatikans, die immer noch den Kondomgebrauch auch bei infizierten Partnern ablehnt, nicht das Recht verwirkt, sich zu Gruppen zu äußern, die in den eigenen Reihen nicht geduldet werden? Priester oder Pfarrer, die sich offen zu ihrer Homosexualität bekennen, werden aus dem Dienst entfernt. Die daraus ersichtliche grundlegende Abwertung von Sexualität als lustvoller menschlicher Verhaltensweise, die Ablehnung des Rechts auf eine eigene Lebensweise, die Verdammung der Homosexualität als unchristlich scheinen mir keine besondere Qualifikation dafür zu sein, ethische Anforderungen an das Verhalten dieser Gruppen zu richten. Die Stellungnahmen der Kirchen in Kriegszeiten, die Unterstützung des nazistischen Regimes durch die Kirchen sind ein Beleg dafür, wie sehr ethische Diskussionen – zu denen sich die Kirchen ja berufen fühlen – von gesellschaftlichen Rahmenbedingungen abhängen und wie wandelbar Einschätzungen zu ethischen Fragen sind. Ist es also legitim, daß ein heterosexuelles, nicht suchtakzeptierendes Gremium versucht, Ordnungsleitlinien für Gruppen zu bestimmen, die es nicht kennt?

Die gesellschaftlichen Bedingungen, unter denen die drogengebrauchenden, homosexuellen und/oder infizierten Menschen leben, dürften für ethische Fragestellungen eine erhebliche Rolle spielen. Sie dürfen jedoch von Außenstehenden nicht beurteilt werden. Damit soll nicht bestritten werden, daß Fragen der Ethik, der Moral oder des Gewissens für infiziert lebende Menschen eine erhebliche Bedeutung haben. Jeder, der in der Beratung tätig ist, weiß dies. Ich bestreite allerdings Außenstehenden das Recht, selbstverständlich und ohne kritische Reflexion den Rahmen für die gruppeninternen



Bernd Aretz

notwendigen Diskussionen abzustecken. Wenn Herr Prof. Gründel ausführt: *„So wäre etwa im Bereich der Homo- und der Heterosexualität der Schritt von einem unpersonalen Verhalten zu einer zunehmenden Stabilisierung einer festen Beziehung auf Partnerschaft hin ein wesentlicher Fortschritt, selbst wenn solches Tun vom christlichen Hochziel einer auf personaler Liebe und Treue gründenden partnerschaftlichen Dauerbeziehung, wie es die Ehe sein will, noch weit entfernt ist. Auch solche Teilschritte müssen ernstgenommen und positiv bewertet werden“*, dann geht dies an der homosexuellen Lebenswirklichkeit vorbei.

Martin Dannecker hat des öfteren von der Fähigkeit zur Promiskuität gesprochen. Das Leitbild der monogamen Zweierbeziehung, das in der gesamten Diskussion der Ethiker immer wieder auftaucht, ist ein möglicher Denkansatz. Es gibt aus der Menschheitsgeschichte genügend Belege dafür, daß dieses Leitbild nicht die einzige Idealvorstellung ist. Daß es der Lebenswirklichkeit auch in unserer Gesellschaft nicht entspricht, ist allgemein bekannt. Es ist durchaus möglich und es geschieht auch, völlig andere Ideale zu vertreten.

Ethische Anforderungen können sich immer nur an dem orientieren, was leistbar ist. Eine entscheidende Frage in der Diskussion war, welche Anforderungen an Menschen zu stellen sind, die wissen, daß sie HIV-infiziert sind oder die mit der Möglichkeit ernsthaft rechnen, es zu sein, ohne es aber wissen zu wollen. Es wird von den gehörten Ethikern völlig selbstverständlich unterstellt, daß die absolute Verpflichtung bestünde, eine Gefährdung anderer auszuschließen. Dabei werden zwei Punkte übersehen: An diejenigen Menschen, der gutgläubig davon ausgeht, nicht infiziert zu sein, der aber mit der Infektion seines Partners rechnen muß,

Fortsetzung S. 10

sind gleichhohe Anforderungen zu stellen wie an den Menschen, der seine Infektion ahnt oder von ihr weiß. Die Begründung für das Gegenteil fehlt. Außer Betracht bleibt auch die Möglichkeit eines bewußten und einvernehmlichen risikoträchtigen Umgangs miteinander. Gerade die katholische Kirche, die Kondome auch bei den Ehepartnern ablehnt, bei denen einer der Partner infiziert ist, sollte dieses Recht konsequenterweise mitberücksichtigen. Die Ausführungen der Sachverständigen bergen die Gefahr in sich, die Verantwortung den Menschen mit HIV und AIDS allein zuzuschieben. Es wird nicht bestritten, daß auch hier ein Teil der Verantwortung liegt, aber eben nur ein Teil. Genau wie Nichtinfizierten das Recht völlig selbstverständlich zugestanden werden muß, an dem Bestreben zu scheitern, Schutzmaßnahmen zu ergreifen, muß dies auch infizierten Menschen zugestanden werden. Es wird, ob gewollt oder nicht, durch die Gewichtung der Diskussion der Boden für staatliche Eingriffe gegen infizierte Menschen bereitet. Dies gilt auch, wenn im Grunde alle Sachverständigen übereinstimmend erklären, der Staat dürfe nur eingreifen, wenn ein Verhalten sozial schädlich sei.

Das Problem wird von Prof. Haug aufgegriffen, der sehr eindringlich darauf hinweist, daß Beschreibungen von Gesundheit oder Krankheit oder Sozialschädlichkeit stets ambivalent seien. Das Dritte Reich hat in hinreichender Deutlichkeit gezeigt, wie leicht Kategorisierungen zur Ausgrenzung oder auch Vernichtung führen können.

Auch wenn den Diskussionsteilnehmern sicher ihr ernsthaftes Ringen um mitmenschlichen Umgang nicht abzustreiten ist, so fehlt in wesentlichen Teilen die Selbstbeschränkung auf den Kreis, für den man sprechen könnte. Es gibt nicht **die** Moral oder **den** richtigen Weg.

Prof. Lübke macht sich Gedanken darüber, daß die Solidaritätsverpflichtung gegenüber infizierten oder kranken Menschen sich nicht auf ihre in Einzelfällen gegebenen Ursachen in selbstbestimmten, aber moralisch unverantwortlichen Lebensweisen bezieht. Nichts wäre geeigneter, die Solidaritätsbereitschaft der Menschen zu beeinträchtigen, als die Insinuation, mit der moralischen Verpflichtung zur Hilfeleistung sei zugleich eine Verpflichtung zur Anerkennung des Rechts zu denjenigen selbstbestimmten Verhaltensweisen zu verbinden, die in Einzelfällen die erkennbare Ursache der Hilfsbedürftigkeit ist.

Ich finde dies verlogen, wenn ich gleichzeitig sehe, daß das Dortmunder Landgericht drogengebrauchenden Menschen die Zugänglichkeit zu sterilem Spritzbesteck verwehrt. Die Gesellschaft kann nicht Verhalten einfordern, das sie durch gesellschaftliche Rahmenbedingungen vereitelt.

Während uns durch Umweltvergiftung buchstäblich die Luft zum Atmen genommen wird, es immer wieder individuell nicht beeinflussbare Zwischenfälle gibt, die das Betreten der Erde verbieten, fördert diese Gesellschaft von infizierten Menschen einen hundertprozentigen Schutz gegenüber ande-

ren, die sich auch völlig problemlos selbst schützen können.

Prof. von Uexküll weist auf die gesellschaftlichen Bedingungen von Gesundheit und Gesundungsprozessen hin.

Wenn die Ethikdiskussion im Rahmen der Enquete-Kommission die gesellschaftlichen Vorstellungen zu schwulen und drogengebrauchenden Menschen korrekt widerspiegelt, sind unseren Selbstheilungskräften enge Grenzen gesetzt.

Bernd Aretz Vorstandsmitglied der D.A.H.

An die  
Deutsche  
AIDS-Hilfe e.V.  
- Abonnements -

Nestorstr. 8-9  
1000 Berlin 31

## ABONNEMENT D.A.H.-AKTUELL

Ich möchte D.A.H.-Aktuell abonnieren und zwar für den unten angegebenen Zeitraum. Danach läuft das Abonnement automatisch aus, wenn es nicht ausdrücklich verlängert wird.

Rechtshinweis: Diese Bestellung kann innerhalb einer Woche (Datum des Poststempeels) widerrufen werden.

Von diesem Rechtshinweis habe ich Kenntnisgenommen \_\_\_\_\_  
Unterschrift

D.A.H.-AKTUELL soll geschickt werden an:

Name, Vorname \_\_\_\_\_ Organisation \_\_\_\_\_

Straße/ Postfach \_\_\_\_\_

PLZ, Ort \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

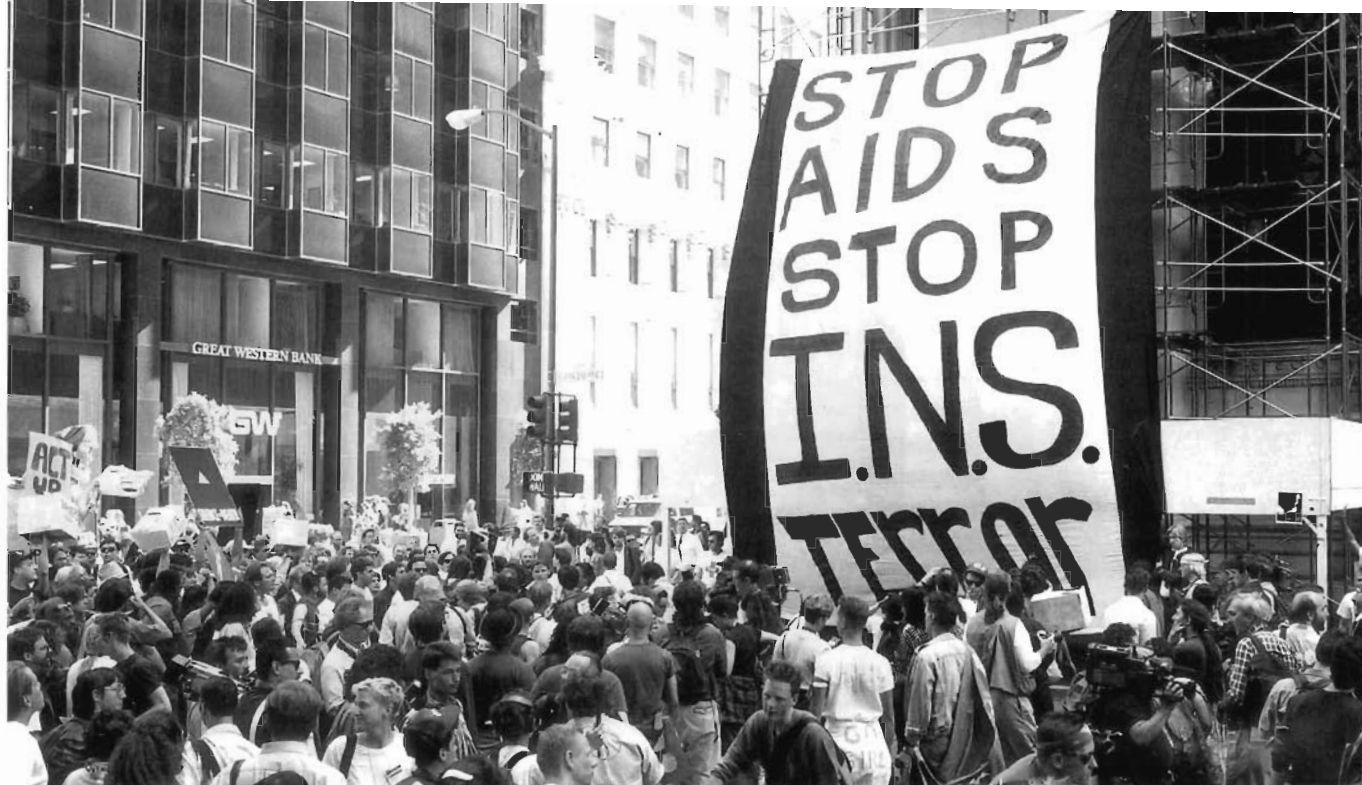
Auf alle Fälle: Abonnementsdauer und -zahlungsweise angeben:

- 3 Doppelausgaben für DM 19,50 (Institutionen DM 39,00)  
 6 Doppelausgaben für DM 37,50 (Institutionen DM 75,00)  
 bis auf Widerruf kostenlos (nur für Schulen, Krankenhäuser, Gesundheitsämter, Redaktionen und vergleichbare Institutionen)

Den Gesamtbetrag für das Abonnement habe ich heute bezahlt:

- mit beiliegendem Verrechnungsscheck  
 durch Überweisung an die deutsche AIDS-Hilfe e. V. auf das Konto 020 3 500 500 bei der Deutschen Apotheker- und Ärztebank eG, Berlin (BLZ 100906 03)

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_



## Internationale AIDS-Konferenz in San Francisco

### *Ein neues Verhältnis zwischen Politik und Wissenschaft*

Das Motto „From Science to Politics“ (Von der Wissenschaft zur Politik) der diesjährigen VI. Internationalen AIDS Konferenz in San Francisco sollte den Anspruch bekräftigen, den die Wissenschaft stellt: die Umsetzung wissenschaftlicher Erkenntnisse in politisches Handeln mit dem Ziel effektiverer Prävention und besserer, umfassender medizinischer Versorgung.

Bereits im Vorfeld der Konferenz kollidierte der Anspruch mit der politischen Wirklichkeit. Mehr als hundert Organisationen bis hin zum Europa-Parlament riefen zum Boykott der Veranstaltung auf, da die Einreisebestimmungen der USA zu einer nach übereinstimmender Meinung aller Wissenschaftler diskriminierenden Behandlung von HIV-Infizierten führen. Ausgerechnet das Land mit der weltweit größten Zahl von AIDS-Erkrankten, von dem aus sich HIV in alle Himmelsrichtungen ausbreitete, gibt vor, sich gegen das Eindringen von HIV aus dem Ausland schützen zu müssen. Pikanterweise zog es US-Präsident Bush vor, anstatt der Eröffnungsveranstaltung der Konferenz einer Wahlkampfveranstaltung von Senator Jesse Helms beizuwohnen, des Politikers, der die umstrittene Einreisegesetzgebung initiiert hatte.

#### **Epidemiologie: Kein Land und keine Gesellschaft ist immun gegen HIV**

Nicht zuletzt die Nichtbeachtung der positiven Ansätze und Erfahrungen in der Präven-

tionsarbeit und das Festhalten an Strategien der Kontrolle der Ausbreitung mit administrativen Mitteln erweisen sich eher als Motoren denn als Hemmschuh der epidemiologischen Entwicklung. Jonathan Mann, bis vor kurzem Direktor des WHO-Programms zur Bekämpfung von AIDS, brachte die Erfahrungen in einer vielbeachteten Rede am prägnantesten auf den Punkt: „... Der Schlüssel zu diesem neuen Denken ist die Erkenntnis, daß individuelles wie kollektives Verhalten die großen Herausforderungen der Gesundheitspolitik der Zukunft sein werden. Durch die Veränderung der Schwerpunkte in Richtung Verhalten in seinen jeweiligen sozialen, ökonomischen und politischen Zusammenhängen wird das neue Denken Zwang durch Hilfe, Diskriminierung durch Toleranz ersetzen. ... wir haben aus unseren Erfahrungen gelernt, daß für die Wirksamkeit von Präventionsprogrammen die Vermeidung jeder Form der Diskriminierung von HIV-Infizierten ausschlaggebend ist. Deshalb ist der Schutz der Rechte und der Würde des Individuum eine zentrale Aufgabe der AIDS-Programme. Diskriminierung vermindert die Beteiligung an den Bemühungen zur HIV-Prävention und beeinträchtigt dadurch ihre Wirksamkeit. Diskriminierung ist sogar ein Risikofaktor für eine HIV-Infektion. Die Anfälligkeit für eine HIV-Infektion steigt, wo immer Menschen diskriminiert oder an den Rand der Gesellschaft gedrängt werden.“ Diese Erkenntnisse möglichst rasch in konkretes politisches Handeln umzusetzen ist dringlicher denn je. Die weltweite epidemiologische Situation ist weitaus dramatischer, als man angesichts der

vergleichsweise langsamen Entwicklung in der Bundesrepublik Deutschland vermuten könnte. In den Industrieländern breitet sich die HIV-Infektion unter Heterosexuellen zwar nur langsam aus, aber in städtischen Ballungsräumen wird insbesondere bei ökonomisch und sozial benachteiligten Schichten eine Zunahme sexuell übertragbarer Krankheiten beobachtet. Oft steht dies im Zusammenhang mit dem Gebrauch illegaler Drogen. Die Infizierten werden tendenziell jünger, was für die bislang am stärksten betroffene Gruppe der homosexuellen Männer bedeutet, daß auch die nachwachsenden Generationen durch AIDS dezimiert zu werden drohen (in San Francisco waren unter den 20 bis 24-jährigen homosexuellen Patienten einer Klinik für Geschlechtskrankheiten bereits 40% mit HIV infiziert. Darüberhinaus wird beobachtet, daß ein nicht unerheblicher Teil derjenigen, die ihr Verhalten bereits in Richtung Safer Sex verändert hatten, im Laufe der Zeit gefährlichere Praktiken wiederaufnahmen (bei einer Untersuchung in San Francisco waren es etwa 19% der Befragten).

#### **Medizinische Versorgung: Viel für Wenige**

Die beschriebene epidemiologische Entwicklung führt zu einer Reihe von Problemen. Am schwersten wiegt die wachsende Ungleichheit beim Zugang zu medizinischer Versorgung sowohl auf nationaler wie auf internationaler Ebene. Diejenigen, die von

*Fortsetzung S. 12*

# Internationale AIDS-Konferenz

## San Francisco



AIDS am meisten betroffen sind und am ehesten von den Fortschritten bei der Behandlung profitieren könnten, sind am wenigsten dazu in der Lage, solange der Zugang zu medizinischer Versorgung in großen Teilen der Welt kein selbstverständliches Recht ist, sondern ein Privileg, das sich nur ökonomisch besser Gestellte leisten können. Dies fällt in den USA besonders krass ins Auge, da Reichtum und Armut dort besonders eng nebeneinander existieren. Eine Untersuchung, durchgeführt unter der Leitung des Präsidenten der amerikanischen Krebsgesellschaft, belegt beispielsweise, daß ein Schwarzer im New Yorker Stadtteil Harlem schon vor zehn Jahren – noch vor AIDS und Crack – eine geringere Chance hatte, ein Alter von 65 Jahren zu erreichen, als ein Mann in Bangla Desh. In der sehr viel ausgeprägter als in Europa auf Konkurrenz beruhenden US-amerikanischen Gesellschaft entwickelt die Tatsache, daß die HIV Epidemie überwiegend auf Homosexuelle und ökonomisch benachteiligte ethnische Minderheiten beschränkt bleibt, eine wachsende soziale Sprengkraft. Da die Mehrheit der Bevölkerung von den Problemen nicht tangiert wird, ist die Bereitschaft der Politiker gering, die drängenden Fragen aufzugreifen. Ihr Handeln wird stärker von Medien und Meinungsumfragen bestimmt als von wissenschaftlichen Erkenntnissen. Die von Experten geforderte Umstrukturierung des Gesundheitsversorgungssystems, das auf chronisch verlaufende Erkrankungen bei jungen Menschen in keiner Weise eingerichtet ist, kommt nicht voran. Dies hat zur Konsequenz, daß einem beträchtlichen Teil der HIV-Kranken der Zugang zu kontinuierlicher medizinischer Betreuung verwehrt ist. Auch Präventionsanstrengungen leiden sichtlich darunter. Trotz der positiven Erfahrungen mit Nadelaustauschprogrammen bei Drogenabhängigen sind derartige Maßnahmen fast überall in den USA gesetzlich verboten. Eine Entscheidung des Kongresses, keine Mittel für die Propagierung von Desinfektionsmaßnahmen (Bleach Programme) zur Verfügung zu stellen, konnte erst durch intensive Intervention von Wissenschaftlern

rückgängig gemacht werden. Die in den am stärksten betroffenen homosexuellen Zentren New York und San Francisco gegründeten und sich von dort über das ganze Land ausbreitenden AIDS-Aktivistengruppen radikalisieren sich unter dem Eindruck der Indifferenz von Politik und Gesellschaft zunehmend. Noch finden vereinzelt Aufrufe zu gewalttätigem Aufruhr wenig Gehör, aber das Desinteresse von Staat und Gesellschaft an den verheerenden Auswirkungen der HIV-Epidemie in den am meisten betroffenen Bevölkerungsgruppen führt zu zunehmender Verbitterung unter den Aktivisten.

### Antivirale Therapie: Weniger und Früher

Antivirale Therapie ist immer noch eine Domäne der Nukleosidanaloga, die die Reverse Transkriptase hemmen. Mittlerweile hat sich allgemein die Auffassung durchgesetzt, daß antivirale Medikamente frühzeitig eingesetzt werden sollten, auf jeden Fall schon vor dem Zusammenbruch des Immunsystems, das sich als Auftreten opportunistischer Infektionen oder bösartiger Tumor-Erkrankungen manifestiert.

Als Gründe für eine frühzeitige Therapie mit der derzeit einzigen zugelassenen antiviralen Substanz, AZT, wurde ins Feld geführt, daß die Virusbelastung in frühen Phasen der Infektion geringer ist und einer Monotherapie daher eher zugänglich ist. Das Immunsystem ist noch weitgehend intakt und eine Stabilisierung oder Verbesserung auf diesem Niveau sinnvoller. Die weiterlaufende Beobachtung von Patienten, die an der ersten AZT Studie teilnahmen, offenbart auch nach 31 Monaten Beobachtungszeit noch einen günstigeren Verlauf der von Beginn an mit AZT behandelten im Vergleich zu den plazebo-behandelten Patienten. Je besser die immunologischen Ausgangswerte waren, desto länger war AZT wirksam und desto

geringer waren die Nebenwirkungen. Als Grenze, ab der eine Behandlung mit AZT empfohlen wird, gilt in der Regel ein Wert von unter 500 T-Helfer-Zellen/ul. Liegen Verlaufsbeobachtungen vor, kann der individuell günstigste Zeitpunkt aber besser bestimmt werden. Patienten, deren T Helfer Zellen im Bereich von 500 Zellen weitgehend stabil bleiben, profitieren kaum von einer frühzeitigen Therapie. Auch die aufgrund einzelner Studien schon vor zwei Jahren für möglich gehaltene Dosisreduktion hat sich nun allgemein durchgesetzt.

Gegenwärtig werden 500-600 mg AZT pro Tag empfohlen, einige Studien deuten an, daß auch mit 300 mg/Tag noch eine antiviral wirksame Dosis erreicht wird. Wesentlicher Vorzug der niedrigen Dosierung ist die deutlich geringere Beeinträchtigung der Knochenmarksfunktion, aber auch andere unerwünschte Nebenwirkungen treten sehr viel seltener auf. Eine erhöhte Einstiegsdosis bei Therapiebeginn erscheint nicht notwendig. Der schwerwiegendste Einwand gegen den frühen Einsatz von AZT ist die beobachtete Resistenzentwicklung, die dazu führen kann, daß zum Zeitpunkt der Manifestation des Immundefekts das Medikament seine Wirksamkeit bereits eingebüßt hat. Obwohl über den Langzeitnutzen eines frühen Therapiebeginns, gemessen an der Lebenszeitverlängerung, im Vergleich zum späten Einsatz noch keine verlässlichen Zahlen vorliegen, sprechen die Befunde zur Resistenzentwicklung doch eher für den frühen Einsatz: Während zwischen Dosis und Geschwindigkeit der Resistenzentwicklung kein Zusammenhang besteht, ist die T-Helfer-Zellzahl deutlich mit der Entstehung resistenter Stämme korreliert. Bei Patienten, die erst im späten Stadium mit niedrigen T-Helfer-Zellzahlen behandelt werden, können zu 90 % nach einjähriger Behandlungsdauer resistente Virusvarianten isoliert werden. Bei Patienten, die in einem früheren Stadium mit höheren T Helfer Zellzahlen eine Therapie beginnen, ist

# Internationale AIDS-Konferenz

## San Francisco

nur zu 30% nach einem Jahr schon Resistenzentwicklung nachweisbar. Zwar ist noch nicht klar nachgewiesen, ob die Entstehung resistenter Virusvarianten die Folge der klinischen Verschlechterung oder deren Ursache ist, doch deuten Beobachtungen einer kanadischen Langzeitstudie eher auf die zweite Möglichkeit hin: In der mittlerweile länger als drei Jahre laufenden Studie wurden im allgemeinen die ersten AZT resistenten Virusstämme 20 bis 60 Wochen vor der klinischen Manifestation eines Fortschreitens der Erkrankung nachgewiesen. Obwohl schon seit Jahren als zumindest theoretisch aussichtsreichste Form der antiviralen Behandlung diskutiert, gibt es bislang, mangels wirksamer Substanzen, kaum Versuche mit Medikamentenkombinationen. In San Francisco wurden nun erste, noch vorläufige Befunde vorgestellt, die doch zu einem gewissen Optimismus berechtigen. In einer Studie mit 26 Teilnehmern wurde die Behandlung mit AZT allein, Interferon allein und die Kombination beider Substanzen verglichen. AZT behindert die reverse Transkription, einen frühen Schritt im Vermehrungszyklus; Interferon behindert die Ausschleusung des Virus aus der Zelle, also einen sehr späten Schritt. Insofern handelt es sich um eine theoretisch sehr günstige Kombination. In einer weiteren Kombinationsstudie wurden die wöchentlich und monatlich alternierende Gabe von AZT und ddC (auch ein Nukleosidanalogen) in hoher und niedriger Dosierung mit der intermittierenden Gabe von AZT und ddC allein sowie mit kontinuierlicher AZT Therapie verglichen. Die sich meist als Neuropathie (brennende Schmerzen u.a. in den Füßen) äußernde, dosisabhängige Toxizität von ddC war beträchtlich. Fast ein Sechstel der Studienteilnehmer mußte die Studie deswegen vorzeitig abbrechen. Als Tendenz konnte aber beobachtet werden, daß bei alternierender Gabe die Nebenwirkungen geringer waren als bei intermittierender Gabe hoher Dosen oder kontinuierlicher Therapie mit einer Einzelsubstanz. Der monatliche Wechsel scheint dabei besser vertragen zu werden als der wöchentliche. Aussagen zur Resistenzentwicklung können wegen der kurzen

Beobachtungszeit noch nicht gemacht werden. Aus den Phase-II/III-Studien mit ddI und ddC, die im Herbst 89 begonnen wurden, liegen bislang keine aussagekräftigen Ergebnisse vor. Als Tendenz kann aber sowohl aus den klinischen Studien als auch aus dem Expanded access (erweiterter Zugang) Programm festgehalten werden, daß ddI in den ersten Monaten bei etwa zwei Drittel der Patienten zu einer Stabilisierung oder Verbesserung des klinischen Zustands und der Laborparameter führt.

Nebenwirkungen treten, wie schon bei AZT beobachtet, häufiger bei fortgeschrittenem Krankheitsbild und niedrigen T-Helfer-Zellzahlen auf. Periphere Neuropathien und Entzündungen der Bauchspeicheldrüse sind die schwerwiegendsten Erscheinungen einer Unverträglichkeit. Im Rahmen der klinischen Studien tritt die Pankreatitis (Bauchspeicheldrüsenentzündung) in einer Häufigkeit von ca. 1,5% auf. Im Expanded access Programm, in dessen Rahmen bis jetzt ca. 10.000 Patienten ddI erhalten, liegt die Rate höher. Dies ist darauf zurückzuführen, daß die Patienten im Expanded access Programm in der Regel krank sind als Patienten in den klinischen Studien. Die klinischen Studien werden jetzt auch für Patienten geöffnet, deren T-Helfer-Zellwerte noch über 200 Zellen/ul liegen. Die Herstellerfirma von ddC, Hoffmann La Roche, kündigte an, daß auch ddC in einem schrittweisen Vorgehen im Rahmen eines Expanded access Programms für Patienten bereitgestellt werden soll, die weder AZT noch ddI vertragen. Im allgemeinen kann die Erfahrung mit Nukleosidanaloga bei der Behandlung der HIV Infektion so beschrieben werden: — die Aktivität im Reagenzglas besitzt in der Regel einen guten Vorhersagewert für die Wirksamkeit im Patienten — das Nebenwirkungsspektrum in Tiermodellen ist wenig aussagekräftig in Bezug auf zu erwartende Nebenwirkungen beim Menschen. Aus San Francisco wurden Ergebnisse von Studien mit einem wenig gereinigten Hypericin und Trichosanthin, einem wenig gereinigten Extrakt aus einer chinesischen Gurkenpflanze, berichtet. Obwohl die Hypericin Studie noch nicht endgültig ausgewertet ist,

kann aufgrund einer oberflächlichen Datenanalyse gesagt werden, daß zumindest keine dramatischen Verbesserungen eintreten. Die Trichosanthin-Studie, die von der Selbsthilfe Organisation Project Inform initiiert worden war, wird jetzt mit dem höher gereinigten Compound Q (GLQ223) weitergeführt, das von dem Patentinhaber der Firma Genelabs Inc. bereitgestellt wird.

Gleichzeitig läuft auch die offizielle GLQ223 Studie am S.F.

General Hospital weiter. Als Zwischenergebnis der Project Inform Studie wurde berichtet, daß nach knapp vier Monaten Behandlung mit einer Trichosanthin-Gabe einmal wöchentlich die T-Helfer-Zellzahlen wieder im Ansteigen begriffen sind. In der Studie wurde nicht gegen Placebo kontrolliert, sondern der vor Studienbeginn dokumentierte Verlauf der T-Helferzellen diente als Kontrolle.

### Therapieforschung: aufwendig, unflexibel und ineffektiv?

Von vielen Delegierten wurde das bisherige Verfahren der klinischen Testung als quälend langsam empfunden. Daher wurde ausgiebig über Unzulänglichkeiten des bisherigen Testverfahrens und Möglichkeiten zur Beschleunigung klinischer Studien diskutiert. Dieses Versagen des herkömmlichen Systems der klinischen Therapieforschung hat sicherlich seinen Teil zur Etablierung des umstrittenen „Parallel Tracks“ beigetragen, in dem bestimmte Substanzen schon nach Abschluß der ersten klinischen Prüfungsphase, also noch bevor ein Wirksamkeitsnachweis erfolgt ist, Patienten auch außerhalb kontrollierter klinischer Studien zur Verfügung gestellt werden können. In den Diskussionen über den „Parallel Track“ äußerte sich die Mehrheit der Redner grundsätzlich positiv zu diesem Verfahren. Nachdenkliche Stimmen kamen aber auch aus dem Lager der engagiertesten Befürworter. Martin Delaney von der Gruppe Project Inform stellte beispielsweise die Frage, wieviel solche Patienten, bei denen die Standardtherapien versagt habe (Zugangsvoraussetzung für den Parallel

*Fortsetzung S. 14*

Track), noch von den neuesten Entwicklungen profitieren können, wo sich doch immer wieder erweise, daß bei fortgeschrittener Erkrankung die Wirksamkeit von Medikamenten zeitlich immer begrenzter wird und die Nebenwirkungen immer ausgeprägter. Von ACT UP wurde vor allem kritisiert, daß bislang das Schwergewicht der Studien auf AZT gelegt wurde und andere Substanzen sowie die Behandlung opportunistischer Infektionen zu kurz kommen. AZT Studien hätten nach der Zulassung vorwiegend durch Burroughs Wellcome selbst durchgeführt werden können.

Stattdessen hätten mehr kleine Phase I und Phase II Studien mit erfolversprechenden Substanzen durchgeführt werden können, die bisher bei der Prioritätensetzung der ACTG (AIDS-Clinical Trial Group – staatlich geförderte Einrichtungen zur Durchführung von Studien) zu kurz gekommen sind. Zusätzlich habe die geringe Flexibilität der Studienprotokolle zu großen Problemen bei der Rekrutierung von Studienteilnehmern geführt. Um die Durchführung klinischer Studien zu beschleunigen, sollte auch versucht werden, niedergelassene Ärzte und nicht universitäre Kliniker verstärkt in die klinische Forschung einzubinden. Ein erster Schritt in diese Richtung ist die Etablierung des Community Programs for Clinical Research on AIDS, für das in diesem Jahr erstmals 9 Mio. Dollar bereitgestellt wurden. Große Pharmafirmen helfen bei der nötigen Schulung der beteiligten Ärzte.

### **Immunologie und Pathogenese: Ausweichen und Zuschlagen – die Guerillataktik des HIV**

Die Vorstellungen zur Kinetik der Infektion werden allmählich klarer. Man kann den Verlauf der Infektion beschreiben als ein anfängliches Stadium rascher Virusvermehrung, welches zum Teil als akutes, grippeähnliches Krankheitsbild in Erscheinung tritt.

Die sich daraufhin entwickelnde Immunantwort führt zu einer symptomlosen Phase, die mehrere Jahre anhält und gefolgt wird von

einer irgendwann einsetzenden und rasch fortschreitenden Verschlechterung der Immunabwehr, die schließlich ins Vollbild der AIDS Erkrankung einmündet. Die Korrelate dieses Prozesses auf der viralen Ebene scheinen folgendermaßen auszusehen: Während der anfänglich akuten Infektion vermehren sich zunächst raschwachsende und ihre Wirtszellen schnell zerstörende Viren. Diese Viren bieten ein gutes Ziel für die Immunabwehr und werden eliminiert. Übrig bleiben langsam wachsende, wenig aggressive Virusvarianten, die der Immunantwort entgehen. Diese langsamwachsenden, ihre Wirtszellen nicht zerstörenden Virusvarianten scheinen die entscheidende Rolle bei der allmählichen Erosion des Immunsystems zu spielen. Erst diese Erosion des Immunsystems erlaubt dann in der Endphase das Wiederaufleben sich rasch vermehrender und zellenzerstörender Virusvarianten. Gäbe es die sich langsam vermehrenden, wenig zytopathischen Varianten nicht, gäbe es auch kein AIDS. Dieser Prozeß der allmählichen Erosion ist schwer zu studieren. Eine beträchtliche Hilfe könnten hierbei Tiermodelle bilden wie z.B.

das Katzenimmundefizienzvirus FIV, Immundefizienzviren bei Affen (SIV) sowie das SCID Mausmodell.

### **Kofaktoren der Krankheitsentwicklung: wer älter ist, stirbt schneller**

Abgesehen von den durch Luc Montagnier in die Diskussion gebrachten Mykoplasmen (siehe im Abschnitt Opportunistische Infektionen) gab es keine neuen Belege für einen praktisch bedeutsamen Einfluß von Kofaktoren auf den Krankheitsverlauf. Die im Vorjahr berichtete Beschleunigung des Verlaufs bei einer Koinfektion mit dem Leukämievirus HTLV/I scheint sich bei längerer Beobachtung wieder zu relativieren. Die schwierig zu überprüfende These vom Einfluß psychischer Faktoren auf den Krankheitsverlauf kann durch die bisher durchgeführten Studien nicht untermauert werden. Der einzige

Hinweis darauf, daß Koinfektionen eine Rolle bei der Progressionsgeschwindigkeit spielen könnten, leitet sich aus der Beobachtung ab, daß bei einer Gruppe von Prostituierten aus Nairobi, deren Infektionsverlauf von der Serokonversion an verfolgt worden war, nach ca. 4 Jahren bereits die Hälfte an AIDS oder AIDS Vorstadien erkrankt war, was deutlich kürzer ist als in Kohortenstudien, die in westlichen Industrieländern durchgeführt werden. Als Trend, d.h. ohne daß man schon einen klaren statistischen Zusammenhang erkennen könnte, fiel auf, daß die Frauen, die überwiegend mit Kondomen arbeiteten, weniger schnell erkrankten. Eher als Risikomarker denn als Kofaktoren können das Alter, genetische Merkmale und die Tatsache, ob jemand über einen Patienten im fortgeschrittenen Erkrankungsstadium infiziert wurde, identifiziert werden. Unterschiede in der Krankheitsprogression bei verschiedenen Betroffenenengruppen sind wohl auf die Altersunterschiede zurückzuführen. Transfusionsempfänger, die im Durchschnitt die älteste Gruppe darstellen, erkranken am schnellsten, gefolgt von Homosexuellen, deren Altersdurchschnitt bei Erkrankung um 35 liegt. Bei den meist noch jüngeren Drogenabhängigen ist die Zeit zwischen Infektion und Erkrankung nochmals länger. Für die Beobachtung, daß Personen, die sich vermutlich bei Infizierten in fortgeschrittenen Phasen der Infektion angesteckt haben, schneller erkranken, gibt es bislang keine stichhaltige Erklärung, sondern nur Spekulationen. Die Übertragung aggressiverer Virusvarianten könnte ebenso in Frage kommen wie mengenmäßige Unterschiede.

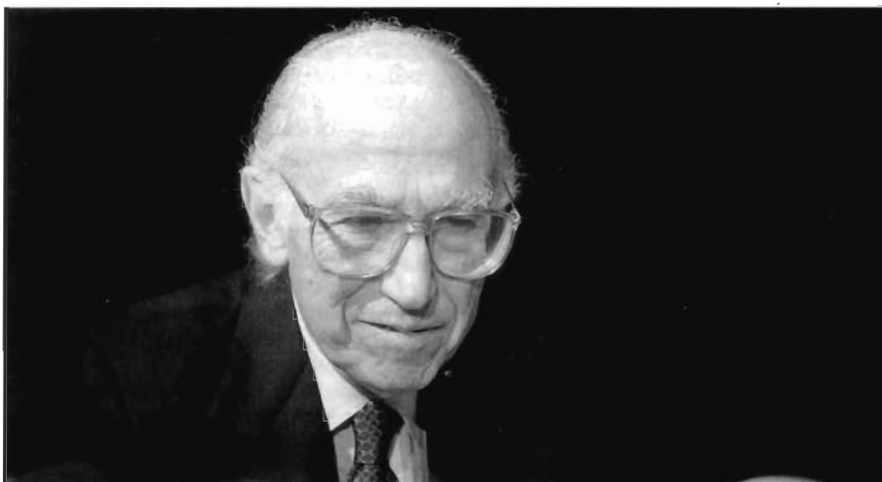
### **Entwicklung neuer therapeutischer Ansätze: der Mensch ist mehr als eine Zellkultur – von ATA, PAVAS, Cyclobut und Helfer-Viren**

Der Vermehrungszyklus von HIV kann schematisch in zwei Schritte unterteilt werden: eine frühe Phase, beginnend mit der Anheftung des Virus an die Zelle, gefolgt vom Ein-

# Internationale AIDS-Konferenz

## San Francisco

Dr. Jonas Salk



schleusen, der reversen Transkription der viralen RNS und der schließlichen Integration der proviralen DNS in die zelluläre DNS. Die zweite Phase beginnt mit der Ableitung der proviralen DNS und endet mit dem Zusammenbau und der Ausschleusung neuer infektiöser Viruspartikel aus der Zelle. Substanzen, die in der frühen Phase wirken, können die Neuinfektion von Zellen blockieren, während Substanzen, die in der zweiten Phase eingreifen, permanent infizierte Zellen an der Produktion neuer Viren hindern. Theoretisch wünschenswert wäre eine Kombinationstherapie, mit der sowohl Schritte der frühen Phase als auch Schritte der späten Phase blockiert werden können.

### Inhibitoren der frühen Phase:

Als Substanzen, die unter Laborbedingungen die Bindung und Aufnahme vom Virus in die Zelle blockieren, wurden Polyanionen wie Aurintricarbocylsäure (ATA) und sulfatierte Polysaccharide wie Dextransulfat, Pentosanpolysulfat, Heparin u. a. identifiziert und Substanzen wie lösliches CD4 konstruiert. Versuche am Menschen haben aber bisher keine positiven Effekte gezeigt; z.T. weil die Substanzen schlecht resorbiert werden (Dextransulfat), z.T. weil sich die Versuchsbedingungen im Labor so nicht im Menschen wiederfinden (CD4). Dennoch wird in dieser Richtung weiter geforscht.

### Inhibitoren der Reversen Transkriptase:

Neben AZT, ddC, ddI, D4T und AzdU gibt es eine ganze Reihe weiterer Nucleosidanaloga, die unter Laborbedingungen die reverse Transkription hemmen, die aber noch nicht in klinischen Studien eingesetzt werden. Zusätzlich zu den 2',3'-dideoxynucleosidanalogen haben sich auch azyklische und carbocyclische Nucleosidanaloga als Inhibitoren der Reversen Transkriptase erwiesen. Es sind dies Substanzen wie PMEA, PMEDAP, Adenallene, isoddAdo, Carbovir, Cyclobut G und A. Unter Laborbedingungen ist ihre anti-HIV Wirkung dem AZT und ddI vergleichbar. Ein

Protokoll für eine klinische Studie liegt bislang aber nur für Carbovir vor. PMEA und PMEDAP sind zwar unter Laborbedingungen weniger wirksam als AZT, in Tiermodellen wie dem Mäuse AIDS Modell und dem Katzen AIDS Modell scheinen sie dem AZT aber überlegen.

### Selektive Hemmstoffe der Reversen Transkriptase von HIV 1:

Die vor kurzem entwickelten HEPT (Hydroxyethoxymethylphenylthiothymin) und TIBO (Benzodiazepin)Derivate hemmen hochspezifisch nur die RT von HIV-1. Der genaue Mechanismus dieser Interaktion wird derzeit untersucht.

### Hemmstoffe der späten Phase:

Antisense Oligonucleotide, die komplementär zu strukturell oder funktionell wichtigen HIV-Genabschnitten konstruiert werden, können unter experimentellen Bedingungen die Transkription oder Translation genetischer Informationen des HIV blockieren. Aber bevor derartige Substanzen am Menschen erprobt werden können, muß unter anderem auch noch das technische Problem gelöst werden, wie diese Substanzen vor einem frühzeitigen Abbau durch zelluläre Enzyme geschützt und an ihren Wirkungsort transportiert werden können. Ein neuer Ansatz zur Lösung des letzteren Problems wird am Dana Farber Cancer Institute entwickelt. Er beruht auf der Konstruktion eines „Helfer Virus“ auf der Basis von HIV. Dazu wurde das HIV seiner funktionell wichtigen Komponente entkleidet, so daß lediglich eine leere Hülle zurückbleibt. In diese können die erwünschten genetischen Informationen eingebracht werden.

In ersten Zellkulturexperimenten wurde auf diese Weise ein Gen für Antibiotikaresistenz erfolgreich übertragen. Unerwünschte biolo-

gische Wirkungen der HIV-Hülle wurden nicht beobachtet. Die Aufklärung der Struktur des Virusenzym Protease, das zum Zusammenbau der einzelnen Virusbausteine zu einem infektiösen Partikel benötigt wird, hat die Suche nach Hemmstoffen für dieses Enzym erheblich erleichtert. Mehrere Labors und Pharmafirmen haben inzwischen Hemmsubstanzen entwickelt, die sehr spezifisch die Protease von HIV inhibieren (z.B. Ro318959). Auch die ersten Untersuchungen in Zellkulturen sind erfolgversprechend verlaufen.

Es ist sehr wahrscheinlich, daß durch neue Erkenntnisse über HIV aus der Grundlagenforschung sich noch weitere Ansatzpunkte für therapeutische Interventionen ergeben werden.

### Therapie opportunistischer Infektionen und maligner Neubildungen: Der Trend zur Primärprophylaxe – wie viele Pillen gleichzeitig verträgt der Mensch?

Die Pneumocystis-carinii-Pneumonie geht in den westlichen Industrieländern zwar aufgrund der bei vielen Patienten mittlerweile durchgeführten Prophylaxe in ihrer Bedeutung zurück, ist aber immer noch die häufigste opportunistische Infektion bei AIDS. Auch wurden in den USA vermehrt Pc-Pneumonien bei prophylaktisch behandelten Patienten beobachtet, die dann in der Regel schwierig zu diagnostizieren sind. Ob diese Erkrankungen auf eine technisch mangelhafte Pentamidin Inhalationstherapie oder auf eine Resistenzentwicklung des Erregers zurückzuführen sind, ist derzeit noch unklar. Die Toxoplasmose ist eine häufige, oft nicht ganz einfach zu diagnostizierende Komplikation bei AIDS-Kranken. Antigentests und PCR-Untersuchungen zur Verbesserung der

Fortsetzung S. 16

Diagnose sind in der Entwicklung, aber noch nicht kommerziell verfügbar. In der Akuttherapie werden Bactrim, Pyrimethamin/Sulfazin und Pyrimethamin/Clindamycin mit vergleichbarem Erfolg eingesetzt.

Alternativ kommen Dapson sowie die Makrolid-Antibiotika Azithromycin und Clarithromycin in Frage. Vergleichsstudien sind auch hier in Vorbereitung. Azithromycin soll nur gegen bestimmte Stämme von Toxoplasmen wirksam sein. Noch nicht in der Klinik erprobt, aber in Modellsystemen wirksam sind Trioxane. Eine Primärprophylaxe wird diskutiert, aber kontrollierte Studien dazu liegen nicht vor. Als Kriterium für den Beginn einer Primärprophylaxe wurde ein Grenzwert von 150 T-Helferzellen/ul vorgeschlagen. Die CMV-Infektion bleibt eine ernste Herausforderung für die Kliniker. Ganciclovir i.v. gilt als Standardtherapie für die gefürchtete CMV-Retinitis und wird auch bei gastrointestinalen CMV-Infektionen erfolgreich eingesetzt. Die hämatologische Toxizität von Ganciclovir kann durch gleichzeitige Gabe des Wachstumsfaktors GM-CSF abgemildert werden. Bei sorgfältiger Überwachung scheint sogar die Weiterführung einer AZT-Behandlung möglich. Mehr verspricht man sich allerdings von der Kombination ddI/Ganciclovir, da ddI keine toxischen Wirkungen auf das Knochenmark zeigt. Die derzeit einzige Alternative für Patienten, die Ganciclovir nicht vertragen oder bei denen ganciclovirresistente CMV-Stämme auftreten, ist Foscarnet, ebenfalls nur i.v. verabreicht.

### Bakterielle Infektionen:

Die Salmonellose spricht auf die Standard-Antibiotikatherapie in der Regel gut an. Interessanterweise wirkt AZT auch auf Salmonellen, sodaß man sich eine prophylaktische Wirkung von AZT gegen diese bakterielle Infektionen versprechen kann. Die Syphilis ist bei homosexuellen Männern deutlich seltener geworden, dafür wird in den USA bei heterosex. Schwarzen und Hispanics ein Anstieg der Infektionsraten beobachtet. Bei gleichzeitiger HIV-Infektion ist der Verlauf einer Syphilis nicht selten schwerer und schneller. Ein Befall des ZNS wird schon im frühen Stadium beobachtet, auch in Fällen, die eigentlich hätten ausreichend therapiert sein müssen. Bei HIV-Infiz. m. positiver Lues-Serologie und neurologischen Symptomen sollte daher immer auch die Syphilis in differentialdiagnostische Überlegungen einbezogen werden.

### Tuberkulose und atypische Mykobakterien:

Die Tuberkulose ist eine der wichtigsten HIV-bezogenen Komplikationen in Schwarzafrika und Lateinamerika und spielt auch bei Dro-

genabhängigen in den Industrienationen eine bedeutende Rolle. In einigen afrikanischen Ländern entwickeln ein Drittel bis zwei Drittel der HIV-Patienten im Krankheitsverlauf eine Tuberkulose.

Für die Tuberkulosekontrollprogramme dieser Länder bedeutet das eine aus eigenen Mitteln nicht zu tragende zusätzliche Belastung. Ermutigende Resultate werden bei Mykobakterium avium-Infektionen mit Kombinationstherapien erzielt. Rifabutin in relativ hoher Dosierung (450 bis 600 mg) wird mit Isoniazid, Ethambutol und Clofazimin eingesetzt. In einer französischen Multicenterstudie wurden Erfolge mit Clarithromycin in einer Dosis von 2g/Tag erreicht. Auf großes Interesse der Medien stießen die Thesen von Professor Montagnier über Mykoplasmen als mögliche Kofaktoren bei der Entdeckung von AIDS. Als Argument für eine mögliche Rolle dieser Mikroorganismen bei einer AIDS-Erkrankung führte Montagnier folgende Argumente an: *Retroviren bringen ihre Wirtszellen normalerweise nicht um. Antivirale Substanzen hatten bisher keinen wirklich überzeugenden Effekt. Zytopathische Effekte von HIV auf Zellkulturen werden durch eine Behandlung mit auf Mykoplasmen wirkende Antibiotika stark und anhaltend reduziert. Sich langsam vermehrende und wenig zytopathische HIV-Varianten werden nach Superinfektionen der Zellkultur mit Mykoplasmen zu schnell wachsenden, zellzerstörenden Varianten.* Allerdings wurden bei der Suche nach Mykoplasmen in AIDS-Patienten nur bei etwas über einem Drittel diese tatsächlich ausgemacht, was gegen eine bedeutende Rolle als Kofaktor spricht, sondern eher dafür, daß es sich um eine weitere opportunistische Infektion handelt. Dafür sprechen auch die Untersuchungen des amerikanischen Wissenschafters Lo, der bei 22 von 32 untersuchten AIDS-Patienten, die auffällige Gewebläsionen zeigten, in denen aber kein bekannter Erreger ausgemacht werden konnte, einen neuen, von ihm entdeckten Mykoplasmenstamm, Mykoplasma incognitum, nachweisen konnte. Die Thesen von Professor Montagnier wurden daher von Fachkollegen mit großer Zurückhaltung aufgenommen, zumal andere Arbeitsgruppen die Laborbefunde Montagniers nicht nachvollziehen konnten. Bei aller gebotenen Vorsicht kann aber eine praktische Konsequenz aus diesen Befunden gezogen werden. AIDS-Patienten, die Hinweise auf ernste Organdefizite zeigen, v.a. der Leber, der Milz und des Gehirns, bei denen keine andere bakterielle oder virale Infektion als Ursache dafür ausgemacht werden kann und bei denen auf eine Standardtherapie hin keine Besserung eintritt, sollten versuchsweise mit Antibiotika gegen Mykoplasmen behandelt werden.

Empfohlen wird dafür die doppelte Standarddosis von Doxycyclin oder Ciprofloxazin über sechs Wochen.

### Impfprophylaxe: Impferfolge in Tiermodellen erwecken Hoffnung

Die vorherrschende Stimmung unter den Wissenschaftlern, die auf dem Gebiet der Impfstoffentwicklung arbeiten, ist vorsichtiger Optimismus. Aufgrund der bisherigen Ergebnisse aus Tiermodellen und aus den ersten Versuchen mit experimentellen Impfstoffen an Freiwilligen wird das Ziel einer wirksamen Impfung prinzipiell als erreichbar angesehen.

### Stand der Impfstoffprüfung beim Menschen.

Fünf Impfstoffpräparationen werden derzeit bei freiwilligen Versuchspersonen in Phase I Studien erprobt. In der ersten Phase der normalerweise aus drei Phasen bestehenden klinischen Prüfung wird auf die Verträglichkeit, schädliche Nebenwirkungen, die effektivste Impfdosis und das wirksamste Impfschema geachtet, sowie der immunologische Effekt des Impfstoffes untersucht. Die fünf Impfstoffpräparationen bestehen aus zwei Subunit-Vakzinen aus rekombinantem Virus-Hüllprotein, einem rekombinanten Impfvirus, einem Impfstoff aus synthetischen Peptiden und einer Kombination von verschiedenen Komponenten. Es ist nicht zu erwarten, daß einer dieser experimentellen Impfstoffe unverändert in Wirksamkeitsstudien getestet werden wird. Anders ist die Situation bei den fünf in klinischer Prüfung bei HIV-Infizierten Freiwilligen befindlichen „Immuntherapie“-Vakzinen. Von einer Immuntherapie bei bereits Infizierten verspricht man sich eine Verlangsamung des Krankheitsverlaufs durch eine Stärkung der körpereigenen Abwehr. Das von Prof. Salk entwickelte Immuntherapeutikum aus abgetötetem HIV ist bereits in der 2. Phase der klinischen Testung, in der Daten über die Wirksamkeit gesammelt werden. Zusätzlich zu den vier weiteren experimentellen Immuntherapeutika in Phase I Prüfung ist auch für einen Teil der Impfstoffe, die derzeit bei HIV-Negativen getestet werden, der Einsatz zur Immuntherapie geplant. Wenngleich mit der allgemeinen Verfügbarkeit einer Impfung, die einen sicheren Schutz vor einer HIV-Infektion gewährt, in diesem Jahrzehnt nicht mehr gerechnet werden kann, sind doch die Aussichten auf diesem Gebiet so gut wie nie zuvor. Daher werden jetzt schon die Diskussionen intensiviert, wie und wo ein solcher Impfstoff auf seine Wirksamkeit getestet werden könnte. Aber auch eine weitere wichtige Frage wird bereits aufgeworfen: Wie kann sichergestellt werden, daß ein Impfstoff auch tatsächlich allen zur Verfügung steht, die durch HIV gefährdet sind?

Dr. Uli Marcus überarbeitet v. Jürgen Poppinger



Am 13. Juni 1990 wurde im NATO-Saal (sic!) des Bundeskanzleramtes die „Nationale Drogenkonferenz“ unter Federführung von Bundeskanzler Kohl durchgeführt, die den „Nationalen Rauschgiftbekämpfungsplan“ verabschiedete, der schon seit Monaten von verschiedenen Arbeitsgruppen der Bundesministerien des Inneren und des BMJFFG, wie auch von Polizeiverbänden, Arbeitgebern und Gewerkschaften sowie freien Wohlfahrtsverbänden in verschiedenen Fassungen vorbesprochen worden war. Letztlich resultiert der Plan und die mit ihm verknüpften Gesetzesmaßnahmen jedoch aus dem „Übereinkommen der Vereinten Nationen gegen den unerlaubten Verkehr mit Suchtstoffen und psychotropen Stoffen vom 20. 12. 1988“, in dem alle über 150 Vertragsstaaten zu umfassenden Strafvorschriften gegen die Finanzierung des Drogenhandels und die öffentliche Aufforderung zum Betäubungsmittelmißbrauch verpflichtet werden. Das Resultat liegt nun in einem rund 120 seitigen Text vor, in dem völlig widersprüchlich versucht wird – unter Beibehaltung der Prämisse „Totale Abstinenz im Hinblick auf illegale Drogen“ – Hilfe und Strafe zu verknüpfen.

### **Einerseits Ausbau von Hilfsangeboten für Drogengebrauchern – andererseits verschärfte Verfolgung.**

Der „Nationale Rauschgiftbekämpfungsplan“ (NRBP) hält die Situation „bei den langjährig Abhängigen, die mehrfach erfolglose Therapien mitgemacht haben, unter hoher Kriminalitätsbelastung und gestörter sozialer Integration leiden“ für „besorgniserregend“ (S.10): „Der Gesundheitszustand dieser Gruppe ist schlecht, und sie sind auch besonders gefährdet für eine HIV-Infektion und AIDS-Erkrankung“. Hieraus erklärt sich dann auch die Abkehr von der stationären Langzeittherapie als einzige Behandlungsform und ein Öffnen für „ambulante Behandlung“, „vor allem niedrigschwellige Behandlung“ (S. 14).

Drogenabhängige – so heißt es dann weiter – haben gegenüber der Gesellschaft und dem Staat einen „Anspruch auf Hilfe, medizinische Behandlung und Rehabilitation. Sie haben Anspruch auf mitmenschliche Solidarität und dürfen weder ausgegrenzt noch stigmatisiert werden.“ (S.33) Dieses Bild des Drogenkonsumenten – der freilich per se schon als abhängig definiert ist und über den „Krankheitsbegriff“ auch den Anspruch auf staatliche Unterstützung erst gewinnt – wird jedoch wieder konterkariert, wenn diesselben Personen später dann als das „obskure Objekt der Begierde“ von Rauschgiftfahndern erscheinen, an denen sich alle geplanten Maßnahmen verschärfter Repression gegen den Drogenhandel wieder fokussieren werden: „Die Besitzer von Rauschgift sind für die Polizei insoweit von Interesse, als sie häufig

# **Drogenkrieg auf dem Rücken der Betroffenen.**

auch Kleinhandel betreiben und damit Multiplikatoren des Rauschgiftkonsums sein können oder als bloße Konsumenten wichtige kriminalistische Ansätze zur Ermittlung kommerzieller Händler bieten können.“ (S. 63) Folgerichtig „darf die Bekämpfung des gewerbsmäßigen Straßen- und Kleinhandels sowie die Erschwerung des Erwerbs von Rauschgiften zum Eigenverbrauch nicht vernachlässigt werden, weil auch sie Mitursache des Rauschgiftproblems und der damit einhergehenden Beschaffungskriminalität und -prostitution sowie der Folge- und Begleitkriminalität sind.“ (ebenda) Da klingt es eher als Verbrämung, wenn einerseits richtig festgestellt wird: „Das Problem des Drogenkonsums ist mit polizeilichen Mitteln allein nicht zu lösen“, gleichwohl aber ein ganzes Paket verschärfter repressiver Maßnahmen angekündigt wird.

Unter dieser Prämisse können die vorgesehenen Verbesserung der Präventions- und Behandlungsmöglichkeiten – stationäre Krisenintervention, Wohnprojekte (allerdings stets „betreute“), ambulante Betreuung, Kontaktläden, „Schutzhütten“, niedrigschwellige Entgiftung, Substitution (allerdings nur nach strengen Kriterien), spezifische Frauenprojekte, „Intervalltherapien“, Nachsorge, Kostenerstattungsabsprachen der verschiedenen Kostenträger, Beschäftigungshilfen für langzeitarbeitslose ehemalige Drogenabhängige, Unterstützung von Selbsthilfegruppen – all diese vorgesehenen Maßnahmen in der Praxis weiterhin lediglich erschwert werden.

Besonders problematisch ist die Rollenzuschreibung für die professionellen Helfer: sie sollen zwar – das längst überfällige – Zeugnisverweigerungsrecht erhalten, gleichwohl jedoch verpflichtet werden, „verständnisvoll mit den Organen der Rechtspflege zusammenarbeiten“ (S. 35).

### **Aushöhlung von Grundrechten unter dem Vorzeichen der Drogenbekämpfung.**

Das Übergewicht der geplanten Maßnahmen im NRBP liegt – wie die Kriegsmetaphorik es ja schon andeutet – im Repressionsteil. So ist

u. a. daran gedacht, verstärkt Zivilstreifen in der Szene und im Umkreis von Schulen, Ausbildungsstätten und Jugendheimen einzusetzen; ausländische „Rauschgiftäter“ (wobei hier nicht allein auf Handel ohne eigene Abhängigkeit abgehoben wird) sollen konsequenter abgeschoben werden, das „schließt unter Umständen auch die Abschiebung von Asylberechtigten und Asylbewerbern vor Abschluß des Asylverfahrens ein“ (S. 65); Verfahren sollen beschleunigt werden, wozu auch die länderübergreifende Zusammenarbeit der Staatsanwaltschaften und der Ermittlungsbehörden angestrebt wird (staatsanwaltschaftliches Informationssystem); Verbesserung der organisatorischen und personellen Struktur der Rauschgiftbekämpfungsbehörden; Ausbau des Bundeskriminalamtes um rund 400 Beamte bis 1994; Verstärkung des Zolls; Verstärkung der Strafverfolgungsbehörden.

Darüberhinaus sind eine Reihe von Gesetzesänderungen geplant, die im Berliner „Tagesspiegel“ wie folgt charakterisiert werden: „Was in amerikanischen Agentenkrimis gang und gäbe ist, der kaum behinderte Polizeieinsatz mit geheimdienstlichen Mitteln wie Undercoveragenten, heimlichem Abhören, auch in Privatwohnungen, verstecktem Filmen von Verdächtigen in Geschäftsräumen, der staatliche Lauschangriff mit der Wanze im Salzstreuer: All dies soll nach Willen des Bundesrates noch in dieser Legislaturperiode auch in Deutschland zum Alltagshandwerk der normalen Polizei gehören dürfen.“ (Tagesspiegel vom 24.6.1990) Zunächst einmal aber soll das Betäubungsmittelgesetz (BtMG) als Rechtsgrundlage für die Maßnahmen gegenüber Drogenkonsumenten wie Drogenhändlern verschärft werden: „zur Verdeutlichung des Unrechts und zur Verstärkung der abschreckenden Kraft des Strafrechts“ (S.73); und dies, obwohl schon die bisherige Bilanz des bereits 1981 verschärften BtMG genau jene „abschreckende Wirkung“ nicht gehabt hat. Die Zahl der jährlichen Ermittlungsverfahren gem. BtMG ist kontinuierlich auf jetzt über 70.000 angestiegen, wobei über 3/4 der Verfahren wegen Cannabis-„Delikten“ aufgenommen werden (von denen wiederum 3/4 eingestellt werden). Die

*Fortsetzung s. 18*

## „high-lights einer Bundestagsdebatte“

Am 20.6.1990 fand anlässlich der Verabschiedung des Nationalen Rauschgiftbekämpfungsplans und der Aussprache über den Antrag der GRÜNEN „Beseitigung strafrechtlicher Hindernisse in der AIDS-Prävention bei Drogengebern und -gebraucherinnen“ Dr. 11/6551 die Große Anfrage der GRÜNEN zur „Gesamtdrogenpolitik der Bundesregierung“ Dr. 11/6163 statt (216. Sitzung des 11. Bundestages am 20.6.90). Wir dokumentieren die Debatte auszugsweise:

**Manfred Such (GRÜNE):**

„Die Strafverfolgungskapazitäten konzentrieren sich nicht auf die Händler, Dealer und Hintermänner, sondern auf kleine Konsumentinnen und Konsumenten. Die bekannte

und vielbeschriebene soziale Verelendung insbesondere von Konsumenten harter Drogen wird somit zu einem Gutteil erst durch diesen staatlichen Verfolgungsdruck produziert. (...) Der Bundeskanzler spricht von einer „Ächtung des Drogenkonsums“ (...) das heere Abstinenzideal soll mit allen Mitteln durchgesetzt werden, auch wenn Betroffene dabei verrecken.“

**Staatssekretär Anton Pfeifer, BMJFG:**

„Drogenabhängige sind Kranke, die Anspruch auf medizinische Behandlung und Rehabilitation haben. (...) Das gilt insbesondere für langjährig Abhängige (...) für diese Menschen brauchen wir neue Hilfsangebote, die auch Teilerfolge akzeptieren (...).“

*Drogenkrieg, Fort.*

Inhaftierungen von Drogenkonsumenten stiegen erheblich an, die Strafen ebenfalls, ganz im Gegensatz zur angestrebten Prämisse „Therapie statt Strafe“. Zudem will die Bundesregierung – gemäß der Devise: „Es gilt ein Klima zu schaffen, das jeder Verharmlosung oder Verherrlichung von illegalen Drogen energisch entgegentritt“ (S. 21) – die Strafvorschriften des § 29 Abs. 1 Nr. 4 und 10 BtMG „durch weitere Tatbestände ergänzen, die u. a. das Aufstacheln und Verleiten zum unbefugten Betäubungsmittelverbrauch, sei es öffentlich, in einer Versammlung oder durch Verbreiten von Schriften unter Strafe stellen“ (S. 75).

Eine solche Strafvorschrift gibt der Willkür großen Raum, denn danach kann selbst der öffentliche Diskurs über Alternativen in der Drogenpolitik, z. B. die Debatte über die Freigabe von Heroin, demnächst von eifrigen Staatsanwälten strafrechtlich verfolgt werden! Zudem sind verschiedene Änderungen des Strafverfahrensrechts geplant, die das demokratische Klima in unserem Land nicht unberührt lassen werden, obgleich die Bundesregierung selbst skeptisch bleibt gegenüber dem Erfolg ihrer Maßnahmen: „Die Praxis wird zeigen, ob diese Regelungen ausreichen, um insbesondere die organisierte Rauschgiftkriminalität wirksam zu bekämpfen.“ (S. 80) Die Maßnahmen selbst gestatten polizeiliche Eingriffsmöglichkeiten schon „unabhängig von einer bestimmten Straftat“ (S. 80). So sollen Haftgründe erweitert werden, unabhängig von Flucht und Verdunkelungsgefahr; die Möglichkeiten zur Überwachung des Fernmeldeverkehrs sollen ausgedehnt werden; auf europäischer Ebene soll die polizeiliche Zusammenarbeit im Rahmen der Kooperation der zwölf EG-Staaten zur Bekämpfung des Terrorismus, der Organisierten Kriminalität und der Rauschgiftkriminalität (TREVI) verstärkt werden;

Einrichtung einer Koordinationsstelle bei INTERPOL und Kooperation (fallbezogener Austausch von verdeckten Ermittlern u. a.); verstärkter Einsatz von „Rauschgiftverbindungsbeamten“ in Anbauländern („Goldenes Dreieck“, Kolumbien u. a.); bilaterale Rauschgiftbekämpfungsabkommen; Einsatz verdeckter Ermittler, Rasterfahndungen, verbesserte Observationsmöglichkeiten mit Hilfe des Einsatzes technischer Mittel Ein weiterer Schwerpunkt des NRBP sind dann verschiedene Maßnahmen für Rechtsvorschriften zum „Entzug finanzieller Ressourcen“ (S. 82). Diese Maßnahmen gehen aus von der richtigen Analyse: „Haupttriebfeder des illegalen Drogenhandels sind die enormen Profite“ (ebenda). Genau deshalb schlagen ja Experten eine Alternative zur repressiven Drogenpolitik (u. a. Bernd Georg Thamm) vor, dem Heroinhandel durch eine Freigabe oder kontrollierte Vergabe durch den Staat den Boden zu entziehen. Die Bundesregierung – aber auch die SPD – gehen jedoch den amerikanischen Weg: Versuch des Zugriffs auf das Vermögen von Drogenhändlern. So soll eine „Vermögensstrafe“ eingeführt werden, d. h. eine Verhängung einer Geldstrafe in Höhe des gesamten Vermögens.

Zu befürchten ist dabei jedoch das, was die Schweizer Erfahrungen mit der Vermögensstrafe sind: es trifft die kleinen Dealer, von denen man kaum etwas holen kann, aber die nun auch mit ihrem spärlichen Privatvermögen, z. B. eine Stereoanlage, drinhängen. Die Vorschrift zum „erweiterten Verfall“ soll ermöglichen, Gewinne aus illegalem Drogengeschäften abzuschöpfen. Der Straftatbestand der „Geldwäscherei“ soll zudem verhindern, das Geldgeschäfte aus illegalem Drogenhandel über das Bankensystem „legalisiert“ werden. Die Banken sollen dabei verpflichtet werden, verdächtige Bewegungen im Geldgeschäft, den Ermittlungsbehörden mitzuteilen. Gerade aber die bisher gemach-

ten Erfahrungen mit dem Zugriff auf das Vermögen aus illegalem Drogenhandel müssen skeptisch machen. Nach einer vergleichenden Untersuchung des Max-Planck-Institutes in Freiburg im Auftrag der Bundesregierung werden in den USA nur etwa 5% der geschätzten illegalen Gewinne durch solche drastischen Maßnahmen „abgeschöpft“, weit weniger, um die Aufwendungen des Staates in Bezug auf die Aufrüstung des Polizeiapparates und den Bau neuer Gefängnisse auszugleichen. Lediglich in der Öffentlichkeit können einige spektakuläre Einzelerfolge möglicherweise den Eindruck vermitteln, die Regierung habe wirksame Maßnahmen gegen das Drogenelend unternommen.

## Bundesrat beschließt drogenpolitisches Spagat.

In dem bereits oben erwähnten „Tagesspiegel“-Artikel wird auf die „Mogelpackung“ hingewiesen, die die Ländervertreter – kurz vor den Landtagswahlen in Niedersachsen und Nordrhein-Westfalen – am 11.5.1990, lediglich bei einer Gegenstimme aus Bremen und der Enthaltung der Berliner Vertreter, als Gesetzentwurf einmütig verabschiedet wurde. Erst nachdem das Paket verabschiedet wurde, regte sich die öffentliche Kritik. Der FDP-Rechtsexperte Burkhard Hirsch erklärte: „Wenn das Gesetz wird, leben wir in einem Wanzenstaat“, die Konferenz der Datenschutzbeauftragten meldete „schwerwiegende Bedenken gegen die neuartigen Eingriffe der Polizei und der Strafverfolgungsbehörden in die Rechte der Bürger“ an, der Berliner Rechtsanwalt Gerhard Jungfer sieht den „Übergang vom freiheitlichen Rechtsstaat zum autoritären Sicherheitsstaat“. Der Berliner Datenschutzbeauftragte Garstka erklärte: „Das ist eine einzige Mogelpackung: Angeblich, um die organisierte Kriminalität bekämpfen zu wollen, werden die Befugnisse der Polizei in besorgniserregendem Umfang erweitert, ohne daß des Bürgers Recht auf informationelle Selbstbestimmung über seine Daten auch nur annähernd berücksichtigt würde“ („Tagesspiegel“ vom 24.6.90) Tatsächlich hatte der Bundesrat einen faulen Kompromiss beschlossen: auf der einen Seite die Unterstützung einer Gesetzesinitiative des Landes Hamburg zur „Reform der zur Zeit überwiegend repressiv orientierten Gesetzgebung zum Betäubungsmittelmißbrauch“, und zwar: 1. die Klarstellung der rechtlichen Zulässigkeit von Substitutionsbehandlungen durch Ergänzung des § 13 BtMG, wonach nun die Substitutionsbehandlung nicht nur als „ultima ratio“ möglich bleibt, wenn alle anderen Behandlungsmöglichkeiten versagt haben, sondern als „Beitrag zur gesundheitlichen, psychischen und sozialen Stabilisierung Drogenabhängiger“; 2. die Klarstellung der rechtlichen Zulässigkeit der Vergabe von Einwegspritzen (d. h., es handelt sich nicht mehr um das „Verschaffen einer Gelegenheit zum Betäubungsmittelmißbrauch“); 3. die Verbesserung der prozes-

sualen Einstellungsmöglichkeiten bei BtMG-Verfahren durch Staatsanwaltschaften ohne richterliche Zustimmung und 4. die Absenkung der Eingangsvoraussetzungen für das Absehen von Strafverfolgung und Eingrenzung der Widerrufsaussetzungen bei der Zurückstellung der Strafvollstreckung (gem. §§ 35,37 BtMG). Zweifellos sind diese Initiativen längst überfällig, führen sie doch dazu, das schon in Holland bewährte „Opportunitätsprinzip“ in der Strafverfolgung von BtMG-Delikten einzuführen. Danach muß die Staatsanwaltschaft nicht in jedem Fall ein Ermittlungsverfahren durchführen, besonders, wenn es sich um suchtsbedingte Beschaffungskriminalität handelt.

Allerdings befürchten die Praktiker, daß nicht die Strafzurückstellungen zunehmen werden, sondern das Strafmaß sich erhöht, wie es auch bei der letzten BtMG-Novellierung die Folge war (Bundesratsdrucksache 57/90). Zudem soll endlich das Zeugnisverweigerungsrecht für DrogenberaterInnen – allerdings nicht für AIDS-Hilfe-MitarbeiterInnen – eingeführt werden (Dr 56/90). Der Preis, den die SPD-regierten Länder (außer Bremen und Berlin) zu zahlen waren, waren die schon oben beschriebenen Straf- und Strafrechtsverschärfungen, die den Bundesratsinitiativen Bayerns und Baden-Württembergs zu Grunde lagen: Gesetzentwurf zur Bekämpfung des illegalen Rauschgifthandels und anderer Erscheinungsformen der Organisierten Kriminalität (OrgKG) (Dr 74/90), die Entschließung des Bundesrates zur Intensivierung der Bekämpfung der organisierte Kriminalität (Dr 299/90) und die Entschließung des Bundesrates zum Aufspüren von Vermögenswerten aus illegalem Drogenhandel (Dr 75/90). So konnte der bayerische Staatsminister Stoiber auch – nicht ohne Stolz – im Bundesrat erklären, daß er nicht geglaubt hätte, daß „Reizthemen“ – wie verdeckte Ermittler, Rasterfahndung, Geldwäsche, Beweislastumkehr -, die noch im März 1990 auf der Innenministerkonferenz in Hiltrup/Münster „sofort zu den bisher bekannten Auseinandersetzungen geführt haben“ jetzt im wesentlichen „übereinstimmend“ verabschiedet worden seien (Sitzungsprotokoll, BR 612.Sitzung vom 11.5.90, S.228).

## Drogenpolitische Opposition formiert sich

Der neugegründete Bundesverband für akzeptierende Drogenarbeit und humane Drogenpolitik, akzept e.V. und die Deutsche AIDS-Hilfe (DAH) haben am 13. Juni 1990 – zeitgleich mit der „Nationalen Drogenkonferenz“ in Bonn – ihr drogenpolitisches Memorandum vorgestellt. „Neue Konzepte zur Schadensminimierung (harm reduction) sind notwendig“, heißt es in dem Memorandum, das bei der DAH oder bei akzept erhältlich ist -, „niedrigschwellige Kontakt- und Gesundheitsläden, umfassende Spritzenaustauschprogramme (auch in Strafvollzugsan-

stalten), Anleitungen zum *sicheren Fixen*, Notfallhilfen bei lebensbedrohlichen Krisen, umfassende Substitutionsangebote, schwellenlose Entgiftungen, Übergangswohngruppen sowie der Ausbau differenzierter therapeutischer Angebote mit dem Ziel der Abstinenz“ seien das geeignete Maßnahmenbündel, um der akuten sozialen und gesundheitlichen Krisenlage der Drogengebraucher gerecht zu werden, betonten Sprecher der beiden Vereine, sowie des bundesweiten Zusammenschlusses von Drogenselbsthilfegruppen JES (Junkies, Ex-User, Substituierte). Der NRBP der Bundesregierung wurde von der D.A.H., akzept e.V. und JES nachdrücklich abgelehnt. Zuvor schon hatte der Fachverband Drogen und Rauschmittel (FDR) auf seinem 13. Bundesdrogenkongress in Ottobrunn bei München seine Bedenken angemeldet.

Solange sicherheitspolitische Generalprävention vor interessen- und betroffenengruppenspezifischen gesundheitsfördernden Maßnahmen gesetzt werden, so Helmut Ahrens, Vorstandsmitglied der D.A.H., stelle der Rauschgiftbekämpfungsplan mehr eine Problemverschärfung als eine Bewältigungsstrategie des Drogenelends und der AIDS-Krise dar. Ahrens, Edwin Scholz (akzept e.V.) und Christiane Schmidt, vom Sprecherrat von NJES, setzten sich besonders für die Stärkung der Selbstorganisation der Betroffenen ein.

## Michael Gähler,

*46, ist seit dem 1. Juli der neue Leiter des Referates für Menschen in Haft in der D.A.H.-Geschäftsstelle. Michael, schwul und knasterfahrend, war früher Chefredakteur der Gefangenenzeitung „Der Lichtblick“. Auch jetzt ist er noch der Vertrauensmann der Redaktion dieser Zeitung. Schon seit 1987 arbeitete er ehrenamtlich für das Referat und übernahm die Fortbildungsangebote für Mitarbeiter der AIDS-Hilfen im Knastbereich.*



„Der bundesweite Zusammenschluß von Drogenselbsthilfegruppen, JES, regionale Junkiebünde und Ex-Usergruppen sind ein großer Hoffnungsschimmer und müssen unverzüglich durch materielle Unterstützung und öffentliche Anerkennung abgesichert werden“. Bernd Georg Thamm, Sprecher der „Internationalen Liga gegen Prohibition“, betonte, daß auch in internationalen Fachkreisen die Strategie des „Drogenkrieges“ langfristig als kaum erfolversprechend für die Bewältigung der Drogenfrage angesehen werde. Als „entscheidende Voraussetzung“ zur Verbesserung der gesundheitlichen und sozialen Lage der DrogengebraucherInnen bezeichneten die AIDS- und Drogenorganisationen die „Entkriminalisierung des Drogengebrauchs, soziale Integration und Akzeptanz der Drogenkonsumenten“. Die

Erweiterung der Therapiemöglichkeiten und Hilfsangebote statt Strafvollzug dürften nicht konterkariert werden durch eine gleichzeitige Verschärfung des BtMG.

Die bundesweite Diskussion um eine neue drogenpolitische Strategie wird jetzt weitergeführt. Es ist dazu sicher von Bedeutung, daß die „Frankfurter Rundschau“ (vom 23.7.90) das Memorandum ausführlich dokumentiert hat.

Akzept e.V. plant als weiteren Höhepunkt der Zusammenfassung der drogenpolitischen Opposition – auch gerade auf dem Hintergrund der deutsch-deutschen Einigung und der damit verbundenen Ausweitung der Drogenproblematik auch auf das Gebiet der Noch-DDR – einen Kongress vom 10.–13. März 1991 in Berlin unter dem Thema „akzept: Leben mit Drogen – Akzeptierende Drogenarbeit als Schadensbegrenzung gegen repressive Drogenpolitik!“

Ingo Ilja Michels

## Vorankündigung:

**akzept: Leben mit Drogen – Akzeptierende Drogenarbeit als Schadensbegrenzung gegen repressive Drogenpolitik! I. Nationaler Kongress des Bundesverbandes für akzeptierende Drogenarbeit und humane Drogenpolitik zur Praxis und Strategie akzeptierender Drogenarbeit.**

10.–13. März 1991 in Berlin, Technische Universität In Zusammenarbeit mit Prof. Dr. Manfred Kappeler, Fachbereich Erziehungswissenschaft der TU Berlin Mit Unterstützung der Deutschen AIDS-Hilfe (DAH) und JES (Junkies, Ex-User, Substituierte)

Informationen:

akzept, Hobrechtstr. 79, 1000 Berlin 44

Eigentlich war der Prozeß schon vorbei, bevor er begonnen hatte. Den Auflagenbescheid, mit dem das Bundesgesundheitsamt regelmäßig die Verordnung und Verabreichung des Drogensatzmittels Methadon beschränkt und gegen den drei bayrische Ärzte vor dem Verwaltungsgericht geklagt haben, hatte die Behörde zwei Tage vor dem Termin abgeändert und mit größerem Spielraum für die Ärzte versehen. Daraufhin gaben die Verwaltungsrichter zu verstehen, daß von ihnen jetzt auch nicht mehr zu erwarten sei.

Konkret wandten sich die drei bayrischen Ärzte, die alle in erheblichem Umfang drogenabhängige PatientInnen mit Levomethadon versorgten, gegen die Auflagen, dies nur in ärztlich begründeten besonderen Ausnahmefällen und auch nur an AIDS-erkrankten Patienten im fortgeschrittenen Stadium tun zu können. Das letzte Kriterium ließ das Bundesgesundheitsamt jetzt fallen. Hart blieb es jedoch, und darin fand es die Unterstützung der Verwaltungsrichter, soweit es um den Ausnahmefallcharakter der Methadon-Vergabe ging. Hier könne es sich nicht über die eindeutigen Bestimmungen des § 13 Betäubungsmittelgesetz hinwegsetzen.

Die klagenden Ärzte argumentierten mit Unterstützung des Berliner Rechtsmediziners Prof. Friedrich Bschor dagegen, daß die Substitutionsbehandlung mit Methadon oder ähnlichen Ersatzstoffen mittlerweile international eine anerkannte Drogentherapie sei und den anderen Therapien wenn nicht gar überlegen, so doch zumindest ebenbürtig gegenüber stehe. Obwohl das Gericht durchaus Sympathien für diese Auffassung signalisierte, sah es sich nicht in der Lage, den Ärzten mehr zu gewähren als nach seiner Ansicht das Betäubungsmittel-Gesetz hergebe. Alles andere sei, so Vorsitzender Blömeke, eine politische Frage und somit Sache des Gesetzgebers und nicht der Gerichte. Blömeke verwies auch auf die Bundesrat-Initiative, nach der eine erweiterte Legalisierung von Methadon herbeigeführt werden soll. Diese Initiative, so die Richter, könne die Rechtslage noch nicht tragen, so lange sie nicht Gesetz geworden sei. Sie biete aber bei der Auslegung des noch geltenden Gesetzes einige Anhaltspunkte.

Die Kläger waren nicht zufrieden. Sie wollten die sog. soziale Indikation ausdrücklich zugelassen haben, während das Bundesge-

Patients unzulässig einschränkten, wurden vom Gericht abgeblockt. Es sei nichts Menschenunwürdiges darin zu sehen, wenn Drogenabhängige jeden Tag mehrere Stunden aufwenden müßten, um sich ihre tägliche Dosis persönlich abzuholen und dabei u. a. Schwierigkeiten am Arbeitsplatz in Kauf zu nehmen haben. Kurzzeitig sympathisierten die Richter zwar mit dem Gedanken, generell auch Apotheker in den Kreis derjenigen Berechtigten einzubeziehen, die Methadon verabreichen könnten.

Als jedoch die Vertreterin des Bundesgesundheitsamtes kategorisch mit dem Kopf schüttelte, gab das Gericht seine Überlegungen in diese Richtung auf, um eine Einigung nicht zu gefährden.

Was hat sich nun durch das Verfahren geändert? Sicherlich ist die Möglichkeit, Methadon als Ersatzstoff für Opiate zu verordnen und zu verabreichen, dadurch erweitert worden, daß die Auflagen, die das Bundesgesundheitsamt hierfür regelmäßig erteilt, geringer geworden sind. Es bleibt aber dabei, daß nach wie vor dem Willen des Gesetzgebers Rechnung getragen werden muß, Substitutionsbehandlung nur in beson-

## „Mehr läßt das Betäubungsmittel-Gesetz nicht zu!“



undheitsamt eine Verschreibung des Mittels aus lediglich sozialen Gründen unbedingt verhindern wollte. Auch das Schlupfloch, das die Richter den Ärzten zeigten: „Als Arzt finden Sie doch immer einen ärztlichen Grund für die Verordnung“, befriedigte nicht. Sie sahen sich weiterhin unter dem „Damoklesschwert“ der bayrischen Justiz, die grundsätzlich weniger Offenheit der Substitution gegenüber zeige als das hiesige Verwaltungsgericht.

Schließlich blieb aber den Klägern nichts anderes übrig, als sich mit dem geänderten Auflagenbescheid des Bundesgesundheitsamtes vorerst zufrieden zu geben. So endete das Verfahren damit, daß beide Streitparteien die Hauptsache einvernehmlich für erledigt erklärten und die Verwaltungsrichter ein Urteil nicht zu fällen brauchten.

Um die Enttäuschung der klagenden Ärzte etwas zu dämpfen, wies Vorsitzender Blömeke darauf hin, daß dennoch der jahrelange Kampf der Ärzte gegen die Behörden sowie dieses Verfahren nicht umsonst gewesen seien. „Daß die Auflagen nun gelockert sind, ist auch Ihren Bemühungen zu verdanken.“ Aber auch bei den Zuschauern blieb Enttäuschung und der Eindruck, daß aus prozeßtaktischen Gründen die Chance, für drogenabhängige Patienten eine Bresche zu schlagen, verpaßt worden sei. Versuche des Klägervertreters, des Passauer Strafrechtsprofessors Bernhard Haffke, die Auflagen des Bundesgesundheitsamtes daran zu messen, wie weit sie die Menschenwürde der

ders begründeten und zu begründenden Ausnahmefällen vornehmen zu dürfen. Der Streit um eine vernünftige Drogentherapie, der im gesamten westlichen Ausland nach Aussagen des Sachverständigen Pschorr, längst zu Gunsten der Substitutionsbehandlung entschieden worden ist, wird in der Bundesrepublik wohl weiter gehen, möglicherweise auch weiter mit einem „Impetus wie den Reformationskriegen“, so einer der Verwaltungsrichter.

Das Gericht war sich der Bedeutung dieses Verfahrens für die Öffentlichkeit wohl bewußt. Vorsitzender Blömeke betonte zu Beginn der Verhandlung, daß nach der Terminlage der 14. Kammer dieses Verfahren noch lange nicht drangewesen sei.

Angesichts der besonderen Bedeutung, und auch, wie er mit Blick auf die Zuschauerbänke ausdrücklich betonte, angesichts der steigenden Zahl von Drogentoten, habe das Gericht dieses Verfahren jedoch vorgezogen.

*Friedrich Baumhauer  
Rechtsreferent der D. A. H.*

# Arzt - Patient / Patient - Arzt

AIDS-Hilfe, als Organ der Menschen mit HIV und AIDS, hat die Aufgabe, Emanzipation zu unterstützen und, wo nötig, auch zu initiieren. Aus der gebündelten Unzufriedenheit der Patienten entsteht die Ungeduld gegenüber einem System, das nicht nur in Knästen, Studien und Modellen unzureichend ist. Innerhalb der Gruppe aller möglichen Beziehungen von Menschen im Gesundheitswesen nimmt das Arzt-Patient-Verhältnis eine herausgehobene Stellung ein, da im hierarchischen System an dieser Stelle das aktive und das passive Element aufeinandertreffen. Ich will versuchen, in diesem Artikel Anregungen zu geben, wie es gelingen kann, im wohlverstandenen Interesse der Beteiligten, Änderungen herbeizuführen.

Das Verhältnis Patient - Arzt kann für Menschen mit HIV und AIDS entscheidend sein. Von ihm sind, neben dem Zugang zur Behandlung und dem Wissen über die Erkrankung, oft auch die Möglichkeiten einer positiven Entwicklung und die persönliche Freiheit abhängig. Das „klassische“ Arzt - Patient-Verhältnis ist gekennzeichnet durch die hierarchisch strukturierte Behandlung. Diese leitet sich von der alleinigen Kompetenz des Arztes ab, die Krankheit des Patienten zu diagnostizieren und einer geeigneten Therapie zuzuführen. Eben diese Kompetenz jedoch wird durch die HIV-Infektion und ihren Verlauf in Frage gestellt. Unsicherheiten in der Prognose, Schwierigkeiten der Diagnose und Therapie machen ein System patriarchalischer Beherrschung und bereitwilliger Unterordnung ungeeignet, Gesundheit zu fördern. Diese Inkompetenz des hierarchischen Modells offenbart sich nicht nur in den Problemen, die AIDS-Hilfen immer wieder bei der Vermittlung kompetenter Ärzte erfahren, sondern auch in der indirekt daraus resultierenden überproportional hohen Zahl von Patienten in den Ambulanzen der AIDS-Zentren, der hohen Zahl von Studienabbrechern und Modellaussteigern. Sie offenbart sich auch in der Tatsache, daß Patienten ohne das Wissen der jeweiligen Behandelnden unterschiedliche Therapien klassischer und alternativ-medizinischer Ansätze in Anspruch nehmen. Sie wird über-

deutlich in der Zwangsstruktur eines Arzt - Patient-Verhältnisses innerhalb von Haftanstalten.

Kernproblem einer zwangsläufigen Fehlentwicklung innerhalb des hierarchischen Modells sind fehlende Kommunikationsstrukturen. Diese Strukturen sind erforderlich, um einen Informationsfluß innerhalb des Arzt - Patient-Verhältnisses und darüber hinaus zu ermöglichen. Nicht ohne Anstrengung von beiden Seiten können diese Probleme der Verständigung über Zeichen, Symptome, Bedürfnisse und Wünsche überwunden werden. Grundlage einer Erneuerung des Patient - Arzt-Verhältnisses muß deshalb die Erarbeitung kommunikativer Strukturen sein, die einen offenen, stabilen und effektiven Austausch verschiedener Ebenen zuläßt. Dieser Austausch muß ein Maximum an Information zulassen, dabei jedoch

im Rahmen eines von beiden Seiten jeweils abzugrenzenden und respektierten Kontextes verbleiben.

Grundlage dieses Prozesses ist eine Individualisierung der Beziehungen, die durch Emanzipation der Beteiligten zu strukturellen Erneuerungen und Veränderungen führen kann. Emanzipation ist dabei das Verlassen patriarchalischer Strukturen mit dem Ziel einer gleichberechtigten Partnerschaft.

Die Entwicklung von Selbsthilfeansätzen, wie wir sie bei verschiedenen Patientengruppen und vereinzelt, unter Einfluß der psychosomatischen Medizin, auch bei Ärzten finden, erlaubt es, den Aufbau umfangreicher Strukturen des Austausches, der Gesundheitsförderung und sozialer Leistungen für erreichbar zu halten. Basis dieser Entwicklun-

Fortsetzung S. 22

## Neue Mitarbeiter in der Geschäfts- stelle der D.A.H.

*Seit dem 1. 6. 90 bin ich nun der neue Referatsleiter Medizin & Gesundheitspolitik in der Bundesgeschäftsstelle der DAH. Meine Aufgaben sehe ich nicht nur in der Gewährleistung einer Versorgung mit aktuellen medizinischen Informationen, sondern darüber hinaus vor allem in der Entwicklung und Fortführung gesundheitspolitischer Aktivitäten.*

*Mein Bestreben ist es, über eine Erweiterung der Betroffenenkompetenz, eine Umstrukturierung des Arzt-Patienten-Verhältnisses im Sinne einer Patientenemanzipation herbeizuführen. Hierzu gehört auch die Erarbeitung von Standpunkten zu Therapien und ärztlichen Interventionen, die sich an den Entwicklungen in der Forschung und individuellen Erfahrungen von „Patienten“ orientieren. Dies ist ohne ein funktionierendes Netzwerk des Austausches von Informatio-*



Mathias Wienold

*nen nicht möglich, weshalb ich darauf angewiesen bin, von Seiten der Adressaten der von meinem Referat ausgehenden Arbeit eine kritische Betrachtung zu erfahren und Anregungen zu erhalten.*

*Zu meiner Person: Ich bin 28 Jahre jung, schwul, war seit 1986 Mitarbeiter der AH-Kassel, 1988/89 Arzt an der Hautklinik Kassel und anschließend Assistent in einer hautärztlichen Praxis bei Stuttgart und suche dringend eine 2-3 Zimmerwohnung in Berlin.*

Arzt-Patient, Fort.

gen ist die Unzufriedenheit von Ärzten und Patienten mit einem System, daß sie für ein Leben in der Krisensituation als ungeeignet erkannt haben. Hier sind Ansätze zu einer strukturellen Veränderung zu sehen, die über den Aufbau eines breitgefächerten, zum Teil konkurrierenden Angebots in der Lage sind, eine strukturelle Reform im Gesundheitswesen herbeizuführen. Es muß also Aufgabe des einzelnen Arztes in der Auseinandersetzung mit dem Problem AIDS sein, nicht nur seine persönliche Verantwortung für den einzelnen Patienten, sondern auch die daraus erwachsende gesellschaftliche Verantwortung anzunehmen. Hierzu gehört auch der Schritt, als einzelner Arzt den Kontakt aufzunehmen und die Zusammenarbeit mit den Selbsthilfegruppen der Patienten zu beginnen, und daneben den Austausch mit den eigenen Fachkollegen – oder gar zunächst deren erstmalige Auseinandersetzung mit dem Thema – zu erreichen. Aus der Erfahrung im Umgang mit Ärzten entstehen Forderungen der Patienten an ihre Behandelnden.

Die Formulierung dieser Forderungen in Form von Standard will verstanden sein als der Ausdruck der Bereitschaft, hergebrachte Strukturen nicht länger zu dulden, Ärzte zu ihrer Überwindung aufzufordern und eine Solidarisierung mit den Ärzten anzustreben, die bereit sind mit Menschen mit HIV und AIDS emanzipierende Schritte zu unternehmen.

Menschen mit HIV und AIDS fordern als Patienten von ihren Ärzten folgende Standards: **Aufmerksamkeit.** Mein Arzt soll mir zuhören, wenn ich ihm etwas sage. Er soll sich auf mich konzentrieren, wenn ich bei ihm bin. Er soll mich mit all seinen Sinnen wahrnehmen.

**Respekt.** Mein Arzt soll mich als Individuum begreifen. Er soll nie vorgeben, mich zu verstehen, wenn er kein Verständnis hat. Mein Arzt soll die von mir zu setzenden Grenzen unseres Verhältnisses anerkennen. Er soll meinen Behandlungsauftrag nicht eigenmächtig erweitern.

**Geduld.** Mein Arzt soll mir Zeit lassen. Er soll mir erklären, welche Behandlung oder Untersuchung er beabsichtigt, bis ich es verstehe. Er soll jedoch im Notfall auch ungeduldig sein und mir sagen, wenn keine Zeit mehr ist. **Offenheit.** Mein Arzt soll meine Gefühle, mein Reden und Handeln als Äußerungen meines individuellen Seins akzeptieren. Er soll unterschiedliche Ansichten als Differenz zwischen gleichberechtigten Partnern begreifen und nicht versuchen, sie durch Unterordnung einer Seite zu überwinden.

**Reflexion.** Mein Arzt soll sich als Mensch verstehen, der mir gegenüber einen Beruf ausübt. Er soll dabei kritische Distanz und emotionale Nähe zulassen können. Er soll

sein professionelles Handeln an mir reflektieren.

**Kompetenz.** Mein Arzt soll über meine Krankheit informiert sein. Er soll anhand von Symptomen und Untersuchungen einen Behandlungsablauf entwickeln können. Er soll dabei die Grenzen seiner Zuständigkeit offenlegen und seine Kompetenz durch Hinzuziehung anderer Kompetenzträger erweitern. Er soll sich intensiv um die Weiterentwicklung seiner Kenntnisse und Fähigkeiten bemühen. Er soll seine Kompetenz nicht als Machtmittel mißbrauchen.

**Vertraulichkeit.** Mein Arzt soll seine Schweigepflicht nicht als mechanischen Vorgang betrachten.

Er soll eine Sensibilität im Umgang mit meinen Daten entwickeln, die sich am Schutz der Integrität meiner Person orientiert.

Matthias Wienold

## Video Pentamidin-Inhalation

Ein Video mit dem Titel „Pentamidin-Inhalation“ – eine Information für Patienten und Ärzte – ist jetzt über die Firma Rhône Poulenc zu entleihen. In gut verständlicher Form werden die wichtigsten Fakten zur Pneumocystis-Lungenentzündung (PCP) und zur vorbeugenden Behandlung mit Pentamidin als Inhalation dargestellt. Neben den Wirkmechanismen des Medikaments wird auch mit großer Sorgfalt die Inhalationstechnik geschildert. Dies ist ein besonders wichtiger Aspekt der Information, da vermutlich eine zu nachlässige Handhabung der Therapie zu einer erhöhten Rate von Erkrankungen an PCP trotz Prophylaxe führt.

Das Video ist als Leihgabe (Zeitraum angeben) zu bestellen bei: Rhône Poulenc Pharma GmbH z.Hd. Herrn Zündorf Nattermannallee 1, 5 Köln 30

## Endlich auch im D.A.H.-Aktuell: Preisrätsel Who is Who?



Wer sind diese beiden Herren? Wer die meisten (richtigen) Angaben über diese Personen machen kann, gewinnt:

1. Preis: ein Freiabonnemnt für D.A.H.-Aktuell und eine Freikarte für die Abendveranstaltung der Aktion „Weg mit § 175“ am



27. Oktober 1990 in Berlin.

2. Preis: ein Freiabonnemnt für D.A.H.-Aktuell.

3. Preis: eine Überraschung.

Einsendeschluß ist der 27. September 1990. Der Rechtsweg ist ausgeschlossen.

# schwerpunkt:



HAUS DER JUGEND FRANKFURT

POSITIV IN DEN HERBST

# Liebe Freundinnen und Freunde,

die Vorbereitung der ersten großen Positiven-Versammlung der Deutschen AIDS-Hilfe tritt jetzt in die alles entscheidende Phase. Vielen Dank an alle, die uns mit ihren Informationen und Anregungen unterstützt haben.

Für unsere Veranstaltung, die vom 27.–30. September 1990 in Frankfurt/Main unter dem Motto „Positiv in den Herbst“ stattfinden wird, haben wir nach Euren Vorschlägen folgende Schwerpunkte ausgewählt: – Erwartungsgemäß steht im Zentrum des Interesses die Selbstorganisation der Menschen mit HIV/AIDS. Es geht also um die Frage, wie wir uns effektiv und lustbetont organisieren und uns die AIDS-Hilfen zunutze machen können. Dabei wollen wir die Erfahrungen, die wir mit und in AIDS-Hilfen bisher gemacht haben, kritisch und selbstkritisch, vor allem aber solidarisch überdenken. Doch damit noch nicht genug: Wir wollen unsere Forderungen formulieren und prüfen, wo in den AIDS-Hilfen bereits Menschen und tragfähige Infrastrukturen vorhanden sind, die den weiteren Aufbau des Netzwerks der Positiven leisten können. Wir alle hoffen, gemeinsam in Frankfurt AnsprechpartnerInnen zu finden – seien es Menschen aus lokalen Positivengruppen, aus landesweiten Positiventreffen oder engagierte Einzelpersonen-, die Lust haben, die Zusammenarbeit aller Positivengruppen untereinander und mit dem HIV-Referat in Berlin zu stärken. Wir denken an eine Vernetzung auf lokaler, regionaler, landes- und bundesweiter sowie internationaler Ebene, die unsere überall vorhandene Betroffenenkompetenz in politische Stoßkraft vorantreibt.

Wer von uns dazu bereit ist, sollte gleichzeitig daran denken, daß wir StellvertreterInnen brauchen, die unsere Arbeit weiterführen können, wenn wir erkranken oder sterben.

– Unter dem Schwerpunkt Medizin führen wir Workshops durch zu betroffenenbestimmter Forschung, zu Aktionsformen, um unsere Interessen bezüglich Medikamentenstudien und Zugang zu Medikamenten bekannt zu machen und durchzusetzen. Gleichzeitig haben wir hier die Möglichkeit, unsere individuellen Erfahrungen auszutauschen.

– Beim Thema Recht wollen wir uns mit den Konsequenzen strafrechtlicher Verfolgung von Menschen mit HIV/AIDS innerhalb unserer Szenen auseinandersetzen. Als Stichworte seien genannt: Beeinträchtigung unserer Sexualität, Umgang mit Drogen, Entsolidarisierung, Denunziation. Darüber hinaus gibt es Workshops zu sozial- und ausländerrechtlichen Fragestellungen.

– Beim Schwerpunkt Pflege versuchen wir zunächst eine Bestandsaufnahme der weitgehend desolaten Situation im ambulanten und stationären Bereich.

Auf dieser Grundlage formulieren wir unsere Forderungen an alle im Gesundheitswesen Verantwortlichen und Tätigen. Mit diesen Schwerpunkten ist kein starrer Rahmen gesetzt. Wir alle haben auch in Frankfurt noch die Möglichkeit, nach eigenen Bedürfnissen weitere Inhalte einzubringen. Nichts wäre schlimmer als die Inszenierung eines weiteren abgehobenen AIDS-Kongresses!

Dem setzen wir schon durch ein lustbetontes Rahmenprogramm und attraktive Freizeitangebote jede Menge entgegen: Parallel zur Veranstaltung gibt es körperbezogene Angebote wie Massage und Gymnastik, aber auch Möglichkeiten zur Entfaltung künstlerischer Kreativität. Und abends werden wir uns amüsieren: Theater spielen, feiern, tanzen, anmachen und vieles mehr... Wir sehen uns also in Frankfurt!

Mit lieben Grüßen aus Berlin

*Hans Peter Hauschild, Eduardo Gundermann, Christian Kesselring, Hans Hengelein*



Christian Kesselring



Eduardo Gundermann



Hans Peter Hauschild



Hans Hengelein



# 1. Positivenversammlung der Deutschen AIDS-Hilfe: „POSITIV IN DEN HERBST“

vom 27.-30. September 1990

(Dies ist ein vorläufiges Programm. Das endgültige Programm wird ca. 10 Tage vor Beginn verschickt.)

## 27. September (Donnerstag)

abends Anreise/Bettenverteilung  
Kennenlernen, Filme, Videos etc.

## 28. September (Freitag)

- |           |  |
|-----------|--|
| 7.00 Uhr  | Frühstück  |
| 9.30 Uhr  | Startplenum mit Eingangsreferat von Hans-Peter Hauschild, Vorstandsmitglied der Deutschen AIDS-Hilfe |
| anschl.:  | Vorstellung des Ablaufs und inhaltlicher Umriss der Arbeitsgruppenthemen                             |
| 10.15 Uhr | UNSERE SELBSTORGANISATION (I)<br>Arbeitsstrukturen   |
| 10.15 Uhr | MEDIZINISCHE ASPEKTE (I)<br>Erreichbare Forschung /<br>Betroffenenbestimmte Forschung                |
| 10.15 Uhr | PFLEGE UND VERSORGUNG (I)<br>Bestandsaufnahme und Forderungen  |
| 10.15 Uhr | JURISTISCHE FRAGEN (I)<br>Arbeit an einem Reader über exemplarische Prozesse                         |
| 12.00 Uhr | Mittagessen,<br>anschließend Pause bis 14.00 Uhr   |
| 14.00 Uhr | UNSERE SELBSTORGANISATION (II)<br>Wer hat wieviel Einfluß in den AIDS-Hilfen?                        |
| 14.00 Uhr | MEDIZINISCHE ASPEKTE (II)<br>ACT UP:<br>1) Anliegen und Ziele<br>2) Aktionsformen                    |
| 14.00 Uhr | PFLEGE UND VERSORGUNG (II)<br>Versorgung von Aids-Kranken im Drogenbereich                           |
| 14.00 Uhr | JURISTISCHE FRAGEN (II)<br>Ausländer und Ausländerinnen mit HIV                                      |
| 15.30 Uhr | Kaffee und Kuchen, Pause bis 16.00 Uhr   |

## 16.00 Uhr UNSERE SELBSTORGANISATION (III)

Schwule:

- Die Lederszene
- Die Männer ab 40
- Die Jungen im Coming Out
- Die Paare
- Die Bisexuellen

Junkies:

- Die Junkies
- Die Ehemaligen
- Die Substituierten

Hämophile

Frauen:

- Die Heterosexuellen
- Die Lesben
- Die Fixerinnen
- Die Huren

Heterosexuelle:

- Die Männer
- Die Frauen

Ausländer und Ausländerinnen

Weitere:

- Die Freunde und Freundinnen
- Die Angehörigen
- Die Hinterbliebenen

18.00 Uhr Pause

18.30 Uhr Abendessen

anschl.: Plenum, danach Theater: „Die Tolleranzen“

## 29. September (Samstag)

---

7.00 Uhr	Frühstück
9.00 Uhr	Plenum
9.30 Uhr	UNSERE MEDIEN (I) Vorstellung der vorhandenen Medien
9.30 Uhr	MEDIZINISCHE ASPEKTE (III)
9.30 Uhr	UNSERE SELBSTORGANISATION (IV) Der Einfluß der Positiven innerhalb der AIDS-Hilfen und ihrer Gremien
11.30 Uhr	Ende der Arbeitsgruppen
12.00 Uhr	DEMONSTRATION: „KEINE RECHENSCHAFT FÜR LEIDENSCHAFT“
15.00 Uhr	Kaffee und Kuchen
16.00 Uhr	UNSERE MEDIEN (II) Ausarbeitung des Zeitungsprojekts Ausarbeitung des Radioprojekts
18.30 Uhr	Abendessen
anschl.:	Abschlußplenum mit Verabschiedung von Resolutionen

---

## 30. September (Sonntag)

---

21.00 Uhr	GROSSE ABSCHLUSSFETE Geplant: Brunch und Verabschiedung
-----------	--

## Hinweise

**Paralell zu den Veranstaltungen** gibt es die Möglichkeit, an einem Mal- oder Massageworkshop teilzunehmen.

### **Ausstellungen:**

Außerdem sind Ausstellungen zum Leben mit Drogen und über schwule Kultur und AIDS in Vorbereitung.

### **Medizinische Versorgung:**

Während des gesamten Kongresses wird kontinuierlich mindestens ein Arzt oder eine Ärztin zur Verfügung stehen.

### **Substitution:**

Wir sind bemüht, für eine möglichst problemlose L-Polamidon-Substitution während des Kongresses Sorge zu tragen. Substituierte werden gebeten, ihren Bedarf auf der Rückseite des Anmeldeformulars zu vermerken.

### **Krisenintervention:**

Während des Kongresses bieten ein Psychologe und eine Psychologin ihre Unterstützung an, falls dies gewünscht wird.

### **Bettenbörse:**

Eine Schlafplatzvermittlung wird versuchen, möglichst viele private Unterkünfte zu vermitteln.

### **Informationen:**

Ein Informationsschalter wird kontinuierlich besetzt sein. Wir werden versuchen, auf Fragen aller Art eine Antwort zu wissen oder zu finden.

# ANMELDUNG

Bitte bis zum 10. September 1990 an die  
**Deutsche AIDS-Hilfe, Nestorstraße 8-9, 1000 Berlin 31 senden.**

Hiermit melde ich mich verbindlich an zur

**1. Positivversammlung der Deutschen AIDS-Hilfe: „POSITIV IN DEN HERBST“  
vom 27.-30. September 1990  
im Haus der Jugend in Frankfurt am Main.**

Mich interessieren folgende Arbeitsschwerpunkte besonders:

- „Positive“ Medien (Kassetten/Radio/Positiven-Zeitschrift)
- Juristische Fragen (Sexualität/Soziale Sicherung)
- Unsere Selbstorganisation (vor Ort und Überregional)
- Medizinische Aspekte („Betroffenenbestimmte Forschung“ / ACT UP)
- Pflege und Versorgung

Die Tagungsunterlagen incl. Anreiseskizze erbitte ich an folgende Anschrift:

Name: \_\_\_\_\_

Straße/Nr.: \_\_\_\_\_

PLZ/Wohnort: \_\_\_\_\_

Am besten erreichbar unter Tel.-Nr.: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

von \_\_\_\_\_ Uhr bis \_\_\_\_\_ Uhr.

Ich bin in folgender Positivengruppe:

\_\_\_\_\_

(Die Angabe wäre für die Vernetzung wichtig, ist aber freiwillig.)

- Ich bzw. unsere Gruppe möchte in den Positiven-Verteiler des HIV-Referats der Deutschen AIDS-Hilfe aufgenommen werden.

Soll die Telefonnummer auf der Teilnehmerliste, die vorab allen Teilnehmern geschickt wird und der selbständigen Zusammenstellung von Fahrgemeinschaften nach Frankfurt dient, veröffentlicht werden?

ja  nein (Bitte ankreuzen)

\_\_\_\_\_, den \_\_\_\_\_ 1990 \_\_\_\_\_  
Ort, Datum Unterschrift

(Substitution? Begleitung? Arzt vor Ort? Rollstuhl? Kinderbetreuung?)

Bitte wenden!

## Sonstige Erfordernisse

Ich werde substituiert mit \_\_\_\_\_ ml / \_\_\_\_\_ mg L-Polamidon.

Bitte teilt mir mit, welcher Arzt vor Ort die Substitution übernimmt. Ich selbst werde dann veranlassen, daß mein behandelnder Arzt diesem Kollegen rechtzeitig das entsprechende BTM-Rezept mit Mengenangabe zukommen läßt.

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

- Mein Kind soll während des Kongresses betreut werden.
- Ich möchte, wenn möglich, privat untergebracht werden.
- Ich selbst benötige während der Veranstaltung eine Begleitperson.
- Voraussichtlich werde ich vor Ort eine ärztliche Versorgung benötigen.

(bitte kurz erläutern)

---

---

---

---

Bitte teilt mir vorher mit, ob dies von Euch gewährleistet werden kann!

- Sonstiges (z.B. falls Rollstuhlbenutzer):

---

---

---

---

---

---

---

# AIDS-Hilfe im Gesundheitswesen

aus: Broschüre zum fünfjährigen Bestehen der AIDS-Hilfe Frankfurt e.V.

von Hans Peter Hauschild

**B**ereits aus der griechischen Antike sind zwei entgegengesetzte Denkrichtungen eines Gesundheitswesens überliefert, die pathogenetisch am Entstehen des Leidens orientierte und die salutogenetisch-hippokratische. Pathogenetisches Suchen ist medizingeschichtlich zum Risikofaktorenmodell der Schulmedizin geworden und hat die heutige Bedeutung der Begriffe Gesundheit und Krankheit weitestgehend geprägt.

Die zweite Denkrichtung stellt eine sehr umfassende Suchbewegung nach dem Gelingen des menschlichen Lebens dar und wird in einem Hippokrates zugeschriebenen Zitat aus einem Lehrbuch der medizinischen Schule von Kos folgendermaßen beschrieben: „Wenn du als Fremder in eine Stadt kommst, so betrachte die Lage, die Winde, das Aufgehen der Sonne, die Gewässer, den Boden und die Art und Weise, in der die Einwohner leben und welchen Zielen sie nahefeiern – denn wenn du diese Kenntnisse hast, wirst du verstehen, welche Krankheiten für diese auch typisch sind, sowie welche Ausprägung verbreiteter Krankheiten du hier finden wirst.“ Von der Antike bis heute läßt sich im sozioökonomischen Prozeß der westlichen Welt als „Wahrheit“ des Begriffspaares Gesundheit/Krankheit deren Gebrauch im Sinne herrschender Interessen betrachten. „Gesundheit wiederherzustellen heißt in Wahrheit: den Kranken zu jener Art von Gesundheit bringen, die in der jeweiligen Gesellschaft die jeweils anerkannte ist... Gesundheit ist in der kapitalistischen Gesellschaft Erwerbsfähigkeit, unter den Griechen war sie Genußfähigkeit, im Mittelalter Glaubensfähigkeit.

Krankheit galt als Sünde!“ Und auch bei den Griechen war Genußfähigkeit als zu suchende Gesundheit lediglich den Bürgern der Polis und der Aristokratie vorbehalten, zu deren Erreichung sie Menschen beherrschten und benutzten.

Im Sinne der salutogenetischen Suche nach Gelingen, Glück usw. schließt der Gesundheitsbegriff dagegen soziale Gerechtigkeit für alle ein. Das heilende Tun spannt sich folglich vom Kampf gegen Unrechtsstrukturen bis zur Symptomtherapie und schließt somit schulmedizinisches Können ein. Der „soziale Körper“ der menschlichen Gesellschaft ist jedoch krank, wenn die einen nur genießen können, weil die anderen von ihnen pauperisiert werden.

Dies gilt für die Feudalgesellschaften der Antike wie für die heutige Abhängigkeit der armgemachten 2/3 Welt von Internationalem Weltwährungsfonds und Weltbank als Durchsetzer unseres Genießenmüssens. (Genießenmüssen hier und Nicht-Genießen-Können dort als umfassendes Krankheits-

konzept für die ganze Welt.) Dies gilt ebenso für die Teilhabe gesellschaftlicher Subgruppen am kulturell-politischen Ganzen, d.h. öffentliche Verachtung ist krankmachend.

Durchgesetzt hat sich im Streit der beiden Formen des Gesundheitswesens eine der jeweiligen Epoche entsprechende Medikalisation der sozialen Frage im Sinne des pathogenetischen Modells der Risikofaktoren. Die Probleme ökonomischer Verelendung, gesellschaftlicher Verächtlichmachung und Diskriminierung werden als körperlichkurierbare Symptomatik beschrieben. So nennt etwa Virchow im letzten Jahrhundert die Ärzte „natürliche Anwälte der Armen“. Eberhard Göpel markiert die Deutung von Krankheit und Heilung durch unsere westliche Geschichte mittels der jeweiligen gesellschaftlichen Leitinstanzen:

Die vorherrschende Krankheitsinterpretation gesellschaftliche Leitinstanz sind:

1. Krankheit als Zeichen der Götter, Priester.  
Heilung durch: Opfer, Buße, Demut
2. Krankheit als Zeichen des Körpers, Polizisten.  
Heilung durch: Absonderung und Ausgrenzung
3. Krankheit als Zeichen der Maschinen, Ingenieure, Mediziner.  
Heilung durch: Reparatur und Funktionserhalt
4. Krankheit als Zeichen des Codes, Programmierer, Bioingenieure.  
Heilung durch: Informatische Mediengestalter und genetische Normierung und Überwachung

Der umfassende Gesundheitsbegriff der WHO und das Unterzeichnen der entsprechenden Dokumente durch die jeweiligen GesundheitsministerInnen der BRD ändert nichts an der Tatsache, daß es eine oppositionelle Begriffsbedeutung ist: Dies zeigt sich in der weltweiten Auseinandersetzung um „Gesundheit für alle“, bei der medizinische Versorgung und der Kampf um soziale Gerechtigkeit in herrschender westlicher Deutung antagonistisch auseinanderfallen. Die Ärzte sind hierbei die engelsgleichen Heilsbringer, während die revolutionären Kräfte teuflische Kommunisten sind. Vollständig pervertiert schließlich ein Gesundheitsbegriff, der ohne Menschenversuche mit Präparaten und Erregern in der Armen Welt meint, die Menschen im Westen nicht heilen zu können.

Dies zeigt sich auch in der Auseinandersetzung um „Gesundheit für alle“ innerhalb unserer Gesellschaft. Hier stehen medizinische und psychosoziale Ansätze günstigenfalls beziehungslos nebeneinander, meist gegeneinander. Psychosozial meint das Ensemble der materiellen, sozialen und seelischen Komponenten, die zum Gelingen der Identität der Subjekte und ihres jeweiligen Sub-Gemeinwesens im mehr oder weniger akzeptierenden Austausch mit der Gesamtgesellschaft beitragen.

Fortsetzung S. 26

Weil naturwissenschaftliches Herangehen die Soziodynamik ausblendet, konnte es gegenüber dem psychosozialen zum herrschenden Wissen werden. Kimmich und Laux erkennen in dieser Einseitigkeit und Reduktion der Heilungsansätze in der Schulmedizin die „strukturellen Momente der Inhumanität einer humanen Institution“. Im Blick auf die kürzlich vom Deutschen Bundestag verabschiedete zeigt sich, wohin das Nicht-Einbeziehen struktureller Sichtweisen führt. Die „Reduktion auf die qualitative Frage, wie denn humane Pflege auszusehen hätte“ wird „unter existierenden Gesellschaftsbedingungen auf die quantitative Frage, wie denn genug Pflegekräfte zu finanzieren seien“ transformiert. Und zwar angesichts einer künstlichen Notstandserzeugung bei den Gesundheitsfinanzen durch die Umverteilung von der öffentlichen Gesundheitsförderung auf die Finanzierung der Renten, außerdem auf das immer noch wachsende Einkommen der Ärzte und die prallen Kassen der Pharmaindustrie, die noch nie so gefüllt waren wie heute. Das Ganze geschieht in einem der reichsten Länder zur Krankheit der überwiegenden Mehrheit der Menschen auf der Welt.

Meditation stärkt die Heilkräfte. Die tibetanischen Ärzte weisen darauf hin, daß ausgiebige Meditationspraxis für die Heilung von AIDS wichtig ist. Auch spirituelle Übungen, die sich mit karmischen Zusammenhängen befassen, können die Heilung fördern.“ Im Schmelztiegel der Begriffe solcher „Gesundheitszene“ tauchen hier „Selbstheilungskräfte“, „Selbsthilfe“, „Ganzheit“ und sogar „Struktur“ in schillernder und krass widersprüchlicher Bedeutung auf. Vom Leiden betroffene Menschen erleben diesen Markt oft als mythisches Geflecht, dem sie als Laien so oder eben anders „glaubend“ ausgesetzt sind. Die „Verantwortung des Einzelnen“ ist dabei Wohlverhalten im Zwielficht antagonistischer Ansätze, d. h. wer einer naturheilkundlichen Richtung folgt, kann von der Schulmedizin unverantwortlich, ja strafwürdig verantwortungslos sein usw. In diesem Dilemma ist das Patientsein allemal der Status umfassender Abhängigkeit und Ausgeliefertheit an die jeweilige hohepriesterliche Fremddefinition, woran man leide, und wie dem abzuhelpen sei.

Es wundert nicht, daß die Volksmedizin der Nazis ein solch ganzheitlicher Ansatz der „richtigen“ Lebensführung unter Ausblendung struktureller Ver-



## Münchener Erinnerung

von Hans Peter Hauschild

Immer wieder seit 1988 haben wir über das Münchener Treffen gesprochen, wir, die Positiven und Kranken, die im Waldschlößchen zusammenkommen, in der Arbeitsgemeinschaft Berliner Positive, im Frankfurter Positiven-Treffen, an vielen Orten der BRD. Was war damals mehr oder besonders, das uns im Alltagsleben der Gruppen und Treffs fehlt? Unser buntes Leben und seine schmerzlichen Begrenzungen sind damals politische Aktion geworden. Rausch und Demonstration, Körper und Tagung, „kleines“ Kuschneln und „großes“ Debattieren waren kein Gegensatz. Wir Positive in der AIDS-Hilfe, wir einzelne Frauen und Männer, wir Gruppen, wir positive haupt- und ehrenamtliche HelferInnen und positive Vorstände wollen mit der Frankfurter Versammlung im September genau in dieser Tradition weitermachen: Das, was wir Positive sind, politisch zur Aktion bringen und diese Zusammenkunft zur Basis jeder regionalen AIDS-Hilfe und damit zur Basis der Deutschen AIDS-Hilfe zu machen. Die Basis im AIDS-Prozeß sind ohnehin wir Infizierte und Kranke. Dies soll auch immer mehr für die AIDS-Hilfen gelten. Keine Zusammenkunft, weder eine regionale AIDS-Hilfe noch ein landes- oder bundesweites Positiventreffen und auch nicht die Bundesgeschäftsstelle oder der Vorstand der Deutschen

AIDS-Hilfe ist der Nabel der Welt oder hat die Weisheit mit Löffeln gefressen. Wir sind darauf angewiesen, daß die regionalen Diskussionen für alle nützlich werden. Im Zusammentragen der unterschiedlichen Schwerpunkte aus Düsseldorf und Kiel, aus Augsburg und Tübingen, wird die mannigfaltige Kompetenz von uns Betroffenen aus der regionalen Melodie zur streitbaren Symphonie. Das klingt nicht immer harmonisch. Auch nicht unter uns Positiven selbst. Eine Streitkultur brauchen wir, damit regionale Gruppen nicht im eigenen Saft schmoren und betriebsblind, mutlos und größenwahnsinnig werden. Laßt uns gemeinsam um gute Wege und nützliche Aktionen ringen! Ich will mich austauschen, von Gleichbetroffenen lernen, meine Professionalität, meine Lust, meine Lebenserfahrung einbringen und teilnehmen an der gesellschaftlichen Auseinandersetzung mit AIDS. Darum mache ich seit sieben Jahren AIDS-Hilfe... seit es den Test gibt und ich weiß, daß ich mit HIV lebe. „Von der Selbsthilfegruppe zur Selbsthilfeorganisation“ kann heute auch heißen: mehr Austausch, positive Medien, Radio Regenbogen, Positiven-Journal, AIDS-TV...

Der Kongreß wird an Formen der Basiskommunikation arbeiten, damit alle Regionen teilhaben und nicht nur die Metropolen. Viele von uns sind auch Medienleute von Radio, Zeitung und Film. Laßt uns unsere Fähigkeiten, unsere Persönlichkeiten und unseren Einfluß zusammentun und mutig die Basis der AIDS-Hilfe sein!

Das immer neue Unterliegen einer strukturbezogenen salutogenetischen Suche nach Gesundheit hat zu verschiedenen totalitären Erklärungsmustern geführt, die den Begriff der „Ganzheitlichkeit“ für sich beanspruchen. Gemeinsam mit dem schulmedizinischen Risikofaktorenmodell ist diesen Ansätzen das Ausblenden struktureller Faktoren des Elendes und das missionarische Verkünden eines richtigen Weges, bei dessen Verlassen der Kranke schuldig wird. Ernährungsweisen, Meditationspraktiken, monogames Sexualverhalten und immer wieder bewußte Infantilisierung werden empfohlen. Ein solcher totalitärer Text aus dem Kontext von AIDS ist der folgende: „Um nicht die Angst zu nähren, sollte man die übliche pessimistische Berichterstattung in Zeitung, Fernsehen und Radio meiden. Was man auch meiden sollte, sind sexuelle Beziehungen mit häufig wechselnden Partnern. Promiskuität ist nicht nur wegen der Ansteckungsmöglichkeiten gefährlich, sondern ihr liegt eine geistige Haltung zugrunde, die AIDS zu begünstigen scheint.

elendung gewesen ist, während die naturwissenschaftliche Schulmedizin im Dritten Reich immer des Marxismus und Internationalismus verdächtigt wurde.

Logisch schlußfolgerndes Denken und Forschen ist für Totalismen die größte Gefahr, während analytisches Aufdecken von Unrechtsstrukturen Parteinahme gegen die herrschende Ordnung bei den „Betroffenen“ bewirkt. Was zur „Gesundheit für alle“ nützt, ist fälglich allein medizinisch, nach welcher Schule auch immer, nicht zu entscheiden. Das erkenntnisleitende Interesse der verschieden heftig am etablierten Machtapparat beteiligten Kräfte und der historische Bedingungsprozeß bedürfen der intensivierten kritischen Betrachtung. ■

# Polymorphia

von Hans Peter Hauschild

**D**as folgende Gleichnis haben mein Freund Stefan, der unsere AIDS-Hilfe-Sozialstation in Frankfurt leitet, und ich zusammengespinnen. Wir waren uns bald im Klaren, wie begrenzt diese Bilder vom wilden Wald sind. Man könnte sie schnell mißverstehen wollen. Aber darum geht es nicht, sondern um den „Riß in der Rüstung“... Seit Menschengedenken schon lebten wir im wilden Wald. Wir lebten gern und wohl in vielem so, wie die Leute draußen über das „Glück“ redeten. Wir wußten, warum wir morgens aufstanden, Früchte sammelten und aus Blättern und getrockneten Nüssen das Essen bereiteten. Wir wußten, warum wir einander liebten und es nur selten zum Streit kam: Es gab nämlich das große Fest. Ein Baum brachte die Polymorphia hervor, eine saftige, köstliche Frucht, bei deren Genuß wir den Sinn all der Mühen des Waldlebens verstanden, vor allem der Mühe, es miteinander auszuhalten.

Dort, wo wir lebten, war der sumpfige Teil des Waldes. Anderswo gab es die Polymorphia nicht, darum gingen wir niemals weg: Das Fest war unser Leben.

Draußen vor dem Wald war brandgerodet. Kahlschlag und chemische Vernichtung hatten jedes pflanzliche Leben kaputtgemacht. Kein Gedanke an Polymorphia, das Glück des großen Festes war diesen Leuten fremd. Schlimmer noch: Sie fürchteten es und bekämpften immer wieder den Wald, der sie „bedrohte“, wie sie meinten. Kaum mühte sich ein Löwenzahn durch ihren Asphalt, da erstickten sie ihn mit ätzendem Unkraut-Ex. Von unserem Leben, von dem Glück der Waldmenschen und unserer geheimnisvollen Sumpffrucht tuschelten sie nur. Keiner hätte zugeben dürfen, jemals bei uns zu Besuch gewesen zu sein oder gar von der Frucht gegessen und am Fest teilgenommen zu haben. Es gab aber Ausflügler — gar nicht so selten; einige gründeten nach ihrer Rückkehr Selbsthilfegruppen, weil sie den Schmerz der Trennung in ihrem Leben nie verwinden konnten.

Unser Glück im Sumpf war groß. Als wir eines Festabends zum Baum aufbrachen, die Polymorphia zu brechen, um ihren Saft sich mit unserem zum Seligkeitspunsch vereinigen zu lassen, standen wir — nichts Böses ahnend — jäh vor der Katastrophe: der Polymorphia-Baum hatte gelbe Blätter, schlaff hingen die meisten seiner Früchte herunter, saftlos, ohne uns das geben zu können, was uns leben ließ. Beim näheren Hinsehen entdeckten wir, daß spinnenfeine Würmelianen sich seiner bemächtigt hatten und ihm wohl die Luft nahmen.

Viele weinten. Was waren wir ohne unser Sumpffest? Rasch brachen wir auf. Wir wußten um ein paar weitere Polymorphia-Bäume — zwar mit weniger Früchten, aber immerhin.

Doch überall war es dasselbe Elend: Die Würgepflanze hatte alle Bäume befallen, der verbleibende Saft in den Früchten reichte nur für die Ahnung des Festes.

Diese Knappheit führte zur Krankheit bei uns, manche starben sogar. Und sie führte zu Streit. Einige horteten das Wenige, was noch geblieben war, und so begannen wir, uns zu bekämpfen. Ein paar leidvolle Wochen, und wir hatten es satt. Wir merkten, daß wir uns zusammenschließen mußten, wenn wir nicht untergehen wollten. So trafen wir die Entscheidung, mit der Mühe unserer Hände gemeinsam Baumhäuser auf höheren Wipfeln zu errichten. Wir verschafften uns Überblick über das Ausmaß der Katastrophe. Das erste, was oben jedoch zu sehen war, waren noch viele andere Baumhausgruppen. Weitere Sumpfbewohner hatten die gleiche Entscheidung gefällt wie wir. Sie winkten uns und schickten Boten, die eine gemeinsame Planung ermöglichten. Nicht bei allen war das Unglück nämlich gleich groß, einige Polymorphia-Früchte konnten in Notstandsgebiete geliefert werden, und so manches Fest des Lebens fand wieder statt. Unsere Erfahrungen aus der Baumhauszeit waren, daß die Einigkeit der Betroffenen eine wunderbare Sache ist; fast so wunderbar, wie das Fest selbst.

Es gab auch Leute aus dem trockenen Teil des Waldes, die eine ähnliche Frucht kannten. Sie half zu einem Bild unseres Festes, machte aber schnell abhängig und bewirkte, daß einige Leute schon vor der Zeit krank wurden, als die Würgepflanze unser Glück zu vernichten begann. Mit ihnen schlossen wir uns fest zusammen, obzwar wir sie vorher gar nicht kannten. Besonders, weil nach einigen Wochen die Leute vor dem Wald wieder angingen, brandzuroden, Kahlschlag zu betreiben und — was das Schlimmste war — unseren geliebten Sumpf trocken zu legen.

Die Abhängigen aus dem trockenen Teil des Waldes verfolgten sie schon immer, weil ihr Wald näher an den Rodungsgebieten lag. Dort fingen sie an, mit einem nationalen Würgepflanzenbekämpfungsplan unsere Lebenswelt zu vernichten. Das war die zweite Erfahrung: Die Menschen draußen vor dem Wald nutzten jede Gelegenheit gegen den Wald aus, und damit gegen uns, gegen das Fest, das Glück, den Sinn. Weil viele von uns krank wurden, begannen wir, Hilfshäuser zu bauen. Wir bildeten auch Stoßtrupps gegen den Würgepflanzenwuchs aus und bauten dazu Stützen und Streben in den Wald, die die vielen Anbauten, die Treppen für die Kranken und all unsere Hilfsaktionen rein baulich aufrecht zu halten hatten. Denn soviel war klar: auf schwankenden Baumhäusern ist ernsthafte Hilfe, wenn's ums Sterben geht, nicht möglich.

Manche sehnten sich zurück und wünschten die einfachen Baumhäuser wieder her: „Wißt Ihr noch, wie unmittelbar und persönlich damals alles war? Ist mit diesem großen Apparat nicht alles kaputtgegangen?“ Sie vergaßen jedoch dabei, daß das, was sie ersehnten, nicht das Baumhaus, sondern das Fest war. Und daß unser großer Kampf der aller Waldbewohner war, der Kampf um die Polymorphia für das Fest.

# Selbsth

## AIDS-Hilfe als Selbstorganisation

von Hans Peter Hauschild

**N**ieemand, auch die AIDS-Hilfe nicht, kann zwei Herren zugleich dienen: Dem Interesse der Allgemeinbevölkerung und unseren Interessen als Schwule, DrogengebraucherInnen, Frauen und Männer mit HIV und AIDS. Denn die Bevölkerungsmehrheit fürchtete uns schon immer als Unruhestifter und NormbrecherInnen. Die Mehrheit fürchtet uns, weil wir mit **unserem** Sex und **unserem** Rausch die polymorphe Perversion — das Toben der Sinne — darstellen, so gefährlich für die todessüchtige Nützlichkeitsgesellschaft — auch wenn wir praktisch oftmals so extrem gar nicht sind — oder eben nur in einigen Momenten unseres Lebens. . . Über Gesundheit kann nicht ernsthaft nachgedacht werden, ohne Glück umfassend zu suchen. AIDS-Hilfe als Teil kritischer Gesundheitsbewegung sucht ernsthaft das schwule, das drogengebrauchende und sonstwie die Normen brechende eigene Glück. Wie das mit der Klarheit der Interessen jeweils bestellt ist, bedarf aber beständiger Alltagskontrolle. Mir scheint es am adäquatesten, wenn Frauen und Männer mit HIV und AIDS als Selbsthilfegruppen, Treffen, Plenum etc. den Grundstock der AIDS-Hilfe bilden. Und zwar zusammen mit nicht-infizierten oder ungetesteten Schwulen und DrogengebraucherInnen sollten sie den öffentlichen Teil der Basis im AIDS-Geschehen bilden. Die gesamte Basis ist schließlich die schwule und drogengebrauchende Szene zusammen mit den einzelnen betroffenen Frauen, Hämophilern, Kindern und auch den seltenen heterosexuellen Männern.

Dieser organisierte Teil der Basis, als Basis der örtlichen AIDS-Hilfe, hat für diese Szenen dann exemplarische Funktionen, indem Selbsthilfe öffentlich stattfindet. Wichtig ist, daß dieses Exempel halbwegs dem AIDS-Geschehen entspricht (und nicht etwa 90 % Frauen dabei sind, wodurch das Geschlechterverhältnis umgekehrt ist). Und wichtig ist auch, daß wir Menschen mit HIV, und gerade auch die Kranken unter uns, dabei nicht unterrepräsentiert bleiben.

Diese Selbsthilfegruppen und Basistreffs können nicht mit Vereinsversammlungen identisch sein. Die Mitgliederversammlung der AIDS-Hilfe hat mit „Basis“ nämlich nur mittelbar ein wenig zu tun. Sie ist sicherlich eher vereinsrechtliches Instrumentarium unserer Interessen. Der Verein AIDS-Hilfe hat gefälligst die Interessen der Basis als Hilfsaktion und politische Praxis durchzu-

setzen. Damit er das auch wirklich tut, sollten Schwule, je promiskuer desto zahlreicher und nochmal zahlreicher in dem Maße, wie wir real mit HIV und AIDS leben, Vereinsmitglieder werden und die anderen Frauen und Männer mit HIV und AIDS ebenso. Denn nicht die Basis im AIDS-Geschehen macht die Arbeitsverträge der professionellen HelferInnen, sondern die MitgliederInnen wählen den Vorstand. Der wiederum stellt an für die vielen Dienste, die wir so nötig brauchen: Sexualberatung, Sozialberatung, Pflege und Öffentlichkeitsarbeit. Das ist die zweite Ebene: Der Verein mit seinen stimmberechtigten Menschen und mit den Hauptamtlichen. Warum sind so wenige Betroffene angestellt? Wer hatte da vor Jahren das Heft aus der Hand gegeben? Laßt uns als Basis im AIDS-Prozeß das Heft der AIDS-Hilfe zurücknehmen!! Und zwar, indem wir lautstark infizierte und kranke Basis in der AIDS-Hilfe sind. Ich erlebe, daß dies **auf allen drei Ebenen der AIDS-Hilfe** möglich ist: im Positiven Treff als Teilnehmer, als hauptamtlicher Helfer, als Vorstand, der den politischen Willen der Basis ausführt.

Für die Deutsche AIDS-Hilfe als politischen Bundesverband heißt das, mindestens einmal jährlich große Positiven-Versammlungen einzuberufen, die das Basisinteresse formulieren. Nur so kann aus Betroffenenkompetenz Bundespolitik werden. Genauso wird jedes regionale hauptamtliche AIDS-Hilfe-Team gut daran tun, den kritischen Spiegel des formulierten Basisinteresses alltäglich vor seine Arbeit zu halten. Das gelingt am besten, wenn die meisten Angestellten schwule Männer sind und etliche darunter positiv, wenn die angestellten Frauen nur (Ex-)Drogengebraucherinnen, Substituierte oder (Ex-)Huren sind.

Nichts gegen die anderen solidarischen Vereinsmitglieder oder eben hauptamtlichen Helfer. Nur ist ihre persönliche Interessenlage eine grundlegend andere. Wenn sie uns auf Dauer dominieren, verliert AIDS-Hilfe ihr Wesen als Selbsthilfeorganisation. Wenn sie jedoch solidarisch mit dabei sind, macht uns das umso stärker. Es ist auch gut zu verstehen, daß in nicht-urbanen Regionen schwerer offen Schwule, Ex-User etc. als Hauptamtliche zu finden sind, bzw. gar offen positive Männer und Frauen.

Aber alles im allem, z.B. insgesamt auf Landesebene, wenn schon nicht in jeder einzelnen AIDS-Hilfe, sollte AIDS-Hilfe als Basisorganisation der Betroffenen immer deutlicher erkennbar werden und der Eindruck nicht immer wieder entstehen, hier hielten sich Institutionen ein paar Betroffene als Selbstrechtfertigung. ■



# ilfe



## Die MitarbeiterInnen von Positiv e.V. stellen sich vor

von Wolfgang Vorhagen

**D**ie Bundesweiten HIV-Positiventreffen im Waldschlößchen bei Göttingen gehen nun bereits ins fünfte Jahr, 24 Treffen haben bis heute stattgefunden. Seit dreieinhalb Jahren existiert die Organisationsgruppe, die diese Treffen vorbereitet, durchführt und auswertet. Vor zweieinhalb Jahren gründete diese Gruppe Positiv e.V., was ja bekanntlich einiges an Wirbel in der – was das Verhältnis zu Positiven angeht – reichlich verunsicherten bundesweiten AIDS-Hilfe-Bewegung auslöste. Trotzdem oder leider: Der bundesweite Positivenverband als öffentliches Sprachrohr für die Belange der Menschen mit HIV und AIDS war und ist damit noch nicht ins Leben gerufen, und es bedarf noch einiges an Diskussion und Auseinandersetzung, bis ein solcher Verband – sollte er als Interessenvertretung von Positiven für Positive neben den AIDS-Hilfen notwendig sein – kontinuierlich und mit power arbeiten kann. Nach wie vor sehen wir unsere Aufgabe in der Vorbereitung und Durchführung der Bundesweiten Positiventreffen, sehen uns allerdings auch mitverantwortlich für viele Impulse, die Positive auf diesen Treffen erfahren haben und aus denen vor Ort dann eine Menge Initiativen und auch einige Positivenprojekte (inclusive des 2. Europäischen Positiventreffen 1988 in München) hervorgegangen sind. Bei aller Kontinuität hat diese Gruppe in den letzten drei Jahren eine recht wechselvolle Entwicklung erlebt, Erkrankung und Tod – z.B. von Ingo Schneider und Konrad Lutz – oder ganz einfach Überforderung, haben die Zusammensetzung der Gruppe immer wieder verändert, die Auseinandersetzungsfähigkeit und Kreativität ist geblieben. Im folgenden sollen die Aktivist/inn/en dieser kleinen, aber wehrhaften Gruppe vorgestellt werden.

**Celia Bernecker-Welle**, Jahrgang 1957, Drogengebraucherin, auf einer Drogentherapie 1985 positiv getestet, seit 1986 in der Münchner AIDS-Hilfe, anfangs für Öffentlichkeitsarbeit, seit 1987 Kontakt und Teilnahme am Bundesweiten Positiventreffen. Ab Herbst 1987 Planung und Organisation des 2. Europäischen Positiventreffen 1988 vor Ort in München. Ende 1988 endlich offizielle „Positive Arbeitsgruppe“ in der MüAH. Mitarbeit in Positiv e.V. mit den Schwerpunkten Drogen und Knast. Weilt ansonsten gerne in asiatischen Gefilden, mit Vorliebe in Indien – äußerst umtriebig! **Ulrich Doms**, 32 Jahre, aber

jünger aussehend. Diplomagraringenieur für Internationale Agrarentwicklung, arbeitete als Entwicklungshelfer in Lateinamerika, liebte und infizierte sich dort und zog nach dem Tod seines dortigen Geliebten wieder zurück nach Deutschland aufs Land bei Göttingen.

Arbeitet sowohl als Gemüseverkäufer wie als Vorstand in der Göttinger AIDS-Hilfe und bei Positiv e.V., hier vor allem zuständig für die Anmeldungen; nach wie vor reges Interesse und Engagement an Internationalem, vor allem, was den Positivenbereich angeht.

**Ernst Häussinger**, Jahrgang 1948, Floristmeister und Schauspieler, 1985 unfreiwillige Testung im Krankenhaus, Testergebnis positiv, ab 1986 in der Münchener AIDS-Hilfe (MüAH), hier Mitinitiator und Betreuer eines offenen Gesprächskreises für Menschen mit HIV und AIDS. Seit 1986 Teilnahme an den Bundesweiten Positiventreffen im Waldschlößchen, ab Herbst 1987 Planung und Organisation des 2. Europäischen Positiventreffen in München 1988, anschließend offizielle „Positive Arbeitsgruppe“ in der MüAH. Im Herbst 1988 Mitbegründer des Cafes Regenbogen in München und ob 1988 Organisation und Leitung der regionalen bayerischen Positiventreffen in Bad Abbach. Hat schon etliche – auch leidvolle – Erfahrungen mit öffentlichen Medien gemacht bei Auftritten als Positiver in Funk und Fernsehen und anderen Veranstaltungen. Einstellung: Immer das Beste aus diesem Scheißleben machen! **Margret Horn** verbrachte 16 ihrer 34 Jahre in der Drogenszene, 1985 in Amsterdam Testergebnis und Methadonprogramm, dadurch „Wiedergeburt“ und Langzeittherapie, statt passiver Nachsorge bei der DROBS, aktive Mitarbeit in der AIDS-Hilfe Mannheim, Aufbau der Knastbetreuung, „Mutter“ des inzwischen alljährlichen Mannheimer Regenbogenfestes. Seit 1987 bei den Bundesweiten Positiventreffen dabei im Waldschlößchen und inzwischen für den Bereich Drogen und Knast zuständig.

Hemmungslose Tierliebhaberin! **Thomas Fenkl**, Jahrgang 1961, Südhung Auslese hergestellt nach Methode Champ., Vater dänischer Japaner, Mutter französische Jüdin, sowas konnte am Ende nur im Theater enden! Studium der Musik bis 1986, dann Abbruch, weil positives Testergebnis, anschließend in einem Akt der Verzweiflung Schauspielerausbildung.

Seit 1988 schauspielender AIDS-Berater und aidsberatender Schauspieler der AIDS-Hilfe Bremen. Gut im Ausstrahlen von Kompetenz, ansonsten Chaos und Auslöser von Mutterinstinkten, bei den Bundesweiten Positiventreffen.

Fortsetzung S. 30

# Keine Rechenschaft für Leidenschaft

## Wir positive und kranke Schwule haben:

■ unser Schicksal aktiv in die Hand genommen und leben intensiv in unseren Lebensräumen; ■ Treffpunkte geschaffen und uns zu Gruppen zusammengeschlossen; ■ uns organisiert in vielfältigen Zusammenhängen.

**Wir haben keinen Grund, Rechenschaft für unseren Lebensstil, für unsere Leidenschaft abzulegen! Wir leben selbstbewußt in Lust und Frust! Doch es gibt noch allzuviele von uns, die sich unterschätzen, verstecken und zurückziehen. Schließen wir uns zusammen, wehren wir uns! Kämpfen wir gemeinsam!**

**Laßt uns:** ■ zusammen leben; ■ Begegnungsstätten schaffen; ■ mit anderen Schwulen in AIDS-Hilfen und Schwulengruppen in der Szene kämpfen für ein Klima, das frei ist von Diskriminierungen Positiver und Kranker, damit sich niemand aufgrund des Virus zurückziehen und selbstverleugern muß.

**Unser Leben als positive und kranke DrogengebraucherInnen ist eine Fortsetzungsgeschichte zum Thema Rechenschaft ablegen über Leidenschaft, Rechnungen bezahlen für Identität, für Uneinsichtigkeit, für Leichtsin.**

**Jetzt sind wir so weit zu sagen: Wir müssen nicht Rechte vorab durch Wohlverhalten bezahlen, müssen nicht Besserung durch Wohlverhalten geloben, müssen nicht Hilfe bezahlen, indem wir Rechenschaft über unsere Leidenschaft ablegen.**

**Wir machen – verdammt noch mal – nicht aus unseren Schwächen Stärken, aber an unserer Identität, an unseren Vorlieben, Freuden und Genüssen – an unseren Leidenschaften – wollen viele von uns festhalten, ohne darüber Rechenschaft ablegen zu müssen.**

**Wir glauben weder an eine ausgleichende, rächende göttl. Gerechtigkeit, noch schweigen wir länger zur staatlichen Rache an uns.**

**AIDS hat vielen den Blick geschärft dafür, wie Ausgrenzung vor sich geht. Der geschärfte Sinn für die Keime einer zukünftigen, festen, starken solidarischen Haltung hat uns von der Augenbinde befreit, die uns blind machte dafür, daß es Solidarität, alltägliche Bereitschaft zur gegenseitigen Hilfe immer auch bei den DrogenkonsumentInnen gab. Unbestritten läßt sich jede Gemeinsamkeit mit entmutigenden Beispielen für Gleichgültigkeit, Betrug und Gewalt doppelt und dreifach konterkarieren. Aber wir wollen dennoch nicht vergessen, daß das**

**allnächtliche Unterkommen von Hunderten obdachlosen DrogengebraucherInnen bei Schicksalsgenossen, das Aushelfen mit diesem und jenem, die Bereitwilligkeit, dem anderen beim Verrichten des Spritzens zu helfen, Teil unseres Lebens in der Szene ist.**

## Wir fordern:

- Stärkung der Selbsthilfegruppen
- finanzielle Unterstützung beim Auf- und Ausbau von Informations-, Beratungs- und Kommunikationsprojekten (HIV-Cafés, Kontaktläden, Positiven-Zeitung, Positiven-Radio)
- soziale Absicherung der Menschen mit HIV/AIDS
- humane Versorgung der bereits Erkrankten im Krankenhaus unter Einbeziehung der Selbsthilfegruppen, keine Sonderbehandlung drogenabhängiger Menschen mit AIDS
- Verbesserung der Pflegeversorgung für AIDS-Kranke zu Hause
- Verteilung der Mittel nach dem Prinzip: So viel ambulant wie möglich, so wenig stationär wie nötig
- betreute und unbetreute Wohnprojekte für Menschen mit AIDS
- betroffenenbestimmte Forschung
- Entkriminalisierung der „Uneinsichtigen“
- Ersatzlose Streichung des § 175
- Einschreiten bei Gewalt gegen Schwule
- Keine Berufsverbote für positive Huren und Stricher
- Haftentlassung für AIDS-kranke Gefangene
- humane Haftbedingungen, um krankmachende Faktoren für positive Gefangene zu verhindern
- Methadon für alle, die es wollen
- weitere Angebote drogengestützter Behandlungen, auch mit Heroin
- Entkriminalisierung und Verbesserung der Lebensbedingungen in den Szenen: Druckräume, Safer Use, soziale Hilfen und Selbsthilfe der KonsumentInnen
- Gesundheitsfördernde Angebote und medizinische Versorgung in den Drogenszenen (Spritzenaustausch, Wundversorgung)
- Keine Ausweisung bzw. Abschiebung von AusländerInnen aufgrund einer HIV-Infektion oder AIDS-Erkrankung
- uneingeschränkte Reisefreiheit für alle Menschen mit HIV/AIDS

*Positiv e.V., Fort.*

**Andreas Hück**, 28 Jahre, aus Berufung positiv, aber lieber allein als e.V. und das auch eigennützig, seit 1984 studierend und das auch noch ohne Ab- und Zusammenbruch, ansonsten typische Karriere in einer regionalen AIDS-Hilfe (Trier): Hauptamtlich, ehrenamtlich, Vorstand etc. Bei Positiv e.V. zuständig für Struktur, Entspannung und hemmungsloses Verstehen.

**Jörg B. Sauer**, Jahrgang 1955, gerne und selbstbewußt schwul („Butsche Bärbel“!), mit „Leib und Seele“ positiv und absoluter Befürworter von aktiven Positiven in den AIDS-Hilfen. Nach Testergebnis im März 1985 Aufgabe des Studiums der Sprachwissenschaft und Einstieg in die AIDS-Hilfe durch Gründung derselben in Mannheim. Dort u. a. langjähriges Vorstandsmitglied mit den Schwerpunkten Außenvertretung und Aufbau eigenständiger Positivenarbeit. Dabei seit dem ersten Bundesweiten Positiventreffen im Waldschlößchen Mai 1986 und bis heute das Gefühl, dort auch zuhause zu sein, im Mai 1988 zusammen mit Celia und Ernst Organisation und Leitung des Europäischen Positiventreffens in München mit endgültigem „positivem Coming out“ und Kennenlernen des heutigen Gatten: Eddie aus Manchester.

Gründungsmitglied von Positiv e.V. Seit Juni 1990 neuer Wohnsitz in England (dadurch Königsberger Klopse in West-Yorkshire), weiterhin Engagement Bundesweite Positiventreffen, Einstieg bei Body-positive und hoffentlich Ausbau der deutsch-englischen Zusammenarbeit.

Besondere Kennzeichen: Schuhgröße 47, bundesweit eher mütterlich, mal verträumt, mal albern und voller Sehnsucht nach den verstorbenen Freunden. Hobbies: Eddie mit Harness (absoluter Spitzenreiter!?), Teddybären und Mayonnaise. Albraum: Zu bügeln und es wird nicht weniger.

Lebenseinstellung: „Jetzt oder nie!“

**Birgitt Seifert**, lebt und liebt in Kassel, ließ sich eine gewisse Zeit stärker auf Drogen ein und liebt einige auch heute noch, weder positives noch negatives Testergebnis, von ihrer Ausbildung her Soz.päd., gründete ihre Arbeitsstelle, die Kasseler AIDS-Hilfe. Bereits seit 1987 zunächst als Betreuerin für den Drogen und Knast-Bereich bei den Bundesweiten Positiventreffen engagiert, schließlich Mitbegründerin von Positiv e.V. und beharrliche Mitstreiterin im Forum der Treffen für Rechte und politisches Engagement von Positiven, wird oft und gerne als Gesprächspartnerin in Krisen und Konflikten von den Teilnehmer/innen auf den Treffen frequentiert, allseits geliebt und geachtet, trotz oder gerade wegen ihrer Vorliebe für echte Pumps und Wein.

**Wolfgang Vorhagen**, Jahrgang 1954 und ebenfalls – noch – jünger aussehend, schwule Sozialisation bei den legendären „Aachener Printenschwestern“, seit 1985 Ureinwohner im Waldschlößchen in Gleichen-Reinhausen, was leider nicht im Rheinland liegt. Arbeitet daselbst zunächst als Koch und schließlich als Dipl.-Pädagoge im Bildungswerk AIDS und Gesellschaft, hier in der AIDS-Farbtbildung und in der Organisation und Durchführung psychosozialer Angebote für Menschen mit HIV/AIDS, verweigert sich trotz häufigeren Zuratens und mancher nächtlicher Alpträume dem Test, begleitet die Treffen von Anfang an zunächst kochend und schließlich mehr und mehr organisatorisch, ist hier vor allem für die inhaltliche Vorbereitung und Leitung zusammen mit der Butschen Bärbel zuständig, hat den Ruf der Gouvernante der Treffen, trägt auch dies mit Fassung, Gründungsmitglied von Positiv e.V., Vorstand in der Göttinger AIDS-Hilfe.

Kochkurse absolviert bei Anne Burda und Barbara Rütting, verliebt sich selten aber dafür eher unglücklich in Männer, hat aber ein glückliches Händchen für Pflanzen und Wettervorhersagen. ■

**A U S B L I C K**

**N**ach Auswertung unserer Gruppenbefragung und nach vielen Gesprächen wurde deutlicher: Hier gibt es drei Ebenen, die wir allesamt bei der Tagung voranbringen sollten, wenn es um die Selbstorganisation von uns Menschen in der AIDS-Krise geht: Wir brauchen eine positive Arbeitsstruktur mit Mittelsleuten auf Orts- und Länderebene für die Organisation und Abrechnung unserer Treffen, aber besonders für das Sammeln der regionalen Diskussionen, Erfolge und Probleme auf den Feldern Recht, Wissenschaft, Politik und regionale Gesundheitsarbeit. Dasselbe gilt für unsere internationalen Treffen, in die wir zukünftig besser vorbereitet gehen sollten. Diese Mittelsleute aus den bestehenden Gruppen halten wiederum Kontakt mit dem HIV-Referat in Berlin, so daß ein dichtes Netz an Informationsfluß und gegenseitige Unterstützung bei den Aktionen entsteht. Die Einrichtung positiver Medien, Zeitung, Radio etc., gehören dazu. „Positive an die Macht in der AIDS-Hilfe“, das ist so einfach nicht umzusetzen. Die Strategien hierzu müssen sorgfältig erarbeitet werden. Eine Idee vor unsere Forderung nach einem/r positiven „AnstifterIn“ zur Selbstorganisation in **jeder AIDS-Hilfe**. Beim bundesweiten Positivtreffen im Waldschlößchen kamen wir darauf, daß das ja nicht immer ein Psychologe oder ähnliches sein muß. Er/Sie könnte auch einerseits die Abrechnung machen, von Beruf z.B. Einzelhandelskaufmann sein, und andererseits das örtliche Positivtreffen anleiten und am Loufen halten. **Jeder Beruf** wäre denkbar, um als HIV-Referent qualifiziert zu sein. Aktionen zur Szenenmobilisierung wären denkbar, um Vorstandswahlen der regionalen AIDS-Hilfen günstig zu entscheiden und vieles andere mehr. Unsere Lebensweisen als Männer und Frauen mit HIV und AIDS sind sehr unterschiedlich. Gesellschaftliche Mehrheits- und Minderheitsmuster kehren sich dabei um: Während Schwule 5% der Gesamtbevölkerung ausmachen, sind es mindestens 75% mit HIV/AIDS; während Straßenjunkies höchstens ein Promille der Gesamtbevölkerung ausmachen, sind es hier 15% mit HIV/AIDS; der Anteil der nichtfixierenden heterosexuellen Frauen an der Gesamtbevölkerung beträgt mindestens 45% während ihr Anteil an den AIDS-Fällen keine 2% beträgt. Das Thema AIDS führt Menschen zusammen, die vordem nur sehr selten Sympathie füreinander hatten. Insbesondere schwule Männer und Junkies sind zwei Welten für sich: Was die einen für besonders unmoralisch halten, ist der alles entscheidende Lebensinhalt für die anderen. (Was nicht bedeutet, daß es keine süchtigen Schwule gäbe, aber fixende Schwule in der Gosse der Großstädte sind eher selten.) Andererseits sind viele Aversionen nur zu gut verständlich, wie etwa die Verachtung von Fixern bei Fixern, die anschaff(t)en. Auch „Frauen und Schwule“ ist ein heißes Eisen. Auf allen drei Ebenen ist es unbedingt notwendig, bereits heute intensiv mit der Arbeit zu beginnen:

– Guckt Euch regional Leute aus, die als MittlerInnen für alle relevanten Themen und Arbeitsbereiche in Frage kommen und laßt das HIV-Referat in Berlin den Stand Eurer Vorbereitungen wissen. – Kommt mit einer Analyse der regionalen AIDS-Hilfe-Situation zur Basis, zu Helfern und AIDS-Hilfe-Politikern nach Frankfurt und stimmt die Analyse in Eurer Gruppe ab. Denkt Euch neue Strategien aus, wie der Basiseinfluß vergrößert werden kann. – All diese Fragen sollen in Untergruppen weiterdiskutiert werden. Dazu soll es mehrere Schwulengruppen geben, getrennt nach Lebensweisen. Überlegt Euch, welche wichtig sind, z. B. eine Ledergruppe, eine Altersgruppe, eine Jungengruppe, eine Parkgruppe etc. Unbedingt gehören evtl. geschlechtstrennt Junky-/Ex-User-/Substituierten-AGs dazu. Eine Frauen-, evtl. auch eine Müttergruppe und eine Gruppe der seltenen „anderen“. Für dies und alle weiteren Themen suchen wir nach Gruppenanimatoren, die möglichst nicht mit den Mittelern der diversen Ebenen der Positiven-Selbstorganisation (1.) identisch sein sollten. Bei allen drei großen Unterthemen der Selbstorganisation geht es um die Konkretisierung unseres politischen Programms: **Keine Rechenschaft für Leidenschaft**. Keine und keiner fällt aus unserer Solidargemeinschaft, ganz gleich, wie Staat und Justiz versuchen, uns zu spalten und gegeneinander aufzuhetzen. Immer wieder ist es auch in unseren eigenen Reihen hart zu spüren, wie der wiederholte „Mord“-Vorwurf bekannter Schwuler gegen die AIDS-Hilfe, gegen uns Positive und Kranke und gegen das stattfindende Leben trotz AIDS beweist. Für das Unterthema 1, die praktische Vernetzung auf Orts-, Landes- und Bundesebene durch Mittelsleute und neue Arbeitsformen könnte das bedeuten, die Zusammenarbeit mit JES und mit den Huren-Selbstorganisationen einzubauen; für Unterthema 2 die Angst des nichtinfizierten und des heterosexuellen Teils der AIDS-Hilfen vor uns zu bearbeiten; für das 3. Unterthema „Keine Rechenschaft für Leidenschaft“ (Solidarität der Uneinsichtigen) wollen wir nach der Gruppenarbeit im Plenum zu einer Gesamtsicht gelangen, mit deren Hilfe wir uns aufeinander zubewegen können. Denn seit Jahren schon jagen sie die drogengebrauchenden Huren und Stricher mit HIV, seit Juni im Nationalen Rauschgiftbekämpfungsplan verschärft alle drogengebrauchenden Frauen und Männer in widerlicher Hatz; einzelne Schwule mit HIV wurden bereits verurteilt, morgen könnten sie gegen uns alle mit dem „Nationalen AIDS-Bekämpfungsplan“ vorgehen und die seltener betroffenen Frauen, Kinder, Hämophilen und heterosexuellen Männer gleich mitnehmen. Daß dies noch nicht geschehen ist, haben wir mit dem Instrument AIDS-Hilfe in den Kommunen, in den Ländern und im Bund mitbewirkt. Laßt uns an der Vereinigung unserer Betroffenenkräfte weiterarbeiten und in der Kongressvorbereitung ordentlich mit anpacken!!!

**Hans Peter Hauschild**

## Hauch von Porno

von Hans Peter Hauschild

Vielleicht erzähle ich besser mit einem Hauch von Porno, was ich meine: Grüneburgpark, Frankfurt, dämmerige Schwüle. . . Um die Klappe herum schlurfen wir Männer mit geilen Wünschen, krauchen gebückt durch Holunderschranken, Äste knacken, sabberndes Stöhnen hinten an der Mauer: Cruising-Time.

Von der Silhouette eines dicken Baumes löst sich zögernd der Umriß eines Kerls, wie ich ihn mag. Vielleicht ist der die Drecksau für diesen Abend. Er kommt langsam ein Stück auf mich zu – Uniform oder Leder ist noch nicht zu unterscheiden – breitbeinig bleibt er stehen, ich suche seinen Blick, will das Dunkel unter dem Schirm seiner Kappe durchbrechen. Meine Hand streift über seinen Sack, er packt seine Titten, zeigt, wo ich beginnen soll.

Die Wolken geben den Mond einen Moment lang frei, so daß der Umriß des Kerls deutlicher wird. Was er da zwischen seinen Fingern traktiert, ist prall und ansehnlich; ich stehe auf dicke Titten.

Mein Schwanz bohrt, führt mich wie von selbst vor ihn hin. Ich beginne seine Titten tief, immer tiefer in mein Maul zu nehmen und bohre meine Zunge gegen die Brustwarze. Er grunzt und nimmt meine Brust so, wie ich es mag. Wir torkeln gegen den Baum.

Poppers. Bald liegen wir auf dem Boden. Seine Arschvotze auf meinem Maul – bald aufgerissen. Wir driften ab. . . Der Himmel auf Erden.

Es dämmt schon, als wir völlig verdreht, zugesabbert und innen wie außen eingeschlungen Arm in Arm auf der Wiese sitzen, noch einen Joint rauchen, als aus dem Wäldchen hinter der Tuntenwiese zwei Männer rauslaufen und fürchterlich zanken: „Das hättest Du mir vorher sagen müssen. Ich hätte nie mit Dir gefickt. Jetzt ist das Scheißding geplatzt oder dringeblichen oder sonst was, jedenfalls ist es weg und Du bist positiv, Scheiße, Scheiße, Scheiße. . .“ Ich fühle mich bei meiner HIV-Betroffenheit ebenso gepackt wie bei der Professionalität als AIDS-Helfer und will eingreifen, trösten, klären, informieren. Ich setze an, aufzustehen, da gräbt mein Schwein für diesen Abend seine Finger in meinen Arsch, leckt meine Titten und sagt: „Laß sie doch.“ Wir fangen wieder an, aber es ist nicht die Erschöpfung, die mir den Kopf für diesen Superarsch nicht mehr freigeben will. . .

**D**ie Deutsche AIDS-Hilfe veranstaltet im September ihren ersten Positionskongreß, auf dem insbesondere HIV-Positive, die nicht organisiert sind, angesprochen und motiviert werden sollen, an einem Fest der Solidarität und zur Diskussion unter uns Positiven, über unsere Forderungen an uns selbst und über unsere Forderungen an die Gesellschaft teilzunehmen.

**Helmut Ahrens: Werner, Du bist Koordinator des Sprecherrates des Selbsthilfebündnisses „Junkies, Ex-User und Substituierte“ (JES). Was hältst Du von dem Motto des Aktionstages „Keine Rechenschaft für Leidenschaft“.**

**Werner Hermann:** Für uns verknüpft sich diese Frage sofort mit der Kriminalisierung. Wir bezahlen seit Jahrzehnten für unsere Leidenschaften mit Knast, mit Ausgrenzung aus der Gesellschaft. Darum ist die Thematisierung nötig, und man kann einiges aus dem Motto 'rausholen, wenn man versucht, die Bedeutung für die Selbsthilfebewegung und für die Solidarität unter Schwulen und Junkies zu diesem Thema auf dem Kongreß zu diskutieren.

**Sylvia Schenz, 30, ist die neue Mitarbeiterin der D.A.H.-Geschäftsstelle im Referat für Drogen und Menschen in Haft.**

Sylvia — selbst Ex-Userin — hat früher bei Release, einer drogentherapeutischen Gruppe mit vorwiegend Selbsthilfecharakter, in der Betreuung gearbeitet. Seit Ende letzten Jahres übernahm sie Werkverträge für das Referat. Jetzt wird sie schwerpunktmäßig für den Bereich Frauen mit HIV und AIDS sowie Menschen in Haft tätig sein.

**Sylvia, Du warst auch Drogengebraucherin. Du hast vor längerer Zeit damit aufgehört, was verbindet sich für Dich als positive Frau mit dem Motto „Keine Rechenschaft für Leidenschaft“?**

Sylvia Schenz: Für mich als positive Frau und Lesbe ist es ziemlich schwierig, mit Leidenschaft und Positivsein umzugehen. Bis jetzt ist in der Lesbenszene dieses Thema ziemlich Tabu, was wohl auch damit zusammenhängt, daß die Aufklärungsarbeit mehr auf die heterosexuelle und auf die schwule Gesellschaft ausgerichtet ist. Die Frauen sind außen vor. Die Lesben sind bis jetzt überhaupt noch nicht berücksichtigt worden. Dadurch bestehen große, große Ängste unter Lesben, weil sie damit einfach nicht umgehen können.

**Folglich wurde auch kaum über Formen der Solidarität zwischen negativen und positiven Lesben gesprochen. Wird denn überhaupt über Leidenschaft, unterschiedliche Leidenschaften von Lesben in der Subkultur gesprochen; d.h. Vorlieben für bestimmte Sexualpraktiken, vielleicht solche, die ein Infektionsrisiko in bestimmten Lebenssituationen haben?**

S: Mir ist nicht bekannt, daß darüber gesprochen wird. Wenn ich eine Frau kennenlerne, versuche ich irgendwann im Laufe der Gespräche mit einzubauen, daß ich infiziert bin. Ich habe aber immer sofort das Bedürfnis, mich dafür zu rechtfertigen, warum ich infiziert bin und komme dann natürlich auf meinen damaligen Drogenkonsum zu sprechen. Ich kann damit besser umgehen, als wenn manche Frauen denken, ich habe mir das über Geschlechtsverkehr geholt. Das ist schon wieder so ein Grenzpunkt, wo sofort auf Abstand und Distanz gegangen wird.

**Wenn Du von Deinem Drogenkonsum redest oder überhaupt vom Positivsein?**

S: Nein, ich meine, wenn ich sage, ich bin infiziert über Geschlechtsverkehr, gehen manche davon aus, daß ich vielleicht anschaffen gegangen bin, oder mit Männern vorzugsweise ins Bett gehe, oder bisexuell bin. In der Szene, wo ich verkehre, würde das mit Entsetzen und Schrecken aufgenommen.

**Das heißt, auch bei Lesben ist der Umgang mit dem Positivsein von Frauen keineswegs selbstverständlich und es ist vermutlich schwierig, Solidarität zu gewinnen, weil kein Bewußtsein über AIDS und alles, was damit zusammenhängt, besteht?** S: Ja, deshalb ist es wichtig, daß sich gerade die Lesben bei diesem Positivenkongreß zusammenschließen, und sich endlich mal an die Öffentlichkeit wagen, damit erstmal ein Gemeinschaftsgefühl entstehen kann. Bis jetzt habe ich immer das Gefühl, ich bin eine von ganz, ganz wenigen. Ich kenne kaum andere Lesben, die positiv sind und das ist für mich erstmal das Wichtige, dieses Gefühl zu haben, da sind auch andere Frauen, mit denen ich mich nat'falls zusammenschließen und mich austauschen kann.

**Werner, Du bist heterosexuell und hast Dich auch über das Motto infiziert. Welche Schwierigkeiten liegen eigentlich in dem Motto „Keine Rechenschaft für Leidenschaft“. Du hast gesagt, der Staat ver-**

**langt den Junkies dauernd Rechenschaft ab, ob es AIDS nun gibt oder nicht. Wie sieht es denn in den eigenen Reihen aus? Welche Interessen gibt es da? Welche Leidenschaften sind da? Was hat man für ein Selbstverständnis in Bezug auf die Infektionsgefahren, in Bezug auf das Bedürfnis nach Solidarität?**

W: Ja, ganz eindeutig ist es mit der Leidenschaft schon dadurch

nicht, daß Fixen oder Drogenkonsumieren mit Attributen, mit Lebenssituationen verknüpft ist, die man sonst eigentlich nicht mit Leidenschaft verbindet: Ausgrenzung, Elend, Krankheit, Knast, Verfolgung. Das alles ist mit dieser unserer Leidenschaft irgendwie verknüpft und, ehrlich gesagt, habe ich Schwierigkeiten, die Leidenschaft unter diesem Berg von erdrückenden Umständen, unter denen Drogenkonsum überhaupt stattfinden muß, nach hervorzuziehen. Allerdings sieht man das natürlich als jemand, der in der Selbsthilfebewegung arbeitet, doch etwas verengt. Ein Großteil der Drogengebraucher ist natürlich aus Leidenschaft Drogengebraucher, aus Neigung, weil sie es genießen, weil es Sensation und Empfindung vermittelt, die man sonst nirgendwo bekommen kann.

**Es soll auf dem Kongreß lustvoll zugehen. Es sollen auch Leidenschaften nicht nur zur Sprache gebracht werden, sondern auch ausgelebt werden. Erich Fromm schreibt „Leidenschaften sind ja Versuche des Menschen, seinem Leben einen Sinn zu geben und das Äußerste an Intensität und Kraft zu erleben, was unter den gegebenen Verhältnissen möglich ist“. Werner, es wird eine Selbstverständniskongressdiskussion auf dem Kongreß auch über Fragen der Selbstorganisation, Anliegen der Junkies in der AIDS-Hilfe, an die AIDS-Hilfe, an die Gesellschaft geben. Welche sind das? Wovon soll die Rede sein?**

W: Na, wenn wir da Leute haben wollen, und das wollen wir ja, und wir sind der Überzeugung, daß durch die Substitution Drogenhilfe, Selbstorganisation der Fixer, möglich ist, dann müssen wir auch alle die Möglichkeiten von Druckräumen diskutieren, müssen sehen, was es für tatsächliche Möglichkeiten gibt, verfolgungsfreie Räume in den Szenen zu schaffen, Räume, in denen Safer Use (ein gesundheitlich risikoarmer Drogengebrauch) möglich ist, wo akzeptable Bedingungen auf den Szenen geschaffen werden können, ohne Tote. Das müssen wir diskutieren, auch unter dem Aspekt, welche juristische Räume möglich sind, welche politische Unterstützung wir von den AIDS-



Sylvia Schenz

# Lebensre

Hilfen, aber auch von außerhalb, kriegen und erwarten können. Was die Bedingung für so einen Positivenkongreß besonders günstig macht, das ist der Durchbruch der Substitution, der Ersatzdrogenbehandlung. Dieser Durchbruch ist jedoch auch sehr problematisch, weil er gleichzeitig begleitet wird von einer Offensive, mit dem Ziel, auch noch unsere letzten subkulturellen Reservate durch niederschwellige Kontaktmöglichkeiten und so weiter auszuleuchten. Aber, wie gesagt, wir glauben, daß die Bedingungen zur Zeit gut sind für Selbsthilfe. Die Legalisierungsdiskussion unserer Drogen hat angefangen, die können wir auf dem Kongreß weitertreiben, und so sehe ich eigentlich sehr gute Möglichkeiten, viele, hauptsächlich Substituierte und Ex-User, nach Frankfurt zu kriegen und zusätzlich in der dortigen Szene für den Kongreß zu mobilisieren. Die gegenwärtige Auseinandersetzung ist ganz szenenah, über Methadon und die Legalisierung von Drogen wird in den Szenen sehr viel geredet.

**Viele Fixer haben natürlich Angst, sich soweit öffentlich zu machen, sodaß sie eher nicht zu dem Fest oder zu den Kongreßveranstaltungen kommen. Was findet denn praktisch in der Szene statt?**

W: Nun, in den Frankfurter Anlagen, dort, wo sich die Leute normalerweise aufhalten, wird ein Grillfest sein und wir werden den Ablauf dieses Festes dadurch begleiten, daß dort medizinisches Personal ist, das auch über Safer-Use aufklärt. Ich hoffe, daß das wirklich auch ein Forum der politischen Auseinandersetzung wird, daß man in Frankfurt, in dieser Stadt, in dieser Szene, der größten offenen Szene in der Bundesrepublik, diskutiert, wie man Drukkräume zustandebringt, wie die rechtliche Lage ist, wie die Möglichkeit ist, in Frankfurt so etwas zu dulden seitens der Justiz, der Polizei und der Behörden. Gleichzeitig ist es ganz klar, daß, wenn da Junkies vorbeigeschlendert kommen und an den Diskussionen teilnehmen, daß da Informationen zu Safer-Use sind und daß, wenn Leute nicht drücken können, ihnen gezeigt werden kann, wie sie drücken sollen.

Natürlich wollen wir etwas für die Gesundheit der Leute tun und das soll da stattfinden. Wir wollen aber auch thematisieren, was für Substituierte, was für Junkies, was für Ex-User nötig ist, um akzeptable Lebensbedingungen zu schaffen.

**Sylvia, das ist ziemlich viel, was sich die Junkies hier vorgenommen haben. Was werden die Frauen machen?**

S: Ich hoffe, daß die Frauen diese Gelegenheit endlich nutzen, um aus ihrer Vereinsamung rauszukommen. Ich persönlich bin wirklich voller Neugierde, endlich mal infizierte Frauen zu treffen, egal ob Heterosexuelle, Lesben, Drogengebraucherinnen, Bisexuelle. Ich möchte sie endlich mal alle zusammen auf einen Haufen haben, um zu erfahren, wie es denen geht, was für Begegnungen sie haben, was für Erfahrungen sie gemacht haben. Zum Beispiel schwangere Frauen, die zum Arzt kommen und einen Schwangerschaftstest machen wollen, werden oft von Ärzten unter Druck gesetzt, gleichzeitig einen HIV-Test zu machen. Das ist für mich ein ganz wichtiger Punkt, der unbedingt besprochen werden muß, weil viele Frauen dies erst mal so hinnehmen, sich unterdrücken lassen von Autoritäten, sprich den Ärzten, und sehr, sehr unsicher sind.

Deshalb haben wir bei diesem Kongreß extra für Frauen einzelne Arbeitsgruppen eingerichtet, wo diese speziellen Problembereiche besprochen werden können.

**Das heißt, für Frauen gibt es auf diesem Kongreß eine große Chance, daß sie andere Frauen aus unterschiedlichen Szenen kennenlernen und sie sich vielleicht auch Mut machen können. Ein Schwerpunktbereich in dem Kongreß-Themenbereich ist ja auch die psychosoziale Versorgung von erkrankten Frauen durch AIDS-Hilfen und ein weiterer Komplex ist der Umgang mit AIDS-kranken Frauen in**

müssen wir unbedingt was tun.

**Dazu wird es auch Arbeitsgruppen geben und es werden auf dem Kongreß Forderungen entwickelt werden. Welche frauenspezifischen Forderungen gibt es im Zusammenhang mit AIDS-Erkrankungen und Pflege?**

S: Ganz speziell muß besprochen werden, in welcher Situation HIV-infizierte oder AIDS-kranken Frauen mit Kindern leben. Dann, wie die medizinische Versorgung in den Frauenknästen ist, was passiert, wenn sie rauskommen aus den Knästen. Können sie in irgend einer Art draußen aufgefangen werden. Wie ist die Situation von Frauen, die Schwangerschaftstests machen lassen wollen...

**...und auch die Sexualität?**

S: Das ist natürlich ein ganz wichtiger Punkt, über die Sexualität zu sprechen. Aber da wird es nach meiner Ansicht die größten Blockaden bei den Frauen geben.

**Das Kongreßmotto heißt „Positiv in den Herbst“ und das meint auch die Solidarität unter den verschiedenen Betroffenengruppen.**

W: Ja, erst mal würde ich noch gerne an das vorige anknüpfen, was Sylvia gesagt hat. Gerade Frauen als Drogengebraucherinnen, als teilweise langjährige Fixerinnen gerade sind natürlich oft positiv und sind gleichzeitig oft im Gefängnis. Aus meiner Erfahrung mit Frauen aus der Szene kann ich sagen, daß unter langjährig drogengebrauchenden Frauen sehr viele positiv sind – und die sitzen vermehrt im Knast. In Berlin-Plötzensee sind zum Beispiel weit über 50 % der Frauen positiv. Was passiert für die Frauen da drin, was passiert für die Frauen wenn sie rauskommen, gibt es da überhaupt irgendwelche solidarische Strukturen, wie können wir uns die erkämpfen, sollen wir die einfach hängen lassen, sollen wir mit denen gar nichts machen? Da müssen wir uns wirklich Gedanken machen.

**Sylvia, vielleicht weißt Du mehr über das, was schon an Solidarität unter den Frauen da ist, und was man weiterentwickeln soll auf dem Kongreß.**

S: Bis jetzt ist mir von Solidarität noch nicht viel bekannt. Gerade das erhoffe ich mir durch den Kongreß.

Daß sich endlich mal die Frauen zusammenfinden und dieses positive Gefühl auch entdecken und weiterleben können.

Das soll eine Botschaft des Muts zur Selbstorganisation an die Frauen sein. Kommt hin zum Kongreß!

**Was ist denn noch geplant, worum geht es noch auf dem Kongreß?**

W: Als sehr erfreuliches Faktum muß man ja auch mal anmerken, daß die Positiven in der Fixersubkultur nicht von ihren eigenen Leuten diskriminiert werden. Das ist mir überhaupt noch nicht aufgefallen, daß jemand, weil er positiv ist, irgendwie ausgegrenzt wird. Die ganze Verrichtung von Safer-Use, daß man die Spritze nicht weitergibt, das hat doch schon erfreulich Raum gegriffen und man muß sagen, daß Positivsein eben nicht zur Ausgrenzung und zur Diskriminierung unter den Drogengebrauchern geführt hat. Das ist natürlich eine gute Ausgangslage für solidarische Aktionen auch mit anderen Minderheiten zusammen. Mit den Schwulen in den AIDS-Hilfen selbst ist das natürlich eine sehr problematische Geschichte. Alle wissen das, es gibt ganz aktuelle Auseinandersetzungen darum und da sind die Aussichten schon deshalb gut, weil die Selbsthilfeorganisationen der Fixer eben auf die Schwulen konkret zugehen werden, Betroffentelefone will ich nur erwähnen. Das ist eine Aktion, die JES noch vor dem Kongreß starten wird. Telefone von HIV-positiven Junkies, für Junkies, die eben aus Scheu oder Berührungängsten nichts mit Behörden oder Beratungsstellen zu tun haben wollen, die dadurch Gelegenheit haben, sich an die AIDS-Hilfen oder an die Betroffentelefone zu wenden. Auch das werden wir auf dem Kongreß thematisieren.

**Also Schwule und Junkies, die problematische Situation unter dem Stichwort Solidarität, ist ein Thema des Kongresses.**

W: Es sind immer auch die Frauen gemeint. Bei den Junkies sind die Frauen nicht ausgegrenzt, wie sollten sie auch.

**Sylvia, Werner hat gerade gesagt, es gibt zwischen den Junkies, Fixern und Fixerinnen wenig Probleme in Bezug auf Ausgrenzung zwischen positiven und negativen. Siehst Du das auch so?**

Fortsetzung S. 33



Werner Hermann

# alitäten

**Krankenhäusern, vor allem auch mit drogengebrauchenden Frauen. Was wird denn da zur Sprache kommen müssen?**

W: Mit der nun leider verstärkt auftretenden Erkrankungswelle von Junkies, also von drogengebrauchenden HIV-positiven Frauen und Männern, muß man leider feststellen, daß sich das normale Gesundheitssystem, also die Krankenhäuser und die sonstigen Versorgungseinrichtungen, gegenüber den Fixern als sehr schäbig und außerordentlich unzureichend erweist. Es sind Restriktionen bei der Aufnahme von Fixern in Krankenhäuser festzustellen, von wirklich AIDS-kranken Fixern. Es gibt in Krankenhäusern, die noch Fixer aufnehmen, empörende Restriktionen für Junkies. In Berlin, um ein konkretes Beispiel zu nennen, hat das Auguste-Viktoria-Krankenhaus Regeln/Restriktionen für drogengebrauchende Patienten aufgestellt, die langsam aber sicher eher einem Hachsicherheitstrakt anstehen würden als einer Krankenhausstation, und gegen diese Situation, die nicht nur auf Berlin beschränkt ist,

S: Für die Frauen- und Lesbenszene kann ich das so nicht unterschreiben. Ich rechne da, aufgrund meiner Erfahrung, schon mit großen Hemmungen bis hin zu Diskriminierungen. Wo ganz klar signalisiert wird, damit will ich mich nicht, damit kann ich mich nicht auseinandersetzen. Genau dieser Punkt wird im Rahmen des Kongresses ein wichtiges Gesprächsthema für Frauen sein.

**Sylvia, das ist doch eine Form von schleichender Ausgrenzung, uns gegenüber, die wir sterben werden.**

**Bis jetzt jedenfalls, so lange die Medizin kein Mittel gefunden hat, diskutieren wir unter dieser negativen Perspektive. Welche Forderungen sind denn im Bezug auf uns als Erkrankende da und wie ist der Umgang mit Tod, Trauer und Sterben?**

S: Für mich persönlich ist ganz wichtig, endlich aus der Vereinsamung rauszukommen, aus dem Schweigen.

Das beinhaltet für mich den Keim für Krankheit und den evtl. Tod. Schweigen, Schweigen ist Tod und den möchte ich, den wollen wir nicht.

W: Tod, das eigene Sterben als Thema auf so einem Kongreß, ist natürlich mit großen Hemmungen belastet.

Ich glaube, daß diese Hemmungen auch nach spezifisch für Deutschland

sind. Die Beklemmung zum Beispiel: Trotz aller Kopien in der Trauerkultur, die hier von Amerika abgezogen werden, kommt man zu der Feststellung, daß es eine der amerikanischen Quiltbewegung ähnliche Geschichte der Trauer in Deutschland nicht gibt, d.h. hier kümmert sich niemand drum, wer eigentlich alles stirbt. Das einzige, wo man das sehen kann, wenn man aufmerksam ist, das sind die Todesanzeigen. Ansonsten gehen unsere Toten in der Anonymität unter. Das ist eine sehr bedauerliche Geschichte, die man da mal thematisieren muß.

S: Deshalb, Frauen, wünsche ich mir von Euch, daß Ihr mit auf die Straße geht, Euch Unterstützung und Solidarität von den Schwulen und von den Drogengebrauchern holt. Die Solidarität steht Euch zu und sie wird uns einfach Kraft geben.

W: Laßt uns den Kongreß zu einer Sache machen, die mit unseren Lebensrealitäten zu tun hat. Mit dem, was akzeptable Lebensbedingungen für uns als Drogengebraucher schafft.

**Das heißt also, Ihr beide seit dem Motto treu „Positiv in den Herbst“, in dem es um Leben geht. Auch um Tod, um Erinnerung, aber vor allen Dingen auch um Verstehen und um Kampf für akzeptable Lebensbedingungen hier und jetzt.**

S: Sa ist es, so sollte es werden. ■

## Ein Aufruf an die Frankfurter Szene

**An die Drogengebraucher, die in der AIDS-Hilfe aktiv sind, an HIV-Positive und HIV-Negative, an die in der Selbsthilfe von Drogengebrauchern aktiven Menschen, an Substituiertengruppen und an einzelne Menschen mit legalem Gift und Zeit und Verstand.**

An Drogengebraucher, die sich gegen die Gehirnwäsche mancher Methadonprogramme, Methadonstudien, und Arzneimittelprüfungen wehren, in deren Kriterien wir uns verfangen und dabei immer durchsichtiger werden.

An Menschen mit der festen Absicht, für Druckräume auf den Szenen zu sorgen.

Diese sollen verfolgungsfreie „shooting galleries“ sein, Fixerstübl, in denen es keine Toten gibt und in denen der Begriff Safer Use kultiviert wird (ohne gleich ambulanzartigen Charakter zu kriegen).

Wie sieht die Rechtslage aus? Wie ist die Rechtslage? Die Interessenlage ist klar.

Wer unterstützt uns? Die AIDS-Hilfen. Das ist die schwule Solidarität, die aber 100 % hinter uns nur steht, wenn wir es richtig deutlich vermitteln, warum wir Druckräume brauchen zur Prävention in Sachen AIDS, gegen das Elend, den Drogentod. Weil das Verstecken aufhören muß, neue Spritzen müssen immer da sein, Wasser aus dem Hahn, nicht aus dem Klobekken. Andere Menschen, die nicht paniken und nicht weglaufen müssen, wenn's zu einer Overdose kommt.

Also Druckräume und die schwule Solidarität. Und die Solidarität unserer bekannten Unterstützer, unserer Ärzte und ihres Personals, der Wissenschaft, die gewissenhaft bleibt gegenüber dem Objekt ihrer Begierde. Einige Praktikern der Drogen- und AIDS-Arbeit. Und aller derer nachwachsende Generation — seid uns willkommen.

Wir können uns treffen bei der Gelegenheit der sogenannten Positiven Tage „Positiv in den Herbst“ vom 27.-30. September 1990. Die Frauen und

Männer, die's für richtig halten, daß wir anfangen zu zappeln, die das Motto der Demo „Keine Rechenschaft für Leidenschaft“ unterstützen, die nicht länger stillhalten, die selbst was tun müssen. Aus den AIDS-Hilfen und ihrer Nähe. Menschen mit Ersatzdragenzeit. Eltern von Kindern, Kinder von Eltern. Ganz offen wollen wir allen sagen, daß Methodan, daß Druckräume, daß Spritzenaustauschprogramme, Safer Use, Solidarität, Einzelkompf und Gruppen — daß all dies Bausteine der Legalität sind; wir arbeiten an unserer Entkriminalisierung. Darum laßt uns diese Tage im Herbst nutzen.

JES — die Junkie-, Ehemalige- und Substituierteninitiative, hervorgegangen aus der Deutschen AIDS-Hilfe und einigen aktiven Junkiebünden und ähnlichen Gruppen — JES zeigt drei Wochen lang im September in Frankfurt eine Foto/Text-Ausstellung aus der Szene. Torsten Schmidt, Fotos, Amsterdam; Manny Bröder, Texte, Bremen. Achtet auf die Plakate und Ankündigungen.

JES wird an diesen vier Tagen für Leute aus vielen größeren Drogenballungsgebieten der BRD und Westberlin in Zusammenarbeit mit den AIDS-Hilfen und der D.A.H. die Termine und den Aufenthalt organisieren.

**JES wird das Forum — das diese Positivtage für HIV-Positive und Drogengebraucher sein werden — vorbereiten und in den Interessenbrennpunkten, Diskussionsrunden, AG's, Begegnungen und dem Erfahrungsaustausch mitwirken.**

Da dieser Aufruf in Berlin geschrieben wird, genau zwei Monate vor den Ereignissen: Wo in Frankfurt drogengebrouchende Menschen gewöhnlich entlangschlurfen oder eilen, wird Ende September — wenn das Wetter es zuläßt — der Rauch gegrillten Fleisches mit dem knisternden Ozon des Meinungsstreites und der sabbernden Wiedersehensfreude der Polytoxikomanen konkurrieren.

**JES — der Sprecherrat  
im Auftrag Werner Hermann**

## Wer zuletzt lacht geht baden.

*Schwierigkeiten der „Arbeitsgemeinschaft Berliner Positive“ bei der Durchsetzung einer Schwimmstunde für Betroffene und wie sie genutzt wurden.*

Die gesundheitsfördernde und stabilisierende Wirkung körperlicher Betätigung wie z. B. Schwimmen, gilt auch für Menschen mit einer HIV-Infektion. Doch wenn die Folgen der Erkrankung, wie z. B. Abmagerung, Konditionsschwäche und Hauterkrankungen äußerlich sichtbar sind, haben Betroffene häufig eine Scheu, sich in einer breiteren Öffentlichkeit zu zeigen.

Die rührige Arbeitsgemeinschaft Berliner Positive (AGB+) rief deshalb im Rahmen ihrer vielschichtigen Angebote für Menschen mit HIV und AIDS die Schwimmgruppe „Positeidon“ ins Leben, die in einem geschützten Rahmen, gewissermaßen unter

gen Bäderamt eine Badezeit in einem Hallenbad der Stadt, damit Menschen mit HIV und AIDS dort gesundheitsfördernderweise schwimmen und planschen können. Eine wohlmeinende Sachbearbeiterin freute sich mitteilen zu können, daß eine einstündige Badezeit im Alten Stadtbad in Charlottenburg nun ausschließlich den planschenden Positiven zur Verfügung stehen werde. Doch ihre Freude wurde nicht geteilt. Den BademeisterInnen des Schwimmbades kamen Bedenken. Diese teilten sie dem Bäderamt mit, welches ihnen großzügig Rechnung trug und die Baderlaubnis „zunächst“ aufhob. Das Anliegen der Positiven müsse erst einmal von anderen Dienststellen geprüft werden. Eine Schulung zum Thema AIDS hatte Fragen aufgeworfen und förderte Berührungängste zutage.

verseuche. Die Leute von der Arbeitsgemeinschaft Berliner Positive griffen die unsicherheitsgewordenen Vorurteile der Bademeister auf. Schließlich bleiben Ablehnungen und Diskriminierungen häufig im Verborgenen und werden selten so geäußert, daß man ihnen etwas entgegensetzen kann.

Für Gelegenheiten, Vorurteilen entgegenzutreten muß man fast schon dankbar sein, meinte die AGB+.

Spontan gab sie eine Presseerklärung heraus, in der sie auf die unerträgliche Diskriminierung AIDS-kranker Menschen hinwies. Sie lud Journalisten zu einem Protestschwimmen ein und nicht nur sie – binnen weniger Tage mobilisierte sie in Thekengesprächen weite Teile der Sub, streute den Protesttermin unter Freunde und andere Projekte. Schließlich packten über 40 Leute die Badehose ein und schwammen Protest. Das Bäderamt, die Bademeister und der Sportstadtrat befanden sich in der Defensive, nachdem im Vorfeld bereits kritische Beiträge in den Medien erschienen waren. Eine Ausnahmegenehmigung wurde erteilt. Die behördlichen Stellen hatten ohnehin schon Schelte genug eingesteckt.

Die Journalisten griffen das Thema dankbar auf und berichteten umfassend in Radiobeiträgen, der Tagespresse und überregionalen Blättern. Nachdem sich schließlich selbst die Gesundheitssenatorin zu Wort meldete und die Genehmigung längst erteilt war, luden die AGB+ und die Berliner AIDS-Hilfe schließlich zu einem Solidaritätsschwimmen mit Frau Momper ein. Auf diese Weise fand das Thema schließlich Eingang in die Boulevardpresse und das Kamerateam der Berliner Abendschau drängelte sich am Beckenrand.

Die Schwimmbad-Affäre zeigt, daß bei einem angemessenen Anlaß mit viel Improvisation und einem unverfrorenen Herantreten an die Journalisten eine große Öffentlichkeit hergestellt werden kann.

Die Arbeitsgemeinschaft Berliner Positive lacht sich noch heute ins Fäustchen und hat eine Öffentlichkeitsarbeit geleistet, die den AIDS-Hilfen ein Lehrstück sein kann.

*Uwe Jahn ist Pressesprecher der Deutschen AIDS-Hilfe*



*Uwe Jahn, Pressesprecher der Berliner AIDS-Hilfe, im Gespräch mit Anne Momper*

Ausschluß der Öffentlichkeit, eine Bade-stunde einrichten wollte. Wunsch der wohl aktivsten Positiven der Republik war es, zu baden, ohne den mißtrauischen oder gar mitleidigen Blicken von Bürgern ausgesetzt zu sein, die sich für anständig halten. „Positeidon“ ging es vorschriftsmäßig an: In wohlge-setzten Worten beantragte sie beim zuständi-

Irrationales griff Raum in Köpfen und fand in Gesprächen Niederschlag: So sei es doch bekannt, daß Ertrinkende mitunter bis-sen, und wer schließlich könne dafür garan-tieren, daß eine große Menge infektiösen Blutes im Badewasser – wie sie entstehen könne, wenn ein Kranker sich an einer vorste-henden Kachel verletze – nicht das Wasser

# Zum Thei

# Testmißb

## AIDS-Hilfen gegen heimliche Tests in bayerischen Kliniken

Die AIDS-Hilfe Baden-Württemberg e.V. lehnt in einem am Freitag vorgestellten Positionspapier den „Anonymen Unverknüpfbaren HIV-Test“ (AUT) nachdrücklich ab und fordert die verantwortlichen Politiker in Baden-Württemberg auf, sich auch weiterhin nicht dem Negativ-Beispiel Bayerns anzuschließen. Dieses AUT-Projekt wird bisher nur in Bayerns Uni-Kliniken durchgeführt und bedeutet, daß Patienten anonym sowie ohne deren Wissen und ausdrückliche Einverständniserklärung auf HIV (AIDS-Virus) untersucht werden.

Diese Vorgehensweise verstößt nach Ansicht von Juristen und Datenschützern gegen geltendes Recht (GG Art. 2 und 14,

BGB 903). Darüber hinaus sind die zu erwartenden Zahlen nach Meinung des Landesverbandes der baden-württembergischen AIDS-Hilfen epidemiologisch irrelevant und ohne Konsequenz für die Präventionsarbeit, „das Geld ist zum Fenster hinausgeworfen“, denn AUT verhindert keine HIV-Infektion, sondern zählt sie nur und AUT durchbricht keine Infektionsketten, da er anonym sein soll. Die AIDS-Hilfe Baden-Württemberg appelliert an die Bayerische Staatsregierung, diese sinnlose Geldverschwendung für das Projekt AUT zu stoppen (allein 1990 sind dafür eine Million DM eingeplant, für 1991 mehrere Millionen). Stattdessen soll sie den bayerischen AIDS-Hilfen (Selbsthilfegruppen), die

bislang nicht von der Landesregierung unterstützt werden, entsprechende Mittel zur Verfügung stellen. In Anbetracht der angespannten Finanzlage im Präventionsbereich der Selbsthilfegruppen beispielsweise in Baden-Württemberg, der zunehmenden sozialen Verelendung vieler Menschen mit HIV und AIDS, den fehlenden Finanzmitteln und fehlendem Wohnraum für betreute Wohngruppen mit Betroffenen sowie des Pfllegenotstandes in der ambulanten und stationären Versorgung von Menschen mit HIV und AIDS, bezeichnet die AIDS-Hilfe Baden-Württemberg das AUT-Projekt als zynisch.

### Hauskäufer gesucht

Die AIDS-Hilfe Nürnberg/Erlangen/Fürth e.V. sucht einen Käufer für eine 100 qm große 4-Zimmer Altbau-Wohnung im Stadtteil Gostenhof in Nürnberg. Diese Wohnung wurde uns vor zwei Jahren vom derzeitigen Besitzer zur Vermietung an Positive zur Verfügung gestellt. Seitdem existiert dort eine Positive-WG, in der zur Zeit zwei Männer und zwei Frauen leben. Dieses Wohnprojekt ist nun in Gefahr, weil der Besitzer sich leider gezwungen sieht, die Wohnung zu verkaufen und unser Mietvertrag demnächst ausläuft.

Bevor die Wohnung allerdings auf dem freien Markt angeboten wird, haben wir eine Frist erhalten, in der wir uns intern nach einem Käufer umsehen können, der die Wohnung auch weiterhin an uns vermieten

würde. Wir appellieren deshalb an alle diejenigen, die auf der Suche nach einer geeigneten Kapitalanlage sind und dabei den sozialen Aspekt noch nicht aus den Augen verloren haben. Die beschriebene Wohnung ist renoviert, die Miete beträgt derzeit 800,- DM kalt, und der Kaufpreis soll zwischen 165.000,- und 180.000,- DM liegen.

Interessenten werden gebeten, sich an Ralph Emmert-Sinzinger (c/o AIDS-Hilfe Nbg/Erl/Fü, Irnerstr. 2-6, 8500 Nürnberg 1, Tel.: (0911) 20 90.06, zu wenden, um einen Besichtigungstermin zu vereinbaren.

### Anfang gemacht

Hannover. Anfang Juli konnten die ersten drei Bewohner ein Einfamilienhaus beziehen, um das die Hannoversche AIDS-Hilfe sich lange bemüht hat. „Betreutes Wohnen“ nennt sich das Projekt für den Personenkreis obdachloser, an AIDS erkrankter Menschen, die auf dem Wohnungsmarkt chancenlos bleiben.

Drei ausgebildete Sozialarbeiter beraten die Mitglieder der Hausgemeinschaft bei Alltagsproblemen und in Krisensituationen. Auch die ärztliche Versorgung und häusliche Krankenpflege sind gewährleistet. Doch mehr als ein Pilotprojekt kann die neue Einrichtung, die auf vier Bewohner zugeschnitten ist, nach Meinung der Hannoverschen AIDS-Hilfe nicht sein. *Elmar Drost*



# ma rauch

## AIDS-Skandal in der Universitätsklinik

Der Umgang der Universitätskliniken Münster mit dem HIV-Test war schon einmal – Ende 1988 – auf Empörung in der Öffentlichkeit gestoßen. Patientinnen und Patienten wurden regelrecht zum Test gedrängt und im Falle einer Testverweigerung mit dem Abbruch der Behandlung gedroht. Nachdem die Leitung der Universitätsklinik als Reaktion auf die öffentliche Diskussion neue Richtlinien erstellte, wurde es ruhig um den HIV-Test.

In den letzten Monaten häuften sich allerdings Anrufe von Mitarbeitern und Patienten der Universitätsklinik in der Beratungsstelle der AIDS-Hilfe Münster, die von Testpraktiken berichteten, die die AIDS-Hilfe als

### Richtigstellung

Im Artikel „Neue Pflege braucht das Land“ zur Situation der ambulanten Pflege von Menschen mit AIDS habe ich im D.A.H. aktuell geschrieben, daß die von der Arbeiterwohlfahrt betriebene Pflegestation mit zu den Organisationen gehöre, die das Anlegen von Infusionen und die Methadonvergabe ablehne. Das ist nicht richtig, vielmehr bietet die Arbeiterwohlfahrt diese Leistungen für Menschen mit AIDS an.

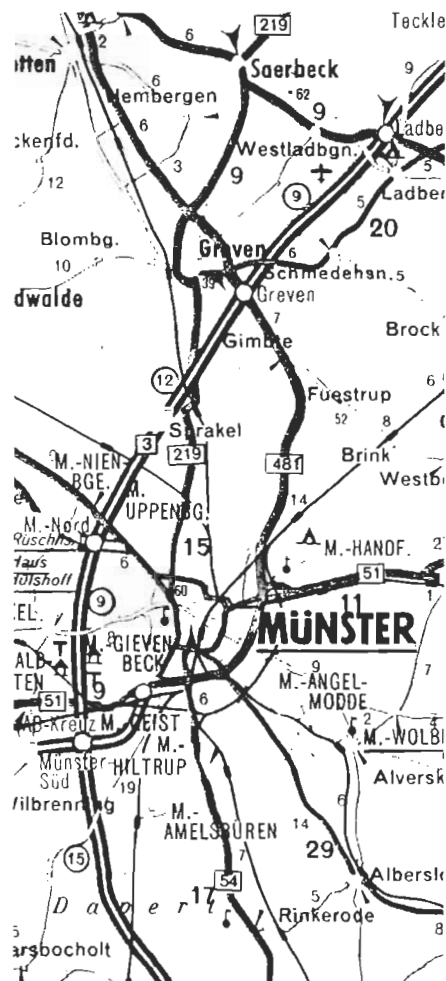
Ich bedanke mich bei Uwe Peller für diesen Hinweis und bitte die Damen und Herren der AWO Sozialstation für diesen Lapsus um Entschuldigung.

Jürgen Poppinger

„skandalös und eindeutig illegal“ bewertet.

Nach Einschätzung der AIDS-Hilfe wird in Teilen der Universitätsklinik – insbesondere in der Chirurgie – der HIV-Test routinemäßig durchgeführt.

Privatpatienten erfuhren nach Informationen der AIDS-Hilfe manchmal erst durch ihre Rechnung, daß der Test durchgeführt wurde. In anderen Fällen wurde den Patienten gegenüber beiläufig erwähnt, daß das Blut auch auf HIV-Antikörper getestet wird. So erging es auch Frau Leluschko, die vor kurzem wegen einer Achillessehnenverletzung in der Chirurgie der Universitätsklinik in Behandlung war. „Ich fühlte mich völlig überrumpelt, als mir bei der Blutentnahme gesagt wurde, daß auch der HIV-Test gemacht wird“, berichtet Frau Leluschko. Sie habe in ihrer Verwirrung zuerst zugestimmt. „Der zuständige Chefarzt hat sich später bei mir für die Überrumpelung entschuldigt“, ergänzt Frau Leluschko, „aber er teilte mir gleichzeitig mit, daß ich ohne die Testeinwilligung gar nicht operiert worden wäre.“ „Ein solcher Umgang mit dem Test ist ein eklatanter Verstoß gegen geltendes Recht und auch gegen einen Erlaß des Düsseldorfer Gesundheitsministeriums. Dieser verlangt vor einem HIV-Test ein ausführliches Beratungsgespräch und das ausdrückliche Einverständnis des Patienten“, kommentiert Ulrich Besting, Psychologe der AIDS-Hilfe Münster. „Außerdem ist bei einer Testverweigerung der Arzt nur dann von der Behandlungspflicht entbunden, wenn die Kenntnis des Immunsystems absolut unentbehrlich für die medizinische



Behandlung ist.“ Ein Mensch, der ohne die Möglichkeit einer vorherigen persönlichen Auseinandersetzung mit einem positiven Testergebnis konfrontiert wird, so U. Besting, sei nach seinen Erfahrungen in höchstem Maße suizidgefährdet. Ein HIV-Test dürfe daher niemals wie ein x-beliebiges Routine-Verfahren eingesetzt werden.

Elisabeth Lefken, Mitarbeiterin der AIDS-Hilfe Münster und selbst Ärztin, hält die Behauptung mancher Klinik-Mediziner, sie müßten die Patienten testen, um sich selbst schützen zu können, für unhaltbar. „Die unabhängig von AIDS geltenden Hygienevorschriften reichen allemal als Schutz vor HIV-Infektion aus“, erläutert E. Lefken. Außerdem seien die ganz wenigen weltweit bekannten HIV-Infektionen im Medizinbetrieb nicht durch den HIV-Test zu verhindern gewesen. „Bei diesen Unfällen war bekannt, daß es sich um positive Patienten handelt, aber es wurde trotzdem fahrlässig gehandelt.“ Die AIDS-Hilfe Münster fordert, daß die Universitätskliniken den Umgang mit dem HIV-Test sofort nach dem Erlaß des Düsseldorfer Gesundheitsministeriums ausrichten und hofft dabei auf die Unterstützung der Parteien und Landtagspolitiker.

Ulrich Besting

## Umgang mit diskriminierten Gruppen

D.A.H.-Aktuell April/Mai, Juni/Juli 1990, Impressum

Liebe Edith, Männer!

Handelt es sich bei o.g. Impressum um einen schlechten Männerwitz oder um männliche Arroganz der billigsten Form, wenn darin der peinliche Versuch unternommen wird, die eigene Schreib- und Lesefaulheit auch noch pseudointellektuell zu verbrämen? Daß Schwule Männer sind, daran wird kaum eine Frau, die mit ihnen zu tun hat, zweifeln, denn hinter der soften Fassade blitzt eben auch immer mal der alte Macker hervor.

Daß Frauen sich trotz dieser Erfahrung mit Euch Schwulen solidarisch empfinden, liegt an dem postulierten gleichen Interesse an der Durchsetzung der gesellschaftlichen Akzeptanz von unterschiedlichen Lebensformen.

Frau kann dabei durchaus nachvollziehen, daß die Auseinandersetzung der Schwulen mit dem anderen Geschlecht nicht Euer vorderstes Anliegen ist. Eine aktive Ignoranz von Frauen stellt jedoch eine Vorgehensweise dar, die sich einreißt in die täglichen Beleidigungen gegen uns.

Dies kann und will ich nicht akzeptieren bei einem Verein, der erklärmaßen Minderheiten repräsentiert und sich für deren Rechte einsetzt. Wie sieht es denn damit bitte in Euren Artikeln zum Bereich Drogen und Knast aus? Merkt Ihr eigentlich, daß sich drogengebrauchende

Menschen aus Männern und Frauen zusammensetzen? Mit welchem Recht nehmt ausgerechnet Ihr diesen Frauen ihre Eigenständigkeit und unterbindet damit die einfachste Form der Identifikation? Billigt Ihr ihnen überhaupt die ständig geforderte selbstbestimmte Lebensweise zu, wenn Ihr sie permanent und zudem noch bewußt benannt ignoriert? Habt Ihr eigentlich irgend etwas begriffen??? Ich finde es schon bezeichnend, wenn ausgerechnet das männliche Argument der Effektivität von Männern aus der Mottenkiste gekramt wird, welche doch ach so gerne als Schwestern in der weiblichen Form über sich sprechen. Aber da bleibt es mal wieder wohl wirklich in der reinen Form hängen, denn Frau sein ist eben auch ein Inhalt. Und genau das möchte ich auch in der D.A.H. wenigstens ebenso respektiert wissen, wie ich Euch als Schwule respektiere.

Seid wenigstens so bedacht, daß Ihr die neuen Formen der Berücksichtigung weiblicher Endungen in den Bereichen einhaltet, in denen Frauen nun wirklich auch betroffen sind! Was übrigens das Argument der Effektivität betrifft: der patriarchale Zentralismus ist wohl aus männlicher Sicht eine der effektivsten Ordnungsmechanismen und gibt den sich als Krönung der Schöpfung empfindenden den größtmöglichen Spielraum.

Sind das dann aber wirklich Eure Spielräume? Mit momentan schwerfallendem solidarischen Gruß  
*Christiane Friedrich*

## Herrschaftsstrukturen

Liebe Schwestern,

das Impressum der letzten „D.A.H.-aktuell“ hat mir sehr gut gefallen, und ich finde es auch sehr schön, daß Ihr gemerkt habt, daß die geschriebene Sprache ein Abbild der gesprochenen Sprache ist. Das hat früher nie im Impressum gestanden, obwohl es ja wichtig zu wissen ist. Ich wünsche mir, daß Ihr bis zur nächsten Ausgabe vielleicht auch noch ein Essential-Papier vorlegt, in dem darauf hingewiesen wird, daß die gesprochene Sprache ein Abbild der HERRSchaftsstrukturen ist.

Im Rahmen der strukturellen Prävention, im Kontext subkultureller Vernetzung und im Hinblick auf die Notwendigkeit der AIDS-Hilfen als Triebkraft sozialer Bewegungen erübrigt sich selbstverständlich nicht, über die Weiblichkeit nachzudenken (bzw. über ihre Endungen). Daß Ihr, obwohl Ihr ja Männer seid, Euch diese Mühe gegeben habt, zeigt, daß die Selbstorganisation der Menschen in der AIDS-Krise schon weit gekommen ist. Da ist dann, wie Ihr folgerichtig schreibt, auch gar nicht mehr wichtig, wer im einzelnen gemeint sein könnte.

Nur: irgendwie fände ich es das doch schöner, wenn wir die Solidarität der Uneinsichtigen nicht zu weit trieben. Die Arroganz der Männer gegenüber den Frauen zeichnet sich gerade in der Bequemlichkeit der Ignoranz aus. Bessere Lesbarkeit der D.A.H.-aktuell wird nicht durch die Ignoranz der Existenz von Frauen erreicht, „kürzer“ wird die Publikation dadurch allerdings: im Hinblick auf ihre Sehnsüchtheit vor allem.

Mit patriarchalem Bruderkuß  
*Frank Laubenburg, Beirat der D.A.H. für Nordrhein-Westfalen*

Absender unter Angabe des Grundes zurückzusenden.

**Masculina mit bisexueller Bedeutung** Die Endung *-er* in personaler Verwendung, traditionell im Deutschen mit männlichem Genus, macht in diesem Heft über den **Sexus** der bezeichneten Personen **keine** Aussage.

Da die geschriebene Sprache ein Abbild der gesprochenen ist, verzichten wir in diesem Heft darauf, die Schreibweise mit dem versalen *i* (z. B. *BetreuerInnen*) zu verwenden. Wir verzichten ebenfalls darauf, in jedem einzelnen Fall zu betonen, daß sowohl Männer als auch Frauen als auch Transsexuelle gemeint sein können (z. B. *Betreuerinnen* und *Betreuer* statt *Betreuer*), und zwar weil wir die herkömmliche Schreibweise für kürzer und besser lesbar halten.

**Spendenkonto Deutsche AIDS-Hilfe e.V.:**

# Ein/e Schelmln, wer Böses dabei denkt

War es der alte Macker, der – hervorblitzend hinter meiner soften Fassade – mich geritten hat, die -Innen ersatzlos zu streichen und damit die Frauen in der AIDS-Krise auszublenden? Nun, zunächst einmal war es mein Gefühl für Sprache. Das sagt mir nämlich, daß diese Anhängsel häßlich sind. Darüber ließe sich streiten. Es gibt einige Menschen – und das sind nicht nur Frauen – die meinen, man und auch frau sollten diese Häßlichkeiten benutzen, um ständig deutlich zu machen, wie gequält und verletzt Sprache in den Jahrhunderten des Patriarchats wurde.

Auch scheint mir die Benutzung von -Innen Frauen gerade wieder zum Anhängsel zu degradieren. Und vor allen Dingen: wie weit geht diese neue Sprach- und Schreibregelung, die ja auch unter Frauen umstritten ist? Nehmen wir das – zugegeben etwas pikante – Wort **Mitglied**. Sind weibliche Mitglieder MitgliederInnen oder aber, wegen der männlichen Endung -er, MitgliedInnen? Oder bleibt es bei Mitgliedern, weil das Wort sächlich und damit (geschlechts)neutral ist? Darf ich künftig herrlich und dämlich sagen? Auch der ganz radikale Vorschlag, nur noch die weibliche Form zu benutzen, also etwa Drogengebraucherinnen für Süchtige beiderlei Geschlechts, kommt mir eher trotzig als nützlich vor. Die besten Chauvinisten sind immer noch die, die es nicht zeigen. Bei vielen Artikeln oder Briefen, die uns erreichen, bemerke ich neuerdings Sprachvermeidung. Da ist die Rede von den drogengebrauchenden Menschen, immer und immer wieder, als ob auch Affen zur Spritze greifen würden. Nicht länger hat jeder, jede oder jede/r ein Recht auf irgendwas, sondern die Betroffenen. Das ist sehr elegant gelöst; Formulierungen, die diese Schreibweise vermeiden, ohne Frauen auf die Füße zu treten. Auch das Lektorat der Geschäftsstelle greift schon zu solchen Lösungen.

In England beispielsweise geht die sprachliche Entwicklung in eine andere Richtung. Eine **actress** wird in der Regel mittlerweile auch von ihren Kolleginnen **actor** genannt. Das diskriminierende **women** wird dort auch von Frauen nicht beanstandet. Sind die britischen Frauen weniger bewußt als die deutschen? Will sagen, mir kommt diese Diskussion sehr deutsch im Sinne von penibel und 102-prozentig vor. Wie aber jetzt weiter? Am wichtigsten ist wohl, daß der Inhalt stimmt. Dabei ist es vielleicht nicht ganz unwichtig, daß Menschen mit HIV und AIDS zum Großteil Männer mit HIV und AIDS sind. Gleiches gilt für Drogengebraucher. Vielleicht sollten Autoren selbst entscheiden, welche Schreibweisen sie in ihren Artikeln verwenden möchten. Unsere Aufgabe als Redaktion wäre es, dafür Sorge zu tragen, daß sprachliche Formen, die Frauen diskriminieren, geändert oder nicht veröffentlicht werden. Hier sind wir durchaus erfreut über kritische Beobachtung. Ich bin mir sicher, die deutsche Sprache verfügt auch ohne den Anhang -Innen über genügend flexible und sensible Formen, um sich so auszudrücken, daß Frauen nicht unter den Tisch fallen. Allerdings wehre ich mich gegen sprachliche Zwangsverpflichtungen.

Jürgen Neumann, Redaktion D.A.H.-Aktuell

Positive Frauen, ob Junky-Frauen, Ex-Userinnen oder Substituierte, ob Lesben, Zentralafrikanerinnen, ob heterosexuelle Infizierte, ob Mütter, Huren oder beides, sollen zu uns gehören. Das wünsche ich mir von Herzen. Denn wenn die Gedrückten im Patriarchat nicht zusammenstehen, haben die Herren ein leichtes Spiel. Das muß unter uns heißen, daß wir den Umgang lernen, auch den sprachlichen Umgang.

## Riß in der Rüstung

Das Impressum von D.A.H.-Aktuell zum Beispiel ist so ein Lehrstück. Ich kann mich dem Urteil der KritikerInnen nur anschließen, die das Argument „kürzer und besser lesbar“ für ein typisches Macho-Argument halten und darüber erbost sind. Effektivität, Zentralismus, Dogmatismus – nein danke! Andererseits gibt es **die** Lösung für das Dilemma der Herrschaftssprache im Patriarchat eben nicht. Meines Erachtens drücken die folgenden Möglichkeiten die Häßlichkeit der patriarchalen Tatsächlichkeit aus: **Die „Lösung“** des Impressums, nur die männliche Form zu verwenden und damit Frauen und Transsexuelle mitzumeinen, findet sich leichtfertig mit dem status quo ab und kritisiert ihn nicht.

**Jedesmal beide Formen** zu gebrauchen, ist langatmig und plump. **Das kapitale I** bei Kunstworten wie „MitstreiterInnen“ ist Auslegungssache beim Lesen. **Der Schrägstrich** ist häßlich. **Ausschließlich die weibliche Form** finde ich für Frauen die glaubhafteste Lösung; denn jahrtausendlang ist die ausschließliche „Impressum-Lösung“ von D.A.H.-Aktuell praktiziert worden. Für mich schwulen Mann ist die rein weibliche Form jedoch keine Lösung. Ich bevorzuge das unlesbare kapitale I und bei jede/R das R, um den Schmerz patriarchalen Sprechen-Müssens auch in der schweren Handhabung des gelesenen Textes zum sprachlich-sinnlichen Fühlen zu bringen. Aber ich mag keine Schreibweise verordnen, sondern bin für alle fünf Formen offen. Alle fünf haben Brüche und Unvollkommenheiten, was letztlich am Patriarchat liegt, das nur sehr mittelbar abhängig von unseren Sprechgewohnheiten noch lange weiterbestehen wird. Laßt uns aber mit Phantasie den Willen zur größeren Solidarität und zur Überwindung dieser Schranken ausdrücken und sprechen lernen, statt effektive Lösungen zu versuchen.

Im selben Sinne suche ich auch nach einer weniger fest geformten Sprache, als wir AIDS-Hilfe- und Selbsthilfegruppen-Leute sie in AIDS-Dingen so haben. Die sprachliche Logik dieser Effektivitätsgesellschaft bringt freilich alles auf den Be-Griff, denn schließlich soll ja „zugegriffen“ werden. Wir bleiben aber in unserem Leben, Lieben und Leiden „unbegreiflich“ und suchen nach Sinn.

Gleichnisse brechen die Sprache oft hilfreich auf. Sie schaffen manchmal einen „Riß in der Rüstung“ (Bataille) und der ist dann Kommunikation, diese der Anfang von Solidarität.

Ich wünsche mir viele Risse in der Rüstung auf unserer Versammlung.

Hans Peter Hauschild

# AIDS — Archiv

Seit 1988 ist das Archiv für Sozialpolitik als Verein mit Sitz in Frankfurt eingetragen und seine Gemeinnützigkeit anerkannt.

Im Archiv sind zu verschiedenen Themenschwerpunkten umfangreiche Buch-, Zeitschriften- und Dokumentenbestände gesammelt. Sie sind das Ergebnis langjähriger Arbeit privater Archive, deren Bestände im Archiv für Sozialpolitik zusammengefaßt wurden, um eine sowohl quantitativ wie qualitativ optimierte Informations- und Dokumentationsarbeit zu ermöglichen.

Das Archiv für Sozialpolitik gliedert sich in fünf Teilarchive:

**das AIDS-Archiv, das Schwule Archiv, das Archiv Behindertenpolitik, das Archiv Sexualität und Reproduktion, das Archiv zum Strafvollzug.** Darüberhinaus werden mit einem differenzierten Angebot an Recherche- und Abfragemöglichkeiten die für das gesundheits- und sozialpolitische Themenspektrum relevanten Materialien zugänglich gemacht.

Das herkömmliche Informations- und Dokumentationswesen orientiert sich mit seinem Leistungsangebot primär an den Bedürfnissen des Wissenschafts- und Forschungsbereichs. Gleichzeitig wächst die Komplexität und das Ausmaß der Veröffentlichungen stetig an. Für die Männer und Frauen, die in Beratungsstellen tätig sind oder sich in Selbsthilfegruppen organisieren, bedeutet dies eine zunehmende Diskrepanz zwischen Informationsbedarf und der Möglichkeit, diesen zu decken.

Das Archiv für Sozialpolitik versucht mit seinem Informationsangebot diese Defizite aufzugreifen. **AIDS-Archiv** Das Sammlungsgebiet des AIDS-Archivs umfaßt alle Veröffentlichungen, die sich mit dem Themenkomplex AIDS beschäftigen. Quantitative Einschränkungen werden dort vorgenommen, wo andere Informationsspeicher die Vollständigkeit gewährleisten. So werden im Archiv für den medizinischen Bereich nur ca. 200 Zeitschriften regelmäßig ausgewertet. Gleichzeitig besteht bei Bedarf die Möglichkeit, über externe Datenspeicher, z. B. DIMDI, Juris, u. a. vollständige Informationen zu erhalten.

In den anderen Themenbereichen wird die vollständige Dokumentation angestrebt. Dabei sind vor allem die Bereiche von Bedeutung, deren Archivierung in der Regel nicht im Blickfeld der tradierten Sammlungstätigkeit liegt, der Bereich der sogenannten „Grauen Literatur“.

**Zum AIDS-Archiv gehört darüberhinaus ein Bereichsarchiv Drogen und Sucht, dessen Schwerpunkt bei der i.v.-Drogenabhängigkeit liegt.**

## Arbeitsweise:

Das AIDS-Archiv wird von einer eigenständigen Arbeitsgruppe betreut. Zeitungen und (Fach-)Zeitschriften werden ausgewertet, d. h. ausgeschnitten, auf DIN A4-Format geklebt und mit Quellenangaben versehen und in Loseblattform aufbewahrt.

Mit Ausnahme der Tageszeitungen werden sämtliche Dokumente inhaltlich erschlossen. Die Indizierung der Dokumente erfolgt über die bibliographischen Angaben, den Ablageort und maximal zehn Schlagwörter. Die Schlagwörter sind standardisiert oder fachsprachlich gebräuchlich und werden in einem Schlagwortverzeichnis zusammengefaßt. Die Datenverwaltung wird über EDV realisiert. Damit gibt es die Möglichkeit, Übersichtslisten zu erstellen: *über den Gesamtbestand, nach Schlagworten oder Schlagwortgruppen, nach Autoren oder Herausgebern, nach Publikationen*

## Archivierte Materialien:

Artikel aus: Tageszeitungen, Wochenzeitungen, Fachzeitschriften (auch englische); Bücher; Manuskripte von Rundfunk- und Fernsehsendungen, soweit sie zugänglich sind; Veröffentlichungen von Ministerien, Behörden, Verbänden, Vereinen; Kongreß- und Tagungsberichte; Gerichtsurteile; Forschungsergebnisse; Lehr- und Unterrichtsmaterial; Dissertationen, Habilitationen, Diplomarbeiten; Referate und Vorträge; Broschüren; Flugblätter; und alles andere, was in gedruckter Form vorliegt.

## Angebote Pressespiegel:

Das Archiv gibt insgesamt neun Pressespiegel heraus, die in unterschiedlichen Zeitabständen erscheinen. Der Pressespiegel „AIDS“, sowie der Pressespiegel „Drogen und Sucht“ erscheinen wöchentlich, der Pressespiegel „Strafvollzug“ erscheint monatlich.

Die Pressespiegel enthalten sämtliche Artikel aus acht Tages- und vier Wochenzeitungen, die sich mit dem jeweiligen Thema beschäftigen. Der Bezug des Pressespiegels ist an die Mitgliedschaft im Archiv für Sozialpolitik e.V. gebunden. Die Mindestbezugsdauer beträgt ein Quartal, die Kündigungsfrist acht Tage zum Quartalsende.

Da für größere Einrichtungen die reguläre Erscheinungsweise der Pressespiegel nicht die nötige Aktualität gewährleistet, kann der Pressespiegel auch täglich über Fax bezogen werden.

## Pressedienst I:

Der Pressedienst I umfaßt achtzehn Zeitungen und Zeitschriften (incl. der Zeitungen der Pressespiegel), die täglich nach einer Vielzahl von Stichworten ausgewertet werden. Bei der Zusammenstellung der Zeitungen/Zeitschriften wurden Aspekte wie Aktualität, politische und konfessionelle Vollständigkeit, regionale Schwerpunkte berücksichtigt.

Im Unterschied zu den Pressespiegeln ermöglicht der Pressedienst I differenziertere Zugriffsebenen: die thematische Erweiterung oder Eingrenzung, die rückwirkende Abfrage und die inhaltliche Verknüpfung verschiedener Begriffe. Dies kann z. B. so aussehen, daß recherchiert wird, was in den angegebenen achtzehn Zeitungen innerhalb der letzten drei Monate zum Thema AIDS im Strafvollzug erschienen ist. Möglich ist auch die eingeschränkte Recherche, z. B. was ist im selben Zeitraum in den medizinischen Tageszeitungen zu AZT erschienen. Die Abfrage des Pressedienstes I ist sowohl retrospektiv als auch im aktuellen Abo möglich.

Das Themenspektrum des Pressedienst I beinhaltet darüberhinaus Stichworte wie Altenpolitik, Behindertenpolitik, Bio- und Gentechnologie, Familienplanung, Flüchtlinge, Gesundheitswesen, Medizin (ausgewählte Schwerpunkte, z. B. Immunologie, Infektionskrankheiten), Prostitution, Psychiatrie, Reproduktionsmedizin, Soziale Sicherung, UNO, u. v. a.

## Pressedienst II:

Der Pressedienst II beinhaltet die Ebene der Fachzeitschriften. Über die 400 Fachzeitschriften hinaus, die regelmäßig im Archiv ausgewertet und dokumentiert werden, kann jede beliebige Fachzeitschrift auf individuellen Auftrag recherchiert werden. Möglich ist hierbei sowohl die aktuelle wie die retrospektive Recherche.

## Recherche:

Die Recherche ermöglicht eine umfassende und vollständige Ermittlung veröffentlichter Texte und Artikel zu einer spezifischen Fragestellung oder einem angegebenen Stichwort. Im AIDS-Archiv ist die Recherche zu jedem beliebigen Stichwort des Themenbereichs unter Angabe von Rechercheumfang und -ziel durchführbar. Hier ist eine weitgehende Präsenz sowohl der aktuellen als auch der zurückliegenden Veröffentlichungen der deutschsprachigen Fachpressen und der „Grauen Literatur“ gewährleistet. Es werden grundsätzlich die vollständigen Materialien in Kopie verschickt.

## Bibliothekssuche:

Nach vorheriger Terminabsprache ist eine Recherche vor Ort während der Öffnungszeiten des Archivs (montags bis freitags von 10 bis 14 Uhr) möglich. Eine Kopiermöglichkeit ist im Archiv vorhanden.

Es werden grundsätzlich alle Materialien zur Einsicht zur Verfügung gestellt. Vom Archiv werden lediglich die Einschränkungen vorgenommen, die aufgrund der inhaltlichen Fragestellung sinnvoll erscheinen oder die aus Gründen des Datenschutzes geboten sind.

**Telekommunikation:** Das Archiv ist mit BTX ausgestattet und beteiligt sich an vorhandenen Telekommunikationsstrukturen und Mailboxen.

So geht von der italienisch-französischen Selbsthilfegruppe „Positifs“ der Versuch aus, ein internationales BTX-Kommunikationssystem der Menschen mit HIV und AIDS zu entwickeln. Dieses System ermöglicht den direkten Informationsaustausch, mit dem Ziel, schneller und umfassender über z. B. Therapien und (neue) Medikamente informiert zu sein.

Das AIDS-Archiv beteiligt sich an diesem Projekt, indem es interessierten Gruppen und Einzelpersonen, denen selbst die notwendige technische Einrichtung fehlt, den Zugang zu diesem Kommunikationssystem ermöglicht.

Jenseits der konkreten Arbeit des Informationsaustauschs liegt ein wesentlicher Schwerpunkt dieses Projekts in der Unterstützung und Vernetzung der Selbsthilfegruppen.

# Buchbesprechung

**Die Reise zum Ende von Gerhard Schneider**

**Andere Inseln Deiner Sehnsucht – Reisebuch, von Marc Philipp Meystre, Rotpunkt Verlag, Zürich, DM 25,-**

Publikationen über AIDS füllen Regale. Viel wird über die Krankheit geschrieben, wenig über die Realität der Betroffenen.

Jetzt liegt eine Beschreibung vor, eine von Innen. Und jede und jeder kann davon lernen, ohne sich belehrt fühlen zu müssen.

Zugegeben, Marc Philippe Meystre war einer meiner besten Freunde. Ohne ihn zu leben, fällt auch jetzt noch, über ein Jahr nach seinem Tod, schwer. Eine objektive Beschreibung seines Buches ist mir nicht möglich. Viel zu sehr war ich eingebunden in die Geschehnisse seiner letzten Lebensjahre, habe mit ihm gelitten, als es ihm schlecht ging und mich mit ihm gefreut, wenn er Anlässe zur Freude hatte. Die Frage ist berechtigt, ob ich, der den Klappentext zum Buch geschrieben hat – Klappentexte sollen zum Kauf anreizen – und der in einer längeren Passage zitiert wird, berechtigt bin, den Verkauf noch weiter anzukurbeln. Ich beantworte die Frage mit einem zweifachen „Ja“. Denn niemand verdient an diesem Buch. Nur die Berner AIDS-Hilfe. Ihr fließt der Erlös zu. So hat Marc es gewollt. Und „Andere Inseln Deiner Sehnsucht“ ist ein packendes, lesenswertes Buch. Es ist nicht leicht zu lesen. Marc läßt uns teilhaben am langsamen AIDS-Tod seines Lebenspartners Nik, an seinem Schmerz, seiner Trauer um den geliebten Menschen. Wir erfahren von der Angst vor dem Leben ohne den, mit dem es vierzehn Jahre lang geteilt wurde. Wir spüren den Zorn über experimentierfreudige Ärzte, hinter deren rücksichtslosem Forscherinteresse Menschenwürde zurückstehen muß. Und wir freuen uns mit dem Zurückgebliebenen über die Wärme, die ihm zuteil wird von Freundinnen und Freunden, über die Solidarität ohne viele großklingende Worte. Dem Prozeß des Trauerns, der notwendigen harten psychischen Arbeit, auch der Auseinandersetzung mit der eigenen Endlichkeit würde man sich manchmal gern entziehen, und doch legt man das Buch nicht weg. Marcs Tagebuchaufzeichnungen sind radikal subjektiv und privat. Er war ein politischer Mensch. Schon früh hatte er die Wechselwirkungen zwischen Privatem und Öffentlichem begriffen. So, wie er sich gemeinsam mit Nik zehn Jahre zuvor in der Schwulenbewegung engagiert hatte und engagiert geblieben war, so beteiligte er sich in seinen letzten Lebensjahren am Aufbau der Schweizer und der Berner AIDS-Hilfe. Er reiste, hielt Vorträge. Vehement kämpfte er gegen Ausgrenzung und Intoleranz, diskutierte mutig in Fernsehshows, verschreckte orthodoxe Christen mit seinen Auftritten als offener Schwuler und Betroffener. Er hatte aber auch Angst, er litt unter dieser Angst.

Die Folgen des Wissens um ein positives Testergebnis – in seinen Aufzeichnungen werden sie so klar, wie sie der beste Testberater nicht darstellen kann, es sei denn, er erlebt sie am eigenen Leib. Der vor ein paar Tagen noch nicht wahrgenommene Leberfleck am Arm, das kleine Hämatom am Oberschenkel gewinnen das erdrückende Gewicht eines beginnenden Kaposi-Sarkoms. Der Blick in den Spiegel wird intensiver,

nicht weil ein Narziß sich reizvoll findet, sondern weil ein Mensch fürchtet, alles zu verlieren: Mut, Kraft, Schönheit. Wogen der Verzweiflung schlagen über ihm zusammen. Immer wieder die Trauer um Nik, die Träume, in denen er lebt, das schmerzhaftes Erwachen. Immer mehr Besuche an Krankenbetten. Immer häufiger die schwarz umrandeten Briefe, die vom Tod eines Freundes künden. Und dazwischen die Lichtpunkte des Daseins: Reisen zu Freundinnen und Freunden, gemeinsam mit ihnen. Die künstlerische Arbeit. Marc war Musiker, Cembalist, der Solitentum und Frack verabscheute, unkonventionelles und doch ernsthaftes Arbeiten gemeinsam mit anderen liebte. Einer, der den Austausch mit dem Publikum suchte und immer wieder fand. Das ihm wichtigste Programm war „Zu wissen, daß unsere Zeit begrenzt ist... - eine Auseinandersetzung mit AIDS“. (*Gabriella Kaegi und Werner Bucher, Bern, werden mit dem Programm voraussichtlich im Herbst 1990 in Berlin gastieren.*) Texte aus dem jetzt veröffentlichten Tagebuch, Lyrik und Musik gingen unter die Haut, trafen, wo und wie sie treffen sollten: mitten ins Herz, ohne nur lähmende Betroffenheit zu hinterlassen, sondern ermutigend, hoffnungsvoll. Lichtpunkte des Daseins: die Begegnungen mit Männern, die Zärtlichkeit von und mit ihnen an allen möglichen Orten der Erde. Trotz alledem Freude am Sex und erfrischende Promiskuität, die sicheres Verhalten – im Gegensatz zu Holger Mischwitzkys leichtfertig in die Medienlandschaft geworfenen Thesen – nicht ausschließen. Bewegend die Schilderung des Marsches nach Washington am 11. Oktober 1987 und der Bericht über THE NAMES PROJECT. Das macht das Buch so lesenswert, nicht nur für die Schwestern der Schwulen- und AIDS-Bewegung: Marc fordert von der Leserin, vom Leser Nähe zu sich, dem schwulen Musiker, der von AIDS betroffen ist. Unpräzise beschreibt er schwules Leben in der AIDS-Krise. Das hat nichts Spatkuläres, das will kein Mitleid. Und er vergißt die nicht, die noch von der Krise betroffen sind und die unsere Gesellschaft an den Rand gedrängt oder ins Gefängnis geworfen hat: die Fixerinnen und Fixer. Das war das Ermutigende und Beispielhafte an seinem Leben: Bei aller eigenen Betroffenheit, bei allen Sorgen und Ängsten um sich selbst, die anderen nicht vergessen zu haben und Fürsprecher für die gewesen zu sein, die noch weniger laut um Hilfe schreien können als die gay community. Marc beendete sein Leben im April 1989. Ohne sich zu verabschieden. Da hatte ihn die ausbrechende Krankheit überwältigt, ihm den Mut genommen zum Weiterleben. Er wollte nicht kränker werden, schwach, angewiesen sein auf die Hilfe und Pflege. Er, der von Solidarität nicht nur redete, sondern sie lebte, konnte sie von anderen nicht annehmen. Er ging am Ende seines Lebens in eine Einsamkeit, in die ihm niemand zu folgen vermochte. Erst jetzt, mit dem Lesen seiner Aufzeichnungen wird uns der Zutritt gestattet zu seiner Welt, die er sorgsam schützte, weil er ein anspruchsvoller Mensch war. Anspruchsvoll auch gegenüber sich selbst; und einer der Ansprüche war, zu helfen, andere Menschen aber nicht in hohem Maß in Anspruch zu nehmen. Nachvollziehbar wird in diesem Buch, wie ein Mensch an den Punkt gelangt, an dem es kein Weiter mehr gibt. Marc bricht das Tabu „Selbstmord“, der Ausweg „Freitod“ wird akzeptabel. Dennoch: Leichter zu ertragen ist der Verlust deshalb nicht. „So tief unten war Marc noch nie“, lautet der letzte Satz, den er aufgeschrieben hat. Danach wagte er aus der Höhe der Berner Münsterplattform den Sprung in die Tiefe.

## D.A.H.:

Primäre Ansprechpartner für das AIDS-Archiv sind die Deutsche AIDS-Hilfe und die regionalen AIDS-Hilfen/Selbsthilfegruppen.

Mittlerweile wurde die Kooperation mit der D.A.H. vereinbart und in kleineren Bereichen aufgenommen. Inhalt der Kooperation ist dabei nicht nur die Informationsversorgung der D.A.H. und ihrer Mitgliedsorganisationen, sondern gleichzeitig die möglichst vollständige Dokumentation der Veröffentlichungen und Materialien der Selbsthilfe (Faltblätter, Broschüren, Referate und sonstige Texte). Diese Arbeit hängt in ihrer Vollständigkeit und Qualität weitgehend davon ab, daß die Selbsthilfegruppen die Dokumentation ihrer Arbeit als sinnvoll erachten und unterstützen. Die weitere Ausgestaltung der Kooperation sollte sich im Laufe der Zeit über konkrete, praktische Formen der Zusammenarbeit entwickeln.

„Von der Mühsal...“ Das AIDS-Archiv finanziert sich derzeit weitgehend aus privaten Mitteln. Mit Ausnahme der Stadt Frankfurt konnten bislang keine öffentlichen Stellen für eine prinzipielle Förderung „gewonnen“ werden. Das bedeutet u.a., daß die gesamte bisherige Arbeit ehrenamtlich geleistet wurde. Dadurch konnten auch einige Ziele nicht in vollem Umfang realisiert werden. Davon betroffen sind vor allem die sehr zeitaufwendigen Arbeiten, wie die Dateneingabe und die Verschlagwortung.

Um die Arbeit des AIDS-Archivs auf Dauer zu sichern, sind wir auf vielfältige Unterstützungen angewiesen. Konkret können dies Fördermitgliedschaften und Spenden sein, sowie die Überlassung von Material (hier ist eine vorherige Rücksprache sinnvoll).

**AIDS-Archiv im Archiv für Sozialpolitik e.V.**

**Brönnertstr. 9, 6000 Frankfurt 1, Tel. 069/29 6797, Fax 069/28 9181**

## „Wir sind nicht Teil des Problems, sondern Teil seiner Lösung!“

Ein Gespräch mit Donald de Gagné, Mitarbeiter der „Persons With AIDS Coalition“ in Vancouver,  
Canada, über Fragen der Selbstorganisation.

*Wir sprachen mit Don während eines privaten Aufenthalts in Berlin, den er zum Anlaß nahm, uns in der DAH-Geschäftsstelle zu besuchen, sich über unsere Aktivitäten zu informieren und sich mit unseren neuesten Plakaten zu versorgen. Neben seiner eigentlichen Arbeit für „PWA“ gehört Don seit seinem beeindruckenden Vortrag auf der letztjährigen AIDS-Konferenz in Montréal dem Beraterstab des kanadischen Gesundheitsministers an und erarbeitete in dieser Funktion verschiedene Stellungnahmen mit Vorschlägen für eine wirksame, humane AIDS-Politik.*

**DAH-aktuell: Seit wann weißt Du, daß Du AIDS hast?**

Don de Gagné: Seit anderthalb Jahren . . . — Nein, pardon, es sind schon zwei.

**Wieviele Kanadier haben AIDS? Wieviele Positive schätzt man?**

Mehr als 3.000 leben mit dem Vollbild — das sind die gemeldeten Fälle. Epidemiologen schätzen die Zahl der HIV-Infizierten auf ca. 30-50.000, doch diese Zahlen können nicht belegt werden. Zwischen 75 und 80 Prozent der Menschen mit AIDS bei uns sind offenbar schwule Männer. Die Zahl der betroffenen intravenösen Drogengebraucher steigt, und insgesamt gesehen ist es bei uns offenbar die Zahl HIV-infizierter Frauen, die überproportional am schnellsten ansteigt. So ergab eine unabhängige, anonyme Seroprävalenzstudie an einer Geburtenklinik in Montréal, daß etwa jede vierhundertste schwangere Frau HIV-Antikörper-positiv ist. Ebenfalls sehr stark im Ansteigen begriffen ist die Zahl der positiven Ureinwohner Kanadas, der Indianer. Ein Beispiel, welches die Entwicklung kraß verdeutlicht: Neunzig Prozent der Personen, die an Vancouvers Nadelaustauschprogramm teilnehmen, sind Frauen. Und vierzig Prozent der Teilnehmer sind weibliche Ureinwohner.

**Du arbeitest für die „Persons With AIDS Coalition“ in Vancouver. Welche Ziele verfolgt Ihr, und mit welchen Mitteln versucht Ihr, sie zu erreichen?**

Als die „Coalition“ ihre Arbeit aufnahm, gab es in Vancouver bereits eine AIDS-Hilfe-Gruppe („community group“). Von ihr lösten sich die drei Gründer der „PWA Coalition“, nachdem sie zu der Auffassung gekommen waren, daß die AIDS-Hilfe-Gruppe sich nicht in ausreichendem Maße für die Menschen mit HIV und AIDS selbst einsetzte. Die AIDS-Hilfe setzte sich in erster Linie für Informations-, Präventions- und Erziehungsprogramme ein. Die drei angehenden „PWA“-Gründer fragten: Und wo bleiben wir, die wir bereits infiziert sind? Welchen praktischen Nutzen hat unsere Arbeit für uns selbst? Und sie mußten leider feststellen, daß auf ihre konkreten Bedürfnisse kaum eingegangen wurde. Deshalb schlossen sie sich als Menschen mit HIV und AIDS zusammen und bauten eine Gruppe auf, die für ihresgleichen da ist, für die mit HIV infizierten Menschen. Es entstand somit eine für Kanada neue Form kollektiver und individueller Selbststärkung.

Zunächst bedeutete dies, den Menschen, die positiv getestet oder bei denen AIDS diagnostiziert worden ist, die Möglichkeit zu geben, zu

sagen, daß sie ein Teil des normalen Lebens sind. AIDS ist kein Todesurteil, auch wenn es am Anfang von vielen von uns so aufgefaßt worden ist. Seine Interessen in die eigene Hand zu nehmen bedeutet für uns, die Kontrolle über unser Leben zurückzugewinnen, bedeutet, sich selbst Auswahlmöglichkeiten zu schaffen. Auf der einen Seite haben wir das öffentliche Gesundheitssystem, aber auf der anderen Seite betonen wir die Stärke und die Kraft des Individuums: Fang' mit deinem Leben etwas an! Wähle nicht nur eine der vorgegebenen Schablonen aus! Gib nicht dem Arzt oder dem Sozialarbeiter oder all den vielen, die es gut mit dir meinen, zu viel Gewalt über dich. Was sie für dich tun, ist etwas anderes als das, was du selbst für dich tust. Ich denke, dieser Aspekt ist wichtig. Und — es ist ein Unterschied, ob du jemandes Patient oder Klient bist oder ob du wirklich du selbst bist, ob du selbst dich stärkst und etwas für dich selbst tust.

**Die Gründung der „PWA Coalition“ Vancouver erfolgte nach dem Vorbild der New Yorker Gruppe.**

**Ihr selbst wiederum habt Eurerseits bei der Gründung weiterer kanadischer „PWA“-Gruppen Pate gestanden. Wie ist der Entwicklungsstand, und wie weit ist die nationale und internationale Vernetzung der „PWA“-Gruppen fortgeschritten?**

Übergreifend gibt es in Kanada die „Canadian AIDS Society“, die alle AIDS-Initiativen, darunter die „PWA“-Gruppen, repräsentiert. Daneben gründete im März dieses Jahres die nationale Vereinigung der Menschen mit AIDS in Kanada ein bundesweites Netzwerk. Darüberhinaus beginnt nun auch auf internationaler Ebene ein Prozeß der Vernetzung. Die Europäischen Positivtreffen bei Euch sind der Beginn.

**Wie könnte eine internationale Zusammenarbeit konkret aussehen?** Ich schlage vor, daß der Norden den Süden unterstützt: Europa die Selbsthilfeinitiativen der Afrikaner, Nordamerika die karibische Region und die Südamerikaner, und vielleicht Australien und Neuseeland die asiatischen Initiativen. Ich wäre froh, wenn es zu dieser geographischen Form der Kooperation käme; vor allem, weil es gesundheitlich sehr strapaziös ist, sich im Rahmen der internationalen Arbeit AIDS-touristisch aufzureisen und sich dabei global zu verzetteln. Und man würde die Verantwortung teilen. In Europa gibt es Gruppen, die sehr gut arbeiten, die stabil sind und ähnliche Ziele verfolgen wie wir. Wir pflegen unsere internationalen Kontakte und könnten im Rahmen dessen die Informationen, die z.B. bei uns bisher zusammengelaufen sind, zur Verfügung stellen und unsere künftigen gemeinsamen Aktivitäten in einen Zusammenhang zueinander stellen. Dies bedeutet Effektivierung — im Augenblick werden wir bei uns in Vancouver jedenfalls noch mit Anfragen und Unterstützungswünschen aus allen Kontinenten der Erde konfrontiert. **Zu welchen Selbsthilfeinitiativen in der Dritten Welt habt Ihr Kontakt?** Bereits zu mehreren. Zum Beispiel erhielt ich vor kurzem einen Brief von einem Positiven aus Uganda. Seine Gruppe bat bei uns in Vancou-

ver um Rat, wie sie ihre Arbeitsweise verbessern könnte, also wie sie unsere eigenen anfänglichen Startschwierigkeiten umschiffen könnte. Aus Uganda hörte ich über TASO, daß sie eine phantastische Arbeit leisten. In Südafrika gibt es ebenfalls „PWA“-Gruppen, mit denen wir in Kontakt stehen und die sehr daran interessiert sind, sich international zu vernetzen, insbesondere mit weiteren Gruppen in der Dritten Welt. Beispiele gibt es mehr.

**Eine ganz andere Frage, und zwar zur Zusammenarbeit mit den übrigen AIDS-Initiativen Kanadas.**

**Du deutetest schon an, daß es neben Euch noch andere AIDS-Hilfen gibt – Gruppen, die nicht in erster Linie aus Positiven oder aus Menschen mit AIDS bestehen. Kooperiert Ihr? Gibt es Konflikte? Oder beides? Wie unterscheiden sich Ziele, Prioritäten, Arbeitsweisen? Konzentrieren sich die anderen Initiativen in erster Linie auf die Verhinderung von Neuinfektionen, und wie steht Ihr als „Persons With AIDS“, dieser Aufgabe gegenüber? Und andersherum: Wie sieht es aus mit der konkreten, praktischen Hilfe für direkt von HIV Betroffene durch die anderen AIDS-Hilfen?**

Die Frage ist komplex. Eins der Probleme, mit denen wir uns beschäftigen müssen, kam deutlich auf einer Tagung nicht-staatlicher Organisationen zum Tragen, die die Weltgesundheitsorganisation nach Wien einberufen hatte. Euer verstorbener Kollege Ian Schäfer vertrat dort den Standpunkt der Deutschen AIDS-Hilfe. Es war für die dort anwesenden Vertreter von AIDS-Hilfe-Organisationen sehr schwierig, zu akzeptieren, daß Menschen mit HIV bzw. AIDS an den Prozessen innerhalb dieser Organisationen beteiligt sein, daß sie auch in deren Vorständen präsent sein sollten, daß sie an der Formulierung der Standpunkte zu medizinisch-wissenschaftlichen Fragen beteiligt sein sollten, daß sie eine besonders gewichtige Position in den AIDS-Hilfen („community groups“) innehaben sollten und daß ihrem Votum ein besonderes Gewicht zusteht. Ich selbst mußte meinen Standpunkt zu dieser Frage dort mehrmals wiederholen: Was wird aus den Menschen, die bereits HIV-Träger sind? Es gibt eine Tendenz in AIDS-Hilfen, diese Frage plötzlich zu vergessen, und zwar aus Bequemlichkeit. Wir Positiven müssen sie immer wieder aufwerfen und unsere Forderungen geduldig und ungeduldig immer wieder neu zur Sprache bringen. Ohnedem sind Fehlentwicklungen vorprogrammiert, das hat sich in der Vergangenheit auch in Kanada gezeigt. Um ein Beispiel zu nennen: Unsere nationale Gesundheitsbehörde hat für die AIDS-Bekämpfung einen Beraterstab eingesetzt. Ein AIDS-Hilfe-Mitarbeiter, der diesem Komitee angehört, schlug vor einiger Zeit vor, daß dieser Stab eine an AIDS erkrankte Person anhört oder daß der Stab diese Person sogar als Mitglied kooptiert. Kein zweites Mitglied des Komitees fand sich bereit, diesen Vorschlag zu unterstützen. Anders ausgedrückt: Sie lehnen es radikal ab, einen Menschen mit AIDS in den „Canadian Public Health Advisory Body on AIDS“ aufzunehmen. Das zeigt, was wir noch vor uns haben.

Aber auch einige AIDS-Hilfen fühlen sich durch Menschen mit AIDS irritiert – naja, vielleicht irritieren wir sie ja auch. Vielleicht ist das auch notwendig. Sie brauchen die direkte Konfrontation. Vielleicht unterlaufen ihnen in ihrer Arbeit sonst Fehler. Ihr Tun ist rechenschaftspflichtig. Jeder schuldet irgendjemandem Rechenschaft. Ich selbst bin gegenüber den Menschen mit AIDS in Kanada rechenschaftspflichtig. Oder gegenüber meinen internationalen Kolleginnen und Kollegen. Wenn mir ein Fehler unterläuft, sollten sie das Recht haben zu sagen: Don, du vernachlässigst deine Aufgaben.

Oder: Don, du hast diesen und jenen Standpunkt vertreten, wie kommt du dazu? Und als Mensch mit AIDS in einem Regierungsstab wird man der Regierung sagen: Es ist eure Pflicht, Therapien, Dienstleistungen und Unterstützungen für uns sicherzustellen. Und darüberhinaus ist es



eure Aufgabe, eine Politik zu entwickeln, die uns schützt. Das hören sie nicht gern.

Mit den AIDS-Hilfen ist es nicht prinzipiell anders. Die Aufgabe, die sie sich selbst gestellt haben, ist Unterstützung, Aufklärung und so fort, und von einem Virusträger hören sie nicht gern, daß sie ihren selbstgestellten Aufgaben nicht gerecht werden, denn das unterminiert ihre Selbsteinschätzung. Es trifft sicher nicht auf alle AIDS-Hilfen zu, aber einige weigern sich, Menschen mit AIDS Entscheidungsrechte und Verantwortung zu übertragen. Wir Menschen mit AIDS sind nämlich kein Teil des Problems, sondern ein Teil seiner Lösung. Es ist wichtig, sich diesen Kernsatz unserer Arbeit immer wieder neu ins Gedächtnis zu rufen und ihn vernehmbar laut auszusprechen. Wenn die Menschen das erst begriffen haben und uns tatsächlich als Teil der Lösung des Problems wahrnehmen, werden die Dinge sich zum besseren wenden.

**Ihr seid selbstorganisiert. Ihr macht interessenorientierte Politik und erhaltet dafür Unterstützung von professionellen Angehörigen der sozialen Berufe, z. B. von Sozialarbeitern oder Psychologen. Wie steht Du zum Einfluß dieser Helfer auf Eure Arbeit? Stärkt er die Kraft der Selbstorganisation, oder schwächt er sie?**

Eins muß ich zunächst richtigstellen: Zwar klagen wir unsere eigenen Rechte ein, aber damit leisten wir gleichzeitig einen Beitrag zur globalen Antwort auf AIDS. Wir blicken durchaus über unseren eigenen Teller hinaus, und unser Beitrag ist bedeutsam und wichtig. Aber was die sogenannten Professionellen oder Hauptamtlichen anbelangt – AIDS hat die Herangehensweise an die Arbeit wieder einmal revolutioniert. An den alten, konservativen Modellen können wir uns auf Gebieten wie der Gesundheitsfürsorge oder der Sozialarbeit heute nicht mehr orientieren. Heute ist es die Aufgabe der „Profis“, das Selbstbestimmungsrecht und die Autonomie von Hilfesuchenden zu stärken. Sie müssen Alternativen aufzeigen und zu eigenen Entscheidungen ermuntern. Sie sind sozusagen dann nicht mehr die Kraft, die barmherzige Hilfe anbietet, sondern sie helfen denen, mit denen sie arbeiten, selbst zu einer Kraft zu werden. Manche Professionelle sperren sich gegen diese neue Denk- und Arbeitsweise.

Auch hier ist noch viel Überzeugungsarbeit zu leisten, und sie wird nicht immer leicht sein. Aber wir haben durchaus Profis, die sich unsere Berufsauffassung zu eigen gemacht haben und die gleichberechtigt mit uns zusammenarbeiten. Sogar mein Arzt gehört dazu: Ich komme in seine Sprechstunde, und er fragt mich, was ich Neues über DDI weiß. (Lacht) Dabei sind die Kommunikationsmedien mein beruflicher Hintergrund. Ich war Produzent und besaß ehemals überhaupt kein medizinisches Wissen. Jetzt interessiert mich für AIDS-Therapien, kenne mich in der Terminologie aus und kann mich auf gleichem Level mit einem Epi-

Fortsetzung S. 44

# „pluspunkt berlin – HILFE FÜR POSITIVE“

von Ronny Mario Strobelt

Als Anfang März unser Verein „pluspunkt berlin – HILFE FÜR POSITIVE“ ins Leben gerufen wurde, hielten wir 19 Initiatoren, HIV- und AIDS-Betroffene, Freunde und andere Interessenten, die Zeit für mehr als reif, auch im Osten Deutschlands mehr für eine intensivere Betreuung Positiver zu tun. „Wir wollen endlich anfangen, regional für Positive zu arbeiten“, so unser Vereinsvorsitzender Eddy Schnalke. Daß wir da ein großes Stück Weg vor uns hatten, war allen klar, fehlte es doch an finanziellen Zuschüssen des Staates, an geeigneten Räumlichkeiten und an Informationsmaterial.

Im Moment finanzieren wir unseren Verein mit einem Mitgliedsbeitrag von 10,- DM monatlich. Dies ist sicherlich viel Geld, aber ich glaube, für das Bestehen unseres Vereins ist jedes Mitglied gern dazu bereit. Über ein eigens eingerichtetes Spendenkonto hoffen wir auf weitere finanzielle Unterstützung.

Schon Anfang April konnten wir unser Kontaktzentrum in einem Wohngebietsklub in Berlin-Mitte eröffnen. Hier sitzen wir jeden Freitag abend bei Kaffee oder Tee zusammen, diskutieren über Probleme, tauschen Gedanken und Sorgen aus, erstellen Aufklärungs- und Informationsmaterial, mit dem wir Beratungen durchführen. Diese empfehlenswerte Möglichkeit der Kommunikation könnte aber noch von mehr Betroffenen intensiver und vielfältiger ausgeschöpft werden.

Gedacht haben wir dabei an ein abwechslungsreiches und buntes Angebot entsprechend den Interessen unserer Mitglieder, wie Gesprächsrunden mit Mediziner, anderen Vereinen oder Selbsthilfegruppen, an Film- und Videoabende mit anschließenden Diskussionen, an selbständige künstlerische Betätigung und vieles andere mehr. Auch an eine gemeinsame Freizeitgestaltung vielfältiger Art und Weise ist gedacht, wobei wir auch hier schon Gemeinsames bei Kinobesuchen, Wanderungen in die Natur oder Feiern erlebten. Somit hatten und haben unsere Mitglieder verschiedene Möglichkeiten, sich kennenzulernen, Sympathien und Freundschaften zu schließen, was unserem Hauptmotto: „Beratung und Alltagshilfe für Positive und deren Angehörige und Freunde“ als wichtigste Voraussetzung unentbehrlich ist. Konkret wollen wir zum Beispiel AIDS-Kranken beim Einkauf helfen, die Wohnung putzen und instand halten, Krankenbesuche und häusliche Pflege übernehmen. Vieles haben wir auf diesen Gebieten erreicht.

*Interview, Fort.*

demiologen unterhalten und von ihm Seroprävalenzstudien fordern. Schon bizarr, sich in dieser Position wiederzufinden. Aber wenn wir die Sache nicht in die Hand nehmen, kommen wir nie weiter. Die Mediziner teilen ihre Macht nicht gern und geben einem nur halbe Antworten. Wir verlangen, daß sie ihre Macht mit uns teilen. Und wenn sie sich nicht auskennen, müssen wir uns eben selbst kundig machen. Und so arbeiten auch gute Sozialarbeiter, wenn sie AIDS-spezifisch arbeiten. Wir haben da in Vancouver einige fähige Leute. Wir haben das Glück, daß in unserer Stadt alle Dienste zentralisiert sind. Wir haben ein „AIDS care team“, wir arbeiten mit einem bestimmten Krankenhaus zusammen, wir haben AIDS-spezifische Sozialarbeiter und AIDS-spezifische Hauspflegekräfte. Mittlerweile suchen auch medizinische Standesorganisationen den Kontakt und das Gespräch mit uns. Gelegentlich fürchten sie sich am Anfang vor uns, aber dann stellen sie fest, daß wir an der Lösung der gleichen Fragen arbeiten wie sie. Worauf wir zusteuern sollten und was tatsächlich im Entstehen ist, das ist ein Solidaritätsgefühl zwischen den Angehörigen verschiedener Disziplinen, denn keine von ihnen wird die großen Probleme, die AIDS mit sich bringt, allein lösen können. Als solidarische Partner aber werden wir unsere Ziele mit gemeinsamer Kraft erreichen.

**Wie optimistisch oder wie pessimistisch siehst Du die Erfolgsaussichten Eurer Arbeit?**

Persönlich kann ich sagen, daß ich mit meiner früheren Arbeit nicht so

Aber ganz klar, auch hier haben wir noch gewaltige Reserven auszuschöpfen. Wir stehen doch noch am Anfang und verfügen kaum über die nötigen Erfahrungen in der Gruppenbetreuung Kranker oder im Umgang mit dem Tod.

Hierzu ist ein Kontakt zu erfahrenen Vereinen und Selbsthilfegruppen westlicher Länder ein absolut unentbehrlicher Quell für unsere Arbeit und ihren Erfolg.

Dort verfügt man über eine mehrjährige praktische Erfahrung, welche uns in unzähligen Fragen und Problemen entsprechende Lösungsvarianten zeigt, die sich genauso oder ähnlich auf unsere Situation anwenden lassen.

Wie wichtig derartige Kontakte zu anderen Selbsthilfeorganisationen in aller Welt sind, konnten zwei unserer Vereinsmitglieder bei der „IV. Internationalen Konferenz für Menschen mit HIV und AIDS“ vergangenen Mai in Madrid hautnah erleben. Für unsere zukünftige Arbeit wird diese Positivenkonferenz ein wichtiger Wegweiser sein. Uns der „Resolution von Madrid“ anschließend, fordern auch wir die Anerkennung von Menschen mit HIV und AIDS als gleichberechtigte Partner im Kampf gegen diese Krankheit und sind für eine Information der Weltöffentlichkeit bei Verstößen gegen Menschenrechte, bei unzureichender medizinischer Versorgung und mangelnder sozialer Absicherung in zahlreichen Ländern.

Wenn wir die Meinung einer Schweizer Teilnehmerin der Konferenz teilen, daß AIDS mit der Liebe, der Solidarität und der Einheit der Betroffenen zu bekämpfen sei, dann hoffen wir auf sich ständig erweiternde und vertiefende Verbindungen zu anderen Selbsthilfeorganisationen in aller Welt und wünschen uns, daß alle Positiven Mut und Energie finden, sich zusammenzuschließen und vielleicht bei uns mal reinschauen:

**„pluspunkt berlin – HILFE FÜR POSITIVE e.V.“**

**Postfach 942, DDR-1026 Berlin**

Konto-Nr.: 100 300 00 bei der Landesbank (Girozentrale) Berlin (West), BLZ 100 000 00 Verwendungszweck: 6841-52-300007-PLUSPUNKT

Kontaktzentrum jeden Freitag von 19-21.00 Uhr im Wohngebietsklub in der Wilhelm-Pieck-Str. 160, 1040 Berlin-Mitte, Tel.: (0372) 2823198

*von Ronny Mario Strobelt ist Vereinsmitglied bei „pluspunkt berlin – HILFE FÜR POSITIVE e.V.“*

viele Menschen berührt habe. Ich bin sehr glücklich und stolz über unsere Leistung. Ich habe den Eindruck, daß ich viel leiste, und mir scheint, dieses Gefühl hat auch einen guten Einfluß auf meine Gesundheit. Aber gleichzeitig frustriert mich die Situation manchmal – immer gegen Widerstände zu arbeiten, immer zu kämpfen. Und ich habe auch Angst. Angst, weil sich immer mehr Menschen um Unterstützung an uns wenden, weil immer mehr Menschen infiziert werden. Um dies zu verdeutlichen: Vor einem Jahr hatten wir etwa 250-270 Mitglieder in unserer Stadt. Jetzt, nach einem Jahr, sind wir schon 600. Was da geschieht, bedrückt mich, und manchmal hat man Zweifel, ob unsere Botschaften gehört werden. Vancouvers Schwulenszene hat mit einer der höchsten Serokonversionsraten, und immer noch gibt es Leute, die die Safer Sex-Regeln außer acht lassen. Es macht mir angst, daß sich unsere Zahl so schnell vergrößert, während die Aufmerksamkeit der Medien oder der Regierung sich eher verringert. Praktisch null ist. Jedenfalls sehr, sehr gering ist, wenn man bedenkt, wie stark das eigentliche Problem wächst.

**Wir wünschen uns für Euch den größtmöglichen Erfolg in Eurer Arbeit. Danke für das Gespräch!**

Es war mir ein Vergnügen.

*Mit Donald de Gagné sprach Claus-Wilhelm Klinker, der auch die gekürzte Übertragung ins Deutsche besorgte.*



# Bisexuelle im Aufbruch zur Selbst- organisation

Nicht erst seit der Veröffentlichung des Kinsey-Reports wissen wir, daß es mehr bisexuell lebende und fühlende Frauen und Männer gibt, als es Sexualwissenschaftler/in, Sexualpädagogen/in und Sexualpolitiker/in bzw. die allgemeine Öffentlichkeit bis dahin angenommen hatten.

Bereits Freud nahm an, daß historisch/anthropologisch die Bisexualität der heute bekannten Hetero- und Homosexualität vorausgegangen war. Die Monopolarisierung und begriffliche Zweiteilung des sexuellen Verlangens in Hetero- und Homosexualität hat die androgyne psychische Bisexualität und die bisexuelle Objektwahl mit dem Bann patriarchaler Vernunft belegt. Gedanklich wie real wurde das bisexuelle Verlangen exterritorialisert. Die empirische Sexualforschung hat indessen die bisexuelle Orientierung vieler heterosexuell oder schwul und lesbisch lebender Frauen und Männer wieder zutage gefördert. Im Zuge der Kommerzialisierung des Sexus in Industriegesellschaften wurde das bisexuelle Verlangen über die Pornoindustrie und die Anzeigenmärkte für Swinger Szenen neu stimuliert. Das von der Unterhaltungsindustrie, z.B. der Mode- und Musikbranchen, stilisierte androgyne bisexuelle Ideal und die gesellschaftliche Liberalisierung der alten Werte von Treue, Monogamie und lebenslanger Partnerschaft, eröffnete vor der AIDS-Krise vielen die stille Realisierung bisexueller Wünsche in der Partner/innen- (Objekt-) wahl. In der Öffentlichkeit sind Bisexuelle jedoch selten präsent.

Erst mit der Emanzipationsbewegung von Frauen und Männern in der zerfallenden antiautoritären Protestbewegung der siebziger und achtziger Jahre entwickelten sich als Satelliten schwul/lesbischer Bewegungszentren erste Ansätze zur Selbstorganisation bisexueller Frauen und Männer. Sie beschreiten, in ihren Selbsterfahrungsgruppen im Spannungsfeld hetero- und schwul/lesbischer Selbstverständnisdiskussionen und dem damit verbundenen Ringen um Einfluß in Kritikpositionen zur geschlechtsspezifischen Emanzipation in der Gesellschaft, einen quasi dritten Weg der sozio-kulturellen und sexuellen Befreiung. Sie suchen, gegenüber dem abgrenzenden und zum Teil bis zum persönlichen Terror gesteigerten ideologischen Kampf zwischen den Fronten, den verstehenden Dialog zwischen Schwulen und Lesben sowie zwischen Feministinnen und „Heteros“.

Mit ihrer durch das bisexuelle Verlangen motivierten „sowohl/als auch Position“ entzogen sie sich bewußt dem Entscheidungsdruck des Entweder/Oder in den Selbstverständnisdiskussionen schwul/lesbischer Emanzipationsgruppen und heterosexueller frauen- und männerbewegter Gruppen. Ihr ambivalentes Verhalten und Beharren auf Widerspruchsdynamik in Beziehungen brachte ihnen den Vorwurf der Inkonsistenz und der Pseudohomosexualität ein. Bisexuelle seien in Wahrheit verkappte Schwule bzw. Lesben, urteilten die Fundamentalisten, die dem neu entstandenen schwulen und feministischen Selbstbewußtsein von Bewegungsaktivisten/innen verpflichtet waren.

Auf der frühen Suche nach einer eigenen Identität in bisexuellen Selbsterfahrungsgruppen wurde, im Namen der schwul/lesbischen Emanzipationsziele und der feministischen Antipatriarchalkritik, für Bisexuelle die Arbeitsfalle patriarchaler (Un-) Vernunft aufgestellt. Wer sich „so oder andersherum“ einordnen ließ und auf keine eigene Subkultur, sondern nur auf unglückliche Verstrickungen im Werte- und Kontrollsystem der Familie verweisen konnte, wurde auf sich selbst zurückgewiesen. Für Bisexuelle war in der sexuellen Emanzipationsbewegung der siebziger Jahre kein Platz. Mit dem Beginn des Ausbaus psychosozialer Beratungsprojekte an der Peripherie der schwul/lesbischen Subkulturen und im Zuge des Aufbaus von Alternativprojekten in der

Emanzipationsszene, mit vielfältigen Freizeit-, Wohn- und Arbeitsprojekten in den größeren Städten, gründete sich Mitte der achtziger Jahre das bundesweite Bisexuellentreffen.

Die Botschaft der selbstbewußten bisexuellen Frauen und Männer war und ist einfach und klar: „Wir sind bisexuell – basta“. Ihre Workshoppraxis ist komplex. In Klein- und Großgruppen werden die Interessen der einzelnen Teilnehmer/innen auf unterschiedlichsten Ebenen ausgetauscht und bearbeitet.

Kreative Methoden der sozialpädagogischen und psychologischen Praxis werden eingesetzt, um persönliche Konfliktlagen und gruppenspezifische Prozesse selbstorganisiert zu verarbeiten. Die theoretische Reflexion der gelebten bisexuellen Beziehungs- und Lebenspraxis wird themen- und projektbezo-

gen gestaltet. Die bundesweiten Bisexuellentreffen werden impulsgebend für regionale Gruppengründungen von bisexuellen Frauen und Männern und bilden einen eigenständigen Bewegungszusammenhang im Ensemble geschlechtsspezifischer Emanzipationsbewegungen in der Bundesrepublik. Mit Einsetzen der AIDS-Krise in den Schwulen- und Lesbenszenen einerseits und in den Swinger Szenen, den Prostituierten- und Drogenszenen andererseits, wird bisexuelles Verhalten, als promiskues Beziehungsverhalten, zum „Gegenstand“ gesundheitlich präventiver Aufklärungs- und Forschungspraxis. Staatssekretär Chorey im Bundesministerium für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit kündigt 1988 eine Aufklärungskampagne für Bisexuelle an. Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung konzipiert eine Anzeigenkampagne für die Zielgruppe der bisexuellen Frauen und Männer in der Bundesrepublik. Bisexuelle werden plötzlich von einer weitgehend unbekanntem Problemgruppe zur Risiko- und Betroffenengruppe im AIDS-Prozeß definiert. Das freie Tagungshaus „Waldschlößchen“ bei Göttingen bietet seit 1988, in Zusammenarbeit mit der Deutschen AIDS-Hilfe, Erfahrungsaustausch und Workshops für bisexuelle Männer und gemischtgeschlechtliche Bisexuellengruppen zum Thema „Bisexualität und AIDS“ an. Die deutsche Gesellschaft für Geschlechtererziehung in der DDR und die Deutsche Gesellschaft für sexualwissenschaftliche Sexualforschung BRD veranstalten im Juli 1990 eine internationale Konferenz in Berlin zum Thema „Bisexualitäten“.

Bisexualität ist als Untersuchungsfeld empirischer Sexualforschung wieder ins Blickfeld gerückt. Auf dem Kongreß werden Berichte über die HIV-betroffenen Bisexuellen und ihre Angehörigen abgegeben, in denen die psychosozialen Probleme der Bisexuellen in der AIDS-Krise Thema sind. Viele „heimliche“ Bisexuelle treibt die HIV-Infektion und AIDS-Erkrankung zur unfreiwilligen Offenbarung ihrer Promiskuität und zur Auseinandersetzung mit der Homosexualität.

Währenddessen warnen Bisexuelle in Selbsthilfegruppen vor einer „Ver-aidung“ ihrer emanzipatorischen Interessen.

Im Juni/Juli dieses Jahres trafen sich sechs regionale Selbsthilfegruppen bisexueller Frauen und Männer zum Erfahrungsaustausch und zur Diskussion, eine überregionale Vernetzung ihrer Aktivitäten betreffend, im Tagungshaus Waldschlößchen. Es wurde ein überregionaler Organisationsrat als Infogruppe gegründet, der die zukünftig halbjährlich stattfindenden überregionalen Treffen der Bisexuellengruppen vorbereitet und koordiniert. Zusätzlich hat sich eine Projektgruppe Bisexualität und AIDS aus diesem Treffen herausgebildet, die in Zusammenarbeit mit der Deutschen AIDS-Hilfe die AIDS-Aufklärung von Bisexuellen für Bisexuelle konzipiert.

Ein Faltblatt und ein Poster, sowie eine Infobroschüre für HIV-gefährdete und HIV-betroffene Bisexuelle, wird von der Projektgruppe innerhalb der nächsten Monate vorgelegt und über die Deutsche AIDS-Hilfe und die regionalen bisexuellen Selbsthilfegruppen verbreitet.

# IV. Internationale Konferenz für Menschen mit HIV und AIDS

## „Die Experten sind wir“

von Ulrich Doms



Für mich war Madrid die erste dieser Konferenzen. London 1987 – damals arbeitete ich in der Dominikanischen Republik, wußte wenig über HIV und gar nichts von meiner eigenen Infektion.

München 1988 – da hatte ich bereits mein erstes Positiventreffen im Waldschlößchen hinter mir und war auf dem Rückweg nach Santo Domingo zu meinem kranken Freund.

Kopenhagen 1989 – mein Freund war gestorben und ich lebte wieder in Deutschland, noch zu verwirrt, als daß ich mir eine Öffnung nach außen hätte erlauben können. Ich hatte nur gehört von der vielbeschworenen Kraft des Münchener Treffens und hatte Konrad Lutz' „Coming Out“ gesehen.

Ich möchte hier nicht auf die technischen Daten und Ergebnisse der Madrider Konferenz eingehen. Ich möchte versuchen zu beschreiben, wie diese vier Tage für mich, als einen von 500 Teilnehmern, waren, denn ich glaube, daß man den Erfolg einer solchen Veranstaltung nicht allein an den konkreten Ergebnissen messen darf, sondern daß es da auch noch das nicht quantifizierbare und schwer qualifizierbare 500mal persönlich Erlebte gibt.

Veranstaltungsort waren die Kellerräume des riesigen, modernen Hotel Convencion am Rande der Madrider Innenstadt. Man tauchte also gleich zu Beginn der Konferenz buchstäblich ab – in vier Tage intensiver Begegnung und Auseinandersetzung mit anderen Infizierten aus den verschiedensten Ländern und sozialen Zusammenhängen. Es gab hier etwas, was in diesen Tagen für mich wichtiger war als die Sonne im Konferenzraum – eine Intensität, die es in den hellen und freundlichen Räumen so mancher Aidshilfen viel zu selten gibt.

Ich teilte mein Zimmer mit César, einem HIV-Positiven aus Santo Domingo. Wir kannten einander noch von den ersten Versuchen her, in Santo Domingo eine Selbsthilfegruppe zu gründen. Es war wunderbar

## Junkies bei der Konferenz

von Herry Wickrath, JES

Nachdem auch die Versorgung mit Methadon nach anfänglichen Schwierigkeiten nun doch geklappt hat, konnten die Junkies der Selbsthilfe-Vereinigung die Flugzeuge besteigen und in Richtung Spanien fliegen. Günter hatte über das MAGS (Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales, NRW) und die DAH Verhandlungen geführt mit den zuständigen Stellen in Madrid.

Wäre auf freiwilliger Basis nicht ein schwuler Arzt mitgefahren, wäre die Teilnahme für viele Substituierte nicht möglich gewesen. JES (Junkies, Ex-User und Substituierte) hatte eine Selbstdarstellung im Workshop E, in dem sich Selbsthilfegruppen aus aller Welt vorstellen konnten, angemeldet. Klaus ter Jung, Jürgen Frötschl und Helmut Ahrens saßen auf dem Podium, Klaus und Jürgen stellten die Geschichte und Entwicklung von JES dar, während Helmut die gesellschaftliche und soziale Lage von Drogengebrauchern in Deutschland aufzeigte. Wie groß das Interesse an JES und Junkiebünden ist, zeigte die anschließende Diskussion. Leider versuchte Arne Husdal, der Koordinator dieses Workshops, zugunsten der Weiterführung des geplanten Programms längere Wortwechsel abubrechen. Dies bemerkte ich auch bei anderen Präsentationen von Selbsthilfegruppen, so daß wir bekanntgaben, uns im Anschluß mit allen – an einer weitergehenden Auseinandersetzung Interessierten – zusammensetzen. Circa 20 Leute benutzten das Podium bei diesem Treffen als gewaltigen Konferenztisch, und es begann ein „wilder“ Erfahrungsaustausch von Heroingebrauchern aus ganz Europa. Da alle wichtig fanden, weitere Gemeinsamkeiten zu besprechen, wurde für abends ein gemeinsames Essen mit Gespräch und Kennenlernen vereinbart. Um 20.00 Uhr war es dann soweit, der

zu hören, was sich da drüben alles getan hat. Während es noch vor zwei Jahren weder eine Schwulen noch eine Positivengruppe gab und sowohl das Schwul- als auch das Positivsein wenig mehr war als eine persönliche Katastrophe, gibt es jetzt eine Schwulengruppe mit 150 Mitgliedern, davon einige, zumindest innerhalb der Gruppe, offen positiv.

Finanziell unterstützt von einem italienischen Entwicklungsdienst, macht die Gruppe in eigener Regie Aidsprävention für Schwule. Für César und damit indirekt auch für die vielen anderen HIV-Infizierten in der Dominikanischen Republik war die offizielle Einladung zu der Konferenz ein wichtiger Schritt heraus aus der totalen gesellschaftlichen Isolierung. Dieser Effekt einer internationalen Konferenz kann gar nicht hoch genug eingeschätzt werden.

Es gab noch ein anderes Wiedersehen für mich. Das mit dem Panel, den ich nach dem Tod meines Freundes gemeinsam mit seinen Freunden für ihn gemacht und nach San Franzisko zum Names Project geschickt hatte. Groß und schön hing da sein Name an der Wand – Máximo. Zum letzten Weltaidstag war der Panel auf einer Ausstellung des Names Project in Santo Domingo zu sehen gewesen. Máximos Familie war zu der Ausstellung gekommen und hatte sich mit den Leuten von Names Project unterhalten. Wieviel Eis hat dafür schmelzen müssen, wollte doch dieselbe Familie bis zu seinem Tod weder von Schwulsein noch von AIDS irgendetwas wissen.

Im Eröffnungsplenum der Veranstaltung gab es eine Schweigeminute für diejenigen, die gestorben sind. Der Konferenzraum war in dieser Minute voll von Liebe, Trauer, Wut und unzähligen Geschichten von HIV/AIDS. Noch etwas länger und es wäre nicht nur mein Kloß im Hals gewesen, der sich in Tränen aufgelöst hätte.

Zwischen den vielen Begegnungen, Flirts und Gesprächen, alle in der Aidskrise und nicht über sie geführt, fanden die Workshops statt. Der Menschenrechtsworkshop, an dem ich teilnahm, bestand aus sieben Einheiten von je eineinhalb Stunden mit zwei Referaten pro Einheit. Die Themen waren breitgefächert, die Besetzung des Workshops stark wechselnd, die Zeit knapp und das Erarbeiten der Ergebnisse fiel zeitlich zusammen mit dem hart verdienten Ausflug an die Erdoberfläche in die

„harte Kern“ marschierte los und fand in einem China-Restaurant den geeigneten Konferenzort. Bei einem riesigen Gelage, bei dem jeder etwas anderes bestellte, aber jeder nehmen konnte, was er speisen wollte, auch mehreren Vino Tinto, kamen wir uns näher und auch immer mehr „drauf“. Wir diskutierten Gemeinsamkeiten und entwarfen die Grundlage für eine Resolution der Drogengebraucher an das Organisationskomitee. Es ging um die Forderung nach mehr Mitspracherecht für Drogengebraucher bei der Planung der nächsten Internationalen Konferenz für Menschen mit HIV/AIDS, um unsere speziellen Probleme zu thematisieren. Außerdem sollte vom jetzigen Organisationskomitee gefordert werden, durch Presse, politische Verbindungen und WHO international bekanntzumachen, daß „Akzeptierende Drogenpolitik“ (harm-reduction) die Grundlage für einen menschlichen Umgang mit Drogengebrauchern und die Grundlage für eine wirksame HIV-Prävention ist. Dazu gehören Spritzenaustauschprogramme, Methadon— einschließlich Morphinbehandlung usw. Mit gutem Feeling kamen wir nach unserer Zusammenkunft wieder ins Hotel Convencion. Der nächste Tag hatte dann neben dem Workshop-Programm wieder ein außerordentliches Meeting gegen Abend geplant, bei dem auch Pressevertreter anwesend sein sollten. Nachmittags hatten plötzlich die Spanier zusammen mit einigen Italienern eine Zusammenkunft, da Isabel vorgeworfen wurde, sie hätte mit uns ein Meeting vereinbart, ohne dazu prädestiniert zu sein. Isabel ist eine Heroingebraucherin von der spanischen Selbsthilfegruppe „El Ciempies“ und hatte an unserem Essenstreffen mitgemacht. Da nur Bernd und ich davon wußten, konnten erst einmal nur wir am spanischen Meeting teilnehmen. Es wurde anstrengend, aber auch interessant. Die gesamte gesellschaftliche Diskussion AIDS und Drogen betreffend schien bei den Spaniern auf der Konferenz versammelt zu sein. Ich stellte unsere Positionen dar, von Spritzenaustauschprogrammen bis zu Methadon für alle, die es möchten und der Forderung nach Entlassung aus dem Knast für Menschen mit HIV/AIDS. Ein Dolmetscher erklärte sich bereit, dies alles in Spa-

nisch zu übersetzen. Klaus und Mischa stießen später auch noch zu dieser Diskussion, die in der Hauptsache zwischen den Junkies und Professionellen aus Spanien geführt wurde, über die Positionen „Drogenfreiheit“ und „Akzeptierende Drogenpolitik“ als HIV-Prävention. Die Vertreter von Therapiekonzernen einschließlich „Le Patriach“ konnten die Forderungen nach Entkriminalisierung als Voraussetzung menschenwürdiger Drogenpolitik leider nicht begreifen, ist „Le Patriach“ doch dafür bekannt, Fronarbeit höher zu stellen als die Menschenwürde (Junkexpress 1 u. 2, Zeitung des Junkiebundes „The final countdown“ in Düsseldorf). Die Junkies von „El Ciempies“ entschlossen sich am nächsten Tag, an einem größeren Meeting aller Junkies teilzunehmen, welches auch um 14 Uhr stattfand. Dort kam endlich eine Resolution, an der die verschiedenen Fronten mitarbeiteten, zustande. Es wurde beschlossen, daß jede Gruppe mit ihren eigenen Ansichten selber Vertreter zum Organisationskomitee (Steeringcomitee) entsenden sollte, um die eigenen Positionen darzustellen. Am Sonntag, dem letzten Tag der Konferenz fand dann eine große Plenumsveranstaltung statt, dort konnten die Ergebnisse der einzelnen Workshops zusammengetragen werden und auch die Junkies trugen ihre Resolution mit ihren Forderungen vor. Unterzeichner und Mitarbeiter waren: JES, Junkiebund, Frontliners, Pluss, El Ciempies und Junkies aus Frankreich, Schweden, Italien, Niederlande und Angora. Ein Fazit: Es hat sich gelohnt, in Madrid gewesen zu sein und wir haben viele Kontakte geschlossen, die demnächst ausgebaut werden sollten. Wir Junkies, Ex-User und substituierte Menschen werden auch unseren Part innerhalb eines europäischen Regenbogennetzwerkes einnehmen. Außerdem können wir noch viel lernen, wie die Spanier beweisen, die in einigen Knästen im Norden Spaniens schon Spritzenverteilung durchgesetzt haben. Unterstützung hatten wir in Helmut Ahrens und seinem Freund Carlos. Er hat die Verbindungen zur Presse in Spanien für die DAH und JES genutzt, so konnten wir unsere Positionen auch in der Öffentlichkeit darstellen. Außerdem war er dauernd am Info-Stand und hat für uns gedolmetscht.

Berge nördlich von Madrid. Referenten des Workshops waren unter anderem eine Familie aus Sambia und Herbert Daniels aus Brasilien. Auch ohne die Stigmata der Homosexualität, des Drogengebrauchs oder der Prostitution ist es für diese afrikanische Familie nicht möglich, sich offen zu ihrer Infektion zu bekennen, ohne massiver Repression ausgesetzt zu sein. Man stirbt so unauffällig wie möglich. Ich fragte Mary, wie sie mit der überwältigenden Präsenz von Schwulen zurecht käme, für sie doch eine sehr ungewohnte Umgebung. Sie meinte, ihr täte das sehr gut, denn es würde ihr helfen, sich zu öffnen. Auch dies ist einer dieser nicht meßbaren positiven Effekte dieser Konferenz, für mich ähnlich bedeutsam wie die Empfehlung der neun hämophilen Konferenzteilnehmer, den Begriff von unschuldig Infizierten doch endlich aus dem Sprachgebrauch zu verbannen.

Herbert, der brasilianische AIDS-Aktivist, hat einen sehr schönen kleinen Essayband verfaßt mit dem Titel „Leben vor dem Tod“. Er unterscheidet darin zwischen dem biologischen Tod, der uns alle einmal erwartet und dem sozialen Tod, zu dem uns Teile der Gesellschaft lange vorher verdammen möchten.

Reisebeschränkungen, Sexverbot, Inhaftierung und Diskriminierung jeglicher Art sind die Mittel, derer sie sich hierzu bedienen. Es ist gerade dieser soziale Tod, gegen den wir uns wehren können und müssen.

Indem wir reisen, auch wenn manche Länder ihre Grenzen für uns schließen, indem wir unsere Sexualität selbstbestimmt leben, auch wenn mancher die Sexualität von HIV-Infizierten in einem Atemzug mit Mord und Totschlag nennt, indem wir leben und unser Lebendigkeit öffentlich machen. Wir widersprechen damit dem lästigen, von der Welt- und Tagespresse täglich einhellig wiederholten Geschwätz von der Todesseuche. Solange wir leben. Eine Konferenz, wie die in Madrid, ist in meinen Augen ein geeignetes Mittel für das Erreichen von Öffentlichkeit. Leider war die Resonanz in der bundesdeutschen Presse nahe Null, ein Umstand, der sich im nächsten Jahr unbedingt ändern muß.

Natürlich gab es auf dieser Konferenz auch Probleme: die medizinische Versorgung, die überlastete Organisation, die mangelnde finanzielle Ausstattung vieler Teilnehmer aus Südamerika und Afrika oder die

behinderteneindlichen Örtlichkeiten, um nur einige zu nennen. Aber diese Probleme sollten den Blick nicht verstellen für das, was gut und möglich war. Deshalb an dieser Stelle mein Dank an die spanischen Veranstalter und an die D.A.H., die die Teilnahme von immerhin 60 Personen ermöglicht hat.

Ich bin für das weitere Abhalten solcher Konferenzen als Drehscheibe für eine internationale Positivenarbeit, ich bin für das Öffentlichmachen unserer Situation in allen Teilen der Welt und für internationale Solidarität. Mir ist es nicht egal, daß in Chile HIV-Infizierte ein totales Sexverbot unter Androhung von Haftstrafen erhalten; daß Aidskranke gerade in den ärmeren Ländern von Krankenhäusern abgewiesen werden mit der Bemerkung, das lohne sich ja doch nicht, oder weil es einfach keine Kapazitäten mehr gibt; daß es in manchen Ländern Morde und Aufrufe zum Mord an HIV-Positiven gibt.

Von Herbert Daniel bekam ich das T-Shirt der brasilianischen Positivgruppe „Pela Vidda“ geschenkt. Auf dem steht „Viva a Vida“, Lebe das Leben. Für uns Positive ist das ein politischer Slogan.

Als es nach dem Abschlußplenum ans Verabschieden ging, bin ich vor der intensiven Atmosphäre in unseren unterirdischen Konferenzräumen und vor meinen eigenen Gefühlen in die nüchterne Kühle meines Hotelzimmers geflüchtet.

Die Intensität, die ich in Madrid gespürt habe, ist eine gewaltige Kraft, dieselbe, mit der wir leben und unsere Rechte einfordern. Wenn sich in der Gesellschaft, in den politischen Gremien oder sogar in den Aids-Hilfen selber Schlappeit und Gleichgültigkeit breit machen, dann sollten wir das als Aufruf dazu verstehen, die Kraft und die Kompetenz, die uns aus unserem Leben mit HIV erwächst, überall dort einfließen zu lassen, wo sie den anderen fehlt. „Die Experten sind wir“ lautete das Fazit des Workshops der Selbsthilfegruppen.

# Weg mit § 175!

**Wir rufen auf:**

zur Teilnahme an den deutsch-deutschen Aktionstagen gegen den §175.

**Der § 175 bedroht die Schwulen nicht nur strafrechtlich, sondern ist darüber hinaus ein Symbol für gesellschaftliche Ausgrenzung und Diskriminierung.**

**Wenn nicht jetzt, wann dann?**

Gerade jetzt, wo den Schwulen in der DDR durch die Rechtsangleichung die Wiedereinführung des Paragraphen 175 droht, besteht die dringende Notwendigkeit und auch die realistische Chance, diesen Paragraphen in der Bundesrepublik zu streichen.

**Wenn nicht wir, wer dann?**

Gerade wir Schwulen müssen im bevorstehenden Wahlkampf zum gesamtdeutschen Parlament die Parteien zwingen, sich mit unseren Forderungen auseinanderzusetzen und die strafrechtliche Ungleichbehandlung zu beenden.

**Wenn nicht in Berlin, wo dann**

sollen wir für die sofortige und ersatzlose Streichung des § 175 aus dem bundesdeutschen Strafgesetzbuch demonstrieren?

Gerade in Berlin, wo die deutsche Schwulenbewegung vor rund hundert Jahren ihren Anfang nahm, ist der Ort, an dem Schwule aus Ost und West gemeinsam für ihre sexuelle Selbstbestimmung auf die Straße gehen.

**Kommt alle zur Demonstration am 27. Oktober 1990 um 12.00 Uhr in Berlin**

**Unterstützer:**

Berliner Schwulen-Verband (BSV)  
Schwulenverband in Deutschland (SVD)  
Deutsche AIDS-Hilfe (D.A.H.)  
Berliner AIDS-Hilfe (BAH)  
Bundesverband Homosexualität (BVH)  
Ökumenische Arbeitsgruppe Homosexuelle und Kirche (HuK) e.V.  
Mann-O-Meter, Berlin

## Deutsche Aids Hilfe e.V.

Ja, ich unterstütze den Gesetzesantrag der Freien und Hansestadt Hamburg zur ersatzlosen Streichung des § 175 StGB (Homosexuelle Handlungen) und des § 182 StGB (Verführung) vom 7. Mai 1990.

**Vorname und Name**

**Anschrift**

**Unterschrift**

1

2

3

4

5

**Diese Liste ist keine Rosa Liste!** Die Anzahl der Unterzeichner wird notariell beglaubigt und nur diese Zahl – also keine Namen und Adressen – wird den entsprechenden Regierungsstellen übergeben.

Bitte schickt diese Liste – auch unvollständig – bis zum **22. Oktober 1990** zurück an die:

**Deutsche AIDS-Hilfe**, Nestorstr. 8-9, 1000 Berlin 31