

AIDS-FORUM D.A.H.

SONDERBAND

10 JAHRE DEUTSCHE AIDS-HILFE GESCHICHTEN & GESCHICHTE



Deutsche
AIDS-Hilfe e.V.

BELEGEXEMPLAR

AIDS-FORUM D.A.H.
SONDERBAND

10 JAHRE
DEUTSCHE
AIDS-HILFE
GESCHICHTEN
& GESCHICHTE

Gewidmet
allen
verstorbenen
Männern
und
Frauen,
die
durch
ihr
Engagement
zum
Aufbau
der
AIDS-Hilfe
beigetragen
haben

Editorial	5
------------------	----------

PolitikerInnen zum zehnjährigen Jubiläum der Deutschen AIDS-Hilfe

Rita Süßmuth	9
Horst Seehofer	10
Renate Schmidt	12
Hans Peter Voigt	12

Weitere Gratulanten

Rolf Rosenbrock	14
Michael Bochow	20
Rainer Jarchow	21
Hans Mohl	22

Die AIDS-Hilfe – ein historischer Abriß Kajo Pieper und Guido Vael (Mitarbeit)	25
---	----

Die Entwicklung von AIDS-Selbsthilfegruppen in der ehemaligen DDR Olaf Leser	33
---	----

Erinnerungen – Annäherungen. Interviews mit AIDS-Hilfe-Organisatoren in der ehemaligen DDR Peter Zechel	36
---	----

Über die Arbeit des Beirats der Deutschen AIDS-Hilfe Susanne Teichmann	52
---	----

Vorstände von 1983 bis 1993 über ihre Arbeit und die Entwicklung der D.A.H.

Stephan Reiss	57
Gerd Paul	60
Christiane Friedrich	68
Helmut Ahrens	70
Hans Peter Hauschild	75

© Deutsche AIDS-Hilfe e.V.
Dieffenbachstraße 33
D-10967 Berlin

Oktober 1993

Redaktion: Klaus-Dieter Beißwenger, Christine Höpfner, Peter Zechel
Layout: CaJa Carmen Janiesch
Druck: Oktoberdruck
alle Berlin

ISSN 0937-194X

Spendenkonto: Deutsche Apotheker- und Ärztebank, Berlin,
Konto 000 3500 500 (BLZ 100 906 03).

Die D.A.H. ist als gemeinnützig und mildtätig und damit als besonders förderungswürdig anerkannt. Spenden sind daher steuerabzugsfähig.

Berichte aus Arbeitsschwerpunkten der AIDS-Hilfe

Streetwork im Präventionskonzept für schwule Männer Rainer Schilling	83
„He, Du bist doch von der AIDS-Hilfe...“ – Streetwork in der Schwulenszene Eberhard Friedemann	86
Leben und arbeiten mit Strichern – das BASIS-Projekt in Hamburg Matthias Schmidt	89
Zum Beispiel JES Bremen Rolf Bösche und Horst-M. Murken	97
Knast und AIDS im Ländle Tom Handtmann	102
Mit Geduld und Spucke – Frauen und AIDS-Hilfe Claudia Fischer	105
Medizin, Forschung und Betroffene Matthias Wienold	107
Pflegestandards und Qualitätssicherung Beate Steven	112
ziK – zu Hause im Kiez – Wohnprojekt für Menschen mit HIV/AIDS in Berlin Christian Thomes	118
Trauerkultur Hans Peter Hauschild	122
Angebote für Angehörige von Menschen mit HIV/AIDS Helga Thielmann	131
Schulische und außerschulische Jugendarbeit der AIDS-Hilfe Düsseldorf e.V. Helmut Kiolbassa	133
Da zürnt der Laie und der Fachmann ärgert sich. Zum Spannungsverhältnis zwischen professionellen und ehrenamtlichen Helfern in der HIV-Betreuung Helmuth Zenz	137

Zehn Jahre ist es im Herbst 1993 her, daß die Deutsche AIDS-Hilfe in Berlin von einigen schwulen Männern und einer Frau «ins Leben gerufen» wurde. Die Ahnung, vor einer großen Herausforderung zu stehen, und der Wille, etwas gegen AIDS als reale Krankheit und als gesellschaftliche Herausforderung zu tun, brachten eine für die Bundesrepublik bis dato einmalige Mobilisierung und Bündelung von Selbsthilferessourcen zustande. Zu den schwulen Männern kamen die Junkies, später die infizierten Frauen, und das Aufgabenspektrum erweiterte sich von der Infektionsverhütung (Primärprävention) zu Angeboten, die der Gesunderhaltung der Menschen mit HIV (Sekundärprävention) und der angemessenen Betreuung und Pflege im Krankheitsfall (Tertiärprävention) dienen. Im Konzept der «Strukturellen Prävention» schließlich folgerichtig auf den Begriff gebracht, nahm AIDS-Hilfe die Lebenswelten der Betroffenen und Bedrohten in den Blick: Stärkung der Identitäten, Verteidigung der «subkulturellen» Lebensräume, Entstigmatisierung und Entkriminalisierung, Vernetzung der Betroffenenengruppen und parteiliches Eintreten gegenüber Institutionen, Politik und Gesellschaft.

Es ist vieles erreicht worden und manches anders gekommen als erwartet. Die Bilanz nach zehn Jahren sieht dementsprechend doppelgesichtig aus:

Immer noch erkranken und sterben Menschen an AIDS. Aber auch: Seit einiger Zeit sind manche Krankheitsbilder bei HIV-Infektion gut behandelbar.

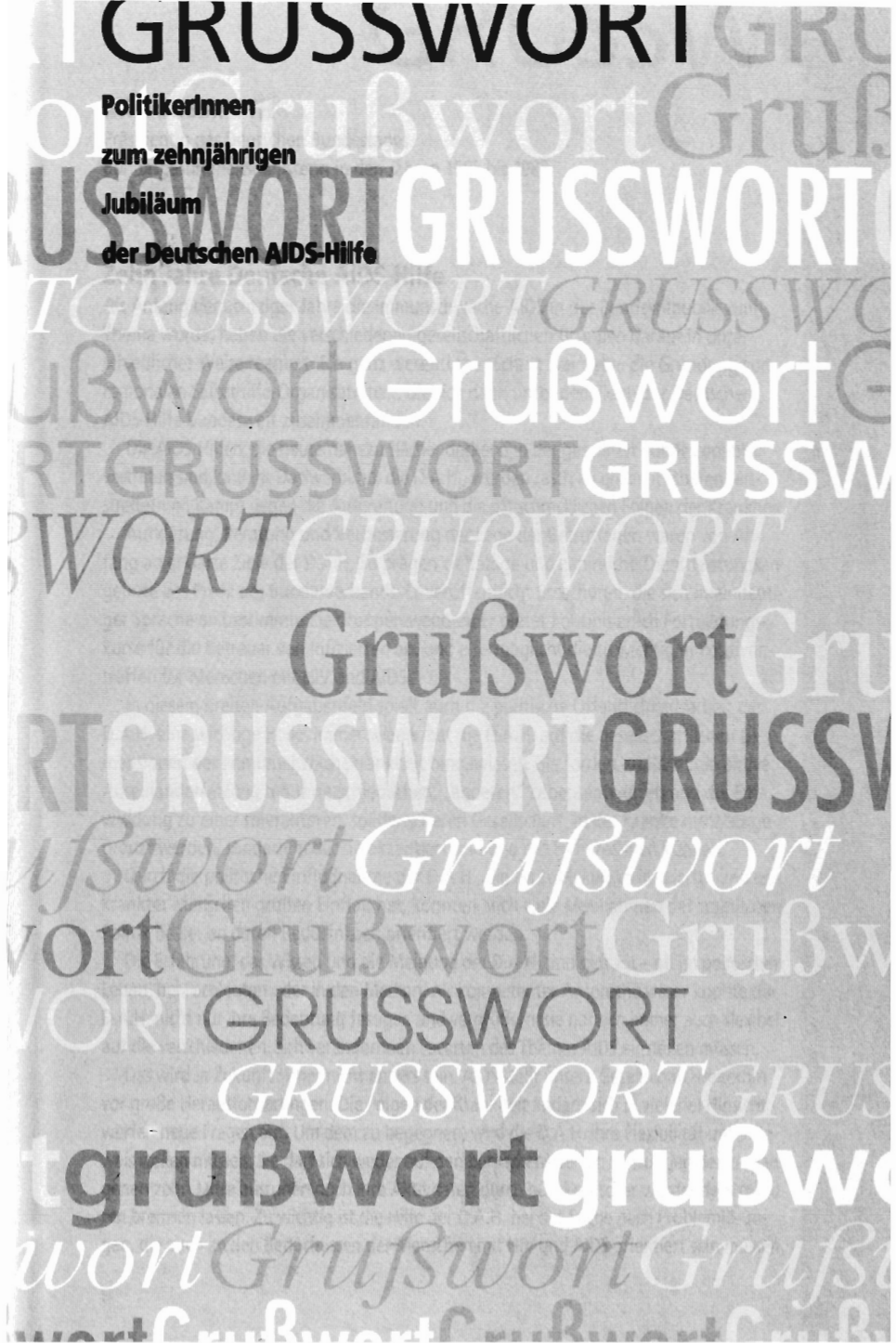
Immer noch werden AIDS-Kranke ausgegrenzt und diskriminiert. Aber auch: Seit einiger Zeit gehen immer mehr Menschen mit HIV und AIDS mutig an die Öffentlichkeit.

Immer noch, ja verstärkt drohen Mittelkürzungen im Gesundheits- und Sozialbereich, auch bei Menschen mit AIDS, auch bei der AIDS-Hilfe. Aber auch: Seit zehn Jahren geben wir unser Bestes. Wenn die Zahl der Neuinfektionen in der Hauptbetroffenengruppe der schwulen Männer seit einiger Zeit rückläufig ist, dann ist das zu einem Gutteil sicher auch unser Verdienst.

Der vorliegende Band will und kann keine Bilanz von zehn Jahren AIDS-Hilfe ziehen. Er nimmt Einblick in einige Facetten der AIDS-Hilfe-Arbeit, selbstverständlich ohne Anspruch auf Vollständigkeit. Lokale AIDS-Hilfen kommen zu Wort, ebenso die Bundesgeschäftsstelle in Berlin. Manches Launige ist dabei und manches Erhellende, in der Rückschau ehemaliger Vorstände etwa — Geschichten eben. Wie es einem Jubiläumsbändchen geziemt, nehmen auch GratulantInnen das Wort, die uns in unserer Arbeit mehr oder weniger begleitet haben. Was AIDS-Hilfe noch von jedem anderen Arbeitszusammenhang in Deutschland unterscheidet, wird in dem Band ebenso deutlich: AIDS — das sind Menschen, auch die Kranken und die Toten, unsere FreundInnen, PartnerInnen und MitarbeiterInnen, das sind oft auch wir selbst.

Klaus-Dieter Beißwenger, Christine Höpfner
— Redaktion AIDS-FORUM D.A.H. —
Berlin, im Oktober 1993





PolitikerInnen

zum zehnjährigen

Jubiläum

der Deutschen AIDS-Hilfe

RITA SÜSSMUTH

Präsidentin des Deutschen Bundestages
Bundesgesundheitsministerin in den Jahren 1985 bis 1988

Zehn Jahre Deutsche AIDS-Hilfe

Als Anfang der achtziger Jahre die Immunschwäche AIDS in der Bundesrepublik zum Thema wurde, haben die verschiedenen gesellschaftlichen Gruppen darauf in unterschiedlicher Weise reagiert. Ein ganz wesentlicher Schritt war dabei die Gründung von regionalen Selbsthilfe-Organisationen, die sich dann unter dem Dach der Deutschen AIDS-Hilfe bundesweit zusammenfanden.

Die AIDS-Hilfen, die heute nahezu flächendeckend in der gesamten Bundesrepublik vertreten sind, und ihr Dachverband, die D.A.H., wurden rasch zu unverzichtbaren Mitstreitern im Kampf gegen die Ausbreitung und die oft schrecklichen Folgen der Krankheit.

Aufklärung, Beratung und Verbesserung der Lage der Betroffenen waren von Anfang an erklärte Ziele der D.A.H. So prägen vielfältige und zahlreiche Dienstleistungsangebote das Profil des Bundesverbands: Er veröffentlicht Broschüren, die sich in eindeutiger Sprache an bestimmte Zielgruppen wenden. Er bietet kontinuierlich Fortbildungskurse für die Betreuer von Infizierten an, und er ermöglicht die so wichtigen Positiventreffen für Menschen mit HIV und AIDS.

In diesem breiten Aufgabenfeld spielt auch die politische Öffentlichkeitsarbeit der D.A.H. eine wichtige Rolle. Immer wieder hat die D.A.H. auf die gesellschaftlichen Dimensionen der Immunschwächekrankheit hingewiesen. Sie fordert zu Recht die aktive Auseinandersetzung mit unterschiedlichen, „anderen“ Lebensentwürfen und die Entwicklung zu einer toleranteren, solidarischeren Gesellschaft, in der Kranke nicht ausgegrenzt werden, sondern in der sie akzeptiert sind und mit Hilfe rechnen können.

Durch die politische Einflußnahme der D.A.H., die als Lobby vieler infizierter und erkrankter Menschen großen Einfluß hat, konnten auch viele Maßnahmen der staatlichen Politik besser an deren Bedürfnissen orientiert werden.

Die Erfahrung, das Wissen und die Meinung der D.A.H. sind gefragt – ob im politischen Leben, bei Fachleuten oder in den Medien. Als kompetenter Ansprechpartner konnte die D.A.H. nicht nur ihre Bedeutung festigen und vergrößern, sie hat sich immer auch flexibel auf die verschiedenen, sich verändernden Facetten des Themas AIDS einstellen müssen.

Das wird in Zukunft sicher nicht anders sein. AIDS stellt unsere Gesellschaft weiterhin vor große Herausforderungen. Die Folgen der Krankheit ändern sich in vielerlei Hinsicht, werfen neue Fragen auf. Um dem zu begegnen, wird die D.A.H. ihre Flexibilität unter Beweis stellen müssen. Sie darf sich weder auf den bemerkenswerten Leistungen der vergangenen zehn Jahre ausruhen noch ihre Aktivitäten durch bürokratischer werdende Strukturen bremsen lassen. Zu wichtig ist die Hilfe der D.A.H. bei der Suche nach Problemlösungen, die auch an den Bedürfnissen der Menschen mit HIV und AIDS orientiert sein müssen.

ILONA WESSELS

Ilona Weßels kam 1986 zur D.A.H.-Bundesgeschäftsstelle, wo sie die Leitung der Büroorganisation übernahm. Durch ihre Flexibilität, ihren Ehrgeiz und ihren unermüdlichen Schaffensdrang trug sie wesentlich zum Aufbau der D.A.H. bei. Sie war auch verantwortlich für die Einrichtung eines Betriebsrats und engagierte sich selbst für längere Zeit als Betriebsrätin. Ilona konnte kumpelhaft und gesellig sein, sie war aber auch eine Individualistin, die es vorzog, sich nach Feierabend zurückzuziehen, um sich ihren Katzen zu widmen, die sie über alles liebte. Ilona schied im Oktober 1989 aus der D.A.H. aus, wo sie zuletzt als Sachbearbeiterin im Referat Medizin und Gesundheitspolitik tätig war. Als Chefsekretärin in einer internationalen Modefirma stellte sie sich erneut reizvollen Aufgaben und Herausforderungen. Einiges blieb ihr im Leben unerfüllt. Sie wollte beispielsweise nach Madagaskar, um dort am Aufbau eines AIDS-Präventionsprogramms mitzuwirken. Was ihr jedoch erfüllt wurde, war der Wunsch nach einem schnellen Tod ohne große Qualen und Siechtum. Sie starb am 20. September 1990, nachdem sie drei Tage zuvor mit einem plötzlichen Leberausfallkoma ins Krankenhaus eingeliefert worden war, aus dem sie nicht mehr erwachte.

HORST SEEHOFER

Bundesminister für Gesundheit

Was erachten Sie als die größten Vorzüge der Deutschen AIDS-Hilfe?

Ganz im Vordergrund steht für mich die menschliche Zuwendung, das gegenseitige füreinander Einstehen. Der engagierte Einsatz vieler Mitarbeiter der Deutschen AIDS-Hilfe in der Beratung und Betreuung von Menschen mit HIV und AIDS hat Zeichen für Mitmenschlichkeit und Solidarität mit den Betroffenen gesetzt.

Dadurch sind auch Toleranz und Respekt gegenüber Mitbürgern mit anderer Lebensart und -weise und Veranlagung gefördert worden. Natürlich sind Diskriminierung und Ausgrenzung bestimmter Personen und Personengruppen im gesellschaftlichen Miteinander längst noch nicht verbannt, aber eine Reihe dumpfer Vorurteile konnten in den vergangenen Jahren abgebaut werden.

Daß der Weg der AIDS-Politik in der Bundesrepublik Deutschland sich bewährt hat, ist nicht zuletzt der Mitarbeit der Deutschen AIDS-Hilfe zu verdanken. Die Präventionserfolge bei den hauptgefährdeten Gruppen sind ganz wesentlich ein Ergebnis dieser Arbeit. Deshalb können wir sagen, daß in Deutschland die HIV-Epidemie einen deutlich weniger dramatischen Verlauf genommen hat, als noch vor wenigen Jahren vorhergesagt wurde. Allerdings darf jetzt auch nicht der Eindruck entstehen, als sei Entwarnung angesagt, als gäbe es dieses Problem nicht mehr.

GRUSSWÖR

Wo sehen Sie Defizite in der Deutschen AIDS-Hilfe?

Defizite in der Arbeit sehe ich nicht, wohl aber in den zur Verfügung stehenden finanziellen Mitteln. Sie wissen, daß der Bund nur begrenzt helfen kann. Ich wünschte mir aber, daß in unserem Land, das von großer Spendenwilligkeit gekennzeichnet ist, gerade für die AIDS-Hilfe mehr Spenden gegeben würden. Da ist noch ein guter Teil Bewußtseinsbildung zu erreichen.

Defizite sehe ich eher noch in Politik und Gesellschaft, wenn es um die Präventionsarbeit in Zielgruppen geht. Manche aufgeregte Kritik dazu ist aus meiner Sicht entbehrlich. Andererseits gibt es immer auch mal wieder Übereifrige in den Reihen der Deutschen AIDS-Hilfe, die nicht genügend berücksichtigen, wie die Befindlichkeit der Öffentlichkeit ist und ihre Zielgruppenarbeit zu provokant ausdehnen. Hier müssen alle Beteiligten noch mehr gegenseitige Toleranz lernen.

Worin sehen Sie die Bedeutung der Deutschen AIDS-Hilfe im Gesundheitssystem der Bundesrepublik?

Erfolgreiche Gesundheitspolitik kann generell ohne Verantwortung des einzelnen und wirkungsvolle Selbsthilfe in Gruppen nicht gelingen. Die Arbeit der Deutschen AIDS-Hilfe hat entscheidend dazu beigetragen, die Notwendigkeit und Wirksamkeit von Selbsthilfe deutlich zu machen. Die Arbeit von Selbsthilfegruppen muß gestärkt werden. Wir haben im Gesundheitsstrukturgesetz dafür entscheidende Voraussetzungen geschaffen.

Die Präventionsarbeit für die hauptgefährdeten Gruppen ist eindeutig ein Erfolg der Deutschen AIDS-Hilfe. Diese Aufgabe hat die Deutsche AIDS-Hilfe übernommen. Das ist zu begrüßen, weil wir uns darüber im klaren sind, daß staatliche Maßnahmen eine begrenzte Reichweite haben. Der vertrauensvolle Zugang zu den Betroffenen war und ist Voraussetzung für eine erfolgreiche zielgruppengenaue Ansprache von Homosexuellen, Bisexuellen, Drogenabhängigen und auch Menschen im Strafvollzug. Insoweit ist die Deutsche AIDS-Hilfe unverzichtbarer Baustein in der AIDS-Politik der Bundesregierung mit der eigenständigen Aufgabe der Prävention in ihrem Bereich. Die Arbeit der Deutschen AIDS-Hilfe ist somit ein Beweis dafür, daß eine solche Zusammenarbeit im Interesse der Sache geboten und erfolgreich ist.

RENATE SCHMIDT

Vizepräsidentin
des Deutschen Bundestages
Mitglied des Deutschen Bundestages (SPD)

Was erachten Sie als die größten Vorzüge der Deutschen AIDS-Hilfe?

Die Deutsche AIDS-Hilfe ist für mich gewachsene Selbsthilfe und – das ist das Besondere dieser Organisation – sie ist sich immer ihrer Wurzeln bewußt und betreibt deshalb Lobbyismus im besten Sinne: für Menschen, die von der Krankheit AIDS betroffen sind. Die D.A.H. konfrontiert unsere Gesellschaft mit großen Tabuthemen wie Sexualität, Tod und Sterben, Abhängigkeiten und Knast, zwingt dadurch zum Nachdenken und fordert damit zu mehr Solidarität auf.

Wo sehen Sie Defizite in der Arbeit der Deutschen-AIDS-Hilfe?

Welche Defizite ich sehe, ist schwierig zu beantworten. Vielleicht gibt es manchmal einen gewissen Hang zur Nabelschau und zu -ismen, wo mehr Kooperation und Vernetzung angesagt wären. Und ich habe die Befürchtung, daß, je größer eine Organisation wird, der Esprit auf der Strecke bleibt.

Was fällt Ihnen zu „Deutsche AIDS-Hilfe“ spontan ein?

Berlin, viel Trauer, viel Lust, viel Liebe und eine Riesenportion Solidarität.

DR. HANS-PETER VOIGT (Norheim)

Mitglied des Deutschen Bundestages
(CDU), Vorsitzender der Enquête-Kommission des 11. Deutschen Bundestages
„Gefahren von AIDS und wirksame Wege zu ihrer Bekämpfung“

Zu Beginn meines Beitrags, der auf 10 Jahre Deutsche AIDS-Hilfe zurückblickt, möchte ich mit viel Respekt und Dankbarkeit an die Persönlichkeiten denken, die diese Organisation aufgebaut und mit Leben erfüllt haben, aber als Folge der tückischen Krankheit AIDS in der Zwischenzeit verstorben sind.

Der große Erfolg der AIDS-Hilfe bundesweit lag eben genau darin, daß Menschen aus dem unmittelbaren Erleben der HIV-Infektion heraus Kommunikationswege entwickeln konnten, durch die anderen Betroffenen mit Erfolg die Präventionsbotschaft vermittelt und psychosoziale Hilfe angeboten werden konnte.

Die Erfahrungen, die wir in diesem Zusammenhang sammeln konnten, sollten auf andere Bereiche übertragen werden, wo Selbsthilfe von Betroffenen zur Verbesserung der Lebenssituation eine echte Hilfe sein kann. In der Vergangenheit ist die Betroffenenkompetenz im Gesundheitswesen zu wenig genutzt worden.

In der Zukunft müssen die Verantwortlichen der Deutschen AIDS-Hilfe bei der Weiterentwicklung ihrer Strategien den Generationskonflikt stärker berücksichtigen. Die positive Reaktion und die Akzeptanz ist auch ein Resultat der Begegnung von Menschen in etwa gleichem Alters- und Lebensabschnitt.

Weitere Gratulanten



DR. ROLF ROSENBROCK

Gesundheits- und Sozialwissenschaftler, Leiter der Forschungsgruppe „Gesundheitsrisiken und Präventionspolitik“ am Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB), Mitglied der Enquete-Kommission „Gefahren von AIDS und wirksame Wege zu ihrer Eindämmung“ im 11. Deutschen Bundestag und in weiteren Beratungsgremien

Von der schwulen Selbsthilfe zum professionalisierten Akteur der Gesundheitsförderung und Wohlfahrtsverband – Eine Erfolgsgeschichte mit ein paar Fragezeichen

Weil ich damals nicht dabei war, darf ich es so sagen: Die Gründung der D.A.H. im Herbst 1983 war eine gesundheits- und bürgerrechtspolitische Großtat.

Gesundheitspolitik: Während Selbsthilfegruppen und Selbsthilfebewegung bis zum Auftreten von AIDS fast ausschließlich um die psychische, soziale und medizinische Bewältigung bereits eingetretener Gesundheitsrisiken, also für Tertiärprävention, gewachsen waren (z.B. Alkoholismus, Krebs, epileptische Krankheiten, Rheuma), ist mit den AIDS-Hilfen eine Organisation entstanden, die sich von Anfang an mit gleichem Gewicht für die Infektionsverhütung, also für die Primärprävention einsetzte. Die von Gesundheitswissenschaftlern oft beschworene Vision des spontanen, solidarischen und selbstverwalteten Zusammenschlusses von Menschen, die von einem gemeinsamen Risiko bedroht sind, wurde in der AIDS-Hilfe Wirklichkeit und Erfolg: In den hauptsächlich vom HIV-Risiko betroffenen Gruppen haben sich Einstellungs- und Verhaltensänderungen ereignet, die in Ausmaß und Zeitstabilität alle Beispiele der bisherigen Geschichte von Public Health und Prävention übertreffen. Das zeigt sich im Vergleich mit der Durchsetzung der persönlichen Hygiene im Kampf gegen die alten Infektionskrankheiten, mit der Zahnhygiene, mit dem Rauchen, mit dem Gebrauch legaler und illegaler Drogen etc. Durch Mobilisierung kognitiver, sozialer und kreativer Ressourcen in den betroffenen Gruppen hat es sich als möglich erwiesen, durch öffentlich vermitteltes Lernen Verhalten auch in Tabu-, Scham- und Illegalitätsbereichen zu beeinflussen. Grundsätzlich scheint es möglich, diesen Erfolg zu halten und noch weiter auszubauen.

Konzept und Praxis der AIDS-Hilfe beruhten dabei auf einer Vorstellung von Gesundheit, welche die Zuständigkeit dafür nicht an die Medizin delegiert. Folgerichtig wurde das erste „Hilfs“-Angebot der Medizin, nämlich der therapeutisch konsequenzlose, aber lebensentscheidende HIV-Antikörpertest als das zurückgewiesen, was er ist: der untaugliche Versuch einer am Individuum ansetzenden Seuchenkontrolle. Seine Funktion hat der Test als Möglichkeit, potentiell Betroffenen diagnostische Sicherheit bei beunruhigenden Krankheitssymptomen zu geben. In Übereinstimmung mit den fortgeschrittenen gesundheitswissenschaftlichen Konzepten gehört zur Gesundheit nicht nur risikomeidendes Verhalten, sondern das möglichst autonome Leben in selbstgewählten Bezügen und Gemeinschaften. AIDS-Hilfe als politisches Subjekt richtet Forderungen zur Verbesserung der Bedingungen hierfür an Politik und gesellschaftliches Umfeld. AIDS-Hilfe

als sozialer Ort bietet denen, die dies suchen, Möglichkeiten der Realisierung im Rahmen dieser stets selbst zu erkämpfenden Bedingungen.

Die Deutsche AIDS-Hilfe ist nicht von Gesunden oder Kranken gegründet worden, sondern von schwulen Männern, die sich und ihre Lebenswelt von einer neuen, zusätzlichen Gefahr durch ein Virus und die daran hochzüngelnde Repression einer (wenn auch oft nur noch latent) immer noch homophoben Umwelt bedroht sahen. Der oft mehr als nur formal-organisatorische Zusammenschluß mit Junkies und Prostituierten zu einer Koalition der von HIV und von HIV-Hysterie bedrohten Randgruppen der Gesellschaft war, so schwierig sich seine Umsetzung auch erwies, konsequent. Dieses Konzept schließt Ausgrenzung oder Ghettoisierung von Infizierten und Kranken aus. Auch im internationalen Vergleich schneidet die Deutsche AIDS-Hilfe in dieser Hinsicht gut ab: Die Förderung der Präsenz von HIV-positiven und AIDS-kranken Menschen in der Öffentlichkeit ist nicht nur diesen gegenüber das einzig faire Verhalten, sondern wirkt auch den Tendenzen zum Verdrängen und Abschieben entgegen.

Im Ergebnis ist AIDS-Hilfe damit freilich auch für eine gewaltige Vielfalt von Problemen zuständig geworden: Es geht um weit verstandene Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention für Gruppen, die außer ihren Gemeinsamkeiten der Bedrohung durch HIV und der gesellschaftlichen Randposition auch viele, organisatorisch schwer kompatible Eigenheiten aufweisen. Der Einschluß der Bedingungen für Gesundheit und Wohlbefinden für all diese Gruppen und Lebenslagen in die Ziele der AIDS-Hilfe macht sie zu einem Pionier bei der Erweiterung von Public health policy auf dem Weg zu einer Healthy public policy.

Bürgerrechte: Es war bis weit in die zweite Hälfte der 80er Jahre durchaus nicht klar, welchem Modell die Bundesrepublik Deutschland in der Bekämpfung von AIDS folgen würde: dem Modell der individuellen Suchstrategie (Leitfrage: Wie ermitteln wir möglichst schnell möglichst viele potentielle Infektionsquellen, und wie legen wir diese still?) oder dem Modell der gesellschaftlichen Lernstrategie (Leitfrage: Wie organisieren wir möglichst schnell, möglichst flächendeckend und möglichst zeitstabil die gesellschaftlichen Lernprozesse, mit denen sich Individuen, Institutionen und die gesamte Gesellschaft maximal präventiv auf das Leben mit dem Virus einstellen können?). Wie in fast allen industrialisierten Ländern, und getragen auch von der WHO, fiel die Entscheidung letztlich zugunsten der zumindest offiziell derzeit nicht in Frage gestellten Lernstrategie. Sie hat sich unter den Gesichtspunkten sowohl der Effizienz als auch der Zivilisation als richtig erwiesen. Die Entscheidung wurde in den meisten westeuropäischen Ländern und in Nordamerika im Dreieck Staat – Medizin- bzw. Gesundheitssystem – Schwulenbewegung ausgehandelt. Nur: in der Bundesrepublik gab es damals keine handlungsfähige „Gay community“. Die Gründer der Deutschen AIDS-Hilfe haben diese politische Leerstelle gerade noch rechtzeitig besetzt und damit auch wesentlichen Anteil am Bau haltbarer Dämme gegen Einbrüche in die Bürgerrechte von Schwulen, Junkies und Prostituierten. Im Ergebnis hat dies zum Abbau von Vorurteilen und zu mehr gesellschaftlicher Akzeptanz beigetragen. Die Orientierung der Prävention und generell des Um-

JÖRG STUBBEN

Sein Eintreten als schwuler Mann für schwule Interessen prägte die Arbeit der Berliner AIDS-Hilfe. Jörg war in seinem Engagement glaubwürdig und auch umstritten – durch seine Zielstrebigkeit und Beharrlichkeit, die bis zu Sturheit reichen konnte. Halbherzigkeit war nicht seine Sache. Als Jörg seine Arbeit als Vorstand und Geschäftsführer der Berliner AIDS-Hilfe aufnahm, war er der richtige Mann am richtigen Ort zur richtigen Zeit. Er kam mit klaren Vorstellungen, Sachverstand und dem Mut, die Verantwortung für das damalige „Chaos Berliner AIDS-Hilfe“ zu übernehmen. Diese Verantwortung hat er sehr ernst genommen. Entschlossen ging er die Problemstellungen von Struktur und Leitung an, er suchte und forderte die inhaltliche Auseinandersetzung um Arbeit und Ziele der Berliner AIDS-Hilfe. Ihr heutiges Selbstverständnis wurde durch ihn entscheidend mitgestaltet. Engagement als Ziel von AIDS-Hilfe-Arbeit – das hat Jörg vertreten und gelebt. Sein Tod kam unerwartet, unerwartet auch seine Todesursache: AIDS.

gangs mit HIV und AIDS an den Prinzipien der Sexualfreundlichkeit, des Akzeptierens und Förderns gewachsener Lebensweisen und der Minimierung staatlicher Eingriffe war für deutsche Verhältnisse eine große gesundheitspolitische Innovation und wäre ohne die AIDS-Hilfe gerade hierzulande schwer vorstellbar. AIDS-Hilfe ist damit Träger einer hoffentlich richtungsweisen Modernisierung der Gesundheitspolitik.

Freilich hatte dies auch seine politischen Kosten. Die Übernahme öffentlicher Aufgaben der Prävention und Versorgung durch die AIDS-Hilfe machte sie auch abhängig vom Staat, minderte ihre Konfliktfähigkeit und beschnitt so manches hoffnungsvolle Politikkonzept, v.a. im Bereich der Drogenhilfe. Im internationalen Vergleich ist die Deutsche AIDS-Hilfe sicher im oberen Drittel der Staatsnähe und damit -abhängigkeit angesiedelt. Aber wer dies beklagt, muß materielle und politische Alternativen im Rahmen des gewachsenen Modells deutscher Sozialpolitik nennen. Gleiches gilt für die damit verbundenen Probleme beim Übergang von spontanen Arbeitsformen der Selbsthilfe zur Betriebsförmigkeit, des permanenten Spannungsverhältnisses zwischen ehrenamtlicher und beruflicher Tätigkeit und zwischen basisdemokratischem Anspruch und dem Zwang zur Effizienz, des Übergangs von Pionierarbeit zur Berufstätigkeit, des Auseinanderklaffens von sinnvoller Aufgabenerfüllung und bürokratischen Abrechnungsnotwendigkeiten etc. Dies sind kräftezehrende Dauerbelastungen, denen so gut wie alle spontan entstandenen und dann auf Dauer gestellten Organisationen im Gesundheits- und Sozialbereich ausge-

setzt sind und aus denen wohl auch kein Königsweg herausführt. Das Gleiche gilt für die Dauerkonfrontation mit Krankwerden, Kranksein und Sterben im Inneren und außerhalb der Organisationen. Manchem Kritiker der Arbeit der AIDS-Hilfen möchte man die Einsicht wünschen, daß Schwule und Fixer hinsichtlich der Häufigkeit kraß vorzeitigen Sterbens in der nahen und nächsten sozialen Umgebung heute in einer Realität leben, die in Deutschland zuletzt die Kriegsgeneration erlebt hat.

Trotzdem und gerade deshalb: Die Geschichte der AIDS-Hilfe in Deutschland ist bislang überwiegend eine Erfolgsgeschichte, einschließlich der Bewältigung der Folgen der staatlichen Vereinigung seit 1989. Ob dies auch für die Zukunft gelten wird, hängt nach meiner Einschätzung davon ab, wie die AIDS-Hilfe mit drei miteinander zusammenhängenden Tendenzen umgehen wird, die schon heute zu Defiziten führen:

I. AIDS sinkt in der öffentlichen und individuellen Aufmerksamkeit. Während Mitte der 80er Jahre die individuelle und politische Risikowahrnehmung aus dem Ruder gelaufen und AIDS zeitweise das wichtigste Gesundheitsproblem überhaupt zu sein schien, nimmt es politisch heute nur noch einen unteren Rangplatz ein. Daraus folgt für die AIDS-Hilfe die Aufgabe beständigen Gegensteuerns. Erschwert wird dies durch die gleichzeitig sehr restriktive Finanzpolitik im Sozialbereich, die – weil sie konservativ ist – zur professionellen Problemverwaltung und zur Individualisierung sozialer Probleme tendiert. Sie steht damit innovativen und solidarischen Ansätzen wie der AIDS-Hilfe aus haushaltstechnischen und ideologischen Gründen nicht gerade freundlich gegenüber. Diese Tendenzen werden sich in den nächsten Jahren eher noch verschärfen, und nach dem, was in der fröhlichen Journalistensprache „Abspecken“ heißt, wird es auch an die Substanz gehen. Daraus resultieren drei Aufgaben der AIDS-Hilfe, für die ich bislang erst Ansätze von Lösungen sehe:

1. In den kommenden sozialpolitischen Auseinandersetzungen kann AIDS-Hilfe keine Sonderrolle mehr beanspruchen. Sie kann nur überleben, wenn sie sich in Koalitionen und kreative Aktionsbündnisse mit anderen sozialpolitisch engagierten Organisationen begibt, die ebenfalls von Kürzungen und der Umverteilung von unten nach oben betroffen sind.
2. Der in den ersten Jahren reichliche Fluß von öffentlichen Geldern hat AIDS-Hilfen zu den am schnellsten wachsenden Organisationen im Gesundheits- und Sozialbereich gemacht. Wie bei jedem schnellen Wachstum hat dies nicht nur zu rationaler Mittelverwendung und Organisationsentwicklung geführt. AIDS-Hilfe wird die trotz aller Gegenwehr unvermeidlichen Schnitte nur dann ohne wesentlichen Substanzverlust überleben, wenn sie selbst politische Konzepte dazu entwickelt. Das ist bitter, aber realistisch.
3. Die nachlassende Öffentlichkeit hat auch zu einer Verminderung des in den letzten Jahren ohnehin nicht gewaltigen Spendenaufkommens geführt. Es müssen neue Quellen des Fund-raising erschlossen werden. Die Grenze der Schicklichkeit ist dabei der Erhalt der inhaltlichen Unabhängigkeit (s.u. III).

II. Die Stabilisierung der AIDS-Zahlen auf einem auch in Europa mittleren Niveau bedeutet nicht, daß die Aufgaben der Primärprävention gelöst sind. Die Differenz zwischen den Prognoserechnungen der 80er Jahre für die hauptsächlich betroffenen Gruppen und der heute meßbaren Realität ist auch nicht ausschließlich das Verdienst der von den AIDS-Hilfen organisierten Primärprävention, sondern erklärt sich zu einem erheblichen Teil auch aus den z.T. interessegeleiteten Fehlern dieser Rechnungen.

Im Hinblick auf die immer noch weit dominierende Gruppe der schwulen Männer sieht dies so aus: Ulrich Marcus vom AIDS-Zentrum im BGA schätzt nach sorgfältiger Abwägung der ihm zur Verfügung stehenden Informationen die Anzahl von Neuinfektionen unter homosexuellen Männern auf bis zu 2.000 pro Jahr. Es zeichnet sich ab, daß es neben den bekannten schwulen und Junkie-Szenen, für die und mit denen immer wieder neue Erinnerungs- und Auffrischaktionen zu organisieren sind, spezifische Zielgruppen und Situationen mit erhöhter Infektionsgefahr gibt, auf die es kreativ einzugehen gilt. Trotz Fehlens fundierter und detaillierter Untersuchungen lassen sich identifizieren:

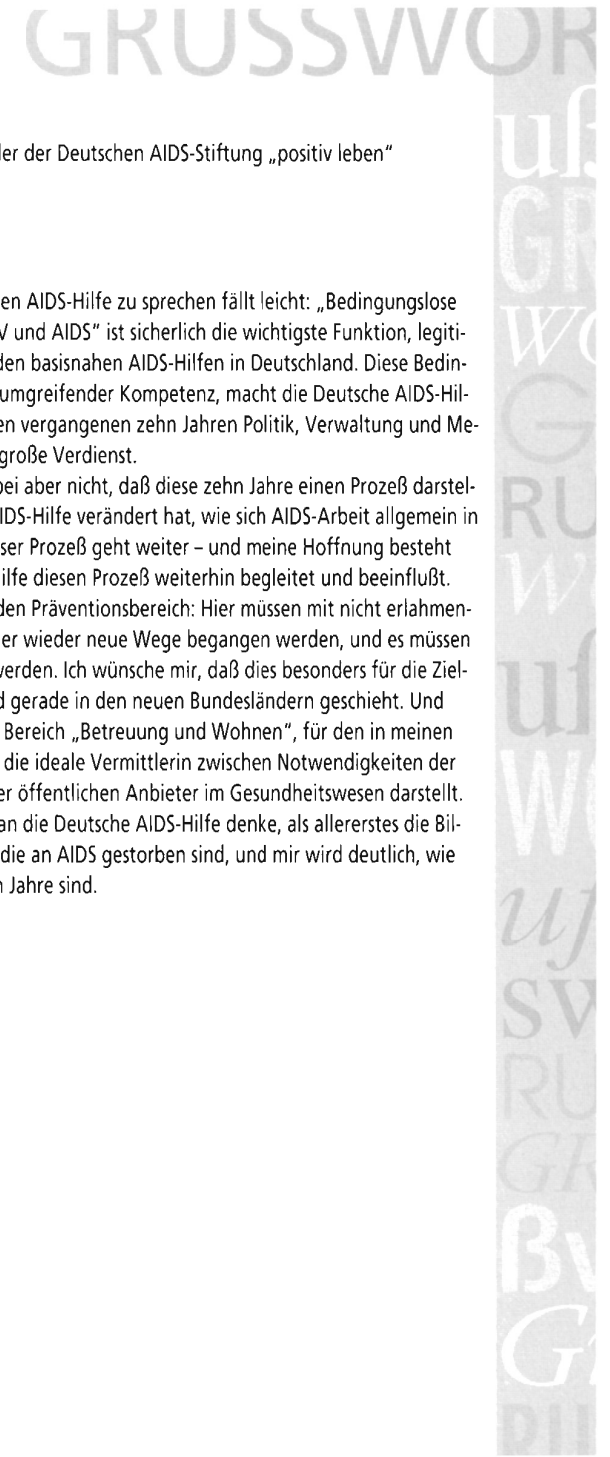
- Männer, die (gelegentlich) Sex mit Männern haben, ohne sich als schwul zu identifizieren,
- Jugendliche im Prozeß der Identitätssuche bzw. im Coming out,
- Szenen schwuler Prostitution,
- schwule Männer, die von den mittelschichtorientierten Kampagnen der AIDS-Hilfe nicht erreicht werden und
- schwule verliebte Männer.

Es ist bislang nicht viel sichtbar geworden von darauf fokussierten Kampagnen oder Anstrengungen, um die dazu notwendige Unterstützung aus Politik, Wissenschaften und/oder Massenmedien zu erlangen. Das hier spürbare Defizit an Energien in den AIDS-Hilfen ist verständlich: Jede Organisation folgt zunächst einmal dem unmittelbaren Problemdruck. Da sind die drängenden Probleme der Betreuung von Infizierten und Kranken, der Sicherstellung integrierter Krankenversorgung einschließlich häuslicher Pflege und der Durchsetzung und Wahrung sozialer Rechte für Infizierte und Kranke allemal fühlbarer als die zunächst unsichtbaren Neuinfektionen. Der Aufgabenzuschnitt der AIDS-Hilfen entwickelt so aus sich selbst heraus eine Dynamik in Richtung Wohlfahrtsverband. Dies zieht tendenziell Aufmerksamkeit und Ressourcen von der Primärprävention ab. Zu begegnen ist dem durch nüchterne Zurkenntnisnahme dieses Sachverhalts und politisch bewußte Gegensteuerung – gegentendenzielles Management ist gefragt. Denn eins ist klar: Die Organisation der Primärprävention unter schwulen Männern und unter den Junkies kann der AIDS-Hilfe niemand abnehmen. Wenn sie es nicht leistet, tut es niemand sonst.

III. Selbsthilfeorganisationen von der Größe und Stabilität der AIDS-Hilfe können nicht aus uneigennütigen Spendenmitteln existieren. Die notwendige materielle Unterstützung können sie entweder beim Staat oder bei der privaten Wirtschaft erhalten. Beides stiftet spezifische Abhängigkeiten und Freiheitsgrade. Bei Anlehnung an den Staat

kommt es z.B. zur bürokratischen Gängelung und zu nicht unbedingt aufgabenadäquaten organisatorischen Anpassungsprozessen, gelegentlich zur Zensur und generell zur Abhängigkeit von Lobby und Haushaltslage, andererseits aber auch zur öffentlich-rechtlichen Anerkennung und relativer Sicherheit. Bei der Anlehnung an Sponsoren kommt es z.B. zur Nutzung als Werbeträger und zur generellen Abhängigkeit von noch kurzfristigeren Finanzentscheidungen, dafür aber – unter der Voraussetzung kluger Partnerwahl – zu größerer Dispositionsfreiheit in Form und Inhalt der Arbeit. Solange diese Vor- und Nachteile bedacht werden, ist gegen beide Quellen und auch Mischformen gleich viel und das heißt praktisch: nichts einzuwenden, Transparenz über die Finanzen immer vorausgesetzt. Das entscheidende Kriterium ist die größtmögliche Unabhängigkeit in der Interessenvertretung. Diese ist in dem Augenblick nicht mehr gewährleistet, wenn die Arbeit abhängig wird von Geld, das Firmen geben, die ihr Gewerbe im Umkreis von AIDS betreiben. Dies sind in erster Linie Hersteller und Vertrieber diagnostischer und therapeutischer Mittel, kommerzielle Betreiber von Krankenversorgung und -pflege etc. Wer ein wenig die Pharma-Politik der letzten Jahrzehnte verfolgt hat, weiß, wie oft und wieviel Geld gerade auf diesem Feld (nicht nur in Form großer und kleiner Bestechung von Ärzten) eingesetzt worden ist, um solche Abhängigkeiten zu stiften und zu stabilisieren – und zwar meist durch Belohnung und subtile Drohung mit dem Belohnungsverlust. Den Beeinflußten ist der Charakter der Situation oft nicht einmal klar, sie reagieren in der gewünschten Richtung durch stumme Anpassung, also Einverständnis-handeln. AIDS-Hilfe kann aber ihre identitätsstiftende Aufgabe der Interessenvertretung nur erfüllen, wenn sie gegenüber dem medizinischen Komplex völlig unbefangen auch die Rolle des Verbraucherschutzvertreters vertreten kann. Gerade in so außerordentlich komplexen Entscheidungssituationen wie z.B. der Organisation und Finanzierung der Krankenversorgung und -pflege oder der Frage der medikamentösen Frühbehandlung oder gar des HIV-Antikörpertests als Eintrittspforte in diese Medikalisation müssen sich Schwule und Junkies darauf verlassen können, daß es keine Beeinträchtigung der Unbefangenheit auf Seiten der AIDS-Hilfe gibt.

AIDS-Hilfe ist kein abstraktes Subjekt. AIDS-Hilfe, das sind über 5.000 Aktivistinnen und ca. 500 Hauptamtliche, selbstverwaltet organisiert in ca. 140 lokalen und Dachorganisationen. In dem Maße, wie es diesem Organismus gelingt, die drei genannten (und vielleicht einige von mir übersehene) Probleme zu lösen, wird AIDS-Hilfe auch das nächste Jahrzehnt eine Erfolgsgeschichte schreiben können. AIDS als düsterer Grund, vor dem dies geschieht, wird während dieser Zeit nicht von uns genommen werden. In anderen Teilen der Welt findet diesbezüglich noch vielfach der freie Fall in gesundheitspolitische Katastrophen statt. Auch darüber wäre weiter nachzudenken.



DR. MICHAEL BOCHOW

Sozialwissenschaftler

Autor

Der größte Vorzug der Deutschen AIDS-Hilfe ist, daß es sie überhaupt gibt.

Weitere Vorzüge sind,

- daß die D.A.H. keine Laienspielschar mehr ist,
- daß die D.A.H. inzwischen – unvermeidbare – fundamentalistische Bocksprünge mit pragmatischer Stetigkeit verbinden kann (es lebe die Geschäftsstelle!),
- daß die D.A.H. sich manchmal auch als lernfähig erweist,
- daß die D.A.H. versucht, gleichzeitig die Interessen der Schwulen, Junkies, Huren und Stricher zu vertreten,
- daß – von Zeit zu Zeit – sogar Kommunikation und Austausch zwischen der D.A.H. und den regionalen AIDS-Hilfen stattfindet.

Das größte Defizit der Deutschen AIDS-Hilfe besteht darin, daß sie manchmal so tut, als ob es sie gar nicht gäbe. Weitere Defizite sind:

- Die D.A.H. hat die Meinungsführerschaft, die sie zu AIDS zwischen 1985 und 1988 hatte, nicht mehr.
- Die D.A.H. hat noch kein ausgereiftes Präventionskonzept für schwule Männer in Ostdeutschland
- Die D.A.H. ersetzt manchmal Konflikt- und Diskussionsfähigkeit durch „political correctness“ und vertuscht harmoniesüchtig, daß es auch Interessengegensätze zwischen Schwulen, Junkies, Huren und Strichern gibt und legitime Konflikte in diesen Gruppen selbst.
- Die D.A.H. ist manchmal zu wehleidig.

Spontan und sofort fallen mir zur Deutschen AIDS-Hilfe ein:

- Gerda, die Göttliche
- Christa, die Willensstarke
- Praline, die Scharfsinnige
- K.G., die Cruselige
- H.P.H., die Metaphysische
- Ilja, die Langmütige
- K.D., die Sorgfältige
- Christine, die Höpfnersche
- Hengeline, die abhanden Gekommene
- meine Lieblingskönigin der Feuchtbiopten
- unser aller Presse-Baby
- u.v.a. mehr.

RAINER JARCHOW

Stifter und Vorstandsvorsitzender der Deutschen AIDS-Stiftung „positiv leben“

Von den Vorzügen der Deutschen AIDS-Hilfe zu sprechen fällt leicht: „Bedingungslose Anwältin von Menschen mit HIV und AIDS“ ist sicherlich die wichtigste Funktion, legitimiert durch die flächendeckenden basisnahen AIDS-Hilfen in Deutschland. Diese Bedingungslosigkeit, verbunden mit umgreifender Kompetenz, macht die Deutsche AIDS-Hilfe unverzichtbar. Daß dies in den vergangenen zehn Jahren Politik, Verwaltung und Medien verstanden haben, ist das große Verdienst.

Vergessen werden sollte dabei aber nicht, daß diese zehn Jahre einen Prozeß darstellen, in dem sich die Deutsche AIDS-Hilfe verändert hat, wie sich AIDS-Arbeit allgemein in Deutschland verändert hat. Dieser Prozeß geht weiter – und meine Hoffnung besteht darin, daß die Deutsche AIDS-Hilfe diesen Prozeß weiterhin begleitet und beeinflusst.

Ich denke da zum einen an den Präventionsbereich: Hier müssen mit nicht erlahmender Energie und Phantasie immer wieder neue Wege begangen werden, und es müssen Kooperationspartner gesucht werden. Ich wünsche mir, daß dies besonders für die Zielgruppe der Schwulen, auch und gerade in den neuen Bundesländern geschieht. Und zum anderen denke ich an den Bereich „Betreuung und Wohnen“, für den in meinen Augen die Deutsche AIDS-Hilfe die ideale Vermittlerin zwischen Notwendigkeiten der Basis und den Möglichkeiten der öffentlichen Anbieter im Gesundheitswesen darstellt.

Spontan fällt mir, wenn ich an die Deutsche AIDS-Hilfe denke, als allererstes die Bildergalerie der Mitarbeiter ein, die an AIDS gestorben sind, und mir wird deutlich, wie lang und gleichzeitig kurz zehn Jahre sind.

GOTTFRIED SCHWARZ

Nur ein Jahr Zeit blieb Gottfried, um im Medizinreferat der Bundesgeschäftsstelle mitzuarbeiten. Als er in Berlin anfang, war er bereits von der Krankheit gezeichnet, schöpfte aber gerade aus der Auseinandersetzung mit ihr die Kraft, auf mannigfaltige Weise gegen AIDS aktiv zu sein: In der Stuttgarter AIDS-Hilfe engagierte er sich in der Präventionsarbeit für schwule Männer, während ihm im Medizinreferat der D.A.H. die Erörterung medizinischer Fragen im Zusammenhang mit den Problemen der Versorgung von Menschen mit HIV und AIDS ein wichtiges Anliegen war. Wir lernten die anderen Seiten Gottfrieds leider nur noch am Rande kennen: den musischen Menschen und den promovierten Romanisten. Gottfried Schwarz hat durch seine Dynamik und durch seine Energie die Diskussion im Referat vorangetrieben. Durch das Zusammentreffen von persönlicher Betroffenheit und Sachkompetenz hat er bei der Lösung der zentralen Fragen des Referats entscheidend mitgewirkt. Gottfried starb am 29. April 1990 an den Folgen von AIDS.

DR. H.C. HANS MOHL

ZDF, Gesundheitsmagazin Praxis

Was erachten Sie als die größten Vorzüge der Deutschen AIDS-Hilfe?

Am wichtigsten ist aus meiner Sicht, daß Betroffene eine zentrale Anlaufstelle haben, die sich ihrer Sorgen und Probleme wirklich annimmt. Ebenfalls besonders wichtig, daß durch die Aktivitäten der Deutschen AIDS-Hilfe das AIDS-Problem im Blickpunkt der Öffentlichkeit bleibt, daß die Deutsche AIDS-Hilfe sich als Fürsprecher, Mahner und Warner immer wieder engagiert. Die Glaubwürdigkeit wird dadurch unterstrichen, daß in diese Arbeit auch viele Betroffene einbezogen sind.

Wo sehen Sie Defizite in der Arbeit der Deutschen AIDS-Hilfe?

In ideologischen Grabenkämpfen, die zuweilen vom eigentlichen Ziel ablenken und manchmal nicht allen Gruppen gerecht wurden.

Was fällt Ihnen zu „Deutsche AIDS-Hilfe“ spontan ein?

Bundesweiter Fachverband, der die Interessen Betroffener politisch am aktivsten vertritt.



DR. KAJO PIEPER

Mitglied des Vorstands der Deutschen
AIDS-Hilfe e.V. von 1988 bis 1990

GUIDO VAEL (Mitarbeit)

Mitglied des Vorstands der Deutschen
AIDS-Hilfe e.V. seit 1990

Die AIDS-Hilfe – ein historischer Abriß

Am 6. Juni 1983 wurde die breite bundesdeutsche Öffentlichkeit mit einer neuen Krankheit bekannt gemacht. An diesem Tag erschien der Spiegel mit seiner ersten Titel-Story zum Thema „Tödliche Seuche AIDS – Die rätselhafte Krankheit“. In Insider-Kreisen war AIDS zu diesem Zeitpunkt allerdings so neu nicht mehr; „100 Verdachtsfälle und sechs Tote“ seien lt. Spiegel bis dahin in der Bundesrepublik erfaßt worden. Das Bundesgesundheitsamt hatte die Ärzte zu besonderen Vorsichtsmaßnahmen mit AIDS-Kranken ermahnt, und selbst der damalige Bundesminister für Jugend, Familie und Gesundheit, Heiner Geißler, hatte AIDS zur Kenntnis genommen und „der ‘gefährlichen Krankheit’ im letzten Monat den Kampf angesagt“. (Zitate und Hinweise: Spiegel Nr. 23 vom 6.6.1983, S. 144 ff.)

Nur wenige Monate später, ab September 1983, entstanden die ersten AIDS-Hilfen: in Berlin und München. Einige weitere Gruppen kamen 1984 hinzu. Der erste „Gründungsboom“ von AIDS-Hilfe setzte 1985 ein, hielt in den folgenden Jahren auf niedrigerem Niveau an und erreichte 1988/89 einen erneuten Höhepunkt. Inzwischen gibt es rund 130 Gruppen, die – zumeist als lokale oder regionale AIDS-Hilfen – Mitglied im Dachverband Deutsche AIDS-Hilfe e.V. sind.

Die Geschichte der AIDS-Hilfen heute – und sei es nur als Zwischenbilanz – zu schreiben, erweist sich nachgerade als unvermeidlich fehlerhaft: Zu verschieden sind die subjektiven Erinnerungen einzelner „Gründungsväter“; zu gering ist die Distanz derer, die in AIDS-Hilfen – in der AIDS-Hilfe-Bewegung – sich engagierten oder noch aktiv sind; zu frisch und unverarbeitet erscheinen die zahllosen Verletzungen, die Betroffenheiten, die Ängste, denen AIDS-Aktivisten ausgesetzt waren und noch immer ausgesetzt sind.

Rückblickend erscheint es als eine grandiose Leistung, daß in 10 Jahren, von Ende 1983 bis Ende 1993, rund 130 als gemeinnützig anerkannte Vereine gegründet wurden. Das bedeutet, daß sich heute ungefähr 6.000 Menschen ehrenamtlich und 500 hauptamtlich den Aufgaben von AIDS-Hilfe stellen. Sie tun das oft unter enormem zeitlichem, physischem wie psychischem Druck und zugleich unter oft extrem beengenden strukturellen Voraussetzungen. Allein diese Tatsache verdient, als einmalig in der deutschen Geschichte festgehalten zu werden.

Unter der so skizzierten „glatten Haut“ der AIDS-Hilfe-Bewegung brodelt allerdings ein außerordentlich vielfältiges Gemisch unterschiedlicher Motivationen und Zielsetzungen. Bereits die Entstehungsgeschichte der AIDS-Hilfen gibt erste Hinweise hierauf.

DIETER RUNZE

In der für die Entwicklung der D.A.H. so wichtigen Zeit von Januar 1988 bis Februar 1990 hat Dieter Runze als ehrenamtliches Vorstandsmitglied die Interessen der Menschen mit HIV und AIDS vertreten. Mit großer Intensität und Glaubwürdigkeit setzte er sich für Selbstbestimmung und individuelle Autonomie ein. Vehement engagierte er sich dafür, AIDS-Hilfe als wirkungsvolle Selbsthilfeorganisation zu etablieren. Seine gesellschaftstheoretischen Ausführungen über Stellung und Aufgaben der D.A.H. haben nicht nur erheblich zur Konsolidierung und zur internen Nachdenklichkeit über das, was wir tun, beigetragen, sondern auch manche Mitgliederversammlungen nachdrücklich geprägt.

Daß er sich damit nicht nur Freunde machte, daß er zu manchen Kontroversen geradezu herausforderte, ist in einer Organisation wie der D.A.H. dann unvermeidlich. Dieter Runze hat sich im Streit von der D.A.H. getrennt, ein Streit, der nicht mehr ausgetragen oder beigelegt werden konnte.

In der privaten Begegnung gewann er mit seinem Charme, mit seiner Ausstrahlung von Ruhe und Sicherheit. Am 25. Februar 1991 nahm sich Dieter Runze im Alter von dreiundfünfzig Jahren das Leben.

Drei Gründungsphasen lassen sich unterscheiden:

- Bis etwa Mitte/Ende 1985 wurden AIDS-Hilfen von schwulenbewegten Aktivist*innen, Positiven, deren Freunden und Bekannten vornehmlich in Großstädten und Ballungsgebieten mit ausgeprägter schwuler Subkultur initiiert.
- Bis etwa 1987/88 war AIDS-Hilfe in größeren und mittleren Städten von einem „Nachholbedarf“ bestimmt. Sie war immer noch stark „angeschwult“, professionalisierte sich aber mit zunehmender Tendenz unter sozialarbeiterischer und sozialpädagogischer Beteiligung.
- Seit etwa 1988 ist eine weitere Regionalisierung der AIDS-Hilfen zu beobachten mit zunehmend unschwuler Ausrichtung. Verstärkt sind Mitarbeiter*innen von Drogenberatungsstellen an AIDS-Hilfe-Gründungen beteiligt, die sozialarbeiterische Professionalisierung nimmt zu.

Diese Phaseneinteilung ist eher unscharf. Sie ist dennoch tauglich für eine erste Annäherung an die verschiedenen Einflüsse, Motivationen und Erscheinungsbilder, von denen die AIDS-Hilfen geprägt sind.

Unbestreitbar erfolgten die ersten Gründungen von AIDS-Hilfen in solchen Großstädten, in denen die ersten AIDS-Kranken und AIDS-Todesfälle zu registrieren waren. Eben weil an AIDS – zu Anfang noch ausgeprägter als heute – vor allem Schwule erkrankten, waren Schwule die in traditionellem Sinne Betroffenen. Sie wurden als AIDS-Kranke in solchen Kliniken – zumeist Universitätskliniken – diagnostiziert und behandelt, die aus unterschiedlichen Gründen am ehesten in der Lage und bereit waren, sich auf neue Krankheitsbilder auch forschend einzustellen. Die bessere Infrastruktur hinsichtlich medizinischer Versorgung

und Forschung in Städten wie Berlin, München, Hamburg und Frankfurt fällt nur zufällig zusammen mit einer ausgeprägten und differenzierten schwulen Subkultur in eben diesen Städten. Auch auf die Gefahr hin, daß es zynisch klingt: Die schwule Subkultur der bundesdeutschen Metropolen lieferte der am Ort vorhandenen medizinischen Infrastruktur die Objekte des neuen Krankheitsbildes AIDS.

Die erste AIDS-Hilfe-Phase ist – unbeschadet der genannten Aspekte – sicherlich nicht zu erfassen, wenn man sich nicht zugleich die allgemeine politische Situation der Bundesrepublik in jenen Jahren vergegenwärtigt. Die regierenden Sozial- und Freien Demokraten waren im Oktober 1982 durch ein konstruktives Mißtrauensvotum abgelöst worden. Die Bundestagswahlen 1983 brachten die formale Legitimation für eine CDU/FDP/CSU-Koalition. Helmut Kohl, in das Amt des Bundeskanzlers gewählt, rief die geistig-moralische Wende aus. Dieser Anspruch wurde von vielen sogenannten Randgruppen als Beginn neuer Repressionen gegen sie verstanden. Veränderungen der Sozialgesetzgebung und politische Diskussionen, etwa um die Themen Ausländer, Asylanten, „soziale Hängematte“, untermauerten dieses Verständnis. Daß AIDS auch in der Bundesrepublik von vielen als „Strafe Gottes“ für ein ruchloses Leben gewertet wurde, machte zusätzlich Angst: nicht nur vor AIDS, sondern auch davor, daß die Toleranzrisiken für Schwule rigoros geschlossen werden könnten.

Für den politischen Umgang mit AIDS und den AIDS-Hilfen erwiesen sich zwei Faktoren als wesentlich: zum einen die geringen Kenntnisse über AIDS und die daraus resultierende (Therapie-)Ohnmacht der Ärzte; zum anderen die Tatsache, daß die zahlenmäßig am stärksten Betroffenen Schwule waren (und sind). Letzteren Aspekt hat Prof. Dr. Steinbach vom damals zuständigen Bundesministerium für Jugend, Frauen, Familie und Gesundheit (BMJFFG) so ausgedrückt: „Wenn AIDS eine Krankheit der Bäcker wäre, müßten wir die Bäcker ‚verfolgen‘, drangsalieren oder ihnen etwas aufgeben. Nun sind es die Homosexuellen, und die haben eine historische Hypothek gesellschaftspolitischer Dimension. Das macht die Sache ungemein schwieriger, aber entbindet uns bei einer seuchenhygienischen Problematik von Gewicht nicht davon, das in Kauf zu nehmen und gleichwohl die notwendigen Maßnahmen zu ergreifen.“ (Der Spiegel, Nr. 52/1984, S. 31)

In dieser Situation konnte eine Persönlichkeit wie die damals zuständige Bundesministerin Rita Süßmuth Politik wirklich im Interesse der Betroffenen gestalten, als es galt, beginnende – und gerade in Bayern unter Gauweiler besonders prononciert verfochtene – Repressionen und Zwangsmaßnahmen gegen Menschen mit HIV und AIDS einzugrenzen.

Die beginnende Politisierung von AIDS fand ihren Niederschlag unter anderem in der AIDS-Enquête-Kommission des Deutschen Bundestages und in der Einrichtung eines Nationalen AIDS-Beirats beim BMJFFG. Parallel dazu verstärkten sich die Bemühungen um die psychosoziale Versorgung und Betreuung von AIDS-Kranken. Dies kam unter anderem in der Gründung der Deutschen AIDS-Stiftung „Positiv leben“ und der Nationalen AIDS-Stiftung zum Ausdruck. Ein weiteres Indiz hierfür war die Bereitschaft, beachtliche Summen in die HIV-Forschung, aber auch in Modellprojekte unterschiedlicher Zielsetzung zu „investieren“.

Diese Fakten bewirkten – oft ohne dies bewußt anzustreben –, daß sich das Odium des Ruchlosen von der Krankheit AIDS erstmals abzuschwächen begann.

AIDS war ein Politikum, ausgestattet mit viel Geld. Und das bedeutete: Für Forscher winkten hohes Prestige, sich mit neuen Erkenntnissen zu HIV profilieren zu können; für die Berufsgruppe der SozialarbeiterInnen und -pädagogInnen eröffnete sich ein neues Betätigungsfeld – das einzige expandierende auf einem Arbeitsmarktsektor, der ansonsten keine zusätzlichen Stellen mehr versprach.

Dies ist ein Grund dafür, daß ab 1985/86 mehr und mehr Angehörige dieser Berufsgruppe in die AIDS-Hilfen drängten und nun auch verstärkt an AIDS-Hilfe-Gründungen beteiligt waren. An den zuständigen Fachhochschulen erhielten einzelne AIDS-HelferInnen Lehraufträge. Es wurden sogar spezielle Curricula für Schwerpunkt- und Vertiefungsseminare entwickelt.

Für AIDS-Hilfen hatte dies zur Folge, daß sie sich in rasantem Tempo professionalisierten: Gelder und Stellen wurden als eine Anerkennung der zuvor vornehmlich ehrenamtlich geleisteten Arbeit betrachtet. Manche Mitarbeiter verstanden die Zuwendungen auch als mittelbar öffentliche Anerkennung (und Legitimierung) des eigenen Schwulseins – mit der nicht selten zu beobachtenden Wirkung, daß das Schwulsein nicht mehr so deutlich und selbstverständlich wie in den ersten Jahren ausgedrückt wurde. Das Gerede von der „Entschwulung der AIDS-Hilfen“ machte die Runde. Es war so richtig wie falsch.

Wer sich etwa D.A.H.-Mitgliederversammlungen von 1987/88 in Erinnerung ruft, verbindet damit Bilder von großen Schwulentreffen. Unübersehbar ist aber auch die über die Jahre hin zunehmende Zahl von AIDS-Helferinnen und von solchen Männern, die in kleinem Kreis oder auch vom Podium herunter kundtaten, sie seien nicht schwul. Nicht zu leugnen sind sicherlich auch diejenigen, die sich zu ihrer Arbeit in einer AIDS-Hilfe bekannten, deutlich schwules Auftreten aber vermieden. Arbeit in AIDS-Hilfen bekam Reputation; die von manchen erhoffte oder auch nur angenommene Reputierlichkeit von Schwulsein ging damit jedoch nicht Hand in Hand.

„Entschwulung der AIDS-Hilfen“ besagte im Klartext, daß die ursprünglich (fast) rein schwulen AIDS-Hilfen facettenreicher geworden waren – wesentlich auch dadurch bedingt, daß mehr und unterschiedlichere Gruppen, schwule und nichtschwule, sich in ihnen organisierten.

In diese Zeit hinein fällt das Bemühen der AIDS-Hilfen und ihres Dachverbandes, nicht als eine allein für Schwule zuständige Organisation etikettiert zu werden, sondern als die generell für AIDS-Aufklärung zuständige und kompetente Einrichtung Anerkennung zu finden. Der Alleinvertretungsanspruch in Sachen AIDS-Aufklärung war möglicherweise einer der Beweggründe dafür, die noch junge und vorwiegend schwule Geschichte wie auch das Schwulsein vieler AIDS-Helfer weniger deutlich in die Öffentlichkeit zu tragen.

Diese Tendenz hat in der jüngsten (Gründungs-)Geschichte der AIDS-Hilfen einen deutlich neuen Akzent bekommen: Etwa seit 1988 wurden AIDS-Hilfen sehr stark mit Anbindung an oder sogar mit Hilfe von Drogenberatungseinrichtungen gegründet. Nicht mehr der schwule Impetus war treibende Kraft für viele der neuen AIDS-Hilfen. Vielmehr sahen sich professionelle DrogenberaterInnen veranlaßt, ihren begrenzten Einwirkungsbereich auf AIDS-Hilfen auszuweiten: die Zahl der als HIV-positiv diagnostizierten oder an AIDS erkrankten DrogengebraucherInnen nahm ständig zu. Zum Teil nahm diese Entwicklung der AIDS-Hilfe die zu erwartende Entwicklung im Drogenbereich vorweg. So

wurde in der D.A.H. 1987 ein Drogenreferat eingerichtet. Begleitet wurde dieser Trend von verstärkter Professionalisierung.

Uns Schwule in den AIDS-Hilfen brachte die stärkere Akzentuierung der Drogenarbeit aus AIDS-Hilfe-Sicht in ein Dilemma: Einerseits konnten und wollten Schwule sich diesem Betätigungsfeld nicht entziehen, bot es doch die Möglichkeit, die Gleichsetzung von Schwul = AIDS – und umgekehrt – aufzulösen. Dem stand gegenüber, daß ihnen die sozialen Lebensverhältnisse und Verhaltensweisen von DrogengebraucherInnen überwiegend als fremd, unverständlich und beängstigend erschienen, wohl auch erscheinen mußten. Solche Fremdheiten und tendenzielle Unversöhnlichkeiten konnten in manchen AIDS-Hilfen nach schwierigen Anläufen sehr gut überwunden und für beide Seiten konstruktiv genutzt werden. Es gibt daneben aber auch AIDS-Hilfen, in denen kein gemeinsames Profil entwickelt werden konnte, in denen es nach mühsamen Anfängen zu einer Verdrängung zumeist des Drogenprofils gekommen ist. Seltener zogen sich die Schwulen schmolldend zurück.

Die hier nur grob skizzierten Gründungsphasen der AIDS-Hilfen korrespondieren auffallend mit der Entwicklung der Krankheitsfälle nach Regionen und Betroffenengruppen. Sie korrespondieren zudem mit einer Vielzahl anderer Entwicklungen, die hier nicht annähernd komplett aufgezählt, geschweige denn beschrieben werden können. Einige Aspekte mögen für weitergehende Analysen hinreichende Anregungen geben.

So ist – etwa mit Einsetzen der Tendenz zur Professionalisierung – zu beobachten gewesen, daß mit zunehmender Publizität von AIDS sich in weiten Teilen der Öffentlichkeit der Eindruck festsetzte, schwul sei gleichbedeutend mit AIDS. Solche Vorurteile erforderten von AIDS-Helfern, die sich wegen ihrer Tätigkeit in einer AIDS-Hilfe zugleich als schwul identifiziert sahen, ein zweifaches Selbstbewußtsein: als Schwuler und als jemand, der sich für AIDS engagiert (und sich oft genug schon deswegen als HIV-positiv oder als „AIDS-Mensch“ etikettiert sah). Angesichts dessen ist es nachvollziehbar, daß

- es gerne den Professionellen überlassen wurde, AIDS-Hilfe öffentlich zu vertreten,
- die schwulen Anteile in AIDS-Hilfen intern zwar ausgelebt, in der Öffentlichkeit aber möglichst nicht betont wurden,
- der Anspruch, für alle Bevölkerungsgruppen die kompetente Einrichtung in Sachen AIDS zu sein, nachhaltig vertreten wurde.

Eine erste Gegenbewegung setzte weniger aus eigenen Einsichten heraus ein, als vielmehr aufgrund von Anstößen von außen. Zu nennen sind hier vor allem die 1986 erfolgte Gründung des Bundesverbandes Homosexualität (BVH) und seine allmählich sich entwickelnden Aktivitäten. Einer der Antriebe hierzu war (und ist) sicherlich, trotz und wegen AIDS die originär schwulen Interessen zu formulieren, zu bündeln und politisch wie gesellschaftlich zu vertreten.

Das Verhältnis der AIDS-Hilfen, zumal der D.A.H., zum BVH konnte kein spannungsfreies sein, da sich nach wie vor viele Schwule – betont als Schwule – in AIDS-Hilfen engagierten. Nur wenigen gelang es, sich in beiden Verbänden zu engagieren und in ihrer Arbeit (selbstverständlich) die AIDS-Hilfe-Aspekte vor die schwulenpolitischen zu setzen. Hinzu kam, daß die staatliche Unterstützung oder gar Finanzierung der AIDS-Hilfen die finanziellen Möglichkeiten des BVH weit in den Schatten stellten. Manche BVH-Aktivitäten, die am Geld zu scheitern droh-

ALEX LEHMANN

Alex starb am 7. März 1991 im Alter von 31 Jahren an den Folgen von AIDS – Leberversagen. Er lag die letzten 24 Stunden vor seinem Ableben im Koma. Alex, Christian und ich waren ein Team, das die Arbeit im HIV-Referat viele Monate gemeinsam getragen hat – getragen von nicht-gelebter, aber vorhandener gegenseitiger erotischer Anziehung, Ausstrahlung und einer gewaltigen Portion Respekt voreinander. Was bleibt, ist die Erinnerung. So sind es auch meine Gedanken an Alex, meine Metaphern, meine Phantasien. Alex' Auftreten; sein Umworbenwerden; seine gespielte Naivität oder auch seine tatsächliche; seine Bäckchen, die schnell rot wurden; daß er Unterhosen haßte; Weizenbier über alles liebte; seine Unschuld... sind meine Erinnerungen, und ich hoffe, daß manche Ähnliches mit ihm verbinden.

Text nach Hans Hengelein

ten, konnten letztlich nur mit AIDS-Hilfe-Unterstützung realisiert werden. Diese wäre nach Ansicht einiger BVH-Vertreter häufiger und großzügiger erforderlich gewesen. Umgekehrt erachteten manche AIDS-HelferInnen solche Unterstützung als zweckfremd und hätten es gerne gesehen, daß sie wenigstens etwas begrenzter ausfiele.

Hinter der – vordergründigen – Mittelfrage verbarg sich zum einen Konkurrenzneid hinsichtlich gesellschaftlicher Einflußmöglichkeiten (die vermutlich von beiden Seiten erheblich überschätzt wurden), zum anderen aber auch eine Irritation hinsichtlich der jeweils eigenen Ansprüche und Ziele: Schwulenpolitik konnte und kann AIDS nicht ignorieren; AIDS-Hilfe konnte und kann Schwulenpolitik nicht ignorieren. Neben dieser Schnittmenge zwischen BVH und D.A.H./AIDS-Hilfen gab und gibt es je eigenständige Tätigkeitsbereiche. Diese zu definieren hat sich der BVH – aus einsichtigen Gründen – sicherlich schwerer getan als die D.A.H.

An einem Beispiel kann das Spannungsverhältnis – auch in seiner gelegentlichen Absurdität – besonders deutlich gemacht werden. Mitglieder des BVH initiierten 1989 eine Kampagne zur Abschaffung der § 175 StGB, die sich der BVH zu eigen machte und für die er um Unterstützung warb. Er berief sich dabei auf eine Forderung der AIDS-Enquête-Kommission des Deutschen Bundestages, die in ihrem Zwischenbericht formuliert hatte: „Des weiteren ist eine Novellierung des Strafgesetzbuches mit dem Ziel der Streichung der Sondervorschrift des § 175 Strafgesetzbuch und der Einführung einer einheitlichen Schutzvorschrift für männliche und weibliche Jugendliche zu prüfen.“ (AIDS: Fakten und Konsequenzen. Reihe: Zur Sache 3/88, S. 23)

Eben diese Argumentationsschiene – AIDS als „Vorwand“ für eine berechtigte und notwendige gesellschaftspolitische Forderung zu benutzen – wurde seinerzeit von der D.A.H. nicht akzeptiert. Die Abschaffung des § 175 StGB, so die D.A.H., sei auch unabhängig von AIDS längst überfällig. AIDS in diesem Zusammenhang anzuführen, stelle eine Verarmung der schwulenpolitischen Argumentation dar und bedeute einen überflüssigen, tendenziell schädlichen Rückgriff auf einen falschen Ansatz.

Eine scheinbar verkehrte Welt: daß die D.A.H. die „reine schwulenpolitische Lehre“ verteidigt gegen den BVH, deren eigentlichen Wächter. Trotz dieser Differenzen kam es zu einer gemeinsamen Veranstaltung in Bonn zum Thema „Abschaffung des § 175“. Spätestens da wurde deutlich, daß die D.A.H.-Position kaum nachvollzogen und verstanden wurde.

Das Bild der Schwulenbewegung wurde mit der „Deutschen Einheit“ (1990) komplexer und auch widersprüchlicher. Während die Deutsche AIDS-Hilfe und die AIDS-Hilfe DDR sich behutsam vereinigten, haben es der Bundesverband Homosexualität (BVH, BRD) und der Schwulenverband in Deutschland (SVD, DDR) nicht verstanden, gemeinsam einen starken Verband zu bilden. Im Gegenteil, sie arbeiten zum Teil gegeneinander und sparen nicht mit gegenseitigen Anwürfen.

Wie groß die Differenzen sind, zeigen die Diskussionen um die Änderung des Sexualstrafrechts (§§ 175, 176, 182) und die hierbei geführte Scheindebatte um Jugendschutz sowie die Diskussion um die Forderung nach Anerkennung schwuler Lebensgemeinschaften und die hiermit verbundene Bewertung der sogenannten schwulen Ehe. Während der BVH von einem „Verrat an originär schwulen Positionen“ spricht, redet der SVD von der „Verhinderung erreichbarer Verbesserung durch das Beharren auf Fundamentalpositionen“.

Diese Polarisierung in der Schwulenbewegung bringt die D.A.H. immer wieder in ein schwulenpolitisches Dilemma. Wenn die D.A.H. und die sie tragenden regionalen AIDS-Hilfen ihrem Anspruch, eine interessengeleitete Präventionsarbeit zu leisten, gerecht werden wollen, müssen sie in der schwulenpolitischen Debatte Position beziehen. Dabei wird sich die AIDS-Hilfe immer Vorwürfe von einem der beiden Kontrahenten einhandeln.

Die Präventionsarbeit der D.A.H. besteht seit jeher aus den drei Säulen Aufklärung, Beratung und Betreuung, entsprechend der klassischen Einteilung in Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention. Das herausragende Kennzeichen dieser Präventionsarbeit ist, daß sie von der Akzeptanz der Lebensstile getragen wird.

Aber: Der schnelle Zuwachs an regionalen AIDS-Hilfen, die nicht mehr ausschließlich oder vorwiegend schwul geprägt sind, einerseits und die Komplexität der Aufgaben und Ziele, die nicht nur selbstgewählt und originär, sondern zum Teil auch aus dem Leid geboren oder von außen herangetragen beziehungsweise zugewachsen sind, andererseits machten es notwendig, die Arbeit auf eine fundierte theoretische Basis zu stellen.

1990 wurde, gestützt auf die Ottawa-Charta der WHO, der Begriff „strukturelle Prävention“ als Arbeitsziel definiert. Mit „struktureller Prävention“ wird zum Ausdruck gebracht, daß Gesundheit ganzheitlich betrachtet werden muß, denn Gesundheitsrisiken sind nicht nur dem individuellen Verhalten zuzuschreiben, sondern sind auch sozial, politisch und kulturell verursacht. Eine Trennung

in drei Präventionsebenen ergibt bei dieser ganzheitlichen Betrachtung keinen Sinn, die Übergänge sind fließend.

Das oberste Ziel der Präventionsarbeit der D.A.H. ist die Stabilisierung der Identität des einzelnen und die Stabilisierung der „Communities“ zur Erlangung von Handlungskompetenz und Entscheidungsfähigkeit. Die Stärkung des individuellen und kollektiven Bewußtseins wirkt präventiv und krankheitsverhindernd. Auch bei stattgefundener Infektion wird so ein selbstbestimmtes Leben mit HIV und/oder AIDS ermöglicht.

Die Botschaften der D.A.H. in ihren diversen Materialien (Plakate, Broschüren, Faltblätter, Comics, Video-Clips) sind nicht normierend, enthalten lebbare Empfehlungen und sind verknüpft mit Signalen der Akzeptanz.

In der sogenannten Mittelschicht war und ist die Arbeit der D.A.H. erfolgreich, was nicht nur an der rückläufigen Infektionsrate abzulesen ist.

In den letzten drei bis vier Jahren sind zahlreiche sogenannte Regenbogenprojekte entstanden (Cafés, die Zeitschrift „Virulent“, Dignity, Schreibspuren), die „positives Leben“ sichtbar machen. Neben regelmäßigen regionalen und bundesweiten Positivtreffen findet seit 1990 jährlich eine „Bundesversammlung für Menschen mit HIV und AIDS“ statt (bisher in Frankfurt, Bonn, Hamburg und 1993 in München). Die Bundesversammlungen haben längst den Charakter der klassischen Selbsthilfe verloren. Hier artikulieren sich Menschen mit HIV und AIDS selbstbewußt und treten mit ihren Bedürfnissen und politischen Forderungen gezielt an die breite Öffentlichkeit. Ferner sind selbstbestimmte Pflegeprojekte (zum Beispiel SCHWIPS, HIV e.V.) und Wohnprojekte (zum Beispiel ZIK) entstanden. Sie sind der Beweis dafür, daß mündige Bürger in der Lage sind, dort, wo Betreuungssysteme nicht ausreichend vorhanden sind oder nicht genutzt werden können, eigene Versorgungssysteme aufzubauen.

Diese nachweisbaren Erfolge von überwiegend schwulen Männern im Umgang mit HIV und AIDS dürfen uns nicht blind machen für die heutigen Probleme.

OLAF LESER

Mitglied des Vorstands der Deutschen AIDS-Hilfe e.V. seit 1991

Entwicklung von AIDS-Selbsthilfegruppen in der ehemaligen DDR

Aus meiner Sicht ist es zunächst notwendig, darauf hinzuweisen, daß die Entwicklung von Selbsthilfegruppen in der DDR auf Grund der vollkommen anders gelagerten gesellschaftlichen Realitäten nicht mit der Entwicklung in der „alten BRD“ vergleichbar ist. Der politische Anspruch des Staates DDR, alle Probleme seiner BürgerInnen durch offizielle staatliche Angebote und Versorgungsstrukturen lösen zu können, schränkte die Möglichkeit zur Bildung von Selbsthilfegruppen, wofür aus Sicht der staatlichen Organe keine Notwendigkeit bestand, stark ein.

Selbsthilfegruppen jeglicher Art konnten sich in der DDR bis 1988 fast nur in der rechtlichen Grauzone der Kirchen bilden. D.h. Kirchengemeinden oder kirchliche MitarbeiterInnen, denen das eine oder andere Problem – teilweise aus eigener Betroffenheit, teilweise aus Interesse – am Herzen lag, ermöglichten es, daß sich in der gesellschaftlichen Nische der Kirchen Selbsthilfegruppen ansiedeln konnten. Und nicht zu vergessen: Die AIDS-Selbsthilfe in der DDR hätte ohne die Arbeitskreise für schwule Männer und lesbische Frauen, die sich seit 1982 wiederum im Dunstkreis von evangelischen Kirchengemeinden bildeten, nicht entstehen können.

Die umfangreiche und teilweise sehr reißerische Berichterstattung über AIDS in den westlichen Medien der Jahre 1985/86 war für uns als schwule Männer, die wir in kirchliche schwul-lesbische Arbeitskreise eingebunden waren, Anlaß, uns mit der durch AIDS gegebenen Gefährdung auseinanderzusetzen.

Zum damaligen Zeitpunkt, d.h. im Herbst 1986, gab es für eine kleine Gruppe von Schwulen und Lesben, die sich zu einem Ausflug mit einem Dampfer auf der Saale bei Halle zusammengefunden hatten, folgende Fragen: Stellt die neue Krankheit AIDS, von der wohl vorwiegend schwule Männer betroffen sind, für uns als Schwule in unserer eingemauerten DDR eine Gefahr dar? Wenn ja, wie können wir auf diese Gefahr reagieren? 1987 erfolgte dann eine Zusammenkunft von ca. 25 schwulen Männern und zwei lesbischen Frauen, die sich aus nahezu allen schwul-lesbischen Arbeitskreisen der DDR rekrutierten. Einige dieser Leute kamen aus medizinisch-psychologischen Berufen, die Mehrheit war anderweitig tätig.

Im Vordergrund der Arbeit unserer Gruppe, die sich fortan „Zentraler AIDS-Arbeitskreis“ nannte, stand zu allererst die Aneignung von Wissen zu AIDS. Alle sollten dazu befähigt werden, in den schwul-lesbischen Arbeitskreisen – nach heutigem Terminus – primärpräventiv zu arbeiten. Um dies zu erreichen, trafen wir uns alle zwei Monate zu einer Wochenendveranstaltung. Nach der üblichen Fluktuation bildete sich ein fester Kern von ca. 20 TeilnehmerInnen.

Seit 1986 gab es Reaktionen des staatlichen Gesundheitsapparats der DDR auf AIDS. Beim Minister für Gesundheitswesen wurde die AIDS-Beraterkommission eingerichtet, zu deren führendem Kopf Prof. Dr. Niels Sönnichsen avancierte. Durch ihn wurde auch die Auffassung vertreten und verbreitet, in der DDR sei keine zielgruppenspezifische Prävention notwendig, Informationen könnten sozusagen im „Gießkannenprinzip“ verteilt werden. Zwischen der AIDS-Beraterkommission und dem Freistaat Bayern, namentlich mit Peter Gauweiler, kam es zu sehr engen Kontakten, die 1988 in einem Abkommen zur AIDS-Bekämpfung auf Regierungsebene gipfelten. Wie im Freistaat Bayern wurde auch in der DDR der Test als Mittel der Prävention betrachtet.

An den dermatologischen, z.T. auch inneren Kliniken der medizinischen Akademien und Universitätskliniken der DDR wurden sogenannte AIDS-Konsultations-Zentren eingerichtet, deren Aufgaben in der Behandlung und Betreuung von AIDS-Kranken und HIV-Positiven lagen. Hier wurden ebenso HIV-Antikörpertest durchgeführt – nach den Recherchen von Mitgliedern unseres „Zentralen AIDS-Arbeitskreises“ meist mit dürftiger oder überhaupt keiner Beratung und vor allen Dingen, obwohl dies in den Medien propagiert wurde, nicht anonym.

Mit unseren Anliegen – z.B. garantierte Anonymität beim HIV-Antikörpertest nach vorheriger qualifizierter Beratung oder zielgruppenspezifische Prävention für schwule Männer – fanden wir bei Prof. Sönnichsen und den Mitgliedern der AIDS-Beraterkommission kein Gehör. Wir wurden als Gesprächspartner nicht akzeptiert, da einerseits unsere Herkunft, die kirchlichen Schwulen- und Lesbengruppen, andererseits unsere Kritik an der in der DDR ausschließlich an epidemiologischen Gesichtspunkten ausgerichteten AIDS-Politik der „Bonzokratie“ um Prof. Sönnichsen viel zu suspekt waren.

Im Jahre 1988 standen uns erstmals Zahlen für das Gebiet der DDR zur Verfügung. Es gab damals etwa 100 HIV-Infizierte und AIDS-Kranke. Davon waren ca. 80% schwule Männer und ca. 20% Heterosexuelle. Ebenfalls 1988 konnte die Partei- und Staatsführung der DDR vor der großen Flut von Leuten, die mit Gedanken des Umweltschutzes, der Friedens- und Selbsthilfebewegung in den Schutzbereich der Kirchen abwanderten, die Augen nicht mehr verschließen. Mit der Gründung des „Verbandes der Freidenker der DDR“ wurde eine Möglichkeit geschaffen, daß sich bestimmte Gruppen auch außerhalb der Kirchen zusammenfinden konnten. Dort wurden auch die Problemfelder Homosexualität und AIDS zum Thema. Desgleichen erhielten 1988 schwule Männer und lesbische Frauen Gelegenheit, sich bei der FDJ (Freie Deutsche Jugend) und im Kulturbund zu organisieren.

Die AIDS-Beraterkommission favorisierte als Ansprechpartner ganz offen Personen aus diesen neuen Gruppen, besonders aus der Berliner Gruppe „courage“. Es fänd sich zwei schwule Männer, die die offizielle AIDS-Politik der DDR mittragen. Auf diese Weise konnte man unsere berechtigten Forderungen diskreditieren und uns als Querulanten abtun.

Nach der politischen Wende mit der Öffnung der Grenzen im Herbst 1989 sorgten Prof. Sönnichsen und die Mitglieder der AIDS-Beraterkommission für ungeheure Hysterie. Interviews wurden gegeben, die Pressemeldungen überstürzten sich, unzählige Flugblattaktionen wurden gestartet. Gegen diesen verantwortungslosen Umgang mit den Ängsten und Sorgen der Bevölkerung,

ganz besonders mit denen der schwulen Männer, wandte sich das von der im Aufbau befindlichen AIDS-Hilfe DDR verfaßte Memorandum „Aktuelle Erfordernisse im Umgang mit AIDS in der DDR“, das am 21.12.1989 an den Minister für Gesundheitswesen und an die Öffentlichkeit gerichtet wurde.

Bedingt durch die politische Wende in der DDR konnten ab 1990 Vereine gegründet werden. Um eine parteiliche Interessenvertretung der Hauptbetroffengruppe der schwulen Männer im AIDS-Geschehen der DDR zu realisieren, arbeiteten wir seit Dezember 1989 an der Gründung der AIDS-Hilfe DDR. Diese Aufbauphase war mit der Eintragung als e.V. im März und der Einrichtung einer Geschäftsstelle im Juni 1990 abgeschlossen. Bis zum August wurde die AIDS-Hilfe DDR e.V. ehrenamtlich betrieben, und zum 1. September 1990 konnten fünf hauptamtliche Mitarbeiter eingestellt werden.

Durch die Angliederung der DDR an das Staatsgebiet der BRD am 3.10.1990 ergab sich für die AIDS-Hilfe DDR als Dachverband der zwischenzeitlich gegründeten 14 AIDS-Hilfen eine vollkommen veränderte Situation. Das Bundesgesundheitsministerium signalisierte, daß die Finanzierung eines zweiten Dachverbandes neben der Deutschen AIDS-Hilfe nicht möglich sei.

Zwischen den Vorständen der AIDS-Hilfe DDR und der Deutschen AIDS-Hilfe wurde daraufhin vereinbart,

- die AIDS-Hilfe DDR zum 31.12.1990 aufzulösen,
 - ihren Mitgliedsgruppen anzubieten, sie auf Antrag in die D.A.H. aufzunehmen,
 - in der Bundesgeschäftsstelle der D.A.H. für vier Mitarbeiter der AIDS-Hilfe DDR neue Planstellen zu schaffen und zur Abdeckung der speziellen Belange in den neuen Bundesländern das „Referat Ost“ einzurichten,
 - in den Vorstand der D.A.H. zwei Personen, die von der Mitgliederversammlung der AIDS-Hilfe DDR benannt werden sollten, bis zur nächsten Vorstandswahl zu kooptieren und bei der nächsten Vorstandswahl die Anzahl der Vorstandsmitglieder für eine Übergangszeit auf sieben Personen aufzustocken.
- Das „Referat Ost“ arbeitete noch bis zum 30.6.1991 in den Geschäftsräumen der ehemaligen AIDS-Hilfe DDR.

In der DDR bildeten sich noch im Jahre 1990 15 AIDS-Hilfen als eingetragene Vereine, davon waren 14 Mitglieder in der AIDS-Hilfe DDR. Nach 1990 wurde nur noch eine AIDS-Hilfe gegründet. Alle 16 AIDS-Hilfen sind heute Mitglieder der Deutschen AIDS-Hilfe. Im überwiegenden Teil der Fälle entstanden diese AIDS-Hilfen auf Initiative von Mitgliedern schwuler Gruppen oder von ehemaligen Mitgliedern des „Zentralen AIDS-Arbeitskreises“.

Auf Grund der in den neuen Bundesländern fehlenden kommerziellen schwulen Infrastruktur gab und gibt es bis heute in einigen Regionen nur durch die AIDS-Hilfen Angebote für schwule Männer, wie etwa Kontaktcafés oder Diskotheken.

Derzeit arbeiten alle AIDS-Hilfen mit Ausnahme der AIDS-Hilfe Schwerin mit hauptamtlichen MitarbeiterInnen, deren Finanzierung teilweise über Landeszuschüsse, teilweise über ABM oder AFG § 249 h geregelt ist.

Die derzeit bestehenden AIDS-Hilfen können sicherlich noch keine optimale Versorgung in den neuen Bundesländern sicherstellen. Durch die in Flächenstaaten gegebenen großen Distanzen gibt es Schwierigkeiten, flächendeckend zu wirken. Es ist jedoch zur Zeit nicht absehbar, ob sich weitere AIDS-Hilfen im Osten Deutschlands gründen.

PETER ZECHEL

Mitarbeiter im Pressereferat der Deutschen AIDS-Hilfe

Erinnerungen – Annäherungen

Interviews mit AIDS-Hilfe-Organisatoren in der ehemaligen DDR

AIDS hat auch vor den Staaten hinter dem Eisernen Vorhang nicht halt gemacht. Eingeschränkte Reisemöglichkeiten haben allerdings zu einer niedrigen Infektionsrate geführt. Folglich war AIDS in der DDR kein großes Thema. Aus den Westmedien kamen irritierende, vielfach reißerische Meldungen. Der Staat selbst hielt sich mit Informationen zurück. Für die Betroffenen aber – und das waren in der DDR genauso wie in der BRD die Schwulen – war es notwendig, verlässliche Informationswege zu schaffen.

In den 80er Jahren entstand in der DDR eine breite Bürgerrechtsbewegung. Schwule Gruppen fanden im Umfeld der evangelischen Kirchengemeinden eine Nische, in der relativ ungestört von Partei und Staat schwulenpolitische Basisarbeit begann. Dort setzte auch die AIDS-Prävention an.

Vieles, was in jenen Tagen erarbeitet wurde, fällt zunehmend dem Vergessen anheim. Eine Geschichte der Schwulen- und Lesbenbewegung sowie der AIDS-Hilfe-Arbeit in der DDR muß noch geschrieben werden. Die Bedingungen, unter denen diese Arbeit geleistet wurde, waren in einem System, das die individuelle Freiheit hinter die Interessen des Staates stellte, ungleich schwieriger als im Westen.

Die folgenden Gespräche bieten einen Einblick in die Welt der real existierenden DDR. Sie wecken den Wunsch, mehr zu erfahren.

Christian Puls, 48, ist Sozialfürsorger und seit 1991 Mitglied des Berliner Abgeordnetenhauses (Bündnis '90/Grüne) und schwulenpolitischer Sprecher der Fraktion.

Die Arbeitskreise forderten Emanzipation und Partizipation.

Ab wann entstanden schwule Gruppen unter dem Dach der evangelischen Kirchen und warum gerade da?

Es begann damit, daß einige Schwule in Leipzig Bekanntschaft gemacht hatten mit der homosexuellen Selbsterfahrungsarbeit im Westen. Eine große Rolle gespielt hat das Buch von Martin Siems „Coming out“, das irgendeiner auf irgendeine Weise bekommen hat. Die Arbeit mit dem Buch hat unseren Umgang mit der eigenen Sexualität auf eine andere Ebene gestellt. Wir lernten, sie positiv zu begreifen, nicht mehr als etwas Schmutziges. Unser Ziel war, in diesem Sinne emanzipatorische Schwulenarbeit zu machen. Mir als ehemaligem Theologiestudenten war klar, daß dies nur unter dem Dach der evangelischen Kirchen möglich sein würde. In der Gruppe waren aber nicht nur kirchengebundene Leute. Der Leipziger Studentenpfarrer Ziebarth ermöglichte die Gründung eines solchen Arbeitskreises im Rahmen der evangelischen Stu-

dentengemeinde. Die Gruppe mußte sich vorstellen, was für die anwesenden Studenten ein Ereignis war. Die staunten, daß wir ganz normal waren und recht nett zu sein schienen. Wir bekamen jedenfalls grünes Licht. Von pietistischer Seite wurden noch ein paar Probleme gemacht, es blieb aber ohne Folgen.

Interessant war unsere erste Veranstaltung. Zur Gründung des Arbeitskreises Homosexualität hatten wir einen Ethik-Dozenten vom Evangelischen Seminar eingeladen. Wir erwarteten zwanzig bis dreißig Leute und es kamen zwei- bis dreihundert, so daß wir in eine benachbarte Kirche ausweichen mußten. Unser Zug war eine richtige kleine Demonstration. Und da konnten wir schon sehen, daß wir von Anfang an von Kriminalpolizei und Stasi bewacht wurden. In der ganzen Gegend standen die typischen Genossen.

Du bist dann nach Berlin gegangen und hast dort weitergearbeitet.

Ja. Ich habe mich dort bemüht, einen emanzipatorischen Arbeitskreis wie in Leipzig aufzubauen. Die Suche nach Räumen war schwierig. Wir haben zur Samaritergemeinde Verbindung aufgenommen. Rainer Eppelmann war dort Pfarrer und hatte den Ruf, einer der bedeutendsten unruhigen Geister in der DDR zu sein. Nach Abstimmung mit dem Kirchengemeinderat hieß es dann, daß wir zwar dorthin kommen, aber keinen eigenen Kreis gründen könnten, weil diese Verbindung zwischen Homosexuellen- und Friedensarbeit von der Gemeinde nicht mehr zu tragen sei. Daß da staatlicherseits gewarnt wurde, kann ich nur vermuten.

Wann seid ihr das erste Mal in die Öffentlichkeit gegangen?

Das war 1983 bei der 2. Friedenswerkstatt. Der Friedensarbeitskreis der Samaritergemeinde hatte uns als einer der Organisatoren eingeladen, daran mit unserem Stand „Homosexuelle in der Kirche“ teilzunehmen. Es war unsere gefährlichste Zeit. Wenn man nicht in der Gemeinde war und eine informelle Gruppe bildete, gab es keinen Schutz vor staatlichem Zugriff. Gleichzeitig waren wir ein wenig – auch international – bekannt geworden. Am Abend dieses Sonntags löste sich auch das Raumproblem. Ein Pfarrer kam auf uns zu, der unseren Hilferuf „Wir brauchen Räume!“ kannte. Er wollte seinen Kirchengemeinderat fragen. Und so kamen wir zur Philippuskapelle am Rande Berlins, wo wir den Arbeitskreis „Schwule, Lesben, homosexuelle Selbsthilfe, Abteilung Schwule in der Kirche, Abteilung Lesben in der Kirche“ gegründet haben.

Das klingt recht pompös?

Wir waren sehr ideologisiert. Frauen und Männer hatten unterschiedliche Interessenlagen und brauchten entsprechende Freiräume zur Diskussion ihrer Probleme. Das hatten wir alles schon internalisiert.

Wie sah Eure Arbeit konkret aus?

Vierzehntägig im Wechsel trafen sich die lesbische bzw. die schwule Gruppe. Mit den Veranstaltungen wollten wir die Emanzipation Homosexueller fördern. Ob das über Kunst lief oder direkt über schwule Themen oder über das Einladen von staatlichen oder kirchlichen Stellen war nicht entscheidend. Die Veranstaltungen waren immer gut besucht: 100 Leute in der kleinen Kapelle, das wurde schon

Michael von Bröckel

Nur knapp eineinhalb Jahre verblieben Michael von Bröckel für seine Arbeit als Abteilungsleiter Information und Aufklärung sowie als Mitglied der Geschäftsführung der Bundesgeschäftsstelle. Viele Ideen und Pläne, die Michael gehabt hat, mußten ohne ihn begonnen und realisiert werden. Sein Charme und seine bremische Liebenswürdigkeit machten ihn zu einem wichtigen Gesprächspartner und Freund für andere Betroffene. Er hat sich nie versteckt, sondern ist nach außen gegangen. Dadurch und als Mitbegründer der AGB+ (Arbeitsgemeinschaft Berliner Positive) hat er anderen Menschen Mut gemacht, zu sich und ihrer Krankheit zu stehen. Michael von Bröckel starb 1990 an den Folgen von AIDS.

eng. Neben der Lesben- und der Schwulengruppe hatten wir auch eine Älteren-Gruppe und eine Jugendgruppe. Dann gab es die Infobriefe, die wir nach DDR-Art auf einer Ormigaschine vervielfältigt haben, was natürlich verboten war. Die Maschine stand in meinem Küchenschrank, ich habe einfach die Vorhänge zugezogen. Leider ist es uns nie gelungen, eine richtige Beratungsstelle zu gründen. Wir sind von den staatlichen Stellen auch nicht ernst genommen worden. Es hieß immer nur, wir seien nicht qualifiziert, wenn ein richtiger Neurotiker komme usw. Vielleicht hing es aber auch damit zusammen, daß die Selbsthilfe, um die es uns ging, in der DDR schief angesehen worden ist. Wir haben es aber immerhin versucht.

Hat Eure Arbeit in der Kirche einen Denkprozeß in Gang gesetzt?

Wir hatten einige Theologiestudenten in unseren Reihen, die nicht ordiniert wurden, auch weil sich verschiedene Gemeinden gewehrt haben. In diesem Zusammenhang ist in der brandenburgischen Kirche ein Durchbruch gelungen. Um die Rechte der homosexuellen Theologiestudenten haben wir einen richtigen Kampf in Richtung Kirchenleitung geführt. Ich habe mit dem damaligen Landesbischof Forck mehrere Gespräche geführt. Der hatte dabei vieles aufgenommen und eine positive Haltung zu den Gruppen gewonnen. Und das war sehr wichtig, denn wir hatten ja den Spagat zu machen zwischen dem Staat, der uns nicht mochte, aber die Kirche bedrängen konnte, und der Kirchenleitung, die zu uns stehen mußte, die aber von sehr frommen und pietistischen oder konservativen Christen bedrängt worden ist. Da mußte die Sexualität ein wenig außen vor bleiben.

Wie Du schon gesagt hast, hat die Stasi Euch beobachtet. Hattest Du auch direkten Kontakt?

Einmal haben sie mich in die Hans-Beimler-Straße geholt und zwar in die Etage, in die alle Friedensgruppen geholt wurden. Sie haben sich aber nicht als Stasi vorgestellt, sondern als Kriminalpolizei und mir erzählt: „Ihr Trabant ist in der Nähe einer Stelle gesehen worden, wo jemand ermordet wurde, der schwul ist, Herr Puls. Wie kommt denn das?“ Das Ganze war sehr durchsichtig, weil mein grüner Trabant zwar grün ist, ich aber überhaupt noch nie in Grünau gewesen bin. Das habe ich gesagt, und dann ging das Gespräch ausschließlich über diesen Arbeitskreis. Ich hab' mich immer auf meinen Pfarrer berufen, das hatten wir abgemacht.

Meinst Du, daß Eure Arbeit das Ende des § 151 beschleunigt hat?

Ich bin davon überzeugt, wenn das nicht übermäßig ist. Es haben sich in allen größeren Städten der DDR schwule Arbeitskreise im Umfeld der Kirchen gebildet, die nicht immer so aktiv waren, auch nicht immer so politisch, die aber das Thema Homosexualität hochgekocht haben. Und außerhalb der Kirchen gab es den Sonntagsclub, der ab 1984/1985 immer aktiver wurde. Die haben argumentiert: Wollt ihr denn, daß alle Leute in die Kirche gehen? Wir wollen beim Staat was machen, in den Clubs; laßt uns doch, dann habt ihr sozusagen das kirchliche Problem nicht. Es gab eine Schwulenbewegung, die gesellschaftlich relevant wurde. Inner- und außerhalb der Kirche gab es auch staatsreue Gruppen, z.B. „Courage“. Alle zusammen und das AIDS-Problem haben, denke ich, bewirkt, daß man Schwule ernst nehmen mußte. Die Diskussion ging eindeutig in Richtung Gleichberechtigung. Möglicherweise hat die Regierung geglaubt, daß die Schwulen eine überschaubare, kleine Gruppe sind, der man dieses Zuckerli schon geben kann, um sie damit zu beruhigen. Und sie hatten ja auch Recht. Denn eines war deutlich. Seit es die nichtkirchlichen Gruppen gab, war unser Arbeitskreis nicht mehr so frequentiert wie vorher. Wir hatten ja vorher 100 bis 150 Leute bei großen Veranstaltungen, zuletzt waren wir nur noch 20/30 Leute. Sie hatten schon Recht mit ihrer Strategie, das Thema Homosexualität sozusagen in den DDR-Staat zu integrieren. Und die Veränderung des § 151 war auch ein solcher Integrationsakt. Wir wollten aber zusätzlich noch Partizipation, eigene Medien und eigene Kandidaten für das Parlament.

Wie habt Ihr die AIDS-Frage behandelt?

AIDS kam als Gerücht zu der Zeit auf, als wir zu arbeiten begannen. Das war so 1982/83. Die Nachrichten haben uns aus dem Westen erreicht. Das Thema war uns völlig fern. Wir haben uns dagegen gewehrt und wollten auch unseren sexuell-emanzipatorischen Kurs nicht preisgeben. Insofern ging von unserem Arbeitskreis die Forderung aus, AIDS zwar als eine Einschränkung im Bereich der Sexualität zu betrachten, aber nicht als Aufforderung zum Kampf gegen die Promiskuität. Da setzte auch unsere Kritik an der DDR-Aufklärung an, die in Richtung lebenslange Partnerschaften usw. lief. Bei den schwulen Arbeitskreisen gab es informative Aktivitäten zu AIDS. Delegierte der Arbeitskreise trafen sich, um sich zu informieren und ihre Kenntnisse weiterzugeben. Das war zwar vom Staat aus nicht gewollt, es wurde auch über die Kirche signalisiert, daß es keine Vernetzung geben dürfe, aber wir haben das trotzdem gemacht.

Mangels kommerzieller schwuler Subkultur in der DDR wurden die schwulen Arbeitskreise unter dem Dach der evangelischen Kirche zum Transmissionsriemen der Präventionsbotschaft. Rainer Herr, 36, promovierter Naturwissenschaftler arbeitet zur Zeit an Theorien zur Homosexualität.

AIDS-Hilfe unter dem Dach der evangelischen Kirche

Wann fanden die ersten Treffen zum Thema AIDS im Rahmen der schwulen Arbeitskreise statt?

1985 wurde in der DDR die erste Infektion und Erkrankung bekannt. Die Entwicklung im westlichen Ausland hat uns, soweit wir sie verfolgen konnten, betroffen gemacht. Im Dezember 1986 hatten wir beschlossen, ein Informationssystem aufzubauen, das in den schwulen Arbeitskreisen, die unter dem Dach der evangelischen Kirche entstanden waren, angesiedelt werden sollte. Das System war so gedacht, daß kompetente Leute aus den schwulen Arbeitskreisen bei regelmäßigen Treffen über die unterschiedlichen Aspekte der Krankheit informiert würden, um dann ihrerseits diese Informationen über die Arbeitskreise weiterzuberbreiten. Der unglückliche Name, den wir gefunden hatten, hieß „Zentrale AIDS-Arbeitsgruppe der homosexuellen Arbeitskreise unter dem Dach der evangelischen Kirche“. Wir trafen uns dann im Frühjahr 1987 und hatten schnell ein Programm für das nächste Jahr erarbeitet. Das alles ist ohne Absprache oder Korrespondenz mit den Vertretern der staatlichen AIDS-Politik geschehen. Die schwulen Arbeitskreise und auch die Selbsthilfe wurden nicht staatlich unterstützt, sondern nur geduldet.

Wo habt ihr Eure Informationen herbekommen?

Freunde haben uns Bücher aus der BRD mitgebracht. Manchmal waren sie auch in Freßpakete miteingelegt. Ob alle durchgekommen sind, weiß ich nicht. Dann hatten wir von Westberlin viel Literatur bekommen. Auch mit den AIDS-Hilfen hatten wir Kontakt und uns Informationsmaterial schicken lassen. Es gab unterschiedliche Kanäle, aber keinen kontinuierlichen.

Die Situation in der BRD war von der in der DDR grundsätzlich verschieden. Hat Euch die West-Literatur genützt?

Auf jeden Fall. Zum Beispiel das Buch „AIDS kann schneller besiegt werden“ von Rolf Rosenbrock. Es zeigte Möglichkeiten auf, wie Prävention organisiert werden kann. Für uns war das auch deshalb ein wichtiges Buch, weil es den Selbsthilfegruppen Kompetenz zusprach. Dabei haben wir erkannt, daß die mentale Struktur der bei uns von HIV und AIDS betroffenen Menschen und deren soziale Organisation grundlegend von denen in der BRD unterschieden sind. Deshalb konnten wir die Vermittlungswege und Inhalte von Präventionsbotschaften westdeutscher AIDS-Hilfen nicht einfach übernehmen. Das war mit ein Grund, die Struktur der schwulen Arbeitskreise zu nutzen, weil es eine kommerzielle Subkultur wie in der Bundesrepublik in der DDR nicht gab.

Lebten schwule Arbeitskreise und AIDS-Hilfen damit in einer Art Symbiose?

Das war mehr als eine Symbiose. Wir sind eine Tochter der schwulen Arbeitskreise gewesen. Die meisten von uns haben sich als Teil der schwulen Arbeitskreise verstanden. Unser Ziel war, dort unsere HIV-Prävention anzubringen.

Weil wir, salopp gesagt, keine Unterscheidung zwischen Staats- und Kirchenschwulen in der Frage der HIV-Prävention machen wollten, haben wir am Anfang auch die sogenannten Staatsschwulen eingeladen, um möglichst viele Schwule zu erreichen.

Hat die evangelische Kirche Euer Anliegen inhaltlich unterstützt?

Eine schwierige Frage, denn es gab keine einheitliche Kirche, nur Landeskirchen, die zu den schwulen Arbeitskreisen und zur AIDS-Arbeit ein sehr differenziertes Verhältnis hatten. So stand die thüringische Landeskirche von Bischof Leicht der Schwulenarbeit mit größeren Vorbehalten gegenüber als die Berlin-Brandenburgische Kirche. Zudem waren es eher die Gemeindepfarrer, die es Schwulen und Lesben ermöglicht haben, sich in den Gemeinderäumen zu treffen. Und besonders in den evangelischen Studentengemeinden herrschte eine große Offenheit. Es gab einzelne Kirchenvertreter, die sich mit der AIDS-Politik auseinandergesetzt haben. Die Pfarrer Gerhard Neubert und Peter Bickhard haben sich sehr engagiert.

Wie stand der Staat, die offizielle AIDS-Politik zu Euch?

Dieses Verhältnis läßt sich mit wenigen Sätzen kaum beschreiben. Wir hatten von AIDS-Politik ein anderes Verständnis. Die staatliche AIDS-Politik war eine Verlängerung der Präventionspolitik der klassischen Geschlechtskrankheiten, zum Beispiel Syphilis oder Gonorrhoe. Es ging darum, Infektionsketten aufzufindig zu machen, d.h. HIV-Positive und AIDS-Kranke sollten ihre Sexualpartner benennen, um herauszufinden, ob diese Menschen auch HIV-infiziert sind. Wir sind offen dagegen angegangen. Dann wurden nach dem Gießkannenprinzip unansehnliche graue Faltblätter verteilt, in denen die Menschen aufgefordert wurden, sich testen zu lassen. Immerhin, es wurde in der DDR nicht hysterisiert, aber auch nicht zielgruppenspezifisch aufgeklärt, was für uns der Anlaß war, uns zu organisieren.

Hattet ihr Kontakte zu den Verantwortlichen für die AIDS-Politik?

Ja, zum Beispiel zu Professor Niels Sönnichsen, dem Direktor der Hautklinik der Charité und Vorsitzenden der AIDS-Beratergruppe beim Gesundheitsminister der DDR, den wir einmal zu einem Vortrag eingeladen haben. Im Anschluß kam es zu einer heftigen Diskussion über die AIDS-Politik in der DDR. Erwähnenswert scheint mir hier die Tatsache, daß die AIDS-Politik der DDR, deren Vertreter noch immer in Amt und Würden sind, bis heute nicht kritisch reflektiert wird. Es wird gesagt, die niedrige Zahl von Menschen mit HIV und AIDS sei der vorzüglichen AIDS-Politik in der DDR zu schulden. Das ist ein Skandal. Es hat zu tun mit der Situation der Käseglocke, in der wir gelebt haben und nicht damit, daß Schwule und Lesben gut aufgeklärt gewesen wären.

War es eigentlich richtig, daß die AIDS-Hilfe DDR e.V. acht Monate nach ihrer Gründung aufgelöst wurde und lediglich das Referat Ost in der Deutschen AIDS-Hilfe übrig blieb?

Das ist heute eine der wichtigsten Fragen für mich. In drei Worten noch einmal die Situation: In der BRD sind insbesondere schwule Männer, Junkies und Huren seit den frühen 80er Jahren mit der Krankheit konfrontiert. Seither gab es eine kontinuierliche Auseinandersetzung mit HIV und AIDS und mit dem Tod von

Freunden, Bekannten, Menschen im öffentlichen Leben. Diese Entwicklung gab es in der DDR nicht. Gott sei Dank, muß ich sagen. Aber in der Bundesrepublik gab es auch eine ganz elaborierte schwule Szene, die es möglich gemacht hat, AIDS-präventiv wirksam zu werden, die es in der DDR auch nicht gab. Die Mentalität – ich will sie nicht beschwören – von schwulen Männern in der DDR ist anders. Heutige Umfragen zeigen, daß AIDS von vielen schwulen Männern in der Ex-DDR nicht als Bedrohung wahrgenommen wird. Das zeigt mir, daß es für Ostdeutschland wichtig wäre, eine spezifische Präventionsstrategie zu entwickeln. Das ist bis heute nicht geschehen und wäre einer der wichtigsten Gründe für den Fortbestand der AIDS-Hilfe DDR gewesen. Wir haben aber – aus der Annahme heraus, daß die Finanzen von Bonn nicht länger bewilligt würden – zu früh aufgegeben, bei den verantwortlichen Politikern für die Einsicht zu kämpfen, daß die Arbeit in einer separaten AIDS-Hilfe für Ostdeutschland weitergehen sollte.



Dieses Plakat, das für die AIDS-Hilfe DDR werben sollte, ging nicht mehr in Druck.

Foto von Andreas Fux

Peter Bickhard, 60, Pfarrer.

Die evangelische Kirche hat den schwulen Arbeitskreisen Rückendeckung gegeben.

Die evangelischen Kirchengemeinden haben eine besondere Rolle bei der Entstehung oppositioneller Gruppen in der DDR gespielt. Mit anderen haben auch die homosexuellen Arbeitskreise und die Anfänge der AIDS-Hilfen bei den Kirchengemeinden ein schützendes Dach gefunden. Wie begann Ihr Engagement bei den schwulen Gruppen und später bei den AIDS-Kreisen?

Unser Kreis ist hervorgegangen aus einer Tagung der Evangelischen Akademie. Er hat sich ab September 1983 regelmäßig getroffen und er tut das bis zum heutigen Tag. Ich bin über eine Beraterfunktion in die Gruppe mit einbezogen worden. Ich bin nicht schwul, habe aber während der Arbeit gemerkt, daß das auch gar keine Rolle spielte.

Wie ist das zu verstehen mit der Anbindung an die Kirche? Hat die Kirchenleitung aktiv in den Prozeß eingegriffen?

Da muß ich etwas ausholen. In den 80er Jahren fanden überall in der DDR Menschen zusammen, die kritisch zur DDR-Wirklichkeit standen. Unter dem Dach der Kirche oder richtiger im Umfeld der Kirche gab es alle möglichen Gruppen und da haben sich auch die homosexuellen Arbeitskreise etabliert.

Es wurde aber nichts durch die kirchenleitenden Stellen gefördert. Alles ist immer über die einzelnen Gemeinden und deren Pfarrer gelaufen. Dabei kam es darauf an, daß sich jemand fand, der aufgeschlossen war. In Leipzig zum Beispiel war das der Studentenpfarrer. Die Kirche hat Rückendeckung gegeben, sich aber weder positiv noch negativ dazu geäußert.

In vielen evangelischen Gemeinden gab es homosexuelle Arbeitskreise. In der katholischen Kirche ist mir nur ein Projekt für Schwule und AIDS bekannt geworden. Wie war die Stellung der Kirche im Staat?

Zunächst gibt es einen riesigen Unterschied zwischen der katholischen Kirche und den evangelischen Landeskirchen. Die katholische Kirche war der erratiche Block, der gesagt hat, wir machen politisch nicht mit. Die evangelische Kirche war stärker gesellschaftlich geprägt. Wir haben uns eingemischt, haben Zugeständnisse gemacht an manchen Punkten, wir haben aber eben auch einiges gesellschaftlich bewirkt. Sicherlich war Gorbatschow die Hauptkraft der Revolution oder Wende für die DDR. In den 80er Jahren haben wir aber die Basis für die Situation im Sommer und Herbst 1989 mitgeschaffen. Die evangelische Kirche bot die einzige Alternative zum Staat. Das bedeutet, daß auch in den Schwulen- wie in anderen Gruppen sich viele Leute unter dem kirchlichen Dach bewegt haben, die keine Christen waren. Teilweise war das auch eine Zufluchtstätte.

Wann begann die AIDS-Arbeit und wie verlief sie?

1983 gab es einen ersten Artikel im „Spiegel“ zum Thema AIDS. Irgendeiner hat den mitgebracht, und die Reaktionen waren von Abwehr geprägt. Zwei oder drei Jahre später gab es erneut einen Artikel, der bei uns zu Überlegungen führte, aus den schwulen Arbeitskreisen etwas in Richtung Prophylaxe zu unterneh-

CHRISTIAN GENSOW

Christian ist ein Stück D.A.H., Teil ihrer Geschichte seit 1987. Unvorstellbar, ihn nicht mehr schwärmen zu hören: von schönen, behaarten Männern, von leckeren Hähnchenherzen, von der geplanten Reise nach San Francisco. Auch unvorstellbar, nicht mehr „genervt“ von ihm zu sein, von seiner Unpünktlichkeit, von seiner Sturheit... Christian war ein eigenwilliger Mann für viele Fälle: Coiffeur, Kellner, Verkäufer, Entertainer, Sänger, Tänzer, Fotomodell. Er liebte es, andere zu unterhalten, konnte viele begeistern und mit seinem Charme, seinem Aussehen und seinem Sex-Appeal für sich einnehmen. Er half großzügig, wenn er konnte – mit Geld, mit einem offenen Ohr, mit einer Einladung zu einem selbstgekochten Essen... Von sich selbst erzählte er wenig; Worte waren nicht sein „Ding“. Nur wenige kannten seine Angst vor AIDS, vor der Einsamkeit, der körperlichen Hinfalligkeit. Christian sehnte sich zeitlebens nach der großen Liebe, nach dem Mann seines Lebens. Es war ihm vergönnt, ihn zu finden. Es blieb beiden nur eine kurze gemeinsame Zeit. Christian Gensow starb am 6. Juli 1993, kurz nach seinem 31. Geburtstag, vermutlich beim Experimentieren mit Drogen.

men. Günther Grau war mit dabei und Rainer Herrn. Das Ziel war, eine Art Berater-Ausbildung unabhängig vom Staat zu organisieren. Jeder schwule Arbeitskreis hat Mitglieder delegiert. Bei uns waren das ein Arzt und ich. Das besondere an dieser AIDS-Berater-Ausbildung war, daß jeder die Kosten selbst getragen hat. Sie ist nicht so wirksam geworden, weil HIV bei uns eben noch ein ganz kleines Problem war. Wir haben uns auch Gedanken gemacht, unter den Bedingungen der DDR für Werbematerial zu sorgen. Im Frühjahr 1989 haben wir mit einem Staatssekretär des Gesundheitswesens, dem Dr. Kölzsch von der Charité und zwei, drei Leuten aus der Schwulenszene überlegt, was man machen könnte. Papier war in der DDR kontingiert. Andererseits waren Bierdeckel immer nur einseitig bedruckt. Unsere Idee war, Karikaturisten zu bitten, ein paar flotte Bildchen mit kurzen Sprüchen verschiedenen Inhalts zu machen, die auf die andere Seite der Bierdeckel gedruckt werden sollten. Nicht nur Schwule, auch Heteros sollten damit angesprochen werden. Es wurde nichts daraus, und dann kam ja auch die Wende.

Hans-Peter Schulze, 35, lebt in Magdeburg und ist Diplom-Sozialarbeiter in Diensten der Caritas.

Ein Einzelfall: Schwulenberatung unter dem Dach der katholischen Kirche

Du warst schon zu DDR-Zeiten in der AIDS-Beratung im Rahmen der Caritas aktiv. Wie hat das angefangen, wann und wo?

Das war im Frühjahr 1987. Da beschloß der Caritasverband Magdeburg, eine Beratungsstelle für Männer einzurichten. 20% meiner Arbeitszeit sollte ich für die Einzelbera-

tung homosexueller Männer verwenden. Anlaß war der Vortrag eines Kollegen aus der Stadtmission, Eddi Stapel, der schon lange in der DDR Schwulendarbeit machte.

Gingen diese Aktivitäten von der Kirchenleitung oder dem Caritasverband aus?

Nicht direkt. Ich war damals in Aschersleben, einer Kreisstadt in Sachsen-Anhalt, in einer Schwulengruppe. Die neu gebildete „Zentrale AIDS-Arbeitsgruppe der homosexuellen Arbeitskreise unter dem Dach der evangelischen Kirche“ hatte uns angeschrieben. Wir sollten ein Mitglied benennen, das dort mitarbeitet. Das war für unsere Gruppe dann ich. Der Caritasverband hatte damit keine Probleme. Auch die Kollegen haben mich unterstützt. Und wenn es eine Beratung bei der evangelischen Kirche gibt, bei der Stadtmission, warum dann nicht auch eine bei der Caritas? So kam es zu einem Gruppenantrag, dem die Leitung entsprochen hat.

Wie sah die Arbeit konkret aus?

Zunächst habe ich mich gemeinsam mit anderen in der Zentralen AIDS-Arbeitsgruppe informiert. Das waren acht Wochenendtreffen. Dann ging ich mit diesen Informationen zurück in die Schwulengruppen vor Ort, für die ich der Ansprechpartner war. Die Information lief wesentlich über die Schwulengruppen.

Haben denn katholische Kirche und Caritasverband die Arbeit gefördert?

Darauf ist schwer zu antworten. Die katholische Kirche hat zur Homosexualität ja eine eigene Haltung. Gruppenbildung wie unter dem Dach der evangelischen Kirche war nicht gerne gesehen. Ich war ja auch ausdrücklich mit der Einzelberatung homosexueller Männer beauftragt. Um aber arbeiten zu können, also meine Leute zu erreichen, bin ich in die homosexuellen Arbeitsgruppen unter dem Dach der evangelischen Kirche gegangen.

Gab es Druck von Seiten des Staats?

Mir selbst ist nie etwas gesagt worden, auch von der Leitung nicht. Es war eher so, daß der evangelische Pfarrer vor Ort Ärger mit der Stasi bekam; sicher auch Einzelpersonen. Nach der Wende hat sich ja herausgestellt, daß in den schwulen Arbeitskreisen informelle Mitarbeiter saßen.

Du hast Einzelberatungsgespräche geführt. Wieviele ungefähr?

Genau kann ich das nicht sagen. In den drei Jahren vor der Wende waren das ungefähr 150. Und nicht immer ging es in diesen Gesprächen um AIDS. Da gab es Coming out-Fragen, Probleme mit dem Schwulsein. Vor der Wende waren viele Gesprächspartner über 30, 40 oder 50 Jahre alt.

Gab es Veränderungen für die Arbeit nach der Wende?

Sicher, vorher war es sehr schwer, an Literatur heranzukommen. Ich konnte allerdings über den Caritasverband immer mal ein Buch über bestimmte Kanäle aus Westdeutschland bekommen. Weiterbildungsveranstaltungen zu besuchen war problematisch oder wenn ich einen Referenten aus Westdeutschland verpflichten wollte... Nach der Wende hat sich auch die Zusammenarbeit mit den Gesundheitsämtern wesentlich verbessert.

Wurde die staatliche AIDS-Politik von der Caritas kommentiert?

Nein überhaupt nicht. Mein Bereich, zuerst in Aschersleben, dann in Magdeburg, war und ist nach meinen Kenntnissen der einzige, wo im Rahmen der Caritas Schwulen ein Angebot zur Beratung in Fragen des Selbstverständnisses und von AIDS gemacht wird.

Und der Bischof von Magdeburg? Wirft der Dir keine Knüppel zwischen die Beine?

Nein, im Gegenteil! Ich hatte vor kurzem ein Gespräch mit ihm, in dem er mich ermutigt hat, in meiner Arbeit fortzufahren.

Joachim Bahr, 46, Maler von Beruf, jetzt hauptamtlicher Mitarbeiter der AIDS-Hilfe Chemnitz.

Von der Wirkung wenig sittsamer Präventionsmaßnahmen

Joachim Bahr, Du hast schon in der DDR AIDS-Hilfearbeit geleistet. Wie hat das bei Dir angefangen?

Ich war im Arbeitskreis Schwule bei der evangelischen Studentengemeinde in Chemnitz, damals noch Karl-Marx-Stadt, aktiv. Viele in diesem Kreis hatten mit der Kirche nichts am Hut, aber merkten, daß es dort eine Möglichkeit gab, gemeinsam politisch und gesellschaftlich etwas für die Schwulen voranzubringen. Ich hatte vorher aber einige Hemmschwellen zu überwinden. Das war 1986. Zur selben Zeit begann ich Informationen und Materialien über AIDS zu sammeln. Erst mal so für mich, damit nichts verloren geht.

Wann habt Ihr in Chemnitz eigentlich zum ersten Mal von AIDS gehört?

Etwas 1982/83.

Das ist auch nicht so spät.

Nein, die Information als solche kam schon und, wo möglich, hat man sich auch über Westfernsehen informiert.

Wie hat eigentlich der Staat – also die Organe in Karl-Marx-Stadt – auf AIDS reagiert?

Am Anfang noch sehr gelassen, also zwischen 1983 und 1986 war es eben so 'ne böse „Westkrankheit“. Den Zeitungen war das Thema gerade mal fünf bis zwölf Zeilen wert. Große Hintergrundinformationen gab es da noch nicht und hier, in unserem Raum, war von Prävention noch keine Rede.

1987 wurde dann die zentrale Arbeitsgruppe gegründet. Hat sich da was in Eurer Arbeit verändert?

Die Arbeit wurde intensiver. In der AIDS-Arbeitsgruppe wurden die medizinischen Grundlagen vermittelt. Außerdem haben wir uns intern mit unserer eigenen Sexualität auseinandergesetzt, weil wir uns über die Präventionsbotschaft, wenn wir sie vermitteln wollten, erst einmal selbst klar werden mußten. Das war ein schwieriger Prozeß, das ging nicht so von heute auf morgen.

Wie habt Ihr die Informationen, die Ihr in der Arbeitsgruppe bekommen habt, vermittelt? Habt Ihr Veranstaltungen gemacht, Flugblätter erstellt?

Nein. Das haben wir in dieser Zeit noch nicht gemacht. Wir wurden aber schon ein wenig von D.A.H. und von der AIDS-Hilfe Düsseldorf unterstützt. Also ab und an bekamen wir ein paar Infoblätter in die Hand, die uns im Osten oft nur wenig sagten. Das waren alles Sexpraktiken, z.B. Analfick, über die wir noch nicht so geredet hatten. Und tatsächlich waren manche schockiert, andere haben mit den Achseln gezuckt. Die Meinungen darüber waren sehr geteilt. Vielleicht, so haben wir uns gefragt, müßte man bei uns etwas behutsamer an die Sache rangehen.

Sind denn die Schwulen auf Euch zugekommen, oder habt Ihr die irgendwo gesucht?

Schwule haben nicht viel mit AIDS am Hut gehabt oder es verdrängt. Die Mauer war ja bis 1989 fast zu. Man hat immer gesagt: „Schütz Dich vor Besuchern aus dem Westen! Laß' Dich nicht von solchen Typen vernaschen.“ Immerhin gab es bei uns schon eine Discothek, die so alle vier bis sechs Wochen stattfand. Dort konnten wir schon Präventionsbotschaften übermitteln und ab 1989 – auch schon vor der Wende – Kondome verteilen.

Wie war Euer Verhältnis zur staatlichen Gesundheitsverwaltung?

Am Anfang hat man uns hier belächelt. Die Ärzte hatten ja gerade erst mal angefangen „hineinzuforschen“, und dann kamen wir und wollten schon beraten! Andererseits haben wir schnell gemerkt, daß sie uns gerne als Brücke benutzt haben, damit wir möglichst viele Schwule zum Test schicken. Damit wollten die feststellen, wie stark wir im Osten schon durchinfiziert seien. Unserem Karl-Marx-Städter Fachmann habe ich dann mal erläutert, daß es bei uns 15.000 bis 18.000 Schwule gibt, und ihn gefragt, ob er die alle durchtesten wolle. Der hatte ein großes Aha-Erlebnis.

Wie sah die Arbeit nach der Wende aus. Was hat sich da verändert beim Übergang von Karl-Marx-Stadt zu Chemnitz?

Mit Karl-Marx-Stadt verbinde ich die Geringschätzung unserer Arbeit von seiten des Gesundheitswesens: „Was macht Ihr Schwulen denn hier für Vorort-Arbeit, wenn wir selbst noch nichts darüber wissen?“ Chemnitz steht für die Öffnung. Wir gründeten dann einen unabhängigen Schwulenverein, in dem sich 1990 die ersten Leute sammelten, die sich auch für die AIDS-Problematik interessiert hatten.

Im Frühjahr 1990 wurde die AIDS-Hilfe DDR gegründet. Wie lief das an?

Wir waren am Anfang sehr enthusiastisch. Wir konnten den Untergrundcharakter ablegen, öffentlich etwas tun, auch Anerkennung erfahren und hofften auch auf die Festigung und Konkretisierung unserer Arbeit.

Daß wir im November 1990 die Arbeit für die DDR-AIDS-Hilfe einstellen mußten, ist uns nicht leicht gefallen. Wir waren uns in den Jahren der Arbeitsgruppe und dann in der AIDS-Hilfe DDR nahe gekommen und unsicher, was das Neue bringen würde. Wir haben bedauert, uns von dem, was wir aufgebaut hatten, schon wieder lösen zu müssen. Von der D.A.H. wußten wir nur, daß das eine ziemlich große Angelegenheit ist, ein Dachverband mit vielen regionalen AIDS-Hilfen drin. Im Rückblick muß ich aber sagen, daß die damalige Entscheidung richtig war.

Eddi Schnalke, 36, Lehrer, leitet jetzt das Pluspunkt e.V. Projekt in Berlin-Prenzlauer Berg.

Du hast mit der AIDS-Arbeit schon zu DDR-Zeiten begonnen. Im Umfeld der Charité hatte sich eine Positivengruppe gebildet. Wann und wie begann das?

Das war so zwei, drei Jahre vor dem Mauerfall. Man wußte gerade mal, wie man AIDS buchstabiert. Ina Hermann war die erste Sozialarbeiterin für HIV-Betroffene im Osten. Eines Tages kam sie an den Punkt, wo sie feststellen mußte, daß die Einzelbetreuung und die Beratung, wie sie sie durchführte, nicht ausreichend waren, um den Bedürfnissen und psychischen Belastungen von HIV-Positiven gerecht zu werden. Eine Folge war, den Betroffenen Möglichkeiten anzubieten, sich zu treffen, auch um Erfahrungen auszutauschen. Und da laufen zwei getrennte Entwicklungen aufeinander zu, denn Dr. Kölzsch von der Charité setzte sich für zielgruppenorientierte Arbeit, für die Akzeptanz der Schwulen ein und dafür, daß es für die HIV-Positiven, die in die Charité zur Behandlung kamen, eine Möglichkeit geben müsse, sich selbst zu organisieren. Das war zu dieser Zeit ein sehr mutiger Schritt, weil es Selbsthilfe in der DDR nicht gab. Trotz der Nachteile, die das mit sich gebracht hat, war ein Treffen nur in den Räumen der Charité möglich, in deren Cafeteria dann alle vierzehn Tage etwa 10 bis 15 Positive zum Kaffeeklatsch zusammenkamen.

Wie wirkte sich die – ich nenne das jetzt mal so – Ideologie der Charité auf die Gruppe aus?

Die Charité war eine Einrichtung, die sehr stark von staatlichen Richtlinien geprägt war. Die Linie von Prof. Sönnichsen, dem Leiter der Hautklinik der Charité, lief in Richtung seuchenhygienische Maßnahmen. Bis zur Anonymisierung des Tests war noch ein weiter Weg. Insofern beschränkte die Ideologie unsere Möglichkeiten. Aber stärker noch beeinflusste sie die Arbeitsbedingungen der Sozialarbeit. Frau Hermann war am Anfang ihrer Tätigkeit wegen des begrenzten Wissens um Infektionswege, um Möglichkeiten zielgerichteter, zielgruppenorientierter Prävention den Dingen etwas mehr ausgeliefert. Erst mit zunehmendem Wissensstand fing sie an zu erkennen, wie wichtig eine umfassende Beratung und ein anonymer Test waren. Schließlich gewann der Test eine völlig andere Bedeutung für sie. Durch ihren unmittelbaren Kontakt mit Positiven entfernte sie sich von Positionen, die als feststehend übermittelt wurden. Immerhin war die Charité die erste Einrichtung in der DDR, die den Test anonym und kostenlos durchgeführt hat.

Wie weit war die Abweichung von der staatlichen Linie bis zum Mauerfall gediehen?

Von Beginn an haben wir versucht, eigene Räumlichkeiten zu beziehen. Es ging soweit, daß wir zwischenzeitlich in einem Wohngebietsklub in der Wilhelm-Pieck-Straße unterkrochen. Von dem Moment an, als wir uns außerhalb der Charité etablierten, um das zu werden, was wir eigentlich sein wollten – eine Positivengruppe mit Interessenvertretung – war die enge Zusammenarbeit mit der Charité zu Ende. Der Geruch hing uns aber noch lange an, daß wir die Charitégruppe wären, die ja irgendwie staatlich gewachsen ist.

Habt ihr durch die Charité Zugang zu Informationen aus dem Westen gehabt?

Nein, kaum. Allerdings ging es in den Monaten vor dem Mauerfall Schlag auf Schlag. Da war einiges schon durchlässiger geworden. Es war möglich, daß

Selbsthilfegruppen aus dem Westen in den Osten kamen, es war möglich, daß da Kontakte aufgebaut wurden, da waren die ersten Interviews mit Ostgruppen.

Ich möchte zurückkommen zur DDR, zu deren letzten Jahren. Wie schätzt Du die Haltung der Schwulen zur DDR ein?

In den letzten Jahren der DDR war in der Tat eine erhöhte Toleranzfähigkeit des Staates zu beobachten. In auflagenstarken Zeitungen erschienen Artikel über die Diskriminierungsprobleme von Schwulen. Vielleicht wollte der Staat damit Sympathie im Ausland gewinnen, vielleicht wollte man die vielen, die legal oder illegal die DDR zu verlassen suchten, damit zurückhalten – unter den Ausreisewilligen waren ja sehr viele Schwule. Ich bin dieser Sache am Anfang ja auch aufgesessen, hatte sehr viele Hoffnungen. Den Frühlingwind, den ich empfunden habe, haben die „Massen“ der Schwulen aber nicht gespürt. Sie haben ihr Mißtrauen nicht verloren, das sie sich lange Zeit im Kontakt mit Staat, Polizei und Stasi erworben haben. Die haben sich den Schwulen gegenüber bis zum Schluß so verhalten, daß sie bei Delikten die ersten Verdächtigen waren. Die hoffnungsvollen Entwicklungen waren wohl nur der Absicht der DDR-Führung zu schulden, die Leute im Lande zu halten und ihr Image in der Welt aufzupolieren.

Pluspunkt heute, worin liegen die Vorteile für die Betroffenen?

Am Anfang ist zu sagen, daß der Berliner Senat die Absicht hatte, AIDS-Hilfe und Selbsthilfearbeit für Ostberlin von Westberlin aus mitmachen zu lassen. Wir konnten ihn aber davon überzeugen, daß es notwendig ist, ein Beratungs- und Hilfsangebot zu machen, das von Leuten betreut wird, die in der DDR aufgewachsen sind und deshalb einen vertrauensvolleren Zugang zu den Betroffenen finden können als Berater aus dem Westen. Ein großes Problem ist natürlich die Finanzierung. Wenn die gesichert wäre, wären wir glücklicher.

Heiko Schorcht, 31, Diplom-Theologe und zuständig für den Bereich Ost in der Bundesgeschäftsstelle der Deutschen AIDS-Hilfe.

Die AIDS-Hilfe DDR e.V.: Sie waren zu fünf, ohne Raum, ohne Geld und ohne Erfahrung

1989 änderten sich mit dem Sturz der SED-Herrschaft auch die Arbeitsmöglichkeiten für die AIDS-Selbsthilfegruppen in der DDR. Wie sahen die Anfänge der AIDS-Hilfe in der DDR aus?

Schon kurz nach der Wende kam es auf Initiative von Günter Grau, Olaf Leser und Bernd Thinius zu einem ersten Treffen im Hinblick auf die Gründung einer AIDS-Hilfe DDR. Vorangegangen waren einige Zusammenkünfte zwischen den Mitgliedern der „Zentralen AIDS-Arbeitsgruppe der homosexuellen Arbeitskreise unter dem Dach der evangelischen Kirche“, kurz Zentrale Arbeitsgruppe, und der Berliner AIDS-Hilfe, der Deutschen AIDS-Hilfe und Mann-O-Meter. Auf allen Seiten war der Wille zur Zusammenarbeit groß. Es bestätigte sich aber schnell die Vermutung, daß die Arbeitsweise der westdeutschen AIDS-Hilfe an den Bedürfnissen der DDR-Bürger vorbeigeht. Die Lebenswelt der DDR hat eine eigene Mentalität hervorgebracht, einen permanenten Sonderfall, der andere Strategien erfordert. Zum Zeitpunkt der Wende gab es in der DDR keine Junkies, keine (offene) Prostitution, und

JEAN-CLAUDE LETIST

Jean-Claude Letist wurde am 13. Februar 1946 geboren; er starb am Aschermittwoch, dem 28. Februar 1990 in Köln, wo seit zwanzig Jahren seine Heimat war. Durch seinen Tod wird noch einmal deutlich, für wie viele Menschen er eine wichtige Rolle gespielt hat.

Jean-Claude war so vieles: Vorstandsmitglied der gay liberation front Köln (glf) seit 1983, Gründungsmitglied des Bundesverbandes Homosexualität, Mitinhaber des schwulen Buchladens Lavendelschwert, Gründungsmitglied und Vorstandsmitglied der Emanzipation e.V., der Inhaberin des Kölner Schwulen- und Lesbenzentrums SCH.U.L.Z., Generalsekretär der International Lesbian and Gay Association (ILGA) seit 1986, Vorstandsmitglied der AIDS-Hilfe Köln seit ihrer Gründung, Mitglied im Beirat der Deutschen AIDS-Hilfe...

Der Wert eines Menschen macht sich nicht an Positionen fest, dies gilt gerade auch für Jean-Claude. All diese Ämter waren für ihn immer nur Mittel zum Zweck, Schritte auf dem Weg zur Realisierung seiner Ideale, denen der Wunsch nach Menschenrechten für Schwule und Lesben, nach Emanzipation und Abbau von Diskriminierung zugrundelag.

das schwule Szeneleben hatte gänzlich andere Strukturen.

Wann wurde die AIDS-Hilfe DDR gegründet?

Gegründet wurde die AIDS-Hilfe DDR im März 1990 in Berlin. Wir waren zu fünf, ohne Raum, ohne Geld und ohne Erfahrung. Ein Benefizkonzert im Herbst 1990 sollte für die AIDS-Hilfe DDR werben und Geld einbringen. Daraus wurde dann nichts. Die Vorbereitungszeit für eine solch große Veranstaltung war zu kurz, denn schon im Sommer 1990 zeichnete sich ab, daß es in einer erweiterten BRD keinen Platz für eine AIDS-Hilfe Ost geben würde.

Wie sah die Arbeit der AIDS-Hilfe DDR aus?

Vieles geschah gleichzeitig. Geprägt wurde die Anfangszeit der AIDS-Hilfe durch ihre Doppelfunktion als regionale, Ostberliner AIDS-Hilfe und als überregionaler Dachverband der AIDS-Hilfen in der DDR. Als regionale AIDS-Hilfe füllte die AIDS-Hilfe DDR auch ein Vakuum aus, das durch die Auflösung der Ehe- und Gesundheitsberatung in Ostberlin im Frühjahr 1990 entstanden war. Unsere Suche nach freiwilligen Mitarbeitern stieß auf lebhaftes Interesse. Schon fünf Wochen nach der Gründung fanden die ersten eigenen Beraterschulungen der AIDS-Hilfe DDR statt. Im vierzehntägigen Rhythmus wurden sie noch in den Räumen der Berliner AIDS-Hilfe angeboten. Im Rahmen der AIDS-Hilfe DDR konstituierte sich eine Beratergruppe, die später in das Prenzelberger AIDS-Projekt, quasi eine Berliner AIDS-Hilfe Ost, und in Pluspunkt e.V. überging. Zeitgleich erfolgten auch die Gründungen der ersten regionalen und lokalen AIDS-Hilfen in der DDR, die meist aus den Mitgliedern der Zentralen AIDS-Arbeitsgruppe hervorgingen. Den entstehenden Gruppen gab der Dachverband Hilfestellung bei für

Westdeutsche vielleicht einfacheren Dingen wie Eintrag ins Vereinsregister oder beim Stellen von Finanzierungsanträgen. Wir haben auch Mustersatzungen und Musterhaushalte entworfen.

Wie sah die Finanzierung der AIDS-Hilfe DDR aus?

Das Geld für die AIDS-Hilfe DDR kam vom Ministerium für Gesundheitswesen der DDR. Die Bewilligung der Mittel erhielten wir schließlich am 2. Oktober 1990. Bis dahin lebten wir von Spenden. Günstig war für uns, daß unsere Räume im ehemaligen MfS-Gebäude, die wir vom „Runden Tisch“ zugesprochen bekommen hatten, für die erste Zeit mietfrei waren. Kopien konnten wir bei der Deutschen AIDS-Hilfe – damals noch in der Nestorstraße – machen. Von dort wurden auch unsere Infos in die DDR verschickt. Telefoniert wurde privat, so man ein Telefon hatte.

Ihr habt aber neben der organisatorischen auch inhaltliche Arbeit geleistet?

Das ist natürlich richtig. Wie schon angedeutet, konnten die Materialien der westdeutschen AIDS-Hilfen wegen der unterschiedlichen Bedingungen nur eingeschränkt in der DDR eingesetzt werden. Andererseits war es nicht notwendig, das Rad für die AIDS-Hilfe DDR neu zu erfinden. Zentral war für uns, für die Hauptbetroffenengruppe in der DDR, die Schwulen, spezielle Strategien zur Primärprävention zu entwickeln. Die relativ günstige Ausgangssituation sollte gesichert werden. Wir haben uns um einen intensiven Kontakt zu Schulen bemüht, um schon Heranwachsende über mögliche Risiken aufzuklären und Vorurteile abzubauen. Weitere Punkte waren die Absicherung der Beratungs- und Betreuungsangebote und der Ausbau von Aus- und Weiterbildung von Mitarbeitern der AIDS-Hilfen.

Wieso wurde die AIDS-Hilfe DDR aufgelöst?

Das Ende der AIDS-Hilfe DDR war eine politische Entscheidung. Schon in den letzten Monaten der DDR führten wir Gespräche mit der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung über die Finanzierung einer auf die Bedürfnisse der DDR abgestimmten AIDS-Hilfe-Arbeit. Dabei wurde schnell deutlich, daß jeder Anschein, es würde eine Ost-AIDS-Hilfe institutionalisiert werden, vermieden werden sollte. So wurde auch eine Geschäftsstelle Ost der Deutschen AIDS-Hilfe verhindert, und es kam zur Einbindung der AIDS-Hilfe DDR in die Deutsche AIDS-Hilfe in Form eines Referats Ost.

Wie verlief dieser Einigungsprozeß?

In längeren Verhandlungen haben sich beide Dachverbände auf dieses Konzept der Einbindung geeinigt. Es wurde zunächst auch an die Auflösung beider Dachverbände gedacht. Dies hätte aber u.a. bedeutet, daß die Finanzierung des neuen Dachverbands völlig neu hätte ausgehandelt werden müssen. Da war die Selbstauflösung der AIDS-Hilfe DDR und eine Empfehlung an die Mitglieder, der D.A.H. beizutreten, der praktikablere Weg. Zum 31. Dezember 1990 löste sich die AIDS-Hilfe DDR dann auf. Der bestehende Vorstand der D.A.H. wurde um zwei Mitglieder aus der aufgelösten AIDS-Hilfe DDR erweitert. Leider nur auf ein halbes Jahr befristet, wurden die Mitarbeiter der Geschäftsstelle der AIDS-Hilfe DDR übernommen. Das hat zu Verdruß geführt. Insgesamt aber war die Zusammenarbeit mit der D.A.H. in dieser Zeit gut.

SUSANNE TEICHMANN

Sprecherin des Beirats der Deutschen AIDS-Hilfe
Mitglied im Vorstand der Berliner AIDS-Hilfe e.V.

Über die Arbeit des Beirats der Deutschen AIDS-Hilfe

Nachdem ich so liebenswürdig gebeten wurde, anlässlich des zehnjährigen Bestehens der Deutschen AIDS-Hilfe einen Bericht über die Arbeit des Beirats zu schreiben, habe ich mich zunächst in meine zahlreichen Ordner mit der Aufschrift „Beirat“ vertieft.

Das erste Protokoll, das ich vorfinde, ist vom 25. August 1985 und faßt eine Beiratssitzung in Hannover zusammen. Wenn ich auf die Teilnehmerliste schaue, stellt sich bei mir dieselbe Bedrückung ein, die ich so oft empfinde, wenn ich über AIDS-Hilfe lese, höre, erfahre: dort stehen Namen von Menschen, die nicht mehr leben.

Zum Glück stößt man daneben aber immer auch auf die Namen heutiger guter Freunde, die man damals noch gar nicht kannte, so auf den von Herrn Guido Vael, der damals schon in der D.A.H. herumturnte – als Beirat für München. Und es ist schon interessant, was damals für Beschlüsse gefaßt werden mußten, z.B.: „Die Organisation ist nicht nur für Schwule, sondern für die Allgemeinheit da!“ oder „Die Deutsche AIDS-Hilfe muß zentral für alle Regionalgruppen tätig werden.“ Dazu muß man wissen, daß zu jenem Zeitpunkt im Beirat acht Städte vertreten waren und nicht – wie heute – die Regionen. Und als weiteres Zitat: „Bundesweite Aktionen werden nur über den Vorstand abgewickelt“. Naja, das sollte ja heute noch so sein.

Ein Jahr später, ich war auch da noch nicht „dabei“, hatte sich der Beirat als Vertretung der Regionen stärker etabliert. Es gab zwar noch immer Repräsentanten für Süd-, West- und Norddeutschland, aber keine Städtevertreter mehr. Gleichzeitig war 1985 eine Satzungsänderung der D.A.H. verabschiedet worden, die besagte, daß nur noch Regionalgruppen ordentliche Mitglieder sein konnten und nicht mehr, wie bisher, einzelne Individuen.

Im Verlauf des Jahres 1987 wurde ich dann in den Beirat gewählt. Eine Vorbereitungskommission des Beirats wurde zu Fragen der Strukturprobleme der D.A.H., insbesondere der Bundesgeschäftsstelle, eingesetzt – als Thema offensichtlich ein Dauerbrenner. Mein jetziger Beiratskollege Reinhold Henß war beteiligt; Oliver Trautwein, auch allen bekannt, und Guido durften natürlich auch nicht fehlen.

Das war die chaotischste Situation, die ich in meiner Beiratgeschichte miterleben durfte: Chaos im Vorstand, Chaos in der Geschäftsstelle – und wir haben sicherlich trotz oder mit besserem Wissen das unsere dazu beigetragen. Vor der Mitgliederversammlung in Würzburg, wo dann ein Teil des Vorstands sein Amt zur Verfügung stellte, aber auf Zeit, d.h. bis zur nächsten MV noch Vorstand blieb, begab sich diese Kommission daran, eine Geschäftsordnung für Beirat und Vorstand zu entwickeln. Größter Streitpunkt war zu diesem Zeitpunkt die Frage: ehrenamtlicher oder hauptamtlicher Vorstand. Es wurde auch noch eine Agentur für Kommunika-

tion – TOPCOM – eingeschaltet, die das schöne Papier verfaßte: „Voraussetzungen, Formen und Ziele für einen Selbstfindungsprozeß der Deutschen AIDS-Hilfe“.

Auf der Novembersitzung 1987 hatte sich der Beirat mit dem Auftrag aus der MV in Würzburg zu beschäftigen, „die Hintergründe der Spannungen in der Geschäftsstelle zu untersuchen“ und dazu eine endgültige Strukturkommission einzusetzen. Daran beteiligt waren für den Vorstand Dieter Riehl und Ian Schäfer, für den Beirat Uli Meurer, Werner Noelle und Martin Schütz und für die Beschäftigten der Geschäftsstelle Michael Maaß und Micaela Riepe. Verrückt, es ging um für uns alle heute so selbstverständliche Dinge wie Funktionsteilung zwischen Vorstand, Geschäftsführung und Ressortleitern und die Frage „Hierarchisierung ja oder nein“. Was darf der Vorstand und was darf er nicht, war eine weitere strittige Frage, die in die Frage nach der Weisungsbefugnis mündete.

In der Dezembersitzung 1987 traten dann zwei der drei Vorstände zurück. Der Beirat bat zwei seiner Mitglieder, sich als Notvorstände zur Verfügung zu stellen: Frank Reifenberg und Martin Schütz übernahmen diese undankbare Aufgabe. In diese Phase fielen einige wichtige und für die AIDS-Hilfe-Bewegung sehr maßgebliche Weichenstellungen, zum Beispiel das „Drogenstrategiepapier“. Hier wurden so wichtige Fragen gestellt wie: „Sind die AIDS-Hilfen Schwulenvertretungen oder Vertretungen von HIV-Infizierten?“ Eine Frage, die m.E. wohl bis heute, vor allem was die Konsequenzen angeht, nie eindeutig beantwortet worden ist. Außerdem fiel in die Zeit das sog. Nürnberger Urteil und hiermit die erneute Aufnahme der Testdiskussion. Sie verschärfte sich, da es AIDS-Hilfen gab, die den Test in ihrem Hause anboten. Im November 1987 legte der Landesverband Nordrhein-Westfalen dazu „Toleranzbedingungen“ vor. Allein über diese Phase ließen sich ganze Romane schreiben, Dramen, Tragödien und Komödien. Ich überlasse dies anderen und entschuldige mich bei denen, die noch nicht so lange dabei sind und insofern nicht verstehen, wovon ich rede.

In Bonn wurde ein neuer, fünfköpfiger Vorstand gewählt. Ich selbst wurde nicht in diesen Vorstand gewählt und habe mein Amt als Beirätin noch bis Ende des Jahres 1988 wahrgenommen. Danach habe ich ein Jahr Pause gemacht, um meine Diplomarbeit zu schreiben. Da Werner Borsbach inzwischen die Hamburger im Beirat vertrat, konnte ich dies mit einem guten politischen und einem traurigen persönlichen Gefühl tun.

In der Dezembersitzung dieses Jahres wurde vom Beirat – auf Vorschlag des Vorstands – eine Trennung von Geschäftsführung und Abteilungsleitung für die Bundesgeschäftsstelle beschlossen.

Auf der nächsten Beiratssitzung Ende Mai 1988 drehte sich die Diskussion zum ersten Mal um die Einrichtung von Fachbeiräten anstatt eines politischen Beirats. Des weiteren war typisch für 1988, daß die Selbstverständnisdiskussion wieder in den Vordergrund rückte. In dieser Zeit kam es an vielen Orten zu AIDS-Hilfe-unabhängigen Gruppengründungen und Treffen von Menschen mit HIV und AIDS, die den AIDS-Hilfen auch teilweise zu Recht vorwarfen, sie hätten sich von Selbsthilfeorganisationen zu Wohlfahrtsverbänden entwickelt.

Inzwischen hatte die Testdiskussion durch viele neue Urteile neuen Auftrieb erhalten, was dann auf der MV in Hamburg im November 1988 in den sogenannten „Testbeschuß“ mündete.

Im September 1988 wurde Bernd Aretz zum ersten Beiratssprecher gewählt. Diese Funktion war laut Satzung der D.A.H. vorgesehen, aber nie besetzt wor-

den – und es war auch nicht eindeutig, was diese Funktion beinhalten sollte: „Ungeklärt bleibt die Stellung des Sprechers des Beirates“ (Protokoll der Beiratssitzung vom Mai 1988). Über die Sitzung, in der Bernd gewählt wurde, findet man folgenden Protokolleintrag: „Der Vorstand behält sich den Vorsitz des Beirats vor. Minimalkonsens ist, daß der Beiratssprecher die Mitgliederversammlung informiert.“

Die Jahre 1988/89 waren durch die Erkenntnis geprägt, daß die „fetten“ Jahre der AIDS-Hilfe vorbei waren. Die Strukturdiskussion vermischte sich mit dem Zwang zum Sparen, was sie nun wahrlich nicht einfacher machte. So wurde über eine Teilverlagerung der Bundesgeschäftsstelle nach Bonn diskutiert; ebenso über mehr fachliche Verantwortung für die regionalen AIDS-Hilfen.

1990 – das hieß Mitgliederversammlung in Wiesbaden: Ein neuer Vorstand wurde gewählt. Das hieß auch: Struktur wurde irgendwie „gemacht“, aber nicht mehr diskutiert, das Inhaltliche stand wieder im Vordergrund. Nicht zuletzt, weil der neue Vorstand diese Diskussionen mit fetzigen Presseerklärungen wie im März 1990 erzwang: „AIDS-Hilfe soll vor allem Arbeit mit Schwulen und Fixern sein“. Und wer erinnert sich nicht an „das Haus der AIDS-Hilfe“ aus dem Frühsommer jenes Jahres, das „Leben in der AIDS-Krise“ und die „strukturelle Prävention“?

Im Zuge der verstärkten Politisierung des Vorstands veränderte sich auch die Funktion des Beirats. Die Zeit der weisen Ratgeber (Notvorstand) und der Beteiligung an Stellenbesetzungen war vorbei. Eine neue Standortbestimmung mußte her. Aber zunächst breitete sich im Beirat Frustration aus, bis wir selber eine Kommission einsetzten, um seine Funktion neu zu bestimmen. Bevor wir diese neue Funktion von der Mitgliederversammlung in Weimar bestätigen ließen, wurde sie 1991 versuchsweise in die Praxis umgesetzt. Mit der in Weimar verabschiedeten neuen Satzung wurden die Einflußmöglichkeiten der regionalen AIDS-Hilfen auf Politik und Praxis des Dachverbandes erheblich gestärkt. Der Beirat ist nun ausdrücklich „die Vertretung der Länder in der D.A.H. Er ist ihre politische Vertretung zwischen den Mitgliederversammlungen“ (§13,1 der Satzung). Der Beirat hat die Vollmacht, den Vorstand zur Einberufung von Mitgliederversammlungen aufzufordern, sowie das Recht, Anträge an die MV zu beschließen. Ansonsten gibt der Beirat Voten ab: „Wesentliche Aufgabe des Beirates ist die Verabschiedung von Empfehlungen zu Grundsatzangelegenheiten“ (§14,1).

Auf der Mitgliederversammlung 1991 wurde offiziell die Vereinigung von D.A.H. und AIDS-Hilfe DDR beschlossen. In der folgenden Sitzung im April wurde ich für das Amt der Beiratssprecherin vorgeschlagen. Da ich (zum Glück) nicht da war, wurde meine Inthronisierung auf den Juli vertagt.

Juli 1991: unsere erste Sitzung außerhalb Berlins, mit sehr viel mehr Zeit als sonst und mit der Konzentration auf die bis dahin selbstgewählte Aufgabe, uns inhaltlichen Schwerpunkten zu widmen und unterstützend für die Arbeit der D.A.H. Positionen zu entwickeln. Eine wesentliche Hilfe für die Arbeit des Beirats war die Einrichtung eines eigenen Sekretariats. Seitdem hat sich der Beirat immer wieder zu einem lebendigen Mittler zwischen regionalen AIDS-Hilfen, Landesverbänden, Bundesgeschäftsstelle und Vorstand entwickelt. Er wird als politisches Vertretungsorgan auf allen Ebenen wahrgenommen; er wird sich in Zukunft weit mehr als bisher über die D.A.H.-Publikationen Gehör verschaffen.

Vorstände

von 1983 bis 1993

über ihre Arbeit

und die Entwicklung der D.A.H.

STEFAN REISS

Mitglied des Vorstands der Deutschen AIDS-Hilfe e.V. von 1983 bis 1985

SABINE LANGE (Mitarbeit)

Gründungsmitglied der Deutschen AIDS-Hilfe e.V.

Welches war Deiner Meinung nach die größte Herausforderung für den Vorstand der D.A.H. in Deiner Vorstandszeit?

■ **Insgesamt:**

Ein Konzept zu entwickeln, das eine Linie vorgab, nämlich Selbstorganisation von (potentiell) Betroffenen zu sein, aber für nicht absehbare Entwicklungen offen zu bleiben. Teilweise war es anfangs auch noch ungewohnt, als Schwuler bzw. mit Schwulen selbstbewußt öffentlich aufzutreten.

■ **AIDS-Hilfe intern:**

Immer wieder die Anfälle von Größenwahn bei einzelnen oder Gruppen zu bremsen und auf sachliches Arbeiten hinzuwirken. Das bezieht sich teilweise auf damalige Mitarbeiter und auf die Mediziner, die uns gern zum Organisieren großer Testreihen benutzen wollten.

■ **In Bezug auf Politik:**

Sich vorsichtig gegen die ärztliche Standespolitik abzugrenzen, um nicht, ohne die hierfür notwendige Kompetenz zu besitzen, hineingezogen zu werden. „Große Politik“ ereignete sich erst später. In der Gründungszeit mußten wir die PolitikerInnen erst noch auf die Tatsachen hinweisen.

■ **In Bezug auf Medien:**

Sich gegen die Hetzkampagnen des „Spiegel“ zu wehren und die D.A.H. als seriöse Ansprechpartnerin für die Medien einzuführen.

■ **In Bezug auf die Hauptbetroffenengruppen:**

Damals waren fast nur Schwule betroffen. Ihnen galt es klarzumachen: Die Gefahr, daß AIDS als Mittel zur Diskriminierung mißbraucht werden könnte (wie später z.B. auch im Bayerischen Maßnahmenkatalog geschehen), dürfe nicht dazu verführen, die von der Krankheit selbst ausgehende Gefahr herunterzuspielen oder gar zu ignorieren. Am Anfang der Präventionsarbeit war es sehr schwierig, z.B. den politisch engagierten Schwulen deutlich zu machen, daß AIDS eine reale Gefahr ist, vor der man sich schützen muß, obwohl sie auch – als Metapher – zu antischwuler Hetze mißbraucht wird.

Welche Ziele siehst Du als vorrangig für den Vorstand der D.A.H. während Deiner Vorstandszeit?

■ **Insgesamt:**

Die Probleme realistisch darzustellen, d.h. sich gegen hysterische Berichterstattung und Reaktionen zu wehren und gleichzeitig die Gefahr nicht herunterzuspielen.

JÖRG B. SAUER

gestorben am 21.12.1992

Im Frühjahr 1986 erschien Jörg zum ersten Mal im Waldschlößchen. Damals wurde er zum Mitbegründer eines Projekts, das im Laufe der Jahre vielen HIV-Infizierten die Möglichkeit gegeben hat, gemeinsam den Alltag mit dem Virus und der Krankheit zu gestalten. Seine persönliche Entwicklung hat diese Veranstaltungen mitgeprägt. Fünf Jahre lang war Jörg an ihrer Gestaltung beteiligt. Das Europäische Positiventreffen 1988 in München wurde für Jörg schicksalhaft, denn auf der großen Demonstration begegnete er Eddi. Die große Liebe begann. Viereinhalb Jahre haben sie miteinander verbracht. 1990 zog Jörg nach Manchester zu seinem Mann, ein Schritt, den er nie bereut hat. Der Ausbruch der Krankheit traf ihn völlig unvermittelt. Jörg konnte nicht mehr zu den Positiventreffen kommen. Es blieb aber der enge Kontakt zu ihm. Jörg starb zu Hause in England, gepflegt von Eddi.

Text nach Wolfgang Vorhagen

■ Verbandsintern:

Einen Verband im heutigen Sinne gab es gar nicht. Die D.A.H. hatte einzelne Mitglieder in „West“-Deutschland und bemühte sich um eine Vereinigung mit ähnlichen Organisationen, z.B. mit Vulcan in Mannheim oder der Münchner AIDS-Hilfe, während sich in anderen Orten Gruppen gründeten, die sich selbst als so etwas wie „Ortsverbände“ verstanden, aber juristisch völlig selbständig waren. Schwierig war, eine realisierbare Organisationsform zu finden und dabei deutlich werden zu lassen, daß der Sinn einer solchen Organisation darin bestand, mit einer Stimme zu sprechen und nicht etwa darin, uns als „große Vorsitzende“ eines arroganten Berliner Klüngels installieren zu lassen. Der Name „Deutsche AIDS-Hilfe“ erregte da schon Verdacht.

Im wesentlichen haben wir die uns selbst gesetzten Ziele erreicht.

Wo, glaubst Du, lagen die Haupthindernisse bei der Umsetzung der angestrebten Ziele?

Die Medien lieben Skandale, also läuft seriöse Information immer Gefahr, langweilig zu erscheinen. Die Wissenschaftler brauchen Versuchskaninchen, mündige Patienten machen Umstände, auch wenn sie bereit sind, sich für Versuche zur Verfügung zu stellen. Die Angst vor der – noch sehr unklar zu umreißen – Gefahr fördert Verdrängung: Es war leichter, über den Kampf gegen den politisch motivierten Mißbrauch der Krankheit zu theoretisieren und polemisieren, als sich mit den Realitäten – also der Gesundheitsgefahr und der daraus resultierenden Notwendigkeit von Änderungen im eigenen Verhalten – auseinanderzusetzen. Noch 1986 war z.B. das Treffen der Berliner Schwulengruppen der Ansicht, dort brauche man sich mit AIDS nicht zu beschäftigen, weil es dafür ja die AIDS-Hilfe gebe.

VORSTIAN

Wo, glaubst Du lagen Fehleinschätzungen und Fehlentscheidungen des Vorstands in Deiner Vorstandszeit? Oder: Was würdest Du aus heutiger Sicht als Vorstand der D.A.H. anders gemacht haben?

Das können wir so gar nicht beantworten. Hinterher sind alle klüger. Aber wenn wir heute noch einmal solch einen Verein (nicht die D.A.H.) aufzubauen hätten, würden wir's im Prinzip wieder so machen.

Was war das erfreulichste Ereignis in Bezug auf AIDS-Hilfe während Deiner Vorstandstätigkeit?

Der feste Zusammenhalt der drei Vorstandsmitglieder und die sachliche und freundschaftliche Amtsübergabe an unsere Nachfolger.

Was war das ärgerlichste Ereignis in Bezug auf AIDS-Hilfe während Deiner Vorstandszeit?

Intrigen und die Unfähigkeit, mit allen Aktiven zu einem pragmatischen Kompromiß zu gelangen. Z.B. wurde über die ersten Infoblätter schier endlos diskutiert, und dann blieben immer noch Gegenstimmen, weil der Text nicht perfekt war oder zuerst ein anderes Infoblatt gedruckt werden sollte.

Wie würdet Ihr 10 Jahre D.A.H. in wenigen Stichworten umreißen?

Die D.A.H. hat sich notwendigerweise zu einer Verwaltungsorganisation entwickelt. Selbsthilfe und soziale Dienste laufen (zu Recht bei einem Bundesverband) nur über und in den Mitgliedsorganisationen. Dies sollte selbstbewußter herausgestellt werden, denn es ist kein Fehler, professionell zu arbeiten. Ein Mangel ist allerdings, daß viele Mitgliedsorganisationen eine flutschende Bürokratie – in Konkurrenz zur „großen Mutter“ Bundesgeschäftsstelle – wichtiger finden als die gelebte Solidarität zwischen haupt- und ehrenamtlichen MitarbeiterInnen.

Worin seht Ihr die Hauptaufgaben der D.A.H. heute und perspektivisch?

Aufklärung (Primärprävention) für nachwachsende Generationen zu planen und zu organisieren und so etwas wie Supervision für die Mitgliedsorganisationen anzubieten. Dabei muß die schwule Identität der Organisation gewahrt bleiben, denn auch wenn andere Gruppen durch MitarbeiterInnen repräsentiert werden und die Mitgliedsorganisationen selbstverständlich auch andere Betroffene betreuen, wird im Rahmen der derzeitigen Sparmaßnahmen deutlich, daß auch die altetablierten Gesundheitseinrichtungen die auf andere Bevölkerungsgruppen bezogene AIDS-Arbeit inzwischen beherrschen. Die D.A.H. als die Selbstorganisation von und für nichtreputierliche Bevölkerungsgruppen braucht ein Profil, das es ihr erlaubt, mit Stolz darauf zu verweisen, daß die Betroffenen ihre eigenen Belange schon zu einer Zeit selbst in die Hand genommen haben, als sonst noch niemand reagierte.

GERD PAUL

Vorsitzender der Deutschen AIDS-Hilfe e.V. von 1985 bis 1987

Ein offenes Dach gab es, aber kaum ein Fundament. Einige Kellerräume, aber keine – um in diesem Bild zu bleiben – ausgebauten Etagen, Treppen, Wände, Fenster, Türen oder gar Fahrstühle. Die größte Herausforderung meiner im Februar 1985 beginnenden Amtszeit als Vorsitzender der Deutschen AIDS-Hilfe bestand ohne Zweifel darin, die Vielzahl der sich gleichzeitig stellenden Herausforderungen auch gleichzeitig anzugehen und zu bestehen.

Die Notwendigkeit, die Förderung durch Mittel des Bundes durchzusetzen, war unabdingbar verknüpft mit der Erfordernis, aus dem lokalen Verein Deutsche AIDS-Hilfe in der juristischen Form wie der politischen Praxis einen Bundesverband zu machen. Die Forderungen der D.A.H. waren durch die Beteiligung und Vernetzung der verschiedenen einzelnen AIDS-Hilfe-Initiativen und Vereine erstmals bundesweit politisch zu legitimieren und einheitlich zu vertreten.

Dies beinhaltete, daß eine halbwegs professionell arbeitende Geschäftsstelle eingerichtet wurde, in der die anstehenden Fragen aufgegriffen und bearbeitet werden konnten: Vernetzung und Koordination der regionalen AIDS-Hilfen, Entwicklung erster Präventionsaussagen und -medien, offensive Öffentlichkeitsarbeit, Lobby-Arbeit in Bonn, Wahrnehmung von Schutzfunktionen gegenüber Diskriminierten und Betroffenen im Zusammenhang mit AIDS, Entwicklung von Gegenaussagen und Gegenstrategien zu einer zum Teil hochgradig hysterisierten Öffentlichkeit – und das alles mit minimalen finanziellen Eigenmitteln.

Nur um die Dimension der Entwicklungssprünge, die seit jener Zeit vollzogen worden sind, zu verdeutlichen: Allein die Portokasse der heutigen D.A.H. dürfte die politisch so mühsam erkämpfte und strategisch so bedeutsame Zusage des Berliner Senats, das von der D.A.H. beantragte „Projekt Berliner AIDS-Hilfe“ mit einem Anfangsbetrag von 50.000 DM ab Sommer 1985 zu finanzieren, um ein Mehrfaches übertreffen. Dies war die erste Mittelbewilligung einer Landesregierung für AIDS-Hilfe-Aktivitäten überhaupt.

Es galt, schmerzhaftes Durststrecken zu überstehen und Spannungen auszuhalten und zu verringern, die zwischen den Erwartungen und Forderungen Betroffener an uns und unserer objektiven Leistungskraft bestanden. Ebenso galt es Spannungen auszuhalten zwischen unseren dringlicher werdenden Forderungen nach staatlicher Förderung und dem aus administrativ-immanenten Gründen bzw. aus Berührungängsten und moralischen Gründen so zögerlich in Bewegung geratenden Gesundheitsverwaltungsapparat in Bonn. Gleichzeitig mußte einer hysterisch abgleitenden öffentlichen Berichterstattung entgegengesteuert werden. Dies alles kennzeichnet eine Phase, die ich selbst heute nur mit angehaltenem Atem erinnere. In solch einer Situation erfolgreich bestehen zu können, ist nur erklärbar durch ungewöhnlich persönliche Nähe und Verbundenheit des zunächst rein ehrenamtlichen Teams zwischen 1985 und 1987.

Zu einem „Geschichtenbuch“ – wie die Initiatoren dieser Publikation es beabsichtigen – gehören Geschichten. Zum Beispiel die „Geschichte“ unserer allerersten Geschäftsstelle in Stichworten. Im Architekturbüro eines Freundes zogen zwischen Februar und Juni 1985 nahezu konspirativ Abend für Abend nach 19 Uhr Vorstandsmitglieder, ehrenamtliche Sekretärin und andere Unterstützer ein und verschwanden nach getaner Arbeit zwischen Mitternacht und zwei Uhr morgens. Diese nächtliche, aber – was die Büro-Infrastruktur betrifft – stabile Arbeitsmöglichkeit garantierte unsere Korrespondenz-, Koordinations- und Handlungsfähigkeit in den ersten Monaten des turbulenten Jahres 1985.

Wer erinnert die erste große öffentliche Veranstaltung der D.A.H. und Rosa v. Praunheims am 17. Juni 1985 im Tempodrom? Der Besucherandrang war immens. Es sollen – wider alle Vorschriften – 5.000 BesucherInnen im Zelt versammelt gewesen sein. Spätestens seit jenem Zeitpunkt war die Existenz und Aktivität der AIDS-Hilfe in das breite öffentliche Bewußtsein eingedrungen, eine wesentliche Voraussetzung für unsere Durchsetzungskraft in den Bonner Gremien und Ausschüssen. Die Prominenz unserer Fürsprecher und Fürsprecherinnen hatte damals einen nicht zu unterschätzenden Stellenwert.

Im Ergebnis dieser Veranstaltung hatte die AIDS-Hilfe zum ersten Mal seit Bestehen einen nennenswerten Betrag auf ihrem Konto, mit dem – auch eine Premiere in diesem ereignisdichten Sommer – das weltweit bekannteste Präventionsplakat an die Adresse der Schwulen produziert werden konnte. Dieses Plakat, bzw. der aufgedruckte Text, führte kurzfristig zu einem nahezu schismatischen Konflikt innerhalb der an dem Entscheidungsprozeß beteiligten, damals als quasi-Beiräte fungierenden regionalen AIDS-Hilfen Düsseldorf, Hannover, Stuttgart, Köln, München, Hamburg, Göttingen und Berlin. Der Text hieß am Ende „Sicher besser – Safer SEX“. Die Gegenposition forderte: „SEX na sicher; Safer SEX“. Gestandenen Schwulenpolitikern wird nachvollziehbar sein, wie intensiv, wie lange und wie bedingungslos man hierüber streiten kann. Entstehende Polarisierungen zu überbrücken und abzuarbeiten, war im Interesse unseres politischen Überlebens und unserer Arbeitsfähigkeit tägliche und „nervenzerfetzende“ Realität, die der zunehmend selbstbewußter und professioneller agierende Vorstand meiner Amtszeit zu bestehen hatte.

Das Plakat im übrigen hat auf anderer Ebene noch einmal Probleme verursacht: es war zu schwul. Moralisch anstößig waren 1985 – man glaubt es kaum – zwei nackte Männertorsi, oberhalb der Gürtellinie! Auch hier politisch Bewegung hineinzubringen, war ständige und zum Teil sehr frustrierende und ermüdende Aufgabe unserer Vorstandszeit. Die Thematisierung von schwulem Sex oder einzelner Sexpraktiken und ihre noch so zahme optische Darstellung bedeutete vor acht Jahren das Rütteln an granitharten Tabus. Die Angst, politisch in eine Falle zu geraten und angreifbar zu werden, war auf Seiten vieler SpitzenpolitikerInnen immens („Wenn ich das finanziell unterstütze, habe ich morgen die Repräsentanten der katholischen Kirche am Telefon“, so die damalige, in diesem Thema relativ progressiv denkende und später dann auch entsprechend pragmatisch verfahrenende Ministerin). Mit dem Verweis auf die strikt zielgruppenspezifische Verbreitung dieser Medien gelang es uns, die „Risikobereitschaft“ der staatlichen Bewilligungsinstanzen zu erhöhen, auch wenn in unserer Amtszeit Irritationen und Bedenken im Umgang mit den schwulen „Schmuddelkindern“ nie ganz beseitigt werden konnten.

Schließlich gelang es im Herbst 1985, bis zum Ende des Haushaltsjahrs zu verwendende 300.000 DM Werkvertragsmittel bewilligt zu bekommen. Der Erfolg stellte sich jedoch erst ein nach „geheimen“ Treffen mit Vertretern des Bundesgesundheitsministeriums in einem Kölner Hotel (im Februar '85) und auf einem diskreten Teil des Kölner Flughafens (im Sommer desselben Jahres), sowie nach vielen Telefonaten und Regelungen mit subalternen und gutwilligen Menschen aus dem Apparat. Notwendig war jedoch in erster Linie die Mobilisierung der GesundheitsexpertInnen der Bundestagsfraktionen, deren Intervention der mangelnden Entschlußkraft der Verwaltung ein Ende bereitete. Damit war die Möglichkeit gegeben, das erste kleine eigene Büro der D.A.H. einzurichten, erstmalig auch ständig erreichbar zu sein und der Arbeit minimale Kontinuität zu geben. Als Gäste des erwähnten (im Sommer 1985 durchgesetzten) Projekts Berliner AIDS-Hilfe arbeiteten wir mit fünf Personen, drei Schreibmaschinen und zwei Telefonen und ständigen Gästen in einem 10 qm großen Hinterhofzimmer mit akustischer Direktschneise zur Stadtautobahn.

Wir wechselten am 1.1.1986 in unsere ersten eigenen Amtsräume in der Berliner Straße – gegen den Widerstand der in demselben Haus einquartierten niedergelassenen Ärzte (sic!), die um ihre Klientel bzw. um ihren Umsatz fürchteten. Der beherrschte Hauseigentümer jedoch – auch solche positiven und überraschenden Erfahrungen gab es vielfach – war von den Argumenten seiner ärztlichen Mieter nicht zu beeindrucken und stand zu seinem Wort. Die Geschäftsstelle der D.A.H. wuchs jetzt – innerhalb des Jahres 1986 bis Anfang 1987 - von fünf Planstellen auf etwa 20 Personen an, einschließlich Aushilfskräften und Werkvertragsnehmern. Das Budget für dasselbe Haushaltsjahr wurde von einer Wette gekrönt, deren Einsatz bedauerlicherweise bis heute nicht eingelöst worden ist. „Wenn Sie es schaffen, zwei Millionen DM (der politisch bewilligte und erst nach zähem Ringen schrittweise überwiesene Betrag für 1986) in einem Jahr sinnvoll auszugeben, spendiere ich Ihnen einen Kasten Champagner“, so die damalige Leiterin der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.

Ein Scheitern unserer Arbeit hätte damals in Köln bei der Bundeszentrale jedenfalls kein Bedauern ausgelöst. Sie verfolgte zu diesem Zeitpunkt das Ziel einer eher staatlich gelenkten und eingebundenen AIDS-Hilfe (wie es im sozialdemokratischen Habsburgerland realisiert wurde), ein Ansatz, den wir strikt ablehnten. Auch dieser Konflikt durchzog bis zum Ende meiner Amtszeit alle finanzrelevanten Aktivitäten und Projekte und hat an vielen Stellen zu erheblichen Verzögerungen geführt. Die Wette haben wir dennoch gewonnen. In den Schubladen unserer Schreibtische war eine solche Vielzahl von Vorhaben und Projekten zu Prävention, Betreuung, Tagungen und Weiterbildung aufgelaufen; die zwei Millionen DM waren innerhalb kürzester Zeit verplant und vor Jahresende ausgegeben.

„Politisch“ war alles in diesem komplexen Problem- und Aufgabenfeld. Ein Teilproblem als gesondert „politisch“ in Abgrenzung zu anderen quasi weniger politischen Problemen zu begreifen wäre vollkommen an der Realität vorbeigegangen. Die administrative Verzögerung von Bewilligungen für Aufklärungsprojekte war genauso politisch gravierend wie die Frage der moralischen Bedenklichkeiten und Pressionen im Umgang mit deutlichen Präventionsaussagen zu schwulem Sex und schwulen Sexpraktiken oder die Frage der Präventionsre-

levanz des HIV-Tests. Während wir jedoch beispielsweise in der Methadonfrage durchaus die Unterstützung der medizinischen Profession gegenüber der offiziellen Drogenpolitik erhielten oder in der Frage der finanziellen Unterstützung der AIDS-Hilfe die breite Sympathie der Öffentlichkeit genossen, gab es in der „Test“-Frage eine fast alle gesundheitspolitischen Gruppierungen und gesellschaftlichen Kräfte vereinende Position. Die Testempfehlung und Testdurchführung war für die Medizin gleichbedeutend mit Prävention, sei es aus therapeutischer Ratlosigkeit, sei es aus Gründen der Datengewinnung. Das traf sich mit der Vorstellungswelt der breiten Öffentlichkeit („Wer sich infiziert hat, der muß das doch wissen!“) und der Argumentation fast aller – populistisch nicht unempfindlichen – (Gesundheits-)Politiker und -Politikerinnen.

Hier standzuhalten, differenziert und realitätsnah der Behauptung „Test gleich Prävention“ entgegenzutreten, hat, aufgrund massiven persönlichen und politischen Drucks, der auf uns ausgeübt wurde (einschließlich der Drohung des Mittelentzugs und der Zahlungseinstellung, unverblümt vorgetragen während des von uns organisierten ersten internationalen AIDS-Kongresses in Europa, Tagungsort Berlin im Oktober 1986), beträchtliche Kraft gekostet, zumal die Positionen innerhalb der AIDS-Hilfen und der schwulen Klientel durchaus nicht eindeutig waren. Erst die fundierte und kritische Infragestellung und Ablehnung einer pauschalen Teststrategie, die der Präventions- und Sozialwissenschaftler Rolf Rosenbrock 1986 formulierte, bewirkte eine nicht unerhebliche Verringerung der Pressuren auf die D.A.H.

Weitere sozialwissenschaftliche Bündnispartner in der ersten Entfaltungs- und Expansionsphase der D.A.H. zu gewinnen, war übrigens ein gezieltes Anliegen unseres Vorstands und für mich als Menschen mit politologischer Ausbildung. Es gelang, einen kritisch-solidarischen Dialog mit Rolf Rosenbrock, Michael Bochow, Martin Dannecker u.a. zu beginnen und Kontakt mit ihnen zu halten, um von ihren Forschungsergebnissen und ihrer Kompetenz für unsere Konzepte und Strategien zu profitieren und um einer Medikalisierung des Themas AIDS vorzubeugen. Dies war die Prävention der Verweißkittelung der Prävention.

Die meisten Ziele, die wir uns vorgenommen hatten, haben wir in der Tat bis 1987 erreicht: Arbeitsfähigkeit, Verbandsstruktur, Bundesförderung, selbstgestaltete Aufklärungsstrategie, öffentliche Meinungsführerschaft zum Thema AIDS, Gegenmacht und Schutzfunktion. Im Ergebnis würde ich heute resümieren: Die Deutsche AIDS-Hilfe war zu diesem Zeitpunkt ein sehr junges, buntes und zartes Gewächs, fest entschlossen, das sich selbst gesetzte Vorhaben zu realisieren, aber auch sehr verletzlich. Schließlich agierten auf dieser von vielen Scheinwerfern beleuchteten Bühne nicht nur kraftstrotzende Anfang- oder Mitteldreißiger in der Erwartung eines biografisch langfristig erfolgreichen Lebensweges, sondern viele, deren Lebensperspektive nicht über die nächsten zwei, drei oder vier Jahre hinausreichen sollte.

Im (harten) politischen Aushandlungsgeschäft, dem wir ausgesetzt waren und dem wir uns aussetzen wollten, hat im übrigen – meiner Erinnerung nach – niemand sich diesem Thema jemals genähert. Es gab weder Neugierde noch Interesse an unseren persönlichen Schicksalen. Ich habe das – auch im Nachhinein – nicht als nachteilig empfunden, auch nicht als diskriminierend, allerdings gab es auch keinen Bonus, und den hätten wir uns sicher manchmal gewünscht. Staat war Staat, er saß auf dem Geldsäckel, und Öffentlichkeit war Öffentlich-

keit: unser Leidensdruck war eines von vielen sozialen Problemen. Bei aller Hysterie, andere Probleme, wie beispielsweise Tierquälerei, konnten das Thema AIDS – und sei es für einen Tag – sehr schnell zum Nebenthema machen. Damit mußten und wollten wir (manchmal schweren Herzens) auch leben lernen.

Das erste Memorandum der Deutschen AIDS-Hilfe – sozusagen die Abschlußarbeit meiner Vorstandszeit –, in enger Zusammenarbeit mit dem Nachfolgevorstand im Juni 1987 an die Öffentlichkeit herangetragen, rundet diese Phase politischer Formierung und institutioneller Konsolidierung der D.A.H. ab. Ein „weiches“ Tabu, das insbesondere zwischen 1984 und 1987 über die unterschiedlichsten Positionen hinweg die verschiedensten Akteure in Staat, Gesellschaft und Betroffenengruppen unter einem Motto zusammengebracht hatte (nämlich „AIDS geht uns alle an“, weitgehend einseitig interpretiert als pauschale, undifferenzierte Präventionsaufforderung an die Gesellschaft insgesamt), konnte zugunsten einer realistischeren Betrachtungsweise der sehr unterschiedlichen und nicht alle gleichermaßen betreffenden Infektionsrisiken modifiziert werden. Und damit war es – nach mehr als zwei Jahren sich immer wieder überschlagender AIDS-Hysterie – möglich, einen wichtigen Beitrag zu einer gesellschaftlich souveräneren Betrachtungsweise und Bearbeitung dieses Problems zu leisten. Es hat nach 1987 keine vergleichbare, öffentlich geschürte AIDS-Hysterie gegeben. Die Position des wichtigsten Sprachrohrs der Betroffenen, der Deutschen AIDS-Hilfe, wurde als gesundheitspolitisch relevante Instanz zu diesem Thema mittlerweile ernstgenommen und nicht überhört. Auch die öffentlichen Äußerungen Rosa v. Praunheims und der Tenor einzelner „Spiegel“-Beiträge hat diesen Wahrnehmungsstand nicht zurückdrehen können.

Fehleinschätzungen unsererseits hat es mehrere gegeben, einige davon sind im Ergebnis sehr erfreulich. Wir alle haben zu Anfang geglaubt, daß die Verbreitungsgeschwindigkeit der Infektion und der AIDS-Erkrankungen ein vielfach schlimmeres Ausmaß erreichen würden, als es heute der Fall ist. Auch wenn ich persönlich feststellen muß, daß mehr als ein Drittel meiner engen Freunde und Bekannten in den letzten Jahren an AIDS gestorben sind, so gilt das nicht für die Gesamtheit der Schwulen. Die seit acht Jahren öffentlich und zielgruppenspezifisch wahrnehmbare und wirkende Präventionsarbeit der D.A.H. darf sich zu Teilen dieses Ergebnis als Erfolg anrechnen. Der Erfolg einer „self-destroying prophecy“.

Als zweite ebenso positiv zu bewertende Fehleinschätzung erinnere ich die tiefe Sorge und Angst, die 1985 bestand, als Schwuler oder Fixer schicksalhaft und definitiv Opfer und Objekt einer neuen Hexenjagd unter dem Deckmantel gesundheits- und seuchenpolitischer Strategien zu werden. Zwangstest, Meldepflicht, Internierung – es gab so gut wie keine Woche während meiner gesamten Vorstandstätigkeit, in der diese Forderungen nicht aus den unterschiedlichsten politischen Richtungen thematisiert und in der Presse publiziert worden sind. Unsere Abwehr dieser teilweise auf große Popularität stößenden Forderungen – ein Kampf, in dem wir anfänglich auch sehr isoliert dastanden – wäre jedoch nicht erfolgreich gewesen, wenn nicht das Fundament zivilisatorischer und demokratischer Gepflogenheiten in der damaligen Bundesrepublik stabil genug gewesen wäre, solchen „Patentrezepten“ zu widerstehen. Gerade auch die gesundheitspolitischen SpitzenpolitikerInnen im Bund und in den meisten Bundesländern – die Ausnahme Bayern erwähne ich nur, um Mißverständnissen

explizit vorzubeugen – haben sich definitiv und kompromißlos gegen solche präventionspolitisch absurden Repressionskonzepte gewandt. Die von der D.A.H. und der AIDS-Hilfe München am Aschermittwoch 1987 in München organisierte Gegenkampagne dürfte der breiten deutschen Öffentlichkeit die tausendfache Bereitschaft der Hauptbetroffenengruppen demonstriert haben, sich nicht – noch einmal – zu artikulations- und willenslosen Opferlämmern machen zu lassen. Auch diese Diskussion ist deutlich stiller geworden, verstummen wird sie sicher nie.

Fehleingeschätzt haben wir auch den Stellenwert der „Liebe“ in unseren Präventionsaussagen zu schwulem Sex und damit die Lebbarkeit eines wesentlichen Ausschnitts der sexuellen Realitäten. Nach heutiger Terminologie waren wir so etwas wie „Präventionsrationalisten“, wobei die Auseinandersetzungen mit den Vertretern vieler schwulenpolitischer Organisationen zu unserer Zeit eher um die Frage gingen, ob die Vorsichtsmaßnahmen des Safer Sex überhaupt zu akzeptieren seien. Die Atmosphäre und die empirischen Grundlagen zur Diskussion einer psychologisch differenzierteren Safer Sex-Strategie waren überhaupt noch nicht entstanden.

Überraschend war die Testakzeptanz insbesondere unter den Schwulen während unserer Amtszeit. Die Gründe dürften sehr unterschiedlich gewesen sein, aber es war damals eine Under-Cover-Verhaltensweise. Engste Mitarbeiter waren heimlich zum Test gegangen und plädierten öffentlich vehement dagegen. Ich habe solche Äußerungen für bare Münze genommen, auch bei guten Freunden und Mitarbeitern, von deren Positiv-Status ich erst Jahre später erfuhr bzw. daß sie es schon Jahre wußten und nicht darüber sprechen konnten und wollten. Diese Verhaltensweise war nicht nur weit verbreitet, sie war doppelt tragisch. Sie gibt auch heute noch, denke ich, einen Einblick in die extreme psychische Bedrängnissituation vieler, die alltäglich gewesen zu sein schien. Die Möglichkeit, es zu verstehen, zu thematisieren und möglicherweise aufzufangen, war unter diesen Umständen nicht gegeben. Es wirft auch Licht auf eine Stimmungslage, einen Zustand partieller emotionaler Taubheit und eine Schocksituation, die heute – soweit ich es in Berlin erlebe – glücklicherweise abgebaut ist; in den meisten Fällen zugunsten einer verbesserten Lebensqualität und Akzeptanz für die von der Infektion Betroffenen.

Eine andere Position unter Schwulen in diesem verworrenen Feld zielte darauf ab, den Test offen zu befürworten und damit faktisch als Mittel der Ab- und Ausgrenzung zu akzeptieren. Das Argument, die „Positiven“ müßten erkennbar sein oder sich zu erkennen geben, hob in diesem Zusammenhang darauf ab, einer individuellen Präventionsentscheidung enthoben zu sein. Nicht gesehen wurde häufig die doppelte Diskriminierung, die diesem Verhalten zugrunde lag, und deren entsolidarisierende Wirkung.

Ein Kernpunkt unserer Politik war dagegen, in allen öffentlichen Äußerungen den Zusammenhalt innerhalb der Hauptbetroffenengruppen und den Solidaritätsaspekt zu stärken. Es durfte keine Hierarchisierung geben zwischen Fixern, Schwulen, Knastinsassen und Blutern, ebenso wenig wie zwischen „Positiven“ und „Negativen“. Dem medizinischen, psychischen und sozialen Mißbrauchspotential des Test-Instrumenten haben wir kompromißlos – viele haben es als penetrant empfunden – entgegengearbeitet. Die heute weit verbreitete Bereitschaft vieler Positiver, ihren Status nicht zu verheimlichen, ist erst auf der Basis dieses

solidarischen Grundkonzepts und entsprechender Praxis möglich. Das gehört ebenso zu den erfreulichen Ereignissen wie mitverhindert zu haben, daß unter dem Vorwand von AIDS die Diskriminierung und Verfolgung von Schwulen und der anderen betroffenen Minderheitengruppen mehrheitsfähig werden konnte.

Für mich persönlich entwickelte sich die Motivation für die AIDS-Hilfe aus meiner ersten Konfrontation mit AIDS im Sommer 1983. Ein Bekannter, einer der ersten AIDS-Fälle in Berlin, war schwer erkrankt. Sein Schicksal in der Klinik gestaltete sich so jämmerlich und, was die Rahmenbedingungen betrifft, so empörend, daß sich, auf Intervention seines Freundeskreises, der Sender Freies Berlin dieses Falls annahm und die Öffentlichkeit alarmierte. Damals wurde berichtet, daß er im Endstadium seiner Krankheit wider alle professionellen Standards pflegerisch vernachlässigt sowie unzureichend versorgt und ernährt wurde, weil uninformiertes Personal, gestützt von der mutmaßlichen anti-schwulen Grundhaltung ihrer ärztlichen Chefs, diese jeglichem medizinischen Berufsethos widersprechenden Verhaltensweisen an den Tag legen konnte.

Meine Wut und Angst über das, was uns zu drohen schien, muß ich nicht schildern. Sie war der Anstoß, mich in der gerade wenige Wochen zuvor gegründeten AIDS-Hilfe zu engagieren. Wie mir ging es anderen, mit denen gemeinsam eine Gegenöffentlichkeit (und später in gewisser Weise auch Gegenmacht) zu der anfänglich weitgehend inhumanen Reaktion auf die AIDS-Problematik gebildet werden konnte. Unsere Empörung war umso größer, als in den USA, in San Francisco und New York seit 1980 Erfahrungen in der Behandlung und Pflege von AIDS-Patienten gesammelt und publiziert worden waren, die zumindest im medizinischen Bereich solche Reaktionen nicht hätten zulassen dürfen. Und dennoch ist es versucht worden. Weitere Beispiele könnte ich schildern. Wir waren aufs höchste alarmiert und geprägt von diesen Erfahrungen, die sich uns als Anfang von weit Schlimmerem darstellten.

Mehr als erfreulich ist für mich dagegen aus heutiger Sicht, daß schon kurze Zeit, nachdem wir 1986 über das klinische Behandlungsmodell von AIDS-Patienten in San Francisco in einem Video und einer Publikation berichtet hatten, verantwortungsvolle Ärzte – insbesondere Prof. L'age vom Auguste-Viktoria-Krankenhaus – ein für europäische Verhältnisse nahezu revolutionäres (für uns sehr naheliegendes) Modell einer humanen und bedürfnisgerechten Behandlung für AIDS-Kranke in klinische Praxis umgesetzt haben – ein Modell übrigens, von dem ich fest überzeugt bin, daß es auch für andere Schwersterkrankte und ältere pflegebedürftige Menschen gelten sollte. Bis heute ist das Auguste-Viktoria-Krankenhaus die erste stationäre Anlaufstelle für die meisten offen schwulen AIDS-Kranken in Berlin.

Wenn ich zehn Jahre zurückblicke, so kann ich aus eigener Erfahrung nur zu jenen vier Jahren AIDS-Hilfe, in denen ich selber an vorderer Stelle aktiv war, Stellung nehmen und mir ein Urteil erlauben. In diesem Text habe ich mich bewußt persönlich und anekdotisch zu dieser Zeit geäußert, um Atmosphäre, Herausforderungen und Situationen aus den Anfängen der AIDS-Hilfe möglichst plastisch in Erinnerung zu rufen.

Vom Dachstuhl abwärts wurde das Haus Deutsche AIDS-Hilfe damals nach unten gebaut und fundamentierte mit Wänden, Räumlichkeiten und Installationen versehen, die für ein intaktes Gebäude zur Wahrnehmung seiner Schutzfunktionen erforderlich sind. Viele Etagen wurden hinzugefügt, die in-

haltliche Arbeit der AIDS-Hilfe jedoch nach meinem Abschied zu bewerten, sehe ich mich außerstande. Hier sind Außenstehende gefordert, da Distanz und Objektivität nur von dort gewährleistet sein können; und das umfaßt, selbstverständlich, die gesamte (Entwicklungs-)Geschichte der D.A.H.

Zwei Gedanken allerdings gehen mir vorrangig durch den Kopf im Zusammenhang mit der Frage nach den Hauptaufgaben, die sich der D.A.H. heute stellen mögen. Ich erlaube mir, sie in Form von Fragen zu formulieren:

■ Für welche Generation spricht die D.A.H.? Ihre Vertreter wirken, um es vorsichtig auszudrücken, etwas gesetzt. Erreicht sie die jüngere Generation? Wo sind die Aktiven aus den Geburtsjahrgängen um 1970, die die Courage haben und dazu ermutigt werden, sich als Alternative zu den „AIDS-Hilfe-Rentnern“ in den Vorstand wählen zu lassen?

■ Strukturelle Prävention, habe ich gelernt, bestimme heute die politische Präventionsstrategie der D.A.H. Das ist sicher konzeptionell und strategisch wünschenswert und richtig. Heißt das, daß konkrete, spezifische und zeitgerechte Präventionsarbeit im Alltag in den Hintergrund rückt?

Und eines noch. Wir haben, allen relativierenden Äußerungen der Forschung zum Trotz, noch 1987 geglaubt, daß spätestens Anfang der neunziger Jahre wirksame und anwendungsfähige therapeutische Mittel gegen AIDS entwickelt sein würden. Diese Hoffnung muß heute begraben werden. Vorzeitiger Tod und Sterben durch AIDS werden noch auf Jahre unser Leben kennzeichnen. Bei den Beerdigungen, an denen ich teilnehme, erlebe ich – bis auf wenige Ausnahmen – ärgerliche und verletzende Widersprüche zwischen der realen Lebenswelt des Gestorbenen und den Abläufen der kirchlichen Trauerfeiern. Es mag Unbedachtheit sein, im Einzelfall sicher auch geringschätzige Mißachtung den schwulen Lebenswelten gegenüber, aber gerade deshalb wünsche ich mir, daß es gelingen möge, alternative Rituale zu denen der Kirche zu entwickeln, die zugleich stilvoll und wirklichkeitsnah sind. Hier die geeigneten Personen ausfindig zu machen und zusammenzubringen, die so etwas erarbeiten wollen, dürfte eine weitere kleine, aber nicht unwichtige Aufgabe der Deutschen AIDS-Hilfe sein.



INGO SCHNEIDER

gestorben am 21. Januar 1990

Ingo starb unerwartet und plötzlich, ohne die Möglichkeit des Abschiednehmens, in aller Stille und zurückgezogen - ähnlich, wie er gelebt hat. Doch sein Tod hinterläßt eine Lücke: bei den Mitarbeitern des Bremer „Rat und Tat Zentrums für Homosexuelle“, bei allen, die ihn von den Positiven treffen im Waldschlößchen kannten, im Bereich der Positivenarbeit der D.A.H. Ingo hat es verstanden, auf und für andere zu wirken - in einer Art, die seine kantige, eigenwillige Persönlichkeit ausmacht. Und er hat seine persönlichen Erfahrungen mit deren gesellschaftlichen und politischen Bedingungen zu verknüpfen gewußt. So vermochte er auf die Positivenarbeit nachhaltigen Einfluß zu nehmen. Bei seinen Freunden und Kollegen hat er Spuren hinterlassen, die lange über seinen Tod hinaus wirksam bleiben.

Text nach Kajo Pieper

CHRISTIANE FRIEDRICH

Mitglied des Vorstands der Deutschen AIDS-Hilfe von 1988 bis 1990

1) Welches war Deiner Meinung nach die größte Herausforderung für den Vorstand der D.A.H. in Deiner Vorstandszeit?

■ insgesamt

Strukturen für echte Selbsthilfe in gesellschaftlichen Randbereichen (Schwule, Junkies) mit öffentlichen Mitteln abzusichern.

■ AIDS-Hilfe-intern

Die D.A.H.-Geschäftsstelle zur Service-Einrichtung für die regionalen AIDS-Hilfen zu funktionalisieren.

■ in Bezug auf Politik

„Roll back to the 50s“ zu verhindern, öffentliche Akzeptanz und Förderung zu sichern.

■ in Bezug auf Medien

Selbsthilfe in den Blickpunkt zu rücken.

■ in Bezug auf Medizin und Forschung

Testfrage, frühzeitige AZT-Behandlung.

■ in Bezug auf die Hauptbetroffenengruppen

Junkie-Selbsthilfe zu unterstützen.

2) Welche anderen Herausforderungen waren ebenfalls sehr wichtig?

Recht auf Inkonsequenz auch bei Schwulen (z.B. wider besseres Wissen auch „unsafe sex“ zu machen).

3) Welche Ziele siehst Du als vorrangig für den Vorstand der D.A.H. während Deiner Vorstandszeit?

■ insgesamt

a) Selbsthilfe zu ermöglichen.

■ verbandsintern

b) Rollenverständnis der D.A.H.-Geschäftsstelle

4) Wurden die angestrebten Ziele Deiner Meinung nach erreicht?

zu 3 a): Auf dem Gebiet der Selbsthilfe hat sich in den letzten fünf Jahren einiges getan, zum Beispiel wird mittlerweile die Junkie-Selbsthilfe in Nordrhein-Westfalen öffentlich gefördert.

zu 3 b): Was die Änderung des Rollenverständnisses der Bundesgeschäftsstelle angeht, bin ich eher skeptisch, ob außer Unruhe etwas erreicht wurde.

5) Wo, glaubst Du, lagen die Haupthindernisse bei der Umsetzung der angestrebten Ziele?

zu 3 a): Kriminalisierung des Drogenkonsums.

zu 3 b): Entstehungsgeschichte der D.A.H. und daraus gewachsenes Selbstverständnis der MitarbeiterInnen.

6) Wo, glaubst Du, lagen Fehleinschätzungen und Fehlentscheidungen des Vorstands in Deiner Vorstandszeit?

oder: Was würdest Du aus heutiger Sicht als Vorstand der D.A.H. anders gemacht haben?

Interne Struktur der Geschäftsstelle, Personalpolitik.

7) Was war das erfreulichste Ereignis in Bezug auf AIDS-Hilfe während Deiner Vorstandstätigkeit?

Die Umwandlung der Angst vor HIV/AIDS in eine große Primärmotivation, die Probleme anzugehen.

8) Was war das ärgerlichste Ereignis in Bezug auf AIDS-Hilfe während Deiner Vorstandstätigkeit?

Persönliche Animositäten einiger Primadonnen (bzw. solcher, die sich dafür hielten).

9) Wie würdest Du 10 Jahre D.A.H. in wenigen Stichworten bilanzieren?

Trotz HIV/AIDS, Leiden und Tod voll im Leben durch Selbsthilfe.

10) Worin siehst Du die Hauptaufgaben der D.A.H. heute und perspektivisch?

Nach wie vor Entkriminalisierung des Drogengebrauchs;

Antidiskriminierungsarbeit;

Absicherung der häuslichen Pflege von Kranken.

HELMUT AHRENS

Mitglied des Vorstands der Deutschen AIDS-Hilfe e.V. von 1990 bis 1991

Welches war Deiner Meinung nach die größte Herausforderung für den Vorstand der D.A.H. in Deiner Vorstandszeit?

■ Insgesamt:

1. die Konsolidierung der D.A.H., d.h. die Vermittlung eines in sich schlüssigen Selbstverständniskonzepts nach innen und außen,
2. die Entwicklung einer mittelfristigen Bündnispolitik mit anderen Selbsthilfeorganisationen und mit Fachverbänden im Gesundheitswesen,
3. die Verankerung der D.A.H. in der internationalen Interessenvertretung der Menschen mit HIV und AIDS und die Interessenwahrnehmung im Rahmen der non-governmental health organizations,
4. die Erarbeitung eines Sponsoring-Konzepts zur Erhöhung von Eigenmitteln,
5. die Aktivierung von Kontakten zur Regierungspartei und den Oppositionsparteien,
6. die Durchsetzung einer bestanderhaltenden Politik nach dem Konzept der strukturellen Prävention.

■ AIDS-Hilfe-intern:

Historisch wurde die D.A.H. als Bundesverband aus der Not und der politischen Gunst der Stunde aus dem Boden gestampft. Während idealerweise Bundesverbände gegründet werden, nachdem regional ein tragfähiges Selbsthilfenetzwerk aufgebaut worden ist, gab es dafür zum Zeitpunkt der D.A.H.-Gründung wenig Zeit. Zwar konnte die D.A.H. innerhalb kürzester Zeit Geld in Bonn losschlagen, aber regional haperte es an allen Ecken und Enden, teilweise bis heute.

In den 80er Jahren schossen dann regionale AIDS-Hilfen wie Pilze aus dem Boden und damit unzählige Formen des Selbstverständnisses. Vor der Wahl unseres damaligen HIV-positiven Dreiergespanns Aretz, Hauschild, Ahrens, das dann für uns überraschend zu einem Fünfergespann wurde, nachdem wir feststellten, daß unsere beiden Vorstandskollegen Vael und Heikamp grundsätzlich nicht anders dachten als wir, hatten wir drei Ziele für unsere Kandidatur und künftige Vorstandsarbeit formuliert:

1. die Profilierung der D.A.H. als der Interessenverband der Menschen mit HIV und AIDS,
2. die Zusammenfassung der regionalen AIDS-Hilfen unter einem Gesamtkonzept: die D.A.H. als Interessenverband und als Fachverband der Menschen mit HIV und AIDS,
3. die Neudefinition des inneren Zusammenhangs von Prävention und Solidarität im Handlungsansatz struktureller Prävention.

Mit dem bekannten Konzeptansatz waren wir zunächst Herausforderung für die regionalen AIDS-Hilfen einschließlich des Beirats, der seine Rolle zwar satzungsgemäß wahrnahm, sich aber noch nicht als quasi „Bundesrat“ der Länder-AIDS-Hilfen profilieren konnte. AIDS-Hilfe-intern konnten wir durch zahlreiche

Rundreisen Widerstände gegen unsere Selbstverständnispositionen abbauen. Nach einem Jahr Vorstandsarbeit verabschiedete die MV das Selbstverständnispapier, wie es der Vorstand in seinen Grundzügen erarbeitet hatte.

Während meiner Vorstandstätigkeit hatte der Vorstand mit mehreren schwer lösbaren Problemen zu kämpfen:

1. Die Konsolidierung der Bundesgeschäftsstelle: Der Vorstand hatte es mit einer nicht funktionsfähigen Geschäftsführung zu tun. Unendlich viel Zeit der Vorstandssitzungen verging mit der Beschäftigung von Problemen in der Bundesgeschäftsstelle.
2. Die Widerstände gegen die Einrichtung eines Pflegereferats konnten überwunden werden, aber bei der Einrichtung eines Frauenreferats gab es irrationale Widerstände.
3. Der Vorstand hatte keineN hauptamtlicheN MitarbeiterIn, so daß wir uns Basisinformationen selbst beschaffen mußten, obwohl wir ehrenamtlich arbeiteten. Die Geschäftsstelle wurde dadurch wieder in ihrer für die Abwicklung von BZgA-Projekten vorgesehenen Arbeitszeit eingeschränkt.
4. Nach einem Jahr Vorstandsarbeit war für mich klar, die Konstruktion eines vollständig ehrenamtlich arbeitenden Vorstandsgremiums hat den Nachteil, daß der Vorstand nicht kontinuierlich an den aktuellen Prozessen im fachlichen und politischen AIDS-Geschäft involviert ist. Um halbwegs kompetent zu bleiben und nicht lediglich als Frühstücksgremium zu tagen, wäre ein professionell arbeitender Unterbau für die ehrenamtliche Vorstandsarbeit zu schaffen. Die Geschäftsführer taten ihr bestes, aber der Vorstand ist das gewählte Interessengremium der Vereinsmitglieder, sprich der regionalen AIDS-Hilfen.
5. Von den regionalen AIDS-Hilfen hatte zu meiner Vorstandszeit höchstens ein Drittel Interesse an Bundespolitik. Umgekehrt wußte man auf Bundesebene selten, was regional wirklich Problem war. So gab es ständig Kommunikationsprobleme zwischen Regional- und Bundesebene. Eine Reihe von AIDS-Hilfe-MitarbeiterInnen weiß nicht einmal, wo die Bundesgeschäftsstelle eigentlich liegt – in Bonn oder Berlin?
6. Die größte Herausforderung ergab sich aus der Einschätzung, daß der AIDS-Prozeß voranschreitet, die Ressourcen der Hilfe jedoch nicht wachsen und die Zuwendungsmittel auf Bundes- und Landesebene mittelfristig abgebaut würden. Daraus ergab sich die Notwendigkeit, Spendenakquisition, Formen des Social Sponsoring, Gründung einer Stiftung, was man in den 80ern verworfen hatte, neu anzugehen. Während man vermutlich heute mit solchen Überlegungen offene Türen einrennt, gab es zu meiner Vorstandszeit große Widerstände dagegen.

■ In Bezug auf Politik:

Die unerwartete Wiedervereinigung der beiden deutschen Staaten erforderte ein „sensibles“ Konzept der Integration von Ost/West. Es gab eine Reihe von AIDS-Hilfe-Mitgliedern, die damals noch an andere Alternativen für den bankrotten DDR-Staat glaubten. Für alle West-Vorständler war klar, daß auch die D.A.H. eine Art „Anschluß“ ohne Abwicklungs- und Übernahmementalität initiieren mußte. Politisch war aber auch klar, daß die finanziellen Belastungen und die Aufmerksamkeit der Wiedervereinigungsthemen in der Öffentlichkeit in den Medien zu Lasten der AIDS-Hilfe-Interessen gehen würden.

AXEL KRAUSE

gestorben am 20. Mai 1992

Axel war seit März 1990 Leiter des Referats Psychosoziales der D.A.H. Der von einem Freund verfaßte Nachruf (hier gekürzt) zeigt Momentaufnahmen von seiner Persönlichkeit, wie sie auch vielen von uns in Erinnerung ist:

Axel – ausgelassen: Der Körper, wie halbiert, Becken kreisend nach links, Oberkörper in die entgegengesetzte Richtung, Arme rudern wie Windmühlenflügel. Wir baten ihn oft, für uns zu tanzen, manchmal tat er es, aber immer kostbar dosiert.

Axel – zickig: Ich besuche Axel. Er auf dem blauen Sofa, Audienz haltend. Zwei Studentinnen suchen fachlichen Rat. Ich kann ihm nichts rechtmachen. Von einer Sofaseite muß ich auf die andere wechseln, weil ihm sonst die Kopfdrehung zu anstrengend gewesen wäre. Eine Freundin ruft hektisch an. „Beruhig dich erst einmal und nerv mich nicht!“ herrscht er sie an...

Axel – krank: In den letzten zwei Jahren war er viermal im Krankenhaus, oft änderte sich sein Zustand täglich. Tagelang war er schweigsam und mürrisch, eine mitgebrachte Zeitung wurde mein Halt in der Stille. Kam ein Pfleger, eine Schwester, erhellte sich sein Gesicht, die Augen strahlten – everybody's darling auf der Station. Aber immer, wenn ich ging, lächelte er mir zu und winkte. Nie konnte er so zickig sein, als daß ich ihm dafür nicht alles nachgesehen hätte.

■ In Bezug auf Medien:

Zu meiner Zeit ging es um die Verbesserung der Medienarbeit der D.A.H. Die Kontakte zu etablierten PressevertreterInnen waren dürftig. Wegen der Testdebatte früherer Jahre war das Verhältnis zu den führenden AIDS-Wissenschaftlern abgekühlt. Daraus folgte ein Abschneiden der D.A.H. von wichtigen fachlichen Informationskontakten. In Bezug auf Forschung konnte sich die D.A.H. nicht mit sich selbst einigen, ob sie Forschung initiieren sollte oder nicht. Teilweise aus Purismus und Fehleinschätzung über die Bedeutung von praxisbegleitender Forschung der eigenen Präventionskampagnen und Fortbildungsarbeit wurde die Forschung als konkurrierend zu der – notwendigen – Finanzierung von Aufklärungsprojekten angesehen. Die Fixierung der D.A.H. auf Finanzmittel der BZgA war nicht aufzulösen. Immerhin gelang es schon während meiner Vorstandsarbeit dem zuständigen Mitarbeiter, die Kontakte zu Wissenschaftlern im Medizinbereich zu reaktivieren. Immerhin wurde eine Präventionskonferenz mit solidarischen WissenschaftlerInnen angeordnet und später auch durchgeführt.

■ In Bezug auf die Hauptbetroffenengruppen:

Der Aufbau und die Integration von Selbsthilfegruppen der FixerInnen in die Zusammenhänge der HIV-Positivengruppen und in die AIDS-Hilfe war zweifelsfrei die größte Herausforderung für meine Vorstandsarbeit. Mein Rücktritt, der zwar aus persönlichen Gründen geschah, hat es möglich gemacht, daß Junkies ihre Interessen erstmals selbst auch auf Vorstandsebene vertreten können. Damit war die AIDS-Hilfe auch auf Vorstandsebene ein sinnlich konkret wahrnehmbarer Zusammenschluß der Hauptbetroffenen-

gruppen. Regional zogen immer mehr AIDS-Hilfen nach, die zunächst gegen eine Zusammenarbeit mit Fixern auf gleichberechtigter Ebene waren. Ein weiterer wichtiger Schritt war die Vernetzung der HIV-Positivengruppen auf Regional- und Bundesebene. Mit der Einrichtung der jährlichen Bundesweiten Positivenversammlung konnten die Interessen der HIV-Positiven erstmals gebündelt werden.

Welche anderen Herausforderungen waren ebenfalls sehr wichtig?

Wichtig waren die Straffung und Konsolidierung der Fortbildungsarbeit, die Profilierung der D.A.H. als Fachverband und die Ablösung der Projektfinanzierung durch eine Festfinanzierung.

Welche Ziele siehst Du als vorrangig für den Vorstand der D.A.H. während Deiner Vorstandszeit?

Zum einen die Zusammenfassung des Selbstverständnisses eines Interessenverbandes Menschen mit HIV und AIDS und die Entwicklung einer verbandsinternen kommunikationsfähigen Infrastruktur interregional und überregional. Zum anderen die Absicherung der langfristigen Geschäftsinteressen durch die Entwicklung einer Doppelstrategie: einerseits die Zuwendungsmöglichkeiten auf Staatsebene abzuschöpfen, andererseits neue staatsunabhängige Finanzierungsquellen zu erschließen.

Wurden die angestrebten Ziele Deiner Meinung nach erreicht?

Das während meiner Vorstandstätigkeit formulierte Selbstverständnis wurde von den Mitgliedern angenommen. Die D.A.H. konnte sich auch in der Öffentlichkeit als der Interessenverband der Menschen mit HIV und AIDS überzeugend darstellen. Die D.A.H. hat es allerdings bis heute nicht geschafft, sich über einzelne Referate hinaus als Fachverband sowie „Präventions- und Solidaritätsagentur“ zu profilieren. In der Fortbildungsarbeit fehlen beispielsweise Angebote für den Erwerb von Zusatzqualifikationen als AIDS-Fachkraft. Dadurch verliert die D.A.H. die Chance, ihr Definitionsmonopol auf dem Markt zu behaupten, und regionale AIDS-Hilfen haben nicht die Chance, z.B. aus Landesmitteln vorhandene Gelder für Stellenbesetzungen abzuschöpfen. Wie es jährlich eine HIV-Positivenversammlung gibt, müßte die D.A.H. jährlich eine Fachkonferenz für AIDS-Fachkräfte organisieren und durchführen. Dies überläßt sie aber anderen Institutionen.

Wo, glaubst Du, lagen die Haupthindernisse bei der Umsetzung der angestrebten Ziele?

Eine Reihe von Mitgliedern war zu meiner Vorstandszeit davon überzeugt, ihre Arbeit müsse ausschließlich aus Mitteln der öffentlichen Hand finanziert werden. Gleichzeitig wurde aber das Credo der Ehrenamtlichkeit gepflegt – ein Angebot an den Staat, Geld zu sparen. Der Gedanke der Ehrenamtlichkeit wurde aber nicht zu Ende gedacht. Jede Dienstleistung kostet Geld. Wenn man heute vom Staat weniger Geld bekommt, muß man zur Absicherung der Geschäftsinteressen in der Gesellschaft und in der Wirtschaft rübrig werden.

Die Fixierung des D.A.H.-Selbstverständnisses auf die Artikulation der Interessens- und Problemlage der schwulen Männer und der FixerInnen hat wiederum den Nachteil, daß sich wenige Menschen aus der Allgemeinbevölkerung praktisch, d.h. durch Geldspenden solidarisieren. Von der Gruppe der ehrenamtlichen Helferszene her ist die D.A.H. aber praktisch eine Bürgerhilfe. Diese

Tatsache ist bisher nicht stark genug in der Medienarbeit der D.A.H. herausgestellt worden, z.B. zum World AIDS Day, wenn die Medien den Anliegen der Menschen mit HIV Sendezeit zugestehen. Was die Zigarettenwerbung für die Marke „West“ an Solidarität zwischen Bürgern und Minderheiten optisch bringt, sollte der D.A.H. allemal gelingen – oder?

Wo, glaubst Du, lagen Fehleinschätzungen und Fehlentscheidungen des Vorstands in Deiner Vorstandszeit? Oder: Was würdest Du aus heutiger Sicht als Vorstand der D.A.H. anders gemacht haben?

Dies kann ich nur für mich persönlich beantworten. Ich habe gedacht, daß die Kommunikationsprobleme zwischen Bundesebene und Regionalebene behoben werden könnten und daß sich die Bundesgeschäftsstelle nach einem überfälligen Interessensausgleich zwischen Verwaltung und Referentenebene nicht in dem Trott eines „Amts für Deutsche AIDS-Hilfe“ verliert.

Das Denken und Handeln in übergreifenden Zusammenhängen scheint schwieriger zu sein, wenn gemeinsame Feindbilder, wie es Gauweiler eine Zeitlang für die AIDS-Hilfe-Bewegung war, von der Bildfläche verschwinden.

Ich habe gedacht, daß sich von der Vorstandsebene einige überfällige Entscheidungsprozesse, die die Interessenpolitik und die Bestanderhaltungspolitik betreffen, rascher durchsetzen. Ich glaube nicht, daß während meiner Vorstandszeit gravierende Fehleinschätzungen oder -entscheidungen getroffen wurden. Daß eine Plakatserie des Drogenreferats, die zu meiner Vorstandszeit produziert wurde, nicht durchgesetzt werden konnte, war vorher klar.

Was war das erfreulichste Ereignis in Bezug auf AIDS-Hilfe während Deiner Vorstandstätigkeit?
Die Fronten, die sich zu Beginn der Vorstandsarbeit gegen unsere Positionen aufbauten, erwiesen sich als Kommunikationsprobleme, aber nicht als wirklicher inhaltlicher Dissens.

Was war das ärgerlichste Ereignis in Bezug auf AIDS-Hilfe während Deiner Vorstandstätigkeit?
Eine Reihe von Personen in AIDS-Hilfen verfällt bisweilen in eine Art Jammerkultur, die sich u.a. auch in Beschwerdebriefen an den Vorstand und in emotionaler Kritik an seiner Arbeit niederschlug. Die daraus folgende „Sachbearbeitung“ hätte einen Psychologen beschäftigen können.

Wie würdest Du 10 Jahre D.A.H. in wenigen Stichworten bilanzieren?
Hervorragende Selbsthilfeorganisation und Arbeit. Beispielgebend für andere Gruppen mit vergleichbaren Gesundheitsproblemen. Aber: Ohne Bewegung bewegt sich nichts.

Worin siehst Du die Hauptaufgaben der D.A.H. heute und perspektivisch?
Eigenmittelwerbung – raus aus der Schmutzdecke! Verbesserung der verbandsinternen Informations- und Kommunikationsstrukturen; Aufbau und Neudefinition als Fachverband nicht nur der Menschen mit HIV und AIDS, sondern als Fachverband zur Gesundheitsförderung durch Selbsthilfe für Menschen mit lebensstilspezifischen Gesundheitsrisiken; Aufbau einer Arbeitsgruppe „Vision 2001: Überleben und Leben mit AIDS“.

HANS PETER HAUSCHILD

Mitglied des Vorstands der Deutschen AIDS-Hilfe e.V. von 1990 bis 1993

Drei ganze Jahre D.A.H. mit HPH

Bei der Mitgliederversammlung der Deutschen AIDS-Hilfe in Wiesbaden Anfang 1990 wurde ich zusammen mit vier weiteren schwulen Männern in den Vorstand der D.A.H. gewählt. Mit zweien davon, Bernd Aretz und Helmut Ahrens, hatte es Vorüberlegungen gegeben: Als HIV-infizierte Repräsentanten wollten wir einen deutlichen Akzent in der AIDS-Hilfe im Interesse der Betroffenen setzen.

Die Zeit für diese Betonung war mehr als reif, denn in den vorangegangenen Jahren hatte die Überbetonung der politischen Testproblematik zu einer Entfremdung vieler Positivengruppen von der D.A.H. und ihrer Politik geführt. Schließlich waren die Menschen dort „Getestete“, die meisten davon freiwillig. Entgegen der Empfehlung, „sich in jedem Falle so zu verhalten, als sei man infiziert“ (Rosenbrock), wollten sie den Test für sich angewendet sehen.

Die Ablehnung des HIV-Antikörpernachweises sei ja „nur“ politisch gemeint, was einer individuell anderen Entscheidung doch gar nicht im Wege stünde... Für diese Ausflucht hatten viele Betroffene nur ein Achselzucken übrig. War denn die „persönliche“ Entscheidung in dieser Logik als ein Bekenntnis zu einer unpolitischen Person zu werten? Oder sollten dem rechtgläubigen D.A.H.-Getesteten zwei Seelen – ach! – in der Brust wohnen? Was war das „politische Ablehnen“, wenn Selbsthilfe doch das Anwenden der eigenen AIDS-Auseinandersetzung auf die Gesellschaft ist? Wir Infizierte wären in dieser Logik zumindest AIDS-Politiker zweiter Klasse. Oder aber nur die unter uns wären brauchbar zur Politik, deren Thema mit dem Getestetsein das Leiden daran ist, im Sinne von Stefan M. Webers Vortrag auf dem AIDS-Kongreß der Grünen 1988 in Köln.

Das Leiden an der Testerei mit ihrer waghalsigen „Prophetie“, daß in einer Zeit zwischen zwei und zwanzig Jahren Symptome bis zum Zusammenbruch der Lebenskraft auftreten können, ist zwar die eine Wahrheit. Die andere aber ist der vertraute Umgang vieler Menschen in unserer Zivilisation mit dem schulmedizinischen Angebot, selbst – nein, eben gerade dann – wenn das Diagnostizierte nicht angenehm ist. Das dumpfe Ahnen einer möglicherweise vorhandenen Leidensdisposition kann quälender sein als zumindest die Gewißheit. Dies gilt trotz all der Abstriche, die der Bedeutung des Wortes „gewiß“ hier aufzuerlegen sind. Weil viele Menschen für das Abwägen offener Situationen oder Lebensplanungen das jeweils schulmedizinisch Mögliche in Anspruch nehmen möchten, konnte und kann auch das „positive“ Testergebnis für sie hilfreich sein: bei Fragen der Verantwortung für sich selbst und mögliche Sexualpartner, bei Fragen eines wie auch immer „gesundheitsfördernden“ Lebensstils, bei Fragen der gleichsam körperlichen Zugehörigkeit zu einem Prozeß, der die promiskuen Liebesgewohnheiten zur Quelle einer Zerstörung zu nehmen droht, wie es das seit der Syphilis nicht mehr gegeben hat. Auch diese Entscheidung ist als

ANDREAS GROENEWOLD

gestorben am 22. November 1991

Andreas' Freundschaft, sein Engagement, sein Sachverstand, sein Kämpfermut, seine Kritikfähigkeit, seine Ermunterung, sein Stil fehlen uns jetzt, privat und in der AIDS-Hilfearbeit.

Andreas starb mit einunddreißig Jahren an den Folgen von AIDS.

kritische politische Praxis möglich. Darum ging es mir bei meiner Kandidatur im Februar 1990. Nicht in Frage zu stellen ist dagegen, daß das Testen keinen Beitrag zur Primärprävention leistet, der sich statistisch nachweisen ließe.

Selbst die gleichfalls bundesweit tätigen „Waldschlößchen“-Leute von „Positiv e.V.“ mißtrauten dem damaligen politischen Klima des Verbands so heftig, daß allen Ernstes ein Ausscheiden erwogen wurde. Das nun wollten wir drei Vorstandskandidaten verhindern, denn unsere politische Analyse ließ mehrere AIDS-Verbände im sozialstaatlichen Gefüge der Bundesrepublik als Selbstmord der eigenen jahrelangen Aufbauarbeit erscheinen. Das Beispiel der Zerstrittenheit mehrerer AIDS-Organisationen in Frankreich, auf deren Zank der Staat mit Fördermittelstreichung reagierte, war damals eine aktuelle Warnung. Außerdem kann die Hilfsorganisation eines Achtzigstels der deutschen Bevölkerung nur bei geschlossenem Auftreten auf Glaubwürdigkeit zählen; zumal wir sonst ein weiteres Vorurteil gegen Homosexuelle aus seiner Vorurteilshaftigkeit ins hellwache Bewußtsein der deutschen Gesellschaft gehoben hätten: daß Tunten eben böse alte Weiber seien, die nichts als Heimtücke im Sinn hätten und jede gute Initiative hinterrücks penetrieren, diese dolchstoßenden Wattebäuschenschmeißer...

Für diese Geschlossenheit galt es, das Betroffensein als reflektierte, starke Größe inmitten der AIDS-Hilfe zu plazieren. Es galt auch klarzumachen, daß der Weg von den Erniedrigungen bewußtlosen Behandeltdewerdens zum kompetenten Selberhandeln, vom Objekt zum Subjekt des AIDS-Prozesses, wesentlich mit der Erkenntnis identisch ist, daß die zu bekämpfen-

den Phänomene wie Viren, Ängste und Krankheitssymptome stets Teile menschlicher Biographien sind. Die Betroffenen sind in gewissem Sinne „AIDS auf zwei Beinen“. Als „Basisorganisation“ konnte die AIDS-Hilfe also nicht einfach „AIDS bekämpfen“, denn das Interesse des Basalsten, was AIDS-Hilfe nur sein kann, sind nun mal jene wie ich, die „es“ in sich tragen und meist irgendwann erleiden.

Die „Bürgerinitiative“ AIDS-Hilfe ist eben nicht dasselbe wie etwa eine solche gegen die Einflugschneise eines Flughafens über einem Wohngebiet. Das Flugzeug dringt mit seinem Lärm – und per TV-Bild mit der antizipierbaren Angst vor einem möglichen Absturz – zwar in die Nervensysteme der Anwohner, aber diese sind nicht das Flugzeug selbst. Im Falle von AIDS bin ich jedoch sowohl das gefährliche Flugzeug wie gleichzeitig der Funktionär der Bürgerinitiative zur Verhinderung seines Absturzes in das Wohngebiet, wie zur Verhinderung seines Absturzes überhaupt.

Dieses „Überhaupt“ markiert den Endpunkt meiner Vorstandstätigkeit drei Jahre später. Ich habe mich bei der Mitgliederversammlung im März 1993 nicht mehr zur Wahl gestellt, weil ich eine politische Niederlage in Sachen „Gesundheitsstrukturgesetz“ nicht hinnehmen wollte (dazu später) und, was weit schwerer wiegt, weil das umfassende Plazieren einer utopischen Hoffnung, inklusive der Hoffnung wider den Tod, mit dieser Organisation nicht machbar erschien. Während die Einbeziehung der Infizierten und Kranken ins Herz der AIDS-Hilfe sowohl als Imagewandlung wie durch die Einrichtung des Pflegereferats gelang, war jeder grundsätzlichere philosophische Bogen „meiner“ Wohlfahrtsorganisation nicht geheimer.

Seit dem Beginn der Vorbereitungen zur 2. Präventionskonferenz der D.A.H. im April 1992 spürte ich die Ablehnung der MitarbeiterInnen zur Textvorlage, an der ich arbeitete. Das war die Jahre zuvor völlig anders. Meinen Arbeitsstil prägte es ja die ganze Zeit hindurch, Dokumente, Konzepte oder auch Beschlußtexte der AIDS-Hilfe selbst zu formulieren. Das waren oftmals die größten Erfolge meiner Arbeit, wenn meine Texte auf den Mitgliederversammlungen Mehrheiten erhielten, wie es sie bis vor einigen Jahren noch in osteuropäischen „Parlamenten“ gab. Solche inhaltliche Zustimmung wog für die Selbsteinschätzung meiner Arbeit weit schwerer als beispielsweise die diversen TV-Auftritte. Zugegeben, auch das konnte bauchpinseln, wenn's gelegentlich gelang und nützlich war. Und der Imagewechsel der D.A.H. zur dezidiert schwulen und HIV-positiven Organisation wäre ohne meine Fernsehbeiträge längst nicht so klar ausgefallen. Beides ist heute selbst in ländlichen AIDS-Hilfen unwidersprochen. Die Zustimmung für das Testmemorandum aber oder auch für den Selbstverständnistext der D.A.H. entsprach dem Gewicht der vorgetragenen Argumentation, nicht der Übermacht des Mediums.

Mit Argumenten überzeugen, das macht mehr Spaß und bringt nachhaltige Veränderungen, die alle oder doch viele mittragen. Darum war es mir besonders wichtig, für die Grundlegung eines Gesamtkonzepts verständliche und praxistaugliche Begriffe einzuführen. Neben der Umwandlung von „Ziel-“ in „Interessengruppen“ war mein Beitrag besonders der neue Begriff der „Strukturellen Prävention“. Mit seiner Entfaltung konnten wir uns an Vorschläge zur Neuordnung des Gesundheitswesens heranmachen, wie sie die WHO mit der „Gesundheitsförderung“ und dem „Lebensweisenkonzept“ entwickelt hatte.

CELIA BERNECKER-WELLE

Im letzten Jahr vor ihrem Tod hatte sich Celia ganz aus der aktiven Rolle als Mitglied im JES-Sprecherrat und im Vorstand der Münchener AIDS-Hilfe zurückgezogen – ihr fehlte die Kraft dazu.

Celia widerlegte mit ihrem Verantwortungsgefühl, ihrem Respekt für andere und ihrer Selbstachtung die hartnäckigsten Klischees. Sie verlangte von sich selbst mehr, als sie von anderen forderte.

Sie war zornig über die bundesrepublikanische Engherzigkeit gegen positive und AIDS-krankte Menschen, die sich mit besonderer Unerbittlichkeit gegen die richtet, die Drogen injizieren. Sie trat öffentlich als AIDS-krankte Frau auf, die Drogen konsumierte ohne Reue und die sich wegen ihrer Erkrankung in medikamentöse Behandlung mit Ersatzstoffen begeben hatte. Sie erlaubte nie Zweifel an dem Menschenrecht, in dieser Lebenssituation ohne Verfolgung und Benachteiligung zu leben.

Celia starb am 25. Februar 1993, kurz vor ihrem 36. Geburtstag.

Text nach Werner Herrmann

Die „Strukturelle Prävention“ brachte die AIDS-Hilfe in der Gesundheitsdiskussion auf die kritische „Höhe der Zeit“.

Mit diesem textbezogenen und medialen Selbstbewußtsein nahm ich den Werkvertrag zur Konferenzvorbereitung an und stellte den entstehenden Text in Etappen zur Diskussion vor. Seine Kernaussage war eine positive Sinnggebung für Menschen, die ihr Leben den Lüsten widmen, wie das viele Schwule, gelegentlich Junkies und manche ungewöhnlichen Frauen tun. Ich griff die Geschichte von den Lotophagen in der Odyssee auf und versuchte, einen gemeinsamen Nenner der drei Betroffenen-Gruppen sowohl in ihren „Lustpassionen“, den Leidenschaften zu sehen, wie auch eine rauschbezogene Philosophie zumindest anzubieten: Sinnsuche unter Reflexion der gelebten Luste als Entpanzerung des waffenstarreren Subjekts der imperialistischen Ein-Fünftel-Welt.

Mit der Vision einer besseren Welt, die (noch?) nicht da ist, aber in den Lüsten und dem Gelingen von Freiheit und Glück, aber auch im Spiegelbild ihres Scheiterns gleichsam antizipatorisch aufscheint, schickte ich die AIDS-Hilfe und ihre Betroffenen-Gemeinde auf die Suche nach dem Sinn des Lebens. Alle unsere Themen finden für mich in der Spannung dieser Suche Orte der Auseinandersetzung, von den Schmerzen des Abschiednehmens bis zum Verhütungsdilemma. Zwischen dem „Schon“ und dem „Noch-nicht“ sollte die AIDS-Hilfe gratwandern. Darüber war kein Konsens herzustellen.

„Besser es gibt Skandal, als wenn die Wahrheit zu kurz käme“, war schon im Jahre 590 der Leitspruch Papst Gregors des Großen. Mein Versuch, fast ein Jahrzehnt lang AIDS-

Hilfe aufzubauen, die letzten drei Jahre davon als Repräsentant der D.A.H., ging stets von einem zwar säkularen, aber doch utopischen Konsens aus: Die noch ortlose (=utopische) Gesellschaft des Glücks findet im helfenden und politischen Tun ihren Prozeß der „Ortwerdung“. Stefan Etgeton nannte diese Sicht einmal die „Christologie der AIDS-Hilfe“. Darüber also war kein Konsens herzustellen, denn diese zwar säkular praktizierte, aber eben doch trinitarische Überzeugung ist mittlerweile – oder vielleicht immer schon – gesellschaftlich keine Selbstverständlichkeit und konstituiert auch soziale Bewegung nicht (mehr?).

Für meine Vorstandsmüdigkeit letztlich ausschlaggebend war jedoch, daß der Beschluß zur politischen Akzentsetzung des Jahres 1992 von allen verschlafen wurde, mit denen ich ihn gerne hätte Wirklichkeit werden lassen. Es sollte kritisch Stellung bezogen werden, denn der neue Bundesgesundheitsminister rang gerade mit der Opposition und den Verbänden des Gesundheitswesens um ein neues Gesundheitsstrukturgesetz. Die PatientInnenverbände, die Selbsthilfe der Betroffenen haben hier selbstverständlich mitzureden. Was sollte sonst der politische Teil einer Selbsthilfe sein? Ich trug das Thema in allen Instanzen der D.A.H. umfangreich vor, besorgte die Gesetzesvorlagen und die oppositionellen Aufarbeitungen dazu, außerdem die Alternativforderungen des DGB, der Rheumaliga usw. Ich knüpfte Kontakte für eine Bündnis-Kommission in dieser Sache und führte das ganze Jahr über Einzelgespräche mit Abgeordneten von Regierung und Opposition. Als Geschäftsstelle des Bundesverbands hätte es dem Hause Nestorstraße 8-9, ab Herbst 1992 dann Diefenbachstraße 33, aus meiner Sicht gut angestanden, dieses zentrale Thema aufzugreifen und mit aller Konzentration zu unterstützen. Nach der Beschlußlage aller Gremien der D.A.H. hätte es dies auch tun müssen. Doch nahezu nichts geschah. Freilich gilt es stets, die alltägliche Arbeit gewissenhaft zu besorgen, die bestehenden Verpflichtungen zu erfüllen, den Haushalt sinnvoll in Projekte umzusetzen. Aber zu den Vorbereitungen auf die Internationale AIDS-Konferenz war diese Konzentration auf einmal möglich, Blitzlichtgewitter und globale Aufmerksamkeit waren angesagt...

Die Hauptaufgabe der AIDS-Hilfe ist für mich, eine wirksame Interessenvertretung der postfamilialen Menschen zu sein und eine Institution, die den Mängeln des Alleinelebens abhilft. Denn so schön eine Lustperspektive ohne die Belastungen der Fortpflanzung in fiten Zeiten ist, so häßlich kann Krankheit oder Alter einen schmerzhaften Strich durch die Rechnung ewiger Jugend und ungetrübten Genusses machen. Es gilt, die Rudimente postfamilialen Zusammenlebens zu stützen und neue Formen für eine Gemeinwesenperspektive zu entwickeln, ohne „Familie“ dabei madig zu machen. Vielmehr sollte sie einbezogen werden, auch in die Arbeit der AIDS-Hilfe, wo immer das möglich ist.

Weil die soziale Not weltweit zunimmt, muß AIDS-Hilfe eine Anwältin der Schwachen sein. Sie soll aufzeigen, daß speziell die Homo-„Gemeinde“ in eine reiche Manageretage und einen Kartoffelkeller verarmender Schamexistenzen zerfällt. Sie muß die Verfolgung der Junkies wirksamer bekämpfen als bisher. Denn wenn schwulen Männern nur ein Bruchteil dessen angetan würde, was auf den Bahnhofs-klos als schaurige Spitze eines Eisbergs juristisch zugefrohener Behördenherzen sichtbar wird, hätten wir längst die Rathäuser gestürmt...

HOLGER TEETZ

Mit Holger Teetz hat die Bundesgeschäftsstelle der D.A.H. eine schillernde Persönlichkeit verloren. Er war in Beruf und Privatleben kreativ und eigenwillig. Sein Aktivismus war unerschöpflich.

Nach dem Abitur kam Holger 1984 nach Berlin, um Wirtschaftswissenschaften zu studieren, seinen Lebensunterhalt verdiente er als Dressman. Aufgrund eines Interviews in „Cosmopolitan“ wurde Holger als Referent zu einem Seminar für männliche Prostitution eingeladen. Dadurch entstanden die ersten Kontakte zur D.A.H., bei der er im Januar 1988 in der Projektabrechnung zu arbeiten anfang. Kurz darauf wurde er Buchhalter. Daneben war er noch des öfteren als Referent auf D.A.H.-Seminaren. Seine umfangreichen Szenenerfahrungen waren für die Arbeit der D.A.H. wichtig. Doch es gab auch noch eine andere Seite in seinem Leben: Sekt und Sorbet! Er ging auf im Showbizz. Seine besondere Leidenschaft: der Fächertanz. Private Shows, Auftritte in Discotheken und im Theater des Westens, die Produktion eines eigenen Videos - all das tat er mit Engagement. Im Sommer 1989 verbrachte Holger vier Wochen in Indonesien. Voll von Eindrücken und neuen Plänen kehrte er zurück. Doch sein Gesundheitszustand verschlechterte sich allmählich: zerebrale Toxoplasmose. Ein schwerer Leidensweg begann. Am 29. Mai 1990, vier Wochen vor seinem 25. Geburtstag, verstarb Holger an den Folgen von AIDS.

AIDS-Hilfe hat sich „den“ Frauen geöffnet, und Frauen haben sie sich partiell genommen. Nach A folgt B: Frauen stellen die Hälfte der Bevölkerung und sind sehr unterschiedlich bei den Akzentsetzungen ihres Lebens (noch nicht mal die paar Schwulen sind ja irgendwie „gleich“). Es sollte aus meiner Sicht daher in der nächsten Zeit auch um spezifischere Auseinandersetzungsangebote für unterschiedliche Frauen gehen – auch in Fragen der Infektionsvermeidung.

AIDS-Hilfe sollte das strukturelle Arbeiten intensiv weiter entfalten. Dabei ist, entgegen dem immer parzellierenden Zeitgeist, das Betroffenenbündnis (von Homos, Junkies und Frauen), sowie das Zusammenhalten der drei Arbeitsebenen (Pflege, Positivenstabilisierung und Verhütungsbewußtsein) genau das richtige kritische Zeichen. So hinterfragt AIDS-Hilfe die „eigenen“ Single-Milieus, ob nicht „gemeinsam“ doch schöner wäre als „einsam“. So kommt sie gegenüber der Bundesregierung in die überzeugende Position, nicht nur Gruppeninteressen zu vertreten. So ist sie weltweit das einzige Beispiel für Gesundheitsförderung über Identitätsgrenzen hinaus inmitten einer identitätssüchtigen Menschheit.

Berichte

aus

Arbeitsschwerpunkten der AIDS-Hilfe

RAINER SCHILLING

Referent für schwule und bisexuelle Männer, Deutsche AIDS-Hilfe e.V.

Streetwork im Präventionskonzept für schwule Männer

Die Deutsche AIDS-Hilfe ist weltweit bekannt für ihre Schwulenplakate, Broschüren und Give-aways. Dennoch wissen wir, daß mit diesen Materialien allein unsere Präventionsziele nicht zu erreichen sind. Ohne interpersonale Kommunikation dürften selbst das aussagekräftigste Plakat und die didaktisch-methodeisch bestaufbereitete Broschüre nur kurzfristig wirken. Andersherum ausgedrückt: Wir wollen mit unseren Printmedien und Give-aways die personalkommunikative Arbeit der regionalen AIDS-Hilfen unterstützen.

Bei den personalkommunikativen Angeboten liegt uns besonders die aufsuchende Beratung am Herzen. Aufsuchende Beratung definiert die D.A.H. als Teil von Streetwork, wie auch Vor-Ort-Aktionen Teil von Streetwork sind. Außerdem gehört der Aufbau einer verlässlichen, längerfristigen Beziehung zwischen Streetworker und betrauter Szene zu den Merkmalen von Streetwork. Beim Aufbau von Kontakten in der Szene – sowohl zu Gästen wie auch zu Betreibern und Personal von Bars und Saunen – spielen Vor-Ort-Aktivitäten eine wichtige Rolle. Gelungene Aktionen fördern die Gesprächsbereitschaft und verbessern die Akzeptanz der AIDS-Hilfe-Arbeit, was wiederum die Arbeit des Streetworkers erleichtert.

Gleichfalls Teil von Streetwork ist die Vernetzung, nicht nur zu Fachleuten der jeweiligen AIDS-Hilfe, sondern auch zu anderen Institutionen, z.B. zu Sozialämtern. Der Streetworker wird im Einzelfall auch gefordert sein, schwule Lebensräume zu verteidigen, bzw. schwule Strukturen zu befördern. In den neuen Bundesländern setzt die Arbeit des Streetworkers oft schon beim Aufbau der Strukturen, bei der Schaffung schwuler Angebote ein.

Streetwork, wie sie heute in den Metropolen, aber auch in den schwulen „Provinzen“ erforderlich ist, vereint somit sämtliche Aspekte der „strukturellen Prävention“: Wissensvermittlung zur primären, sekundären und tertiären Prävention, Stärkung schwuler Identität, Verteidigung schwuler Lebensräume, Vernetzung, parteiliches Eintreten gegenüber Institutionen und Gesellschaft.

Möglichkeiten und Grenzen von Streetwork

Streetwork ist neben Information, Beratung und Betreuung ein zusätzliches Angebot für schwule und bisexuelle Männer auf dem Gebiet der AIDS-Prävention. Stärker als Printmedien oder Gesprächsangebote in AIDS-Hilfen und Beratungsstellen kann sie – den individuellen Bedürfnissen der Zielgruppe vor Ort entsprechend – spezielle Informationen zum Thema AIDS verbreiten und persönliche Unterstützung anbieten. Streetwork umfaßt personalkommunikative Angebote, die im direkten Kontakt mit der Zielgruppe das Thema AIDS in der aktuellen Diskussion halten.

Streetwork wirkt primärpräventiv.

Die Gesprächspartner des Streetworkers werden an die Bedrohung durch AIDS und die Notwendigkeit von Safer Sex erinnert und können von ihm Informationen zu Übertragungswegen und Schutzmöglichkeiten erhalten. Der Streetworker kann hilfreich sein, wenn der Gesprächspartner Schwierigkeiten dabei hat, seinen Vorsatz, Safer Sex zu praktizieren, auch in die Tat umzusetzen. Gegebenenfalls sind Schuldgefühle zu bearbeiten, die durch das Verhütungsdilemma entstehen können, welches bedeutet, „in der Situation abzuwägen zwischen Gesundheit und den Sexualtrieben, zwischen der bewußten Steuerung des Geschlechtsakts und dem mit der Sexualität verknüpften Selbstbild, zwischen dem Risiko der Ansteckung und dem der Einsamkeit“ (M. Pollack 1990).

Streetwork wirkt sekundärpräventiv.

Sie trägt dazu bei, daß ein positives Testergebnis oder eine AIDS-Erkrankung in der Szene ihr Stigma verliert und enttabuisiert wird. Betroffene können dadurch leichter mit Freunden und Bekannten, aber auch mit Fachleuten über ihre Situation sprechen. Dies kann erheblich zu ihrem subjektiven Wohlbefinden und einer objektiven Verbesserung ihrer Gesundheit beitragen. Informationen über Möglichkeiten der Vorbeugung und Behandlung werden leichter zugänglich; ein bewußter und eigenverantwortlicher Umgang mit der Infektion bzw. Erkrankung kann gefördert werden.

Streetwork wirkt tertiärpräventiv.

Im Bereich der Betreuung und Pflege können durch die Arbeit des Streetworkers psychosoziale, medizinische und pflegerische Hilfsangebote vermittelt werden. Für Freunde und Angehörige, die betreuende Aufgaben übernommen haben, kann der Streetworker entlastend tätig werden, was wiederum dem Betreuten zugutekommt.

Neben diesen eher individuellen Hilfsangeboten bietet Streetwork die Möglichkeit, auch auf kollektiver Ebene zur Verbesserung der Situation von Schwulen beizutragen und Angebote der Prävention, Beratung und Betreuung zu fördern. Durch den Aufbau von vielfältigen Kontakten innerhalb und die Zusammenarbeit mit Interessengruppen und Institutionen außerhalb der Szene kann der Streetworker ein Netzwerk aufbauen, das für die verschiedenen Bedürfnisse der Zielgruppe entsprechende Angebote bereitstellt. Er kann dadurch zur Entwicklung und Weiterführung von „struktureller Prävention“ entscheidend beitragen.

Trotz aller Möglichkeiten, die Streetwork bietet, wäre es falsch, wenn der Eindruck entstünde, daß diese Methode jeden erreiche und alle Themen und Probleme abdecke. Es wird immer Personen geben, die aus Scheu, Distanz oder mangelndem Interesse die Gesprächsangebote des Streetworkers nicht wahrnehmen. Streetwork muß daher als eine Methode unter anderen angesehen werden. Allerdings ist sie gerade bei bestimmten Gruppen von sogenannten Schwerverreichbaren, d.h. bei solchen Schwulen, die nicht zur AIDS-Hilfe kommen, die effektivste Methode: z.B. bei Schwulen aus sozial benachteiligten Schichten und Jugendlichen im Coming out.

Auch wenn der Streetworker von seiner gesamten Klientel angenommen würde, wäre er vom Zeitaufwand her nicht in der Lage, mit jedem Einzelgespräche zu führen. Dies bedeutet jedoch nicht mangelnde Effizienz. Streetwork kann hier als „Peer-involvement“-Arbeit betrachtet werden mit dem Ziel, einzelne aus der Bezugsgruppe zu Multiplikatoren heranzubilden, die dann ihrerseits wieder Informationen, Einstellungen und Verhaltensweisen an Freunde und Bekannte weitervermitteln können.

Darüber hinaus sind auch der konkreten Arbeit mit dem einzelnen Grenzen gesetzt. Die therapeutische Einzelbetreuung von Gesprächspartnern übersteigt in der Regel die Möglichkeiten von Streetwork. Hier muß sich der Streetworker davor hüten, Aufgaben zu übernehmen, die besser bei anderen Hilfseinrichtungen aufgehoben sind.

Es gibt Kritiker, die meinen, Streetwork für Schwule sei störend oder gar ungeeignet, z.B. weil die Grenzen von Streetwork als angemessener Methode schon „vor“ der schwulen Szene erreicht seien. Andere sehen im Streetworker gar den „Safer-Sex-Polizisten“ als Verfolger der Infektionskette, analog der seuchenrechtlichen Intervention der Gesundheitsämter. Richtig ist, daß der Streetworker viel Fingerspitzengefühl braucht und ausprobieren muß, was angenommen wird. Keinesfalls darf der Streetworker als Überwacher auftreten. Die Grenzen liegen unseres Erachtens aber nicht in der Methode, sondern im Inhalt.

Durch die Vielseitigkeit der Aufgabenbereiche von Streetwork besteht die Gefahr, daß der einzelne Streetworker sich in seiner Arbeit „verzettelt“; er will möglichst vielen seine Dienste anbieten und möglichst alle Probleme zugleich lösen. Wenn er dann keine „Sicherungen“ einbaut, kann er sich schnell überfordert und ausgelaugt fühlen. Verstärkt wird dieser Prozeß dadurch, daß – vor allem auf dem Gebiet der Primärprävention – Erfolge nicht unmittelbar sichtbar werden. Wer weiß schon, welche kurz- oder langfristigen Auswirkungen ein Beratungsgespräch hat? Wer kann beurteilen, was ein Informationsabend in der Bar bewirkt?

Der Streetworker muß zudem erkennen können, wann er seine Grenzen in bezug auf die Auseinandersetzung mit Themen wie Krankheit, Tod und Sexualität erreicht. Um „Burn-out“-Effekte zu vermeiden, muß die persönliche Belastbarkeit immer wieder reflektiert werden. Die Notwendigkeit der Einbindung von Streetworkern in einen Kollegenkreis mit der Möglichkeit gemeinsamer Reflexion und Supervision kann in diesem Zusammenhang nicht genug betont werden.

Probleme können auch dadurch entstehen, daß der Streetworker durch seine Arbeit in der Szene zur öffentlichen Person wird. Die Trennung zwischen Berufs- und Privatleben wird häufig aufgehoben, da sich Orte und Kontakte im beruflichen mit denen im privaten Bereich überschneiden. Der Streetworker gibt einen Gutteil seiner Privatsphäre zugunsten der Arbeit auf. Für die Beziehung des Streetworkers zu seinem Partner oder zu Freunden kann das belastend sein.

Schließlich beeinflußt Streetwork in der Schwulenszene auch die eigene Sexualität: die intensive Auseinandersetzung damit kann beim einen anregend wirken und neue Horizonte eröffnen; beim anderen kann sie auf die Dauer so abtumpfend wirken, daß die eigene Lust vergeht. Die Arbeit ermöglicht außerdem vielfältige Kontakte, die auch schon mal persönlicher werden als ursprünglich geplant. Ob dies im Einzelfall problematisch ist oder nicht, sei hier dahingestellt; dem Streetworker sollte dieser Aspekt seiner Arbeit jedoch bewußt sein.

EBERHARD FRIEDEMANN

Münchener AIDS-Hilfe e.V.

**„He, Du bist doch von der AIDS-Hilfe...“ –
Streetwork in der Schwulenszene**

Streetworker, Vorortarbeiter oder Ansprechpartner für direkte oder indirekte Belange im Zusammenhang mit HIV/AIDS, wie man es auch nennen will, es beschreibt eine sehr vielseitige Tätigkeit, betrifft sie doch Menschen mit unterschiedlichen Lebensgewohnheiten und in sehr verschiedenen Betroffenheitssituationen.

Ich selbst betrachte mich als Ansprechpartner für Betroffene und gleichermaßen als Betroffener. Und dies seit nunmehr bald 10 Jahren. Das hat mich geprägt.

Ich habe viel zu frühes und schnelles Altern von Freunden aus meiner Altersgruppe und von Jüngeren erlebt, deren Sterben und Tod. Aber ich habe auch eine bewußtere Lebensweise für mich entwickelt. All das ist Bestandteil meines Alltags und meiner Tätigkeit – außerhalb meines eigentlichen Berufes – in der Schwulengemeinde Münchens geworden.

Das heißt nicht, daß ich selbstverständlicher mit Krankheit, Sterben und Tod umgehen könnte. Ich bin nicht „cooler“ geworden. Wenn dies vielleicht bisweilen so scheint und von mir bewußt oder unbewußt als Selbstschutz aufgebaut wird – es ist auch Verdrängung der eigenen Gefühlswallungen, Mittel zum Zweck, Notwendigkeit zur Bewältigung der gegenwärtigen Situation.

Auch ich habe in der Vergangenheit Seelenabstürze gehabt, so manches Mal tränenlos geweint, mich auch offen mit Rotz und Wasser im Gesicht in die Arme eines Freundes fallenlassen. Es kommt die Frage hoch, wozu das alles, wofür tue ich das, braucht man mich denn überhaupt? Aber dann gibt es auch wieder Menschen/Freunde, die mir Auftrieb geben und mich zum Weitermachen motivieren.

Die Frage bleibt: Wie ist diese nebenberufliche Tätigkeit überhaupt auszuhalten? Ein gewisser Abstand ist unbedingt notwendig. Wie das konkret aussehen kann? Bei mir ist es die Forderung meines Körpers bis zu scheinbaren Belastungsgrenzen. Zum Beispiel bei ausgedehnten Bergtouren. Oder spirituelle Meditation, die Geist und Körper zur Ruhe und Disziplin bringt.

Wie hat das eigentlich alles angefangen?

Ich gehöre zu den Gründungsmitgliedern der Münchener AIDS-Hilfe. Einer unserer Leitgedanken war: Wir können und wollen nicht auf Hilfe warten, wir wollen und müssen jetzt selbst etwas tun. Wir waren nur wenige, hatten keine Räume, ja hatten fast nichts. Somit mußte anfangs fast jeder fast alles machen: Organisieren und Beraten aus den eigenen Wohnungen und über die eigenen Telefone. Wir trafen uns in Kneipen, erst in Hinterzimmern. Dann hielten wir unsere Zusammenkünfte bewußt offen in Kneipen ab, den Freizeiträumen

der Betroffenen. Aber die Betroffenheit war damals noch nicht so spürbar, nicht sichtbar. Sichtbar war sie nur durch uns, die wir in die Freizeiträume mit dem Thema AIDS eindringen. Wir versuchten das Thema aktuell zu machen, bevor es hautnah zu spüren war. Das war der Anfang: plötzlich ein ungewollter und ungeliebter Streetworker in der Schwulengemeinde zu sein. Streetworker gab es schon, doch in anderen Bereichen. Richtlinien für AIDS? Wie denn, woher auch?

Hinzu kamen die Probleme, ja Anfeindungen durch unsere angeblich so moralisch geprägte Gesellschaft und auch die mittlerweile rasch spür- und sichtbare Betroffenheit im Umfeld, im Freundeskreis. Der HIV-Antikörpertest wurde eingeführt, und es kam zum Streit um dessen Für und Wider.

Primärprävention war allenthalben angesagt, das hieß vor allem auch die Propagierung des Kondoms. Als Streetworker wollte man ja dazu beitragen, daß der Kondomgebrauch beim Sex selbstverständlich würde. Nichts lag ferner als die Verdrängung von Sexualität. Was zur Folge hatte, daß der Streetworker mit dem Verteilen von Kondomen der Anstiftung zur Unzucht bezichtigt wurde. Gott sei Dank ließen wir uns Schleichwege einfallen, denn unsere Primärprävention half nicht nur die Verbreitung von AIDS zu verringern, sondern hatte auch manch andere positive Begleiterscheinung – zum Beispiel den bewußteren Umgang mit den Sexualpartnern.

Später gab es in München eine regelrechte Arbeitsgruppe „Streetwork“. Die einzelnen Mitglieder betreuten jeder ein spezielles schwules Szenelokal; eine Kneipe, in welcher der Streetworker erwünscht ist, wo er sich im Umgang mit den Gästen wohlfühlt, wo er Gast unter Gästen ist und zugleich Verbindungsmann zwischen Kneipe (Wirt), Gästen und AIDS-Hilfe.

Anläßlich „200 Jahre Englischer Garten – Lust und Freude“ wurde die Idee geboren, in sommerlichen Vollmondnächten am Rumforddenkmal – wo man auch des Nachts flaniert – einen Tisch mit Infomaterial und Give aways aufzustellen. Dies findet seit Jahren regen Zuspruch.

Bei der Streetwork hat man meist nur kurze Begegnungen, denn der Ratsuchende wird nicht begleitet, sondern „nur“ mit den nötigen Informationen versorgt und eventuell an andere Stellen weiterverwiesen. Es bleibt das Bedürfnis, auch einmal ein Feedback zu erhalten. Dies war mit einer der Gründe, weshalb in München die „Streetworkerfaschingsbälle“ entstanden. Dort wird mit der Szene, in der man arbeitet, auch einmal gefeiert. Dort kann ich auch zeigen, ich bin Teil der Szene und nicht von ihr abgehoben. Ich will, muß dabei sein – auch im „Darkroom“. Ich will nicht ausgegrenzt sein. Es hat mich verletzt, daß ich manchmal fast argwöhnisch beobachtet wurde, wenn ich derartige Plätze aufsuchte; daß andere diese Plätze verließen oder mich stehen ließen, weil ich als Ehrenamtler der AIDS-Hilfe erkannt wurde. Nun, mit der Zeit lernt man auch damit umzugehen.

Gegen Ende der achtziger Jahre organisierten die Münchner Streetworker bei einem Oktoberfesttreffen den ersten Workshop für die Vertreter der Lederclubs. Der erste Give-away-Beutel wurde damals verteilt, selbsteingetütet und mit Kugelschreiber, Postkarte, Feuerzeug und entsprechendem Begleitschreiben.

Werden heute Feste gefeiert, ob die Mannheimer Sommerspiele „COQ“ oder die jährlichen „Motor Bike Runs“ der Lederclubs, jeder weiß, die dafür hergestellten T-Shirts sind keine Ersatzmedizin gegen Kaposi. Aber sie sind Bewußtseinsaufheller, längst über die Primärprävention hinaus. Heute sind andere Din-

ge aktueller: Sozialprobleme, die indirekt mit der Krankheit verbunden sind. Füreinander dasein, diese Idee hat gegriffen und trägt sich weiter, auch wenn diese Feste nicht nur Feiern um des Feierns willen bedeuten, sondern ebenso für diejenigen da sind, die uns etwas gegeben haben und beim nächsten Mal vielleicht nicht mehr dabei sein können. Die Erinnerung an die fröhlichen Stunden wird damit zur „Medizin“.

Wie gestaltet sich meine Streetwork heute?

Einmal in der Woche besuche ich zwei/drei Szenekneipen, halte dort intensiven Kontakt zu Wirt, Bartender und Gästen und bin somit als Ansprechpartner der AIDS-Hilfe bekannt. Ich stelle sicher, daß in diesen Lokalen das nötige Infomaterial ausliegt, gebe Sammelbüchsen ab und je nach Bedarf auch Give-aways. Manchmal spricht mich an diesen Abenden jemand mit einem drängenden persönlichen Problem an. Es bedarf einiges Fingerspitzengefühls, damit in einem Lokal umzugehen.

Viele wissen mich auch andernorts und zu anderer Zeit zu erreichen und anläßlich von sozialen Problemen, die nicht nur und nicht immer mit AIDS zu tun haben. Wer will sich anmaßen, Grenzen zu setzen und zu entscheiden, ob Situationen direkt oder indirekt im Zusammenhang mit AIDS stehen. Wer will wissen, ob da jemand durch den Verlust des Partners zum Alkohol kam? Selbst wenn ich innerlich überzeugt wäre, da ist ein Problem, das nichts mit AIDS zu tun hat, würde ich dennoch versuchen, behilflich zu sein.

Aufgrund dieser Arbeit und meiner Kontakte war es mir ein besonderes Anliegen, eine Arbeitsgruppe der organisierten deutschsprachigen Lederclubs zu etablieren. Sie sollten und konnten keine AIDS-Spezialisten werden. Deshalb gibt es auch die AIDS- und Sozialbeauftragten, die nunmehr zu einer festen Institution mit mehrmaligen Treffen im Jahr geworden sind.

Wenn sich dies weiterträgt, war's – denke ich – nicht umsonst, und ich war gar nicht so einsam. Durch diese Arbeit hatte ich wohl keine längere Partnerbeziehung, doch ich hatte eine große schwule Familie. Ich denke dabei an Klaus, Ian, Billa, Karl-Georg, Beat, Celia, Christian und viele andere.

Ihr wart Freunde mit Verständnis auch für Fehler anderer.

MATTHIAS SCHMIDT

BASIS-Projekt Hamburg

Leben und arbeiten mit Strichern – das BASIS-Projekt in Hamburg

Straßensozialarbeit zur „AIDS-Prävention bei männlichen Prostituierten und deren Kundschaft“ – diese abstrakte Zielvorgabe begleitet die mittlerweile siebenjährige Geschichte des BASIS-Projekts e.V. in Hamburg-St. Georg. Die direkt im Hauptbahnhofsviertel gelegene Einrichtung begann ihre Arbeit 1986 als Projekt der Schwulen- und Lesbenberatungsstelle INTERVENTION e.V. Getreu der Erkenntnis, daß die Aufklärung über die Infektionswege und die Bekämpfung von AIDS nur dann langfristig erfolgreich sein können, wenn die Arbeit zielgruppenorientiert ist, erkundeten StreetworkerInnen die Hamburger Prostitutionsszene. Der Name BASIS beschreibt als Kurzwort zugleich den Inhalt der Arbeit mit einer von offizieller Seite nur schwer erreichbaren Gruppe: Beratung und aufsuchende Straßensozialarbeit in St. Georg/St. Pauli.

Die Kontaktaufnahme mit Strichern und mit Freiern geschah von Anfang an auf zwei Ebenen:

- Betreuung und Beratung der Jugendlichen in der Anlaufstelle und
- Besuche der MitarbeiterInnen vor Ort, d.h. auf dem Hauptbahnhof, auf der Straße, in Kneipen und Clubs.

Die Hinwendung zur Szene, die Einrichtung einer niedrigschwelligen Beratungsstelle und die Akzeptanz der Lebenszusammenhänge von Strichern durch die StreetworkerInnen erwiesen sich schnell als ein „Stich ins Wespennest“ – aus der schwer faßbaren Zielgruppe „männliche Prostituierte“ wurden bald Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene, die sich mehr oder weniger regelmäßig prostituieren, die aber vordringlich eine Reihe teils immenser psychosozialer Schwierigkeiten aufweisen:

- kaputte Familienverhältnisse,
- Heimkarrieren,
- fehlende Ausbildung,
- Drogenkonsum,
- Obdachlosigkeit,
- gesundheitliche Probleme.

Ganz schnell stellte sich heraus, daß die Arbeit mit Strichern weit mehr bedeutet als die Beschäftigung mit einem gesellschaftlich geächteten und verdrängten Bereich menschlicher Sexualität. Die Betreuung machte vor allem eine breite Vernetzung unserer Einrichtung mit solchen der Jugend- und Drogenhilfe wie auch eine ständige Erweiterung unseres Beratungs- und Versorgungsangebots erforderlich.

So konnte 1990 zunächst in Hamburg-St. Georg, 1992 dann in Hamburg-Altona jeweils eine Übernachtungseinrichtung für Stricher mit insgesamt 10 Plätzen eröffnet werden. Um den unterschiedlichen Bedürfnissen der jünge-

Ängste und Wünsche diskutiert werden können. Manchmal sind erst nach Jahren – und viele Jugendliche kommen seit Jahren – Veränderungen zu erkennen, die etwas mit einem selbstbestimmteren Leben oder mehr Eigenverantwortung zu tun haben. Vieles davon, was in den Räumen der Anlaufstelle geleistet wird, kann man daher auch „Beziehungsarbeit“ nennen, denn das, was wir den Jugendlichen auf der Informationsebene erzählen können, haben etliche schon von einer ganzen Schar anderer Betreuer gehört.

Ein momentan großes und in Zukunft sich verstärkendes Problem ist die wachsende Zahl von HIV-positiv-getesteten und an AIDS-erkrankten Klienten. Hier ist oft ganz intensive Einzelbetreuung notwendig, sowohl bei der Bewältigung eines positiven Testergebnisses, als auch bei der Unterstützung der Betroffenen im Alltag – ganz zu schweigen von Besuchen oder Sterbebegleitung bei langjährig bekannten, mittlerweile erkrankten Jungs. Dies erfordert Austausch mit ambulanten Pflegediensten und anderen in der AIDS-Arbeit tätigen Einrichtungen, mehr Zeit und Kraft unsererseits und eine erneute Anpassung unserer Arbeitsorganisation.

Hinzu kommt ein immer größer werdender Teil von i.v.-drogenkonsumierenden Strichern, der mittlerweile mehr als die Hälfte aller Besucher unserer Einrichtung ausmacht. Durch die Vertreibung der Drogenszene vom Hansaplatz in St. Georg ist der Hauptumschlagplatz für Drogen aller Art nunmehr der Hauptbahnhof. Trotz intensiver Zusammenarbeit mit Hamburger Drogeneinrichtungen erfordert das Organisieren bzw. das Warten auf die viel zu wenigen Entzugs- und Therapieplätze oft intensive Betreuungsarbeit.

4. Freizeit

Freizeit, das klingt erst einmal merkwürdig für Außenstehende, manchmal auch für die Jungs selber – eigentlich geht ja keiner so richtig arbeiten und freie Zeit kann man sich doch wohl auch am Bahnhof nehmen. Wenn man sich aber womöglich den ganzen Tag „die Beine in den Bauch“ gestanden hat, sowieso außer für Drogen oder Spielautomaten kein Geld hat, braucht man vielleicht schon einmal einen Tritt oder ein lukratives Angebot, sich mal was anderes als die Szene zu gönnen. So bietet der lange Montagabend immer die Gelegenheit, gemeinsam einen Film anzuschauen, womöglich hinterher noch darüber zu reden. Ziemliches Interesse finden Filme, die etwas mit starken, entschlußkräftigen, heterosexuellen Übermännern zu tun haben (Rambo, van Damme, Schwarzenegger) oder im Gegenteil Filme, die sich auch annäherungsweise mit dem Thema Homo- bzw. Bisexualität, Prostitution und AIDS auseinandersetzen. Hier – wie bei vielen anderen Gelegenheiten – zeigt sich, daß die Stricher keine homogene Gruppe sind und daß die Unsicherheit bei einzelnen Jugendlichen über die eigene sexuelle Orientierung oft beträchtlich ist. Sofern es der Alltag zuläßt, wird aus der Anlaufstelle heraus wöchentlich ein weiterer Kino- sowie ein Sportnachmittag angeboten. Bei gutem Wetter kann daraus eine Rad- oder Bootstour oder ein Gang in die Eisdielen werden. Mehrmals im Jahr veranstalten wir Parties oder besuchen Discos oder Veranstaltungen, zumeist in der Schwulenszene. Durch Spendengelder oder auch durch behördliche Unterstützung können wir zweimal im Jahr einwöchige Reisen durchführen. In Gruppen von bis zu 8 Personen (gleiche Anzahl BetreuerInnen wie Jugendliche) fahren wir meistens in irgendwelche ruhige Gegenden an Nord- und Ostsee. Dieses Kon-

trastprogramm zum alltäglichen Szeneleben ist nicht nur für die drogenabhängigen Stricher eine echte Herausforderung. Für die einen ist es eine der seltenen Gelegenheiten auszuprobieren, ein paar Tage drogenfrei bzw. substituiert zu leben; aber auch für die anderen Jungs ist die ungewohnte Nähe untereinander und zu den MitarbeiterInnen ein ziemlich aufregendes Erlebnis. Einzelkämpfertum in der Szene und plötzlich erforderlicher Gruppengeist im dänischen Ferienhaus passen nicht so recht zueinander. Dementsprechend häufig knallen im wahrsten Sinne des Wortes die einzelnen Interessen aufeinander. Aber für fast alle sind die in diesem Zusammenhang gemachten Erfahrungen letztlich sehr spannend, und viele sehen ihre Situation nach fünf Tagen frischer Luft etwas klarer.

Das sogenannte integrative Modell der Anlaufstelle – d.h. keine Gruppe von Strichern soll ausgegrenzt werden, extrem niedrigschwelliges Angebot zur Versorgung und akzeptierende Sozialarbeit – ist für Klienten und MitarbeiterInnen anstrengend, ermöglicht aber auch andere Formen des Umgangs der Jungs untereinander. Hackordnungen vom Bahnhof oder Profilierungsversuche auf Kosten anderer lassen sich hier nur begrenzt inszenieren. Rauhe und unverblümete Kommentare aus der Gruppe oder von den MitarbeiterInnen erinnern hier jede ziemlich schnell wieder an die eigene Realität.

„Wer ist mit Einkaufen dran?“ – Die Übernachtungsstellen

Die KollegInnen aus den Übernachtungsstellen arbeiten eng mit uns fünf StreetworkerInnen zusammen. Die zehn Schlafplätze werden täglich neu in der Anlaufstelle vergeben. Für durchreisende und obdachlose Jungs besteht so die Möglichkeit, unbürokratisch und vor allem kostenlos ein Dach über den Kopf zu bekommen. Daneben gibt es auch eine ganze Reihe von Jugendlichen, die es in den Obdachlosenunterkünften der Stadt bzw. Sozialamtshotels nicht mehr aushalten. Andere Stricher möchten Abhängigkeiten von Freiern vermeiden und kümmern sich immer wieder mal um ein Bett. Die Krisenwohnungen werden nur tagsüber betreut. Um die Übernachtungsstellen nicht schnell wieder wegen Unbewohnbarkeit schließen zu müssen, aber auch um jedem Jugendlichen dort ein gewisses Maß an Ruhe anbieten zu können, müssen Regeln eingehalten werden:

1. Kein Besuch (nicht von Freiern oder Dealern),
2. keine Drogen (d.h. auch kein Alkohol).

Verbote von Diebstahl oder Büroaufbrüchen verstehen sich von selbst.

Jeder, der bereit ist, sich an diese Regeln zu halten und an der Alltagsorganisation (einkaufen, kochen, putzen) zu beteiligen, kann maximal drei Monate unterkommen. Dabei steht es den Jungs frei, diese Zeit als Gelegenheit zu mehr Ruhe und Struktur im Alltag zu nutzen oder von dort aus Zukunftspläne zu schmieden. Regelverstöße haben allerdings unweigerlich einen Rauschmiß zur Folge. Trotzdem kann sich jeder Jugendliche nach einer bestimmten Zeit um Wiederaufnahme bemühen.

„Einer geht noch rein“ – Streetwork

Fast alle MitarbeiterInnen der Anlaufstelle besuchen regelmäßig abends und nachts Stricherneipen der beiden Hamburger Rotlichtviertel, sowie mehrmals in der Woche den Hauptbahnhof. Es ist unmöglich, mit den Jugendlichen zu ar-

beiten, sich über ihre Belange und ihren Alltag zu unterhalten, ohne sozusagen hautnah die sich häufig verändernden Bedingungen in der Szene mitzubekommen. Dabei ist eine regelmäßige Anwesenheit vor Ort besonders wichtig, denn trotz jahrelanger Kleinarbeit ist die Skepsis gegenüber einer Einrichtung, die von außen in eine Szene mit eigenen Gesetzen eindringt, bei vielen Strichern, Freiern oder auch Kneipenwirten immer wieder zu spüren. Sind wir „Zivilbulle“, die den Bahnhof säubern wollen? Sind wir vielleicht von der Behörde und somit der verlängerte Arm der Staatsanwaltschaft? Melden wir minderjährige Stricher?

Aber selbst wohlmeinende SozialarbeiterInnen könnten aus Versehen dem Stricher am Bahnhof das Geschäft vermasseln oder am Tresen womöglich über AIDS reden und dadurch den Umsatz verderben. Manche Jungs reagieren versichert auf unsere Gegenwart, manche Wirte sehen uns lieber saufen (siehe Überschrift), als mit den Jugendlichen über Dinge hinter den Kulissen zu reden. Aber am Bahnhof wie auch in den Kneipen und Puffs treffen wir Jungs, die sich tagsüber bei uns aufhalten; über sie lernen wir wieder neue Gesichter kennen. Manchmal verteilen wir einfach unsere Visitenkarten oder weisen kurz auf unsere Angebote hin. Bei den Wirten sind wir mittlerweile als regelmäßige Kondomlieferanten geschätzt und reden auch schon mal was Persönliches.

Fingerspitzengefühl ist unbedingt notwendig. Dazu gehört erst einmal die Bereitschaft, die Regeln in der Szene zu akzeptieren und durch Offenheit gegenüber fast allen zu zeigen, daß Solidarität mit den Jungs nicht automatisch Ablehnung derjenigen heißt, die sie sich mieten oder mit der Szene ihr ganz „normales“ Geschäft machen.

Bei dieser Streetwork kommen wir mit Jugendlichen in Kontakt, die von sich aus – entweder aus Schüchternheit oder einfach aus mangelndem Interesse – nie unsere Einrichtung aufsuchen würden. Wir haben kein Interesse, jeden Winkel der Subkultur auszuleuchten. Die Breite der Hilfsangebote und die unterschiedlichen „Ausstrahlungen“ von uns als StreetworkerInnen sind jedenfalls die Brücke, um möglichst viele Jugendliche auf uns aufmerksam zu machen.

„Ich gehe ja kaum noch ackern“ – Die „männlichen Prostituierten“

Dieser Satz gehört mit zu den am meisten gesagten in unseren Räumen. Das Bild vom schmutzigen, halbkriminellen, oder schlimmer noch: schwulen Geschäft haben auch die Besucher der Anlaufstelle in den Köpfen. Die Befürchtung ist groß, nicht als individuelle Person, die ganz eigene Beweggründe fürs Anschaffen hat, wahrgenommen zu werden. *Den* Stricher gibt es nicht. Das Bild vom Jugendlichen oder jung erwachsenen Mann, der anschafft, setzt sich zusammen aus zahllosen Einzelpersönlichkeiten, die gerade mal gemeinsam haben, daß sie mehr oder weniger bereitwillig, mehr oder weniger geschickt und selbstbewußt sexuelle, vielleicht auch emotionale Dienstleistungen anbieten. Gemeinsam ist ihnen noch ihr junges Alter, je jünger, umso erfolgreicher. Spätestens ab einem Alter von 25 Jahren hat kaum noch einer von ihnen auf dem „freien Markt“ eine Chance.

Die Motive, anschaffen zu gehen, sind fast ebenso unterschiedlich wie die Jungs selbst und haben oft nur sehr wenig mit ihrer sexuellen Orientierung zu tun. Die wenigsten würden sich als schwul bezeichnen; nur ein geringer Pro-

zentsatz identifiziert sich selbst als Stricher. Ein Großteil der Stricher kann sich nur schwer in sexuelle Kategorien einordnen, manche lehnen diese Schubladen bewußt ab. Um die Unterschiedlichkeit der Gründe, anschaffen zu gehen, zu verdeutlichen, hier ein paar einzelne Beispiele:

- der 18-jährige Mark, seit fünf Jahren heroinabhängig, versteht sich selbst als Hetero und geht ackern, um seinen Drogenkonsum zu finanzieren. Ohne vorher einen Joint geraucht oder sich einen Druck gesetzt zu haben, hält er seinen Job aber nur schwer aus. Scham und Ekel, Wut auf sich selbst und auf den Bahnhofsfreier, der den Preis womöglich noch herunterhandeln will, lassen sich nüchtern kaum ertragen. Deswegen haut er im Hotelzimmer auch schon mal zu, nimmt sich das Geld, von dem er glaubt, daß es ihm zusteht. Mittlerweise geht er lieber „Brüche machen“, auch weil er mit seiner zunehmenden körperlichen Verelendung kaum mehr Freier bekommt. Ohne seinen ebenfalls drogenabhängigen Bruder, der seit einem halben Jahr eine Therapie macht, fühlt er sich orientierungslos und nimmt zusätzlich noch Schlaftabletten. Zweimal wollte er es seinem Bruder nachmachen; aber „Labertherapie“ kommt für ihn nicht in Frage. In Zusammenarbeit mit seinem Bewährungshelfer und Drogenhilfeeinrichtungen versuchen wir seine eigene Motivation zu stärken, aus dem Teufelskreis herauszubrechen und den zu befürchtenden Gang in den Knast zu vermeiden.

- Kurt ist gerade mal 15 Jahre alt, sieht aber aus wie 18. Er kehrte seiner Rostocker Plattenbausiedlung den Rücken – das abgepackelte Vietnamesenwohnheim ist in Sichtweite der elterlichen Wohnung. Konflikte mit Jugendlichen eskalierten, auch seine ersten Freier konnten ihm die von seinen Eltern vorenthaltene Zuwendung nicht ersetzen. „Ossis sind sowieso Scheiße“ – im Westen will er neu anfangen, mit neuem Selbstbewußtsein, ohne seine Vergangenheit. Er wird wütend, wenn er sich als Klient oder Stricher behandelt fühlt, vielmehr will er in Hamburg irgendwann heiraten, Kinder kriegen und eine Segelyacht auf der Alster haben. Bis dahin sucht er nach Beziehungen, rastlos und hartnäckig. „Magst Du mich eigentlich?“ fragt er die BetreuerInnen fast täglich, und nach jedem „Ja“ guckt er ein wenig ungläubig; ein „Nein“ scheint er eher zu erwarten. Er verbringt seine Wochenenden in den „High-Society“-Vierteln Hamburgs: „Das sind meine Freunde“. Er macht es dort für einen Spottpreis, wenn er dafür nur mal im geilen Sportwagen mitfahren darf. Seine Kollegen beschimpfen ihn, schließlich macht er ihnen die Preise kaputt. Als sie ihm lachend erzählen, daß sie sich ebenso gut in der „Alstervilla“ auskennen wie er, ist das für ihn ein ungeheurer Frust; aber auch wieder eine neue Gelegenheit, mit uns über seine Sehnsüchte zu sprechen.

Wir haben Kurt über ein Jahr begleitet. Mehrere Elternbesuche, zahllose Kontakte mit Jugendämtern und viele Gespräche mit dem nervös zappeligen Hip-Hop-Tänzer waren letztlich ausschlaggebend für eine etwas realistischere Einschätzung seiner Chancen und Möglichkeiten. Seit kurzer Zeit wohnt Kurt in einer Jugendwohnung und will erst einmal die Hauptschule zu Ende machen. Seine Freunde will er von dort aus weiter besuchen. Seine Eltern konnte er beim letzten Besuch zum ersten Mal in seine eigene Wohnung im Westen einladen.

- Fred ist 27 Jahre alt und weiß seit etwa sieben Jahren, daß er positiv ist.

Er hat einen unbändigen Lebenswillen, genießt die Szene in vollen Zügen und setzt sich gerne lautstark und polternd mit Behörden und Autoritäten auseinander. So streitet er sich mit dem Sozialamt über die besonders für HIV-Positive viel zu niedrige Sozialhilfe.

Er ist ein alter Hase in unserer Anlaufstelle und hat viele Sprüche von neuen Klienten schon hundertmal gehört. Daß er HIV-positiv ist, erzählt er ohne Umschweife, daß er schwul ist und auf S/M steht, sowieso. Der Laden, in dem er lange geackert hat, warf ihn irgendwann raus. Klare Positionen und Offenheit verderben das Geschäft. Zuletzt überlegte sich Fred die Gründung einer Stricher-Selbsthilfegruppe, wofür er bei uns um ideelle und finanzielle Unterstützung nachfragte.

Drei Beispiele, die sowohl Grenzen als auch Möglichkeiten unserer Arbeit ein Stück weit verdeutlichen. Anschaffengehen ist für die allermeisten Jungs, die das BASIS-Projekt aufsuchen, keine Entscheidung, die unabhängig von ihrer – meist selbst als bitter empfundenen – Vergangenheit getroffen worden ist. Das Erleben von Macht und Kontrolle kann jeder erst einmal verdammt gut gebrauchen, der sonst eher das Gefühl des Ausgeliefertseins kennengelernt hat.

In jedem Fall aber macht die Verlockung der schnellen Mark die Prostitution zu einem annehmbaren Weg, sich jeden Tag neu durchzuschlagen. Unabhängig davon spielt für nicht wenige Jungs beim Ackern das Gefühl nach Bestätigung, sexueller Lust und Risiko eine große Rolle, was zu einer Stärkung des Selbstbewußtseins innerhalb oder außerhalb der Szene oder zu dem Wunsch nach Professionalisierung führen kann.

Unser Ziel ist es nicht, die Jugendlichen auf einen sozialpädagogisch als richtig erkannten Weg zu bringen, sie zum Ausstieg aus der Szene zu bewegen oder bürgerliche Tugenden in den letzten Winkel der Subkultur zu tragen. Zu Recht würde unter diesen Umständen kein Stricher zu uns kommen (schließlich gibt es in unseren Kellerwohnungen noch so etwas wie einen subversiven Zusammenhalt oder einfach ein Gemeinschaftsgefühl derer, die sich teilweise mit viel Geschick und Kreativität durch die Tücken des Alltags schlängeln!).

Was wir versuchen ist, die Jugendlichen sowohl solidarisch als auch kritisch zu begleiten, damit sie ihre Sexualität und somit ihr Leben selbstbestimmter und mit mehr Einflußmöglichkeiten gestalten können, ganz gleich für welche Lebensform, für welche Sexualität sie sich entscheiden. Nur so kann AIDS-Prävention erfolgreich sein.

Die Chancen dafür werden allerdings eher schlechter als besser. Soziale Verelendung immer größerer Kreise der Bevölkerung, gesellschaftliche Verdrängungsmechanismen und die Kriminalisierung der Drogen- und Prostitutionsszene machen neben sozialpädagogischen Angeboten auch politisches Handeln dringend erforderlich.

ROLF BÖSCHE, HORST-M. MURKEN

JES Bremen

Zum Beispiel JES Bremen

JES – ein solidarisches Bündnis von Junkies, Ex-Junkies und Substituierten – wurde im Juni 1989 anlässlich eines Seminars der Deutschen AIDS-Hilfe in Hamburg gegründet. In diesem überregionalen Selbsthilfenetzwerk sind heute über 40 örtliche Selbsthilfegruppen zusammengeschlossen, deren Arbeit von der D.A.H.-Bundesgeschäftsstelle aus koordiniert wird. Seit 1991 führen die JES-Initiativen eigene Seminare durch. Diese von der D.A.H. finanzierten Treffen sind Grundlage der Selbsthilfe.

Im Bereich des Drogenkonsums ist JES ein wichtiger Baustein der Gesundheitsförderung. Hier werden Wissen und Erfahrungen ehemals und aktuell drogengebrauchender Menschen gebündelt und in konkrete Forderungen gegossen. Beharrlichkeit gegenüber der staatlichen Drogen- und Gesundheitspolitik hat bereits Erfolge gezeitigt: bei der HIV-Prävention, bei der Ausweitung der Methadonprogramme, der Schaffung menschenwürdiger Lebensbedingungen für DrogenkonsumentInnen. Nicht zu vergessen: Durch Fortbildungen, bundesweite Veröffentlichungen und in Zusammenarbeit mit Ärzten und Apothekern hat JES 1991/92 in einigen Regionen Deutschlands die Ersatzmittelbehandlung mit Kodein durchsetzen können. Sie stellt für viele Heroinabhängige, die keinen Zugang zu Methadonprogrammen haben, eine legale Ausweichmöglichkeit dar. Die Vorteile von Kodein: weniger HIV- und andere Infektionen, weil es oral eingenommen wird; bessere medizinische Versorgung und kein Beschaffungszwang, weil es vom Arzt verschrieben wird. In etlichen Städten stellen kodeinsubstituierte Männer und Frauen bereits einen beachtlichen Teil des JES-Selbsthilfepotentials.

Zur Geschichte: JES Bremen ist in diesem Jahr drei Jahre alt geworden. Begonnen hat alles im Frühjahr 1990. Damals initiierte ein Mitarbeiter der „Kommunalen Drogenpolitik“ im Wohnprojekt für obdachlose Junkies ein erstes Treffen von Leuten, die sich für das Thema JES interessierten. Es kamen relativ viele: cleane Mitarbeiter des Wohnprojekts, ein Großteil der Bewohner, einige Substituierte. Aus diesem Kreis bildete sich eine Gruppe von 16 Junkies und 3 Substituierten, die sich eine Woche später erneut zusammenfand, um den Selbsthilfegedanken noch eingehender zu diskutieren. Dieses zweite Treffen wurde zur Geburtsstunde von JES Bremen. Für uns war klar, daß unser „Kind“ den Namen JES bekommen soll: Die politischen Forderungen der 1989 aus der Taufe gehobenen Bundesinitiative fanden unsere volle Zustimmung. JES Bremen ist in sehr kurzer Zeit seinen Kinderschuhen entwachsen und ist heute ein Selbsthilfeverein mit einer Reihe professioneller Angebote. Offizieller Träger des Vereins war die „Kommunale Drogenpolitik“, die damit auch die Verantwortung für die uns zugeteilten öffentlichen Mittel übernommen hatte. Seit April 1992 ist JES Bremen ein ge-

Darüber hinaus können wir eine Reinigungskraft fürs Café auf 520-DM-Basis beschäftigen, sowie 1 bis 2 Teilzeit-/Honorarkräfte im Rahmen des EMP.

Massive Anregung zur Selbsthilfe ist das Hauptanliegen von JES Bremen. Auf das Café bezogen heißt das, daß für seine Nutzer nicht schon von vornherein ein komplettes Freizeitangebot bereitgehalten wird. Vielmehr sollen sie sich selber überlegen, wo ihre Interessen liegen. Erst bei der Umsetzung ihrer Ideen wird der Verein aktiv, indem er zum Beispiel die hierfür nötigen Mittel beantragt. Gleichzeitig haben JES-Leute Gelegenheit, ihr Wissen und Können im Rahmen von Freizeitkursen weiterzugeben.

Angebot Beratung

Seit Februar 1992 bietet JES Bremen in seinem Büro Beratung an. Hierfür erhält der Verein allerdings keine Mittel. In den ersten sechs Monaten waren wöchentlich an fünf Tagen jeweils sechs Beratungsstunden angesetzt. Aufgrund personeller Engpässe mußte JES das Angebot auf drei Tage mit jeweils drei Beratungsstunden reduzieren. Die Arbeit wird nach wie vor von drei Hauptamtlichen geleistet. Sie umfaßt Einzelgespräche, Vermittlung von Kodein-Substitution, Begleitung bei Behördengängen und Krisenintervention.

Das Beratungsangebot ist – dem Namen JES entsprechend – für Junkies, Ex-Junkies und Substituierte. Etwa 80% der Nutzer sind aktiv Drogengebraucher, 18% sind Substituierte. Unter den restlichen 2% befinden sich unter anderem Eltern von Betroffenen. Thema Nr. eins bei der Beratung aktiver Junkies ist die Substitution mit Kodein, entweder nur für die Zeit des Entzugs oder als längerfristiges Ersatzmittel.

Im Frühjahr 1992 hat JES einen Bremer Apotheker für die Herstellung des Kodeinsafts zu Substitutionszwecken gewinnen können. Eine Arztpraxis hat hierfür einen weiteren Apotheker ausfindig gemacht. Nach vielen vergeblichen Versuchen hatte JES dann einen Arzt für die Kodeinsubstitution gefunden. Seine Bedingung: JES muß die Betreuung der Substituierten übernehmen. JES war dazu bereit. Mit diesen Personen sind gute, aber auch schlechte Erfahrungen gemacht worden. Mit dem Saft kommen nicht alle klar, vor allem die nicht, die gleichzeitig noch ein Medikamentenproblem haben. Hier erfüllt die Substitution kaum ihren Zweck. JES hat festgestellt: Zur Basisversorgung ist Kodein nicht geeignet; es ist aber für manche eine brauchbare Alternative zu Methadon, nicht zuletzt wegen der repressiven Verschreibungsordnung bei BtMG-pflichtigen Mitteln.

Der Einsatz von JES hat sich gelohnt: Immer mehr Ärzte sind bereit, Kodein zu verschreiben. Die Zahl der Apotheken, die den Saft herstellen, ist angestiegen. In Bremen ist er mittlerweile so gut eingeführt, daß sich JES jetzt langsam aus der Kodeinvermittlung herausziehen und anderen Aufgaben widmen kann.

Angebot Selbsthilfegruppen

Seit Januar 1992 ist JES Bremen in der Knastarbeit aktiv. Zur Zeit gibt es allerdings wegen Personalmangels keine Angebote. In Kürze werden wieder gezielte Aktivitäten für Männer und Frauen aufgenommen.

Seit Bestehen des Vereins gibt es bei JES pro Woche eine Selbsthilfegruppe, die als Plenum dient. Auch Leute aus dem Knast bekommen vermehrt Ausgang, um an diesem Plenum teilnehmen zu können. Hinzugekommen ist eine speziel-

le Gesprächsgruppe für Leute, denen vor allem am Austausch und weniger an politischer Arbeit gelegen ist. Eine Frauen- und eine Positivengruppe werden noch 1993 ihre Arbeit beginnen. Für die geplante Eltern-Kind-Gruppe – große Nachfrage! – konnten noch keine geeigneten Räume gefunden werden. An den JES-Selbsthilfegruppen können alle, also akut konsumierende wie auch substituierte und ehemalige DrogengebraucherInnen teilnehmen.

Kooperation mit anderen Institutionen

Sofern es den Betroffenen dient, kooperiert JES grundsätzlich mit allen Einrichtungen der Drogenhilfe – egal ob diese mit akzeptierendem Ansatz oder Abstinenzanspruch arbeiten. JES Bremen ist inzwischen soweit anerkannt, daß andere Vereine Klienten an JES weitervermitteln, wie JES das umgekehrt in gleicher Weise tut. Wenn es Probleme gibt, dann meist aufgrund mangelnder persönlicher Akzeptanz bei einzelnen Mitarbeitern. JES-Leute sind für manche Sozialarbeiter eben Junkies – was zunächst gar nichts Schlimmes ist. Nur: für sie ist Junkie sein gleichbedeutend mit Unfähigkeit – und das lassen sie einen spüren.

Von den Bremer Behörden gibt es erstaunlicherweise fast nur Positives zu berichten. Seit 1993 erhält JES Bremen zusätzlich zu den Sachmitteln auch Personalmittel – ein überaus wichtiger Punkt. Denn solche Mittel bekommen nur Vereine, die professionell arbeiten und Leistung anbieten. Bei den Behörden dürfte JES Bremen somit als kompetente Einrichtung im Drogenhilfesystem anerkannt sein. Das ist ein großer Erfolg, bekommt JES dadurch doch die Chance, die Angebote des Vereins erheblich zu erweitern. JES kann so noch mehr Hilfe geben als bisher – von Betroffenen für Betroffene.

Man könnte nun argumentieren, daß öffentliche Mittel Maulkorbfunktion haben. Das trifft im Falle von JES Bremen nicht zu. Auf politischer, sozialer und gesundheitlicher Ebene macht die Gruppe das, was sie für richtig hält. So war zum Beispiel der Senator für Gesundheit zunächst gar nicht angetan von der Idee, den Kodeinsaft einzuführen. Heute schlägt er selber vor, den Saft doch ganz offiziell zu machen, ihn als anerkanntes, von der Krankenkasse bezahltes Substitutionsmittel an bestimmte Leute auszugeben. Auch wenn JES politisch oftmals aneckt, so ist doch bemerkenswert, wie weit die Arbeit einer Junkie-Organisation von den Behörden akzeptiert und geschätzt wird.

TOM HANDTMANN

AIDS-Hilfe Pforzheim

Knast und AIDS im Ländle

HIV-Selbsthilfegruppe in der JVA Heimsheim/Baden-Württemberg

Bananen gehören bekanntlich zur Gattung der Südfrüchte, und Bananen aus Nicht-EG-Ländern werden inzwischen mit höheren Zöllen versehen. Mittels Bananen kann auch anderweitig diskriminiert werden, doch dazu später. Vielmehr geht es um Junk, Knast und AIDS – Leben an der Grenze also.

Junk – meist begann es mit literarisch verwertbaren Kindheitsgeschichten, krummen Lebenslinien und daraus resultierend dem tiefen Wunsch nach Geborgenheit, Zigaretten, Alkohol, ein bißchen Haschisch; und dann stand ES an, das besser als ein Orgasmus sein soll oder einfach unbeschreiblich bleibt. Besser als ein Orgasmus – darüber sollte man einmal tiefer nachdenken. Selbst habe ich es nie probiert, doch ein guter Freund hat sich mit Henry (Heroin) und Charly (Kokain) und den anderen eingelassen. Drogenexperimente würde er machen, hat er damals vor 11 Jahren immer gesagt, heute erfüllt er wegen eines chronischen Leberschadens die NUB-Richtlinien.

Junk, die Kehrseite: Abhängigkeit, Sucht, die Angst vor dem Entzug; langsamer, als mancher denkt, in einen Strudel hineingeraten. Der Sog ist stark. Was bisher das Leben ausgemacht hat, verliert an Bedeutung, da Heroin so vieles, das Menschen sich wünschen, in sich zu vereinigen scheint und zusätzlich das Moment der Beschaffung in den Vordergrund tritt. Ein weiteres Problem ist die Zunahme von HIV-Infektionen bei Junkies in den letzten 12 Jahren.

Mancher Fixer wird aufgegriffen, vor Gericht wegen Verstoßes gegen das BtmG und/oder Beschaffungskriminalität verurteilt und „fährt ein“. „Im Vollzug der Freiheitstrafe soll der Gefangene befähigt werden, künftig in sozialer Verantwortung ein Leben ohne Straftaten zu führen.“ (Strafvollzugsgesetz § 2). „Hier muß man sich zudröhnen, damit es einen nicht so angreift, damit man es aushält und man die Dinge wieder lockerer sehen kann“ (Michael, BtmG-Verurteilung, z. Zt. JVA Heimsheim, Mitglied in der HIV-Selbsthilfegruppe).

Michael ist einer von zur Zeit sechs Mitgliedern der Gruppe, die sich einmal in der Woche mit dem katholischen Seelsorger und mir, einem AIDS-Hilfe-Mitarbeiter, trifft. Nicht jeder Positive in der Anstalt geht dorthin, weil er sich damit auch exponiert, weil es ein Coming out bedeuten würde. Vor Jahren, als die Gruppe sich im damaligen Ludwigsburger Knast gegründet hatte, gab es noch Hermann, der sagte: „Ich bin positiv, und wen es stört, der soll es mir sagen.“ Solche Typen wie Hermann gibt es kaum noch, und in einer HIV-Gruppe läßt sich das Infiziertsein nun mal nicht verdrängen. Die Mitglieder der Selbsthilfegruppe sind überwiegend Langzeitdrogenabhängige, sogenannte Altfixer, von denen sich die meisten vor etwa sechs bis acht Jahren infiziert haben;

sie sind größtenteils im AIDS-Vorfeld oder schon erkrankt. Die medizinische Behandlung erfolgt überwiegend vollzugsintern, d.h. die Gefangenen haben keine freie Arztwahl. So wird öfter als draußen eine sinnvolle Behandlung abgelehnt, da kein tragfähiges Arzt-Patient-Verhältnis besteht, und in der Gruppe tauchen viele Fragen zu Krankheitsbildern, Prophylaxe- und Behandlungsmöglichkeiten auf.

Heimsheim (Baujahr 1990) ist die modernste Vollzugsanstalt in Baden-Württemberg. Ursprünglich als Transportknast gedacht, liegt sie in der Nähe der Autobahnausfahrt zwischen Stuttgart und Pforzheim, versteckt auf einer Anhöhe außerhalb der Ortschaft wie ein Psychiatrisches Landeskrankenhaus vor der Psychiatrie-Enquête. Noch während der Bauphase wurde umdisponiert, Heimsheim ist nun ein Kurzstrafenknast, inzwischen überbelegt, die U-Haft kam noch hinzu. Besucher ohne Pkw haben es schwer: der Ort Heimsheim hat keinen Bahnhof, der Bus fährt nur in großen Abständen und auch dann nicht bis zur JVA. Schafft man es dennoch bis zur Anstalt, fällt sofort auf, wie groß Sicherheit dort geschrieben wird: Videoüberwachung schon auf der Außenanlage, die Außenwache ist mit Einwegscheiben versehen. Drinnen dann die üblichen Rituale mit Personen- und Taschenkontrollen und dem altbekannten Schleusensystem. Die Gefängnismauer wird momentan durch einen zusätzlichen Zaun und Stacheldraht erhöht. Trotz alledem gelingt es immer wieder einmal einem Gefangenen auszubüchsen, und vieles, was nicht in den Knast hinein dürfte, findet den Weg in die Zellen.

Viele Gefangene sind gerade „stier“, es gibt Stoff zur Genüge, ausnahmsweise sogar ausreichend Spritzen; was fehlt, ist Geld oder Gold. Manch einer ist hoch verschuldet und muß befürchten, daß die Schuld eingetrieben wird. Bei Zellenkontrollen werden auch schon einmal 2.000 Mark gefunden; zwei über-eifrige Bedienstete haben neulich sogar Vitaminpillen und Retrovir beschlagnahmt. Die AIDS-Hilfen (und nicht nur sie) fordern seit Jahren Spritzenvergabe im Knast oder zumindest eine leicht zugängliche Substitution. Das Landesministerium für Justiz bestreitet jedoch eine erhöhte Infektionsgefahr durch Needle-sharing im Knast.

Wer sich keinen Junk leisten kann, belagert mit allen möglichen Argumenten den Arzt, um wenigstens Valium zu erhalten. Die Stimmung ist aufgeladen, unruhig, auch in der Gruppe. Michael spricht mit schwerer Zunge, er ist seit Jahren infiziert, aber noch gesund, anders als Pietro, dem gerade ein Gnadenerweis versagt wurde. „Rein“ medizinisch betrachtet befindet er sich im Stadium IV C 2 nach CDC, Helferzellzahl unter 100, Zustand nach einer Pcp und anderen opportunistischen Infektionen. Wenn man ihn jedoch von Woche zu Woche sieht, so scheint er zu schwinden, nicht nur körperlich. Er zieht sich mehr und mehr in sich zurück und nimmt kaum noch Anteil an Geschehnissen, die sich um ihn herum ereignen. Draußen würde er substituiert werden, und ein Platz in einem Wohnprojekt ist für ihn reserviert. Aus ärztlicher Sicht wird seine Entlassung empfohlen, sogar das Sozialministerium hat einen Gnadenerweis befürwortet. Doch entschieden wird im Justizministerium nach Aktenlage. Ein frühe-res Gnadengesuch war positiv beschieden worden, aber danach ist Pietro wieder „eingefahren“. Wir versuchen nun, wenigstens eine Strafunterbrechung zu erreichen, damit Pietro sein Leben nicht im Vollzugskrankenhaus Hohenasperg, auch Tränenberg genannt, beenden muß.

KARL-GEORG CRUSE

Karl-Georg war einer der Gründerväter der AIDS-Hilfe. Im Januar 1984 rief er als Vertreter des Vereins für sexuelle Gleichberechtigung (VSG) mit einigen anderen engagierten schwulen Männern die Münchener AIDS-Hilfe ins Leben, deren Vorsitzender er bis Januar 1986 war. Sein couragiertes öffentliches Auftreten, sein engagierter Kampf gegen AIDS und die Folgen sind in München unvergessen. Auch bundesweit ist er vielen in dankbarer Erinnerung, vor allem als Vorstand der D.A.H. und als Schwulenreferent der Bundesgeschäftsstelle in Berlin.

Karl-Georgs letzter großer öffentlicher Auftritt war anlässlich des Aktionstags am 9. Juli 1988 in Frankfurt/Main, an dem die D.A.H. zur Solidarität der Uneinsichtigen aufgerufen hatte. Dort sagte er:

„Ich bin ein Unbelehrbarer. Niemand kann mich lehren, daß Schwule nicht schwul sein dürfen, daß Lesben nicht lesbisch sein dürfen, daß Prostituierte ehrlos sind, daß Fixer und Fixerinnen nicht leben wollen. Und ich will nicht lernen, daß bitterste Not der Asylsuchenden uns nicht verpflichtet, ihnen vorbehaltlos zu helfen.

Ich bin uneinsichtig. Ich will nicht einsehen, daß die von mir mitgestaltete Gesellschaft nicht fähig ist, ihre Angst vor Menschen mit HIV und Menschen mit AIDS zu überwinden. Ich bin ein Desperado, ein Verzweifelter. Ich verzweifle an allen, die ganze Menschengruppen als Unbelehrbare, Uneinsichtige und Desperados verurteilen, statt offen, sorgend und stützend auf ihre Mitmenschen zuzugehen.“

Karl-Georg starb im April 1990 an den Folgen von AIDS.

Für viele Positive im Knast ist die doppelte Belastung der lebensbedrohlichen Erkrankung und des Freiheitsentzugs nur schwer zu ertragen und sie birgt die Gefahr einer doppelten Stigmatisierung. So kam es z.B. vor, daß eine als Vitaminzulage gedachte Banane groß mit den Buchstaben „HIV“ versehen war. HIV-infizierte Gefangene kommen grundsätzlich in eine Einzelzelle. Bei der Verlegung in eine Gemeinschaftszelle müssen die Zellengenossen unterschreiben, daß ihnen die Infektion bekannt ist und sie keine Einwendungen gegen die Zusammenlegung haben.

Die HIV-Gruppe gibt die Möglichkeit, sich über AIDS und den Knastalltag auszutauschen und zu erleben, daß man mit seiner Situation nicht allein ist. Unsere Aufgabe ist es, diesen Prozeß anzuregen und zu begleiten.

CLAUDIA FISCHER

Frauenbeauftragte der Deutschen AIDS-Hilfe e.V.

Mit Geduld und Spucke – Frauen und AIDS-Hilfe

Die nun zehnjährige AIDS-Hilfe kann als eine Antwort schwuler Männer auf die damals beginnende AIDS-Krise verstanden werden. Allzuoft und nur allzugerne wird jedoch übersehen, daß von Anfang an Frauen mit von der Partie waren: Sie standen den Schwulen solidarisch zur Seite und waren konstruktiv am Aufbau von AIDS-Hilfe beteiligt. Sie taten und tun das zum einen als mittelbar Betroffene – als Freundinnen, Schwestern oder Mütter –, zum andern als professionelle Helferinnen.

Letzteres wird gerne ins Lächerliche gezogen. Da ist unter anderem von „Schwulenmuttis“ und „Helferinnensyndrom“ die Rede. Übersehen, wenn nicht gar bewußt übertüncht wird hier, daß AIDS-Hilfe nie ausschließlich Selbsthilfe war, sondern sehr schnell ein professionelles Beratungs- und Betreuungsangebot entwickelte. Auf weibliches Engagement konnte hierbei gar nicht verzichtet werden – sind es doch vor allem die Frauen, die soziale Berufe ergreifen. Da zu damaliger Zeit überwiegend Männer von AIDS betroffen waren, arbeiteten Frauen also für Männer. Frauen bieten Unterstützung: Das ist heroisch – und vor allem klassisch selbstverständlich. Das Miteinander von Männern und Frauen funktionierte – wen wundert's? – dementsprechend reibungslos.

Der Beitritt der Junkies in die „schwule Domäne“ verlief nicht gerade konfliktfrei. Unterschwellig gibt es auch heute noch Animositäten, aber immerhin folgte aus der Einsicht in die Notwendigkeit die Kooperation. Das Zweierbündnis stand, und es war männerdominiert. Trotz der Tatsache, daß es auch Junkies weiblichen Geschlechts gibt und diese mit spezifisch weiblichen Problemen zu kämpfen haben, wurde auf ihre Situation nicht angemessen reagiert. Salopp gesagt: Sie fielen schlichtweg unter den Tisch.

Der Zeitpunkt, an dem die Frauen anfangen, ihre Interessen zu artikulieren, kann im Jahr 1990 angesiedelt werden. Das hatte mit der immer stärker gewordenen Präsenz infizierter Frauen in den AIDS-Hilfen zu tun und damit, daß sie für sich keine passenden Angebote vorfanden. Um so vehementer wurden diese nun eingefordert. Unterstützt wurden die Frauen von Mitarbeiterinnen der AIDS-Hilfen, die frauenspezifisch und frauenpolitisch arbeiten wollten. Sie waren sich darin einig: AIDS-Hilfe müsse auch ein Ort für Frauen sein. War's nun die Angst vor weiblicher Übermacht oder Verständnislosigkeit gegenüber weiblichen Problemen – jedenfalls war das Thema Frauen überaus klärungsbedürftig. Eine Frauenfachkommission wurde ins Leben gerufen. Diese tischte nach langer Arbeit auf, was den meisten ohnehin längst klar war: Es fehlt an frauenspezifischem aller Art und allerorts, es gibt weder Printmedien noch Workshops oder Interessenvertretung.

Es gab also jede Menge Nachholbedarf. Unklar war bis dato der Umfang des Angebotsspektrums für Frauen. Sollte es flächendeckend sein, also für

Mädchen und Ehefrauen wie auch für Drogengebraucherinnen, Prostituierte und promisk lebende Frauen? Sollte es auch noch spezielle Angebote für infizierte Frauen geben? Ebenso unklar war, was die Erweiterung des „Zweierbündnisses“ zu einer „Dreierallianz“ an Veränderungen für die AIDS-Hilfen bedeutete. Hilflosigkeit, Abwehr und Abneigung gehörten zur Tagesordnung – das „ungeliebte Kind“ hielt aber dennoch Einzug in die AIDS-Hilfe.

Im vergangenen Jahr entstanden aufgrund starken weiblichen Engagements die Strukturen eines nationalen Netzwerks für und von Frauen mit HIV und AIDS. Vieles ist dadurch möglich geworden: der niedrighschwellige Zugang zu Beratungsangeboten, interessen geleitete Workshops unterschiedlicher Couleur, das kontinuierliche Aufmerksammachen auf die Situation HIV-positiver und erkrankter Frauen und das Einleiten gezielter Schritte zur Verbesserung. Auch auf internationaler Ebene wurde vernetzt. Ein Ergebnis solcher Kooperation war die II. Internationale Vorkonferenz für Frauen mit HIV und AIDS, die vom 1. bis 4. Juni 1993 in Hamburg stattfand. Damit erhielt die „International Community of Women“ auch ein deutsches Standbein.

Ständige Diskussionen haben im Laufe der Monate dazu geführt, daß man(n) das ungeliebte Kind schließlich als Schwester akzeptierte. Die Bedeutung frauenspezifischer Arbeit hat – durch störrisches Insistieren – endlich Anerkennung gefunden. Dank konstruktiver Auseinandersetzung wird die D.A.H. im nächsten Jahr ihr Angebot für infizierte Frauen erweitern und auch primärpräventiv arbeiten können, und zwar im Hinblick auf hochriskierte Frauen. Als solche definieren wir die Partnerinnen von drogengebrauchenden und bisexuellen Männern.

Das Konzept der strukturellen Prävention ist damit auch im Frauenbereich wirksam geworden, wodurch die Daseinsberechtigung weiblicher Interessen in AIDS-Hilfe zementiert wird. Klar, es wird nie zu einer innigen Geschwisterliebe kommen. Es ist eher die Vernunft, die das Verhältnis bestimmt. Mit starken Nerven, einer gehörigen Portion Geduld und Hartnäckigkeit werden wir unser Familienleben gestalten und zusammenbleiben, bis daß der Tod uns scheidet.

DR. MED. MATTHIAS WIENOLD

Leiter des Referats Medizin und Gesundheitspolitik der Deutschen AIDS-Hilfe e.V. von 1990 bis 1993

Medizin, Forschung und Betroffene

Die Möglichkeiten der Medizin waren in den ersten Jahren der HIV/AIDS-Epidemie neben dem – sehr fragwürdigen – Diagnoseinstrument Test äußerst dürftig. Es gab keine überzeugenden Therapieangebote für die Behandlung von AIDS. Zwar hatte man in der Diagnose einiger opportunistischer Infektionen durchaus Fortschritte erzielt. Bis etwa 1986 konnte jedoch von Prophylaxe oder Therapien gegen HIV noch keine Rede sein.

Obwohl also die Medizin ihre Unzulänglichkeit in therapeutischen Fragen erwiesen hatte, waren es doch vor allem MedizinerInnen und WissenschaftlerInnen, die die Auseinandersetzung um AIDS öffentlichkeitswirksam dominierten. Sie behandelten dabei das Problem AIDS nur allzu oft unter dem Gesichtspunkt der Schadensbegrenzung durch die Unterbrechung von Infektionsketten (sprich Isolierungsmaßnahmen gegen die Betroffenen, undifferenzierte Ansätze der Kondomisierung, Verbieten und Vermeiden) oder der Übertreibung (sprich Hysterisierung, Horrorprognosen). Ansätze eines an der Lebenssituation der Menschen mit HIV/AIDS ausgerichteten Umgangs der Medizin mit AIDS waren nur aus den USA zu vermelden.

Während sich in der Bundesrepublik Deutschland die Forschung zu HIV/AIDS auf das Virus selbst bezog – hier wurden beispielsweise hervorragende Arbeiten zur Morphologie des Virus geleistet – dümpelte die klinische Forschung vor sich hin. Es ist beschämend, welche Zeit Kliniker und klinisch forschende Ärzte damit verbrachten, sich über die Prävention und Epidemiologie von HIV/AIDS zu streiten, während sie gleichzeitig nicht in der Lage waren, sich auch nur ansatzweise ein genaues Bild von der Anzahl der von ihnen betreuten Patienten zu machen. Gerade der offene Austausch von Erfahrungen wäre Grundlage einer gemeinsamen Strategieplanung gewesen. So hatten auch die meisten Versorgungszentren und -einrichtungen keine Chance, ihre Erfahrungen auf einer soliden Grundlage zu diskutieren. In eindrücklicher Erinnerung ist noch der Wettstreit um die farbenprächtigsten Fotografien von dramatischen Krankheitsmanifestationen, der zugleich die Erfahrung im Umgang mit AIDS vermitteln sollte.

Behandlung und ärztliches Handeln waren vollständig individualisiert. Ohne bestehende Standards entzogen sie sich gleichzeitig der Diskussion mit den Patienten wie auch der mit den Kollegen. Die Menschen mit HIV und AIDS wurden in der Opferrolle fixiert. Die Bildung von „Schulen“ wurde gefördert. Unrühmliche Beispiele sind die Auseinandersetzung um die sogenannte „Frankfurter Definition“ und in jüngster Zeit auch die kaum zu glaubende Vielfalt der Ansichten zur Primärprophylaxe der Toxoplasmose. Der Glaube herrschte vor, ein Zentrum müsse nur groß genug sein, dann könne man in der Therapieentwicklung alles von ihm erwarten. Auch waren die Patientenzahlen in den vorgeleg-

ten klinischen Studien so klein, daß sie eine kritische Diskussion der Ergebnisse geradezu ausschlossen.

1988 platzte in diese Situation plötzlich und nahezu unvermittelt die Nachricht von einem Medikament, das eine deutlich verbesserte Prognose der AIDS-Erkrankung bringen sollte. Der Glaube war groß, allein es fehlte die Erfahrung. Streit hie und da war die Folge. Statt sich ernsthaft mit den Fragen der Patienten und ihrer Selbsthilfeorganisation auseinanderzusetzen, erfolgte meist die lapidare Antwort: „Das müssen Sie mir schon glauben!“

Einen Einbruch erfuhr diese Haltung erst 1989, als durch die Veröffentlichung von Ergebnissen zur Prophylaxe der *Pneumocystis carinii* Pneumonie (PcP) offenbar wurde, daß nicht unbedingt ein großer universitärer Apparat die besseren Ergebnisse bringt. Die Studien, die zur Entwicklung der Inhalationsprophylaxe mit Pentamidin führten, waren nämlich nicht von den Mammutapparaten der amerikanischen Universitäten durchgeführt worden. Ein Zusammenschluß aus niedergelassenen Ärzten hatte sich der Frage offen gestellt. Das vorrangige Problem der Behandlung war nämlich die PcP und deshalb wurde auch die Entscheidung gefällt, eine prophylaktische Strategie zu entwickeln – ein Gedankengang, der in seinem Erfolg veranschaulicht, wie sehr pragmatisches Vorgehen die Bedeutsamkeit des Ergebnisses bedingt. Die Ärzte, die diese Studie durchführten, waren keine Forscher, d.h. sie standen vor dem Hintergrund des US-amerikanischen Haftungsrechts unter einem viel stärkeren Druck, ihre Patienten umfassend zu informieren. Vermutlich ist es diesem Rechtfertigungsdruck geschuldet, daß sie erstmalig in der Entwicklung von Therapien bei AIDS die Betroffenen an dem gesamten Studienvorhaben beteiligten. Aus dieser Nähe von Therapeuten und Therapierten resultiert eine Forschung, die unter der Bezeichnung „Community based Research“ – verdeutsch als „betroffennahe Forschung“ – bekannt geworden ist.

Nachdem zunächst eine Welle der Hysterie über die Bundesrepublik geschwappt war, hatten sich die Wogen diesbezüglich mittlerweile etwas geglättet. Die Diskriminierung der Betroffenen dagegen nahm nicht ab. Hatten viele erhofft, die Tatsache der Erkrankung und des Todes würde über kurz oder lang Anteilnahme und Sympathie für die Betroffenen erwecken, wurden sie eines Schlechteren belehrt. So vollzog etwa die bayerische Staatsregierung 1987 einen Schritt, der bleibende Schäden bei den Betroffenen (hier: zusätzlich zu den Menschen mit HIV und AIDS auch die sich riskierenden Menschen) hinterlassen sollte. Der Eingriff des bayerischen Staates, der vermittelt, daß, wer sich mit HIV infiziert, schlecht, gefährlich und auszugrenzen sei, verhinderte einen offenen Umgang mit der HIV-Infektion. Er stellte so hohe Hürden vor das Akzeptieren der eigenen Infektion, daß es kaum verwundert, wenn Menschen mit HIV und AIDS eher trostbedürftig wurden, als sich offensiv mit ihrer Situation auseinanderzusetzen. Auch die Reaktionen außerhalb Bayerns bestätigten eher die Opferrolle, als daß sie sie aufbrechen konnten – Emanzipation hin oder her. Gauweilers Aktivitäten ist deshalb die gleiche Wirkung zuzuschreiben, wie sie den Ansichten Peter Duesbergs (er verfißt die These, daß HIV nicht die Ursache von AIDS sei) entspringt: an Stelle der Realität wird eine Scheinwelt aufgebaut, die den Nichtbetroffenen Sicherheit und Führung suggeriert.

Die Veränderung von einem ungleichen, hierarchischen zu einem eher partnerschaftlichen Verhältnis zwischen Medizin und Betroffenen hat auf mehreren Wegen begonnen. Immer mehr Menschen mit HIV/AIDS wissen selber gut über Verlauf, Symptome und Therapiemöglichkeiten Bescheid. Expertenwissen liegt nicht allein auf Seiten der Mediziner. Die Deutsche AIDS-Hilfe als betroffenennahe Organisation trägt zu diesem Qualifizierungsprozeß wesentlich bei. Sie liefert Informationen über die neuesten medizinischen Erkenntnisse, informiert über die Rechte von Patienten und weist auf psychosoziale Unterstützungsangebote hin. Sie nutzt dazu gedruckte Medien ebenso wie Fortbildungsveranstaltungen, Seminare und Workshops. Sie bietet häufig den Rahmen für den Erfahrungsaustausch in Selbsthilfegruppen, der Kompetenz und Selbstbewußtsein erhöht.

Auf der anderen Seite informieren sich immer mehr Ärzte und medizinisches Personal über die Probleme, Wünsche und Bedürfnisse der Menschen mit HIV/AIDS insbesondere aus den Hauptbetroffenengruppen. Das umfaßt nicht nur medizinische, sondern auch psychische, soziale und politische Fragen. Auch hier stellt das Angebot der AIDS-Hilfe an spezifischem gedruckten Material und an Fortbildung ein Mittel der Sensibilisierung und der sozialen Qualifizierung dar.

Auch auf der institutionellen Ebene schließen sich Menschen mit HIV/AIDS zunehmend zusammen, um ihre Beteiligung an den etablierten Aushandlungs- und Entscheidungsprozessen in der Medizin und Gesundheitspolitik durchzusetzen. Das betrifft die Forschung über neue Heilmittel genauso wie den Pflegebereich, internationale AIDS-Konferenzen ebenso wie Parlamentsausschüsse. „Bitte haben Sie noch etwas Geduld“, kommt aber immer noch zu häufig als Antwort auf die Frage nach der Entwicklung entscheidender therapeutischer Konzepte. „Bitte haben Sie noch etwas Geduld“, diese Bitte zeugt von der Distanz der klinischen Forschung zu den Bedürfnissen der Betroffenen und der durch AIDS Bedrohten.

Modelle der Betroffenenbeteiligung in klinischer Forschung

Bislang hat die deutsche klinische Forschung trotz international guter Erfahrungen auf eine Einbindung von Menschen mit HIV und AIDS fast durchgängig verzichtet. Wir stellen hier verschiedene Modelle vor, wie eine erfolgversprechende Beteiligung Betroffener aus der Sicht der AIDS-Hilfe aussehen könnte.

Protokoll-Berater/in

In der Planungsphase einer Studie sollte ein Protokoll-Berater die Belange der Menschen mit HIV und AIDS vor allem zur Beantwortung folgender Fragen sinnvoll einbringen:

- Mit welchen Hoffnungen ist die Studie verbunden?
- Wer möchte an der Studie teilnehmen?
- Welche Betroffenenengruppe gilt es besonders zu berücksichtigen?
- Ist der Sprachgebrauch der Patientenaufklärung verständlich?
- Gibt es irrationale Ausschlusskriterien?
- Ist das Studienziel akzeptabel?
- Kann mit Unterstützung von der Betroffenenseite gerechnet werden?

HANS-GEORG FLOß

Hans-Georg Floß starb am 7. Januar 1993 in Hamburg an den Folgen von AIDS. Noch einige Monate zuvor, im Oktober 1992, hatte er über 400 Freunde und Bekannte zu einem großen Fest eingeladen. Sein 40. Geburtstag war für ihn Anlaß, sein Leben zu feiern und Geld zu sammeln für die Hamburger Hospizbewegung „Leuchtfener“. Die Geschichte der Hamburger AIDS-Hilfe ist untrennbar mit dem Namen Hans-Georg Floß verbunden. Zuvor hatte er sich in den achtziger Jahren ehrenamtlich dafür eingesetzt, daß im Magnus-Hirschfeld-Zentrum regelmäßig Sexualberatung stattfinden konnte.

Hans-Georg war ein politischer Kopf. Er setzte sich mit aller Kraft dafür ein, daß Schwule durch die Krankheit nicht erneut in die Defensive geraten. Auch nach seinem Rückzug aus der Hamburger AIDS-Hilfe beschäftigte er sich weiter mit AIDS-Politik und Beratung; er arbeitete an einem Forschungsprojekt der Uni Hannover und übernahm eine befristete Stelle als Leiter des Referats Psychosoziales der Deutschen AIDS-Hilfe in Berlin. Bis zuletzt war er für andere da, wollte, wie er sagte, „sich einmischen, damit nicht noch mehr unter die Räder kommen“.

Text nach Petra Lehnert

Idealerweise handelt es sich bei dem Protokoll-Berater um einen offen HIV-positiven Mitarbeiter in der die Studie planenden Institution. Dies erscheint als Arbeitsverhältnis vor allem in größeren Institutionen realisierbar. Durch die Schaffung einer geeigneten zweiten Beratungsebene wird man auch der eventuell selektiven Wahrnehmung des Protokoll-Beraters gerecht.

Protokoll-Seminar

Relativ kosteneffektiv können auch kleinere Institutionen und Organisationen einen aus Menschen mit HIV und AIDS bestehenden Beraterstab etablieren. Die Erfahrung zeigt, daß selbst innerhalb eines Wochenendes durch geeignete pädagogische Methoden aus interessierten Laien fundierte BeraterInnen werden können. Protokolle können einer solchen Gruppe zur Beratung unter folgenden Gesichtspunkten vorgelegt werden: Akzeptanz, Interesse, Zugänglichkeit, strukturelle Erfordernisse der Studien-durchführung, Kommunikation und Lebensqualität.

Interprofessionelle Beratergruppe

Neben den Initiatoren einer Studie sollte es zusätzlich Experten geben, die den Realitätsgehalt der Studienhypothesen beurteilen. Nach Abschluß des Protokollentwurfs und vor der Etablierung einer Studie sollten deshalb regelmäßig Beratergremien eingeladen und befragt werden. In dieser Phase der Studienvorbereitung sind umfangreiche und intensive Diskussionen erforderlich. Wichtige Aspekte der Umsetzbarkeit einer Studie können nur von den potentiellen Teilnehmern eingebracht werden. Im Vergleich zu den Protokollseminaren wird hier die Umsetzung der Studie unmittelbar vorbereitet. Innerhalb ei-

ner interprofessionellen Beratergruppe kann ein Katalog der Rechte der Studienteilnehmer erarbeitet werden.

Beratung durch Repräsentanten aus den Betroffenenengruppen („community representatives“)

Während des Studienverlaufs können Gerüchte und Legenden die Beteiligung drastisch reduzieren. Hiergegen kann nur eine vorbehaltlose Offenheit und die Schaffung von Informationsstrukturen außerhalb der Arzt-Patienten-Beziehung wirken. Auf vertraulicher Ebene sollten einzelne Teilnehmer der Studie, die über Kontakte zu anderen Studienteilnehmern verfügen, von den Studienleitern systematisch konsultiert werden. Ein von diesen Interessenvertretern erstellter Rundbrief kann sinnvoll sein. Sie sind auch in die aktuellen Beratungen während des Studienverlaufs einzubinden. Alarmierende Meldungen oder gar Studienabbruch sollten unbedingt konsultativ vorbereitet werden.

Fokusgruppen

Eine Möglichkeit, die Stimmungslage in der Studienpopulation aufzuzeigen oder Änderungen in der Studienakzeptanz zu untersuchen, liegt darin, ausgewählte Studienteilnehmer in regelmäßigen Abständen in Gruppensitzungen zu konsultieren.

Studienparlament

Ebenso wie in der parlamentarischen Struktur der direkten Demokratie können hier die wissenschaftlichen Berater, Ärzte und Sponsoren einer Studie studienrelevante Themen mit den Studienteilnehmern beraten. Studienparlamente können in regelmäßigen (vierteljährlichen) Abständen von Beginn der Studie an einberufen werden. Sie können neben der offenen persönlichen Diskussion zur Bildung einer „Studiengemeinde“ beitragen. Insbesondere bei innovativen, langlebigen oder psychosoziale Fragen betreffenden Studien empfiehlt sich diese Form der Betroffenenbeteiligung.

Beteiligung studienrelevanter Medien

Bei der Veröffentlichung von Studienergebnissen ergeben sich im Beratungsnetz der AIDS-Beratungsstellen oft Informationsdefizite. Die vertrauliche Vorabinformation von Beratungsstellen und Menschen mit Multiplikatorfunktion hilft Verwirrung zu vermeiden. Die alleinige Nutzung der Laienpresse für die Veröffentlichung vorläufiger Ergebnisse ist hochgradig kontraproduktiv und dem Ansehen der Studienleitung abträglich.

Neben den Strukturen der Konsultation und Information kann die Betroffenenbeteiligung sinnvoll durch weitere strukturelle Maßnahmen verbessert werden, beispielsweise Kinderbetreuung, Substitution in der Studie, kostenlose Verabreichung der Anti-Baby-Pille, kostenlose Versorgung mit Kondomen, Erstattung von Wegegeldern, individuelle Ergebnismitteilung vor offiziellem Studienende (bei Plazebo-Studien nach Öffnen des Codes), Garantie der kostenlosen Weiterbehandlung mit der Studientherapie nach Studienende, falls nicht schwerwiegende Wirkungen entgegenstehen, sowie Vorabinformation vor Veröffentlichung.

BEATE STEVEN

Pflegebeauftragte der Deutschen AIDS-Hilfe e.V.

Pflegestandards und Qualitätssicherung

AIDS-Hilfen in Deutschland verstehen sich als Service-Organisationen und als Interessenvertreter auch und gerade von Menschen mit AIDS. Mit dem Problem der ambulanten Pflege von Menschen mit AIDS wurden AIDS-Hilfen deshalb zunehmend konfrontiert, weil es viele ambulante Pflegedienste ablehnten, Menschen mit AIDS zu betreuen – oder weil sie die Pflege in einer unwürdigen und kränkenden Weise verrichteten. Als Gründe dafür können Ängste, Vorurteile und Wissensdefizite des Pflegepersonals sowie fehlende personelle und strukturelle Ressourcen dieser Dienste ausgemacht werden.

Darüber hinaus ließ die ambulante Pflege von Menschen mit AIDS die Unzulänglichkeiten und Defizite des Versorgungssystems insgesamt deutlich werden:

- Es ist nicht auf die Bedürfnisse junger schwerkranker und sterbender Menschen ausgerichtet.
- Es berücksichtigt nicht demographische Entwicklungen, die durch Menschen mit AIDS nur exemplarisch sichtbar werden, nämlich die steigende Zahl junger, alleinlebender, finanziell nicht abgesicherter kranker Menschen.
- Ambulante Pflege hat sich zeitgemäßen Anforderungen und einer veränderten Klientel nicht angepaßt, sondern transportiert weiter ein längst überholtes, starres Pflegeverständnis.

Für AIDS-Patienten bedeutete dies:

- keine Beschwerdestelle bei schlechter Pflege;
- keine Richtlinien zur Unterscheidung guter von schlechter Pflegequalität;
- keine Beteiligung an der Entwicklung und Ausgestaltung von Pflege- und Betreuungsformen.

Mit Hilfe eines 1987 gestarteten Modellprogramms der Bundesregierung zur Verbesserung der ambulanten Pflegesituation von AIDS-Erkrankten entstanden bundesweit aus den Kreisen der Selbsthilfe insgesamt 13 ambulante Pflegedienste, die sich ausschließlich der Pflege von Menschen mit AIDS widmen. Als Betroffenenorganisationen werten sie dabei die kritische Beteiligung von Menschen mit AIDS nicht als Bedrohung ab, sondern betrachten sie als konstruktiven und zentralen Beitrag zur Entwicklung einer „Corporate Identity“ für die ambulante AIDS-Pflege durch Selbsthilfe.

Nach nahezu vierjähriger Tätigkeit schlossen sich die ambulanten Pflegedienste unter dem Dach der Deutschen AIDS-Hilfe zur Arbeitsgemeinschaft Ambulante Versorgung (AGAV) zusammen.

Seit 1991 werden sie durch das Pflegereferat der Deutschen AIDS-Hilfe fachlich begleitet, beraten und qualitativ überprüft. Das Anliegen der AIDS-Hilfe im Bereich Pflege ist es,

- Fragen der Qualitätssicherung und Forderungen nach Pflegestandards für die Praxis der AIDS-Pflege immer wieder öffentlich zu thematisieren und
- diese Fragen im Zusammenhang mit Betroffenenbeteiligung zu stellen.

Dementsprechend wird gefragt:

1. Was ist „Pflegequalität“? Bringt sie Vorteile für AIDS-Patienten und AIDS-Pfleger – und wenn ja, welche?
2. Wie läßt sich gute Pflegequalität von minderer abgrenzen und für Patienten erkennbar machen?
3. Wie können AIDS-Hilfen als Betroffenenorganisationen dazu beitragen, ihr Qualitätsverständnis von Pflege und Betreuung in die Fachdiskussion einzubringen?

Das Leistungsspektrum der AIDS-Spezialpflegedienste umfaßt Aufgaben der allgemeinen und speziellen Pflege, hauswirtschaftliche Hilfen, Durchführung und Überwachung ambulanter Substitution, psychosoziale Betreuung, Angehörigenbegleitung, 24-Stunden-Pflege, Palliativpflege, Krisenintervention, Sozialrechtsberatung und Weitervermittlung an andere Gruppen und Dienste. In kurzer Zeit erlangten AIDS-Hilfen mit ihren Pflege- und Betreuungsangeboten eine hohe Glaubwürdigkeit und Verlässlichkeit. Im Gegensatz zu anderen ambulanten Pflegeanbietern berücksichtigen die Arbeitsschwerpunkte der AGAV sowohl unterschiedliche Zielgruppen, zum Beispiel AIDS-Patienten, ihre Freunde und Angehörigen als auch verschiedene Bedürfnisse – von der Hilfe bei der Körperpflege bis hin zur Sterbebegleitung.

Arbeitsgrundlagen der AIDS-Spezialpflegedienste

Die AGAV-Pflegedienste sind derzeit die einzigen bundesweit tätigen ambulanten Pflegeanbieter, die nach demselben Pflegekonzept mit gemeinsam erstellten Pflegestandards und einem vergleichbaren Pflegedokumentationssystem ihre Pflege ganzheitlich planen, dokumentieren und überprüfen. Die regelmäßig durch die Deutsche AIDS-Hilfe angebotenen Fortbildungen für das Pflegepersonal und die leitenden und geschäftsführenden MitarbeiterInnen der Pflegedienste ermöglichen eine kontinuierliche berufliche Qualifikation, fließenden Erfahrungsaustausch und eine Abstimmung gemeinsamer politischer Strategien in Verhandlungen mit Kostenträgern, Politikern und der Öffentlichkeit. Dabei versteht sich die AGAV als das öffentliche und politische Sprachrohr für AIDS-Kranke. Mit der konsequenten Darstellung ihres Konzeptes der bedürfnis- und persönlichkeitsorientierten ganzheitlichen Pflege gegenüber Kostenträgern ergreift sie stellvertretend für die Patienten und ihre Interessen Partei.

Jeweils vor Ort sichern die Pflegedienste ihre Qualität durch drei Maßnahmen:

1. Die Festanstellung ausgebildeter Mitarbeiter in den Bereichen Pflege, hauswirtschaftliche Versorgung und psychosoziale Begleitung;

2. wöchentlich stattfindende Team- und Patientenbesprechungen für den erhöhten Kommunikations- und Koordinationsbedarf;
3. ein ständiges Supervisionsangebot für das Team.

Qualitätssicherung in der ambulanten AIDS-Pflege

Das Pflegekonzept der AGAV setzt sich zum Ziel, AIDS-Patienten darin zu unterstützen, selbstbestimmt leben und sterben zu können. Voraussetzung dafür ist, daß Pflegenden die Bedürfnisse von AIDS-Patienten kennen und bereit sind, sich mit ihren Gewohnheiten, Wünschen, Ängsten, Stärken und Schwächen auseinanderzusetzen. Die AGAV versucht diesem komplexen Anliegen mit ihrer Personalstruktur, ihrem Pflegekonzept und ihren Pflegestandards näherzukommen.

Personalstruktur

Die Dienste der AGAV bestehen aus multiprofessionellen Teams. Es wird ausnahmslos Personal mit beruflichen Qualifikationen eingestellt. Für die Pflegekräfte bedeutet dies:

- staatliche Krankenpflegeausbildung,
- staatliches Pflegeexamen,
- berufliche Erfahrungen im Bereich der Schwerstpflege, z.B. in Onkologie, Intensivpflege oder Psychiatrie.

Pflegekräfte der AGAV sind in ähnlichem Alter – zwischen Mitte 20 und Ende 30 – wie ihre Patienten und verfügen über ähnliche Lebenserfahrung, sexuelle Orientierung und HIV-Status wie sie. Aufgrund ihrer eigenen Erfahrungen haben die Pflegenden keine Angst vor Patienten und können sich leichter mit ihnen und ihren Anliegen identifizieren. Empathie und Engagement führen unter diesen Umständen nicht zwangsläufig zur Selbstaufgabe der Pflegenden; vielmehr sind sie die Basis, auf der mehr ehrliche Solidarität und „solidarische Macht Worte“ gedeihen können als auf der Basis traditioneller Pflegehierarchie.

Die relativ jungen AIDS-Patienten stoßen bei den Diensten der AGAV auf relativ junge Pflegekräfte. Es hat sich gezeigt, daß jüngere Pflegenden oft belastbarer, flexibler und improvisationsfähiger sind als die älteren.

Das Positivsein von Pflegenden ermöglicht es nichtinfizierten Kollegen, in einem geschützten Rahmen bestimmte, auch für aktuelle Pflegeprozesse wichtige Erlebnisebenen nachzuvollziehen, ohne daß dieses auf Kosten eines Patienten erarbeitet werden müßte.

Pflegekonzept

Im Gegensatz zum traditionellen Pflegeverständnis, das die Fähigkeit des Pflegepersonals zur Distanz als wichtigste professionelle Eigenschaft propagiert, akzeptiert und integriert die AGAV Nähe als immanenten Bestandteil aller, auch professioneller menschlichen Begegnungen in ihr Pflegekonzept. Die AGAV arbeitet mit dem persönlichkeitsorientierten Ansatz der Bezugspflege. Hierbei wird:

- a) die Pflegekraft aufgefordert, die eigene Persönlichkeit in ihrer Gesamtheit als Werkzeug in der Beziehung zum Patienten zu verstehen;
- b) jedem Patienten zu Beginn seiner Pflege eine „Bezugspflegekraft“ an die Seite gestellt.

Was heißt das im einzelnen?

„Pflegetqualität“ kann sich nicht nur in der technischen Perfektion von Handlungen ausdrücken. „Pflegetqualität“ wird gleichbedeutend mit Lebensqualität, bezieht man den ganzen Menschen mit seinem sozialen Umfeld in die Pflege ein.

- a) Persönlichkeit als Werkzeug
Beziehungsfähigkeit und Beziehungsbedürftigkeit müssen also ebenfalls als starke Kräfte zur Entwicklung von Vertrauen, Motivation, Aktivierung und Genesung, aber auch zum Fallenlassen, Loslösen und Sterbenkönnen zwischen Patienten und Pflegenden angesehen und genutzt werden. Beziehungsbereitschaft in einer Pflegebeziehung zu signalisieren, bedeutet für die Pflegekräfte, als Projektionsfläche für die Gefühle und Wünsche des Patienten benutzt zu werden und sich dessen bewußt zu sein. Pflegenden müssen lernen, die Botschaften zu verstehen und zwischen den eigenen Wahrnehmungen und Gefühlen und denen des anderen zu unterscheiden. Dazu ist viel Einfühlungsvermögen, Sensibilität und Offenheit nötig, aber auch die Fähigkeit, sich einerseits kritisch hinterfragen zu lassen, zum Beispiel in der Supervision, und sich andererseits psychologische und kommunikative Fähigkeiten anzu eignen, zum Beispiel in den angebotenen Fortbildungen. Eine weitere Hilfestellung erfolgt durch die Kontrolle des Teams, welches Intention, Planung, Entwicklungen und drohende Überforderung in einer Pflege genau beobachtet und bewertet. Das Beziehungsangebot gilt primär nur für Patienten. Ihnen soll individuelle Unterstützung nach Maß angeboten werden. Angehörige erhalten ihre Unterstützung durch andere Teammitglieder. Dadurch wird verhindert, daß Patienten das Gefühl bekommen, es baue sich in ihrer eigenen Wohnung eine Koalition zwischen Pflegekräften und Angehörigen gegen sie auf.
- b) Bezugspflegekraft als „Anwalt“
Es ist die Aufgabe von Bezugspflegekräften, im Sinne einer Anwaltschaft für die Belange „ihrer“ Patienten offen zu sein und deren Interessen auch im Team zu vertreten. Bezugspflegekräfte überprüfen die Arbeit ihrer Kollegen durch Besuche beim Patienten oder Einblick in die Pflegedokumentation. Sie sind Ansprechpartner für Kritik und Beschwerden seitens des Patienten.
- c) Pflege als Verhandlungssache
Mit dem Ziel, AIDS-Patienten ein weitgehend eigenständiges und selbstbestimmtes Leben zu ermöglichen, erhält ambulante AIDS-Pflege den Charakter eines professionellen Begleitungsangebots bei einem Leben mit Krankheit, Behinderung, Sterben und Tod. Patienten werden nicht als „Pflegetobjekt“ wahrgenommen, sondern sie gelten als erfahrene Persönlichkeiten und Partner in der Gestaltung ihrer Pflege. Pflege wird zwischen Patienten und Pflegenden verhandelt. Alle Planungsschritte und Handlungsabfolgen der täglichen und speziellen Pflege werden mit dem Patienten besprochen, gemeinsam festgelegt und sind für alle Beteiligten auch kontrollierbar. Eine wesentliche Aufgabe der Pflegenden ist es also, ihre Vorstellungen von dem, was aus fachlicher Sicht notwendig und wünschenswert wäre, mit den Wünschen und Vorbehalten des Patienten abzugleichen. Um diesen Pflegeauftrag zu realisieren, bedarf es eines offenen und beweglichen Pflegeangebots, einer fachlichen Kompetenz und einer gewissen Gelassenheit der Pflegenden.

RALF KUKLINSKI

Er begegnete mir das erste Mal in der D.A.H., wo er im HIV-Referat mitarbeitete, als ich erst ein paar Tage in der Bundesgeschäftsstelle war. Eine gepflegte, gut gekleidete Erscheinung, überschlanke und sehr lebhaft. Er hatte damals schon gesundheitliche Probleme, aber er überspielte sie oft. Ich hatte immer den Eindruck, als wolle er doppelt so schnell arbeiten als andere, damit er seine Lebenszeit auch voll ausnutze. Er pendelte zwischen Bonn und Berlin. Denn als überzeugter Kommunist war er Mitglied der PDS und AIDS-Beauftragter der Abgeordnetengruppe im Bundestag. Er erzählte mir von den Stationen seines jungen und doch so bewegten Lebens. Von den jungen Pionieren, der Schule in Moskau, von seiner Zeit in den Regierungskreisen der DDR, vom ZK; von Bautzen und der Abschiebung in den Westen; von seinem unzufriedenen Leben hier, von der Rückkehr in die DDR, von der PDS und dem Bundestag, seiner Zeit als Hausbesetzer. Ralf starb im März 1993 an den Folgen von AIDS.

Text nach Helga Thielmann

Die Pflegenden fungieren in diesem Pflegekonzept sehr stark als Pflegeberater, besonders im Hinblick auf die Motivation und Aktivierung des Patienten zu seiner Selbstpflege. Kreative Anleitung, das Angebot auch unkonventioneller Hilfestellungen und Unterstützungsalternativen stehen an erster Stelle vor der Übernahme von Tätigkeiten und dem „Besserwissen“. Die gemeinsam verhandelte, individuelle Abstimmung des Tagesprogramms auf die Leistungsfähigkeit und Befindlichkeit entläßt die Patienten niemals ganz aus der Eigenverantwortung.

Pflegestandards der AIDS-Spezialpflegedienste

Die Grundlage „Pflege als Verhandlungssache und Ergebnis von Verhandlungen“ spiegelt sich auch in den von der AGAV entwickelten Pflegestandards wider: Verschiedene Gründe führten zu der Notwendigkeit, daß AIDS-Spezialpflegedienste und AIDS-Hilfen ihre Erfahrungen einer ganzheitlichen ambulanten Pflege und Betreuung in Form von Standards formulieren. Standards legen die Qualität eines Pflegedienstes umfassend offen. Die Vorteile für alle Beteiligten:

1. Menschen mit HIV und AIDS sowie ihre Freunde und Angehörigen können sich über Art und Weise des pflegerischen Umgangs und Einsatzes eines Pflegedienstes informieren und sich für eine bestimmte Pflegequalität entscheiden;
2. Fachpersonal kann seine Arbeit kontinuierlich und gleichzeitig transparent durchführen und damit für andere nachvollziehbar machen;
3. Kostenträger können sich leichter für ein angemessenes Preis-Leistungsverhältnis entscheiden und über ein Instrument der Qualitätssicherung und Qualitätskontrolle verfügen;

4. AIDS-Hilfen und AIDS-Spezialpflegedienste können weiterhin qualitativ hochwertige, professionelle Pflege anbieten, die sie von anderen Pflegeanbietern unterscheidet („Corporate Identity“).

In der Formulierung ihrer Standards orientiert sich die AGAV an dem sogenannten „Struktur-Prozeß-Ergebnis-Modell“. Im Sinne ihrer Interessenvertretung für Menschen mit HIV und AIDS liegt der Schwerpunkt der AGAV-Standards nicht in der Aufbereitung grundsätzlicher Pflegeanforderungen für die ambulante AIDS-Pflegepraxis; vielmehr zielen die Standards darauf ab, andere Pflegedienste für diese Arbeit zu motivieren und ihnen die nötigen Wissens- und Erfahrungsgrundlagen zu vermitteln. Die Herausforderung bei der Entwicklung von Standards für die ambulante AIDS-Pflegepraxis liegt in der Bearbeitung ganz spezieller, für die ambulante AIDS-Pflege typischer Situationen, zum Beispiel:

- Pflege von sterbenden Patienten,
- Pflege von verstorbenen Patienten,
- aktivierende Pflege,
- Sexualität und Pflege,
- Durchführung einer Pentamidin-Inhalation.

Die Auswahl der Themen bezieht sich also auf Pfl egetätigkeiten, zum Beispiel Zahn- und Mundpflege, auf Pflegeprinzipien, beispielsweise Anleitung zur Selbsthilfe, sowie auf Zielgruppen, etwa Drogengebraucher. Eingeleitet wird jeder Standard mit einem Pflegeleitbild als einer Art „Roter Faden“ zum Umgang mit der Thematik. Bewußt wird im Standard auf die „Problemsicht“ verzichtet. Die Benennung von Sachverhalten, zum Beispiel Immobilität und Verwirrung als „Pflegeproblem“, schafft „Gegner“, die bewältigt werden müssen, statt Kooperation und Kompromiß zu suchen. Die „Problemsicht“ der Pflege bei Menschen mit AIDS verführt unerfahrenes Pflegepersonal dazu, „heilen“ und Zustände beiseitigen zu wollen, anstatt sie gemeinsam mit dem Patienten im Alltag zu integrieren. Die „Problemsicht“ verhindert Kreativität der Pflegenden und befördert eher ihren erlernten Lösungsschematismus. Patienten haben dann weniger Chancen, sich individuell darzustellen und als Individuum angenommen zu werden – sie müssen fremdbestimmte Ziele verfolgen. Im Gegensatz dazu bietet das Pflegeleitbild „Einstimmungshilfen“ an und eröffnet das Feld möglicher Ereignisse, Wünsche und Bedürfnisse von Patienten. Das Pflegeleitbild wirbt um Verständnis und pathologisiert nicht. Dies gilt in der ganzheitlichen Betrachtungsweise von Pflege sowohl für die Belange des Patienten als auch für denkbare Ängste und Vorbehalte des Personals. Standards der AGAV korrespondieren mit drei Pflegekategorien, die sich auf den Grad der Selbstpflegedefizite und den Unterstützungsbedarf der Patienten beziehen. Die Pflegekategorien legen also anhand dieser Erfahrungen bestimmte Einstellungen, Handlungsabläufe und Organisationsmodelle in der Pflegepraxis fest und schaffen darüber hinaus den notwendigen Freiraum, die Hilfsangebote individuell nach den Bedürfnissen der Patienten auszurichten.

CHRISTIAN THOMES

zik

zik – zu Hause im Kiez – Wohnprojekt für Menschen mit HIV und AIDS in Berlin

In der Bundesrepublik sind derzeit über eine Million Menschen wohnungslos. In Berlin ist die Lage besonders gravierend. Der Berliner Senat schätzt die Zahl der Wohnungslosen in dieser Stadt gegenwärtig auf 20.000. Etwa 100.000 Menschen befinden sich auf Wohnungssuche.

Die Wohnungsnot bekommen vor allem finanziell schlechtgestellte und kranke Menschen zu spüren. Zu den extrem von ihr Betroffenen gehören auch Menschen mit HIV und AIDS. Davon berichten insbesondere die in Großstädten ansässigen AIDS-Organisationen. Zwar entstehen allerorts spezielle Wohnprojekte für diese Menschen, sie können jedoch den Bedarf nicht einmal annähernd decken.

Warum trifft die Wohnungsnot gerade auch Menschen mit HIV und AIDS? Dafür gibt es verschiedene Gründe. Nicht wenige werden wegen ihrer Infektion von ihren Lebenspartnern und Freunden verlassen und finden sich plötzlich isoliert von ihrem sozialen Umfeld. Gerade wer noch jung ist, lebt häufig in unsicheren Untermietsverhältnissen, die von heute auf morgen kündbar sind. Bei Erwerbsunfähigkeit in jungem Alter besteht oft noch kein Anspruch auf Rentenzahlung, und das Sozialamt übernimmt nicht jede Miete in voller Höhe. Vor allem DrogengebraucherInnen sind finanziell nicht abgesichert und stehen nach einer Therapie oder Haft oft auf der Straße.

Vor diesem Hintergrund gründeten 1989 verschiedene Projekte der Drogen- und AIDS-Hilfe Berlins die gemeinnützige Gesellschaft „zu Hause im Kiez“. zik ist aufgrund seines Konzepts ein modellhaftes Wohnprojekt für Menschen mit HIV und AIDS.

Die Wohnungen

Daß zik keine kompletten Häuser mietet, sondern immer nur Einzelwohnungen in ganz gewöhnlichen Mietshäusern, geschieht bewußt. Man handelt nach dem Grundsatz, daß die BewohnerInnen normale Mieter sind, deren Rechte und Pflichten sich nicht von denen anderer Mieter unterscheiden. Die Wohnungen von zik befinden sich in verschiedenen Stadtvierteln. Versucht wird, mehrere Wohnungen in einer Nachbarschaft anzumieten, damit die BewohnerInnen leicht miteinander in Kontakt kommen und sich – gemäß dem Selbsthilfegedanken – gegenseitig unterstützen können. Solches ist zwar erwünscht, aber kein Zwang. Das Recht auf Privatheit hat Vorrang.

Ein Wohnprojekt wie das der zik kann unterschiedlichen Menschen mit ihren jeweils individuellen Bedürfnissen am ehesten gerecht werden. Komplett angemietete Wohnhäuser, Heime oder Wohngemeinschaften für Menschen mit HIV und AIDS sind nicht unbedingt die einzig richtige Antwort auf die Wohnungs-

not. Solche Formen der Unterbringung können durchaus das Gefühl auslösen, in einem Ghetto zu leben. Die eigene Wohnung beugt dem vor: Die Infektion oder Erkrankung hindert nicht daran, ein ganz normaler Mieter zu sein. Dementsprechend werden ganz normale Mietverträge geschlossen. Zusätzliche Betreuungsverträge gibt es nicht: Betreuung ist lediglich ein Angebot. Die Wohnungen sind Privatbereich und werden von zik nicht kontrolliert.

Die von zik an die Vermieter zu zahlende Miete wird ohne Aufschlag auf die BewohnerInnen des Projekts umgelegt. Fast alle Wohnungen sind Sozialbauwohnungen. Die Mieten werden also staatlich subventioniert und unterliegen einer Mietpreisgrenze, so daß sie für Menschen mit geringem Einkommen bezahlbar sind.

Bei der zik bewerben sich immer mehr Menschen, die aufgrund von langer Wohnungslosigkeit, Haftaufenthalt und längerfristiger Unterbringung in drogentherapeutischen oder psychiatrischen Einrichtungen nicht mehr in der Lage sind, in einer eigenen abgeschlossenen Wohnung zu leben. Die zik hat deshalb im Juli 1993 ein Haus eröffnet, das für acht Menschen aus eben dieser Zielgruppe Wohnplätze bereithält. Auch hier verfügen alle BewohnerInnen über ein eigenes Zimmer und ein eigenes Bad. Für die alltägliche Haushaltsführung, zum Beispiel Kochen oder Saubermachen, wird Unterstützung angeboten. Die BewohnerInnen werden täglich betreut. Das Haus befindet sich in einer Wohnsiedlung in zentraler Lage.

Die BewohnerInnen

Insgesamt haben bis heute durch zik 229 Personen eine Wohnung bekommen. Zur Zeit „behaust“ zik 78 Menschen mit HIV und AIDS. 49 BewohnerInnen sind DrogengebraucherInnen, davon werden 37 mit L-Polamidon substituiert. 29 Mieter sind schwul. Bei 5 MieterInnen hatten weder Drogengebrauch noch Sexualkontakte zur Infektion geführt. Von den BewohnerInnen waren 47 zuvor wohnungslos, alle anderen hatten in unzureichenden Wohnverhältnissen gelebt. Nahezu alle BewohnerInnen beziehen Sozialhilfe. Nur einige haben ein geringfügig höheres Einkommen.

Derzeit liegen der zik 278 Bewerbungen für eine Wohnung vor. Bei allen BewerberInnen besteht Not: äußerst geringes Einkommen oder Sozialhilfe; Unterbringung in Billighotels, bekannt als „Läusepensionen“; kalte, feuchte, zu kleine, zu teure Wohnungen. zik kann nicht allen BewerberInnen sofort helfen, denn ihre Zahl übersteigt bei weitem die Zahl der verfügbaren Wohnungen. Die durchschnittliche Wartezeit für eine Wohnung beträgt mehr als ein Jahr – und übersteigt damit manchmal die noch verbleibende Lebenszeit.

Trennung der Verwaltung von der Betreuung

Bei der Wohnraumakquisition muß zik die Interessen der VermieterInnen berücksichtigen. Gesichert sein müssen die Mietzahlungen, die Instandhaltung der Wohnräume und die ausreichende Betreuung der MieterInnen. Das setzt eine professionelle Verwaltung der angemieteten Wohnungen und ebenso professionelle Betreuungsangebote voraus. Erfolgreich ist die zik nur, wenn sie den Vermietern ein Konzept vorlegt, das auf diese Fragen schlüssige Antworten gibt.

Die zik hat ihre Arbeit in zwei Bereiche aufgeteilt. Im ersten werden die Wohnungen angemietet und verwaltet. Man kontrolliert hier die Mietzahlun-

WALTER QUEEN

Die Erinnerung an ihn ist unvergänglich. Er war so sensibel und emotional und sein Arbeitsgebiet war so nüchtern und rational: Er hat die EDV in der Bundesgeschäftsstelle aufgebaut. Er war aus England gekommen und in Berlin hängengeblieben; gelegentlich schrieb er noch Berichte über das schwule Berlin für britische Schwulenblätter.

Seine Gesundheit war labil, ein in der Jugendzeit entfernter Gehirntumor hatte seine Spuren hinterlassen. Er lebte in der ständigen Angst, von dem tödlichen Krebs wieder eingeholt zu werden.

Es kam, wie er es befürchtet hatte: Walter verstarb nach kurzem, schwerem Leiden am 23. Februar 1989 an den Folgen eines inoperablen Gehirntumors.

gen und bearbeitet Mängelmeldungen. Hier werden auch die Wohnungen vermietet, was mit ausführlicher Information und Beratung der künftigen BewohnerInnen verbunden ist.

Die psychosoziale Betreuung stellt den zweiten Bereich dar. Der Charakter des psychosozialen Angebots wie auch die enge Zusammenarbeit mit den Trägern des AIDS- und Drogen-Hilfsnetzes in Berlin sind Gründe für den sehr niedrigen Betreuungsschlüssel der zIK: einE MitarbeiterIn betreut 25 BewohnerInnen. Ein Drittel der BewohnerInnen machen von diesem Angebot keinen Gebrauch, ein Drittel nimmt es sporadisch und ein Drittel intensiv wahr.

Deutlich zu beobachten ist, daß die Versorgung mit angemessenem Wohnraum Körper und Seele stabilisieren hilft, befreit sie doch Betroffene von einer ihrer großen Sorgen. Und zu wissen, daß bei Bedarf sich jemand um einen kümmert, gibt zusätzliche Sicherheit.

Zu den MitarbeiterInnen von zIK haben die BewohnerInnen großes Vertrauen. Rückfälle bei DrogengebraucherInnen führen nicht automatisch zur Wohnungskündigung. Mietschulden können mit Hilfe fachlicher Beratung aufgefangen werden. Die BewohnerInnen wissen, daß ihnen bei allen Problemen Unterstützung zuteil wird. Bisher sah sich die zIK in nur fünf Fällen gezwungen, Kündigungen auszusprechen.

Die zIK selbst bietet keine Pflege zu Hause an, sondern arbeitet eng mit den drei Berliner Pflegeeinrichtungen zusammen, die sich auf die ambulante Versorgung von Menschen mit AIDS spezialisiert haben. Der Bedarf an ambulanter Pflege ist in Berlin bei weitem nicht gedeckt. Daher können in vielen Fällen, wo eine Versorgung zu Hause möglich wäre, Krankenhausaufenthalte nicht vermieden werden.

Drogenakzeptierender Ansatz

zIK hat keinen Clean-Anspruch. Zum Zeitpunkt der Wohnungsvermittlung wird aber erwartet, daß der Weg aus der Drogenabhängigkeit bereits beschritten ist, zum Beispiel durch eine eingeleitete Substitution, Therapie oder Eigenhilfe. Die bisherigen Erfahrungen haben gezeigt, daß „Zwischenfälle“ hinsichtlich Drogengebrauchs keinen Einfluß auf das Mietsverhältnis hatten. Dies liegt sicherlich auch daran, daß Verwaltung und psychosoziale Betreuung deutlich voneinander getrennt sind. Den BewohnerInnen fällt es so leichter, zur Betreuungsperson ein Vertrauensverhältnis zu entwickeln. Gerade weil das Offenlegen von Problemen mit keinen Konsequenzen verbunden ist, werden Hilfsangebote viel eher wahrgenommen. zIK mußte bisher nur zwei DrogengebraucherInnen kündigen: einmal aufgrund von Mietschulden, einmal aufgrund starker Beschädigung der Wohnung. Die wenigen Kündigungen zeigen, daß das Konzept der getrennten Arbeitsbereiche und des drogenakzeptierenden Ansatzes erfolgreich ist.

Bei Substituierten hat sich die Wohnraumvermittlung als ein zentraler stabilisierender Faktor erwiesen. Bisher ist keine Ersatzmittelbehandlung abgebrochen worden. Im Wohnprojekt können Drogenprobleme, wie etwa Beigebrauch, zwar nicht vermieden werden, in diesem geschützten Raum ist es jedoch wesentlich leichter, sie aufzufangen.

Die Kosten von zIK

Bei der zIK arbeiten acht hauptamtliche MitarbeiterInnen. Personal- und Sachkosten bezahlt der Berliner Senat. Mietausfallrisiken und Renovierungsarbeiten trägt die zIK, wobei sie auf Geldspenden angewiesen ist. Ganz klar: Die zIK hilft dem Berliner Senat erheblich bei der Einsparung von Kosten, die eine Unterbringung wohnungsloser kranker Menschen in Pensionen verursacht. Die ist nämlich teuer: Ein Zimmer kostet derzeit mindestens DM 50,- täglich. Legt man diesen Preis zugrunde, so dürfte die zIK dem Berliner Senat im Jahr 1992 fast DM 1,5 Mio. eingespart haben, wobei Einsparungen durch verkürzte Krankenhausaufenthalte oder Vermeidung von Therapien noch gar nicht berücksichtigt sind. Das Projekt hingegen verursacht nur etwas mehr als DM 500.000,- pro Jahr. Spätestens hier wird deutlich, daß Sozialprojekte dieser Art im volkswirtschaftlichen Interesse arbeiten.

HANS PETER HAUSCHILD

Mitglied im Vorstand der Deutschen AIDS-Hilfe von 1990 bis 1993

Trauerkultur

Trauerkultur, die sich in den verschiedenen AIDS-Milieus entwickelt, ist durchaus umstritten. Die meisten Ausdrucksformen dieser Trauerkultur haben bislang schwule Männer erdacht. Sehr viele der Toten waren eben schwul. Es waren aber auch Schwule, die das öffentliche Trauern so hart kritisierten. Wieder einmal nur „Tuntenstreit“?

Während der IX. Internationalen AIDS-Konferenz in Berlin 1993 bemerkte der Autor Tilman Krause zu den Kulturveranstaltungen, welche die Deutsche AIDS-Hilfe zusammen mit der UNESCO veranstaltete, daß „AIDS-Kultur unergiebig“ sei und „außer lärmendem Agit-Prop nichts anzubieten“ habe. Er schlug statt dessen vor, sich „geräuschlos mit dem ... AIDS-Tod abzufinden“ (Krause im TAGESSPIEGEL), „sterben zu lernen und den Gedanken an den Tod einzuüben“ (Krause in der FAZ).

Den vorliegenden Beitrag schreibt ein Mann mit HIV, der von Anfang an die Trauerarbeit in der deutschen „AIDS-Gemeinde“ mitgestaltet hat. Ausgangsthese dieses Überblicks sei, daß Trauerkultur – wie Kunst und Religion – niemals „ergiebig“ sein kann, sondern stets kritisch das Glück und die Freiheit gegen die Zwangsläufigkeiten entwirft, wie Ulrich Sonnemann es umreißt: „Sabotage des Schicksals“.

Objekte und Veranstaltungen, die dem Schmerz des tödlichen Verlusts entgegensteigen, dienen seiner Verarbeitung. Sie sind das Wahrnehmbare an Trauerarbeit. Sie schenken in der mehr oder weniger kunstfertigen Erstellung des Gegenstands einen Moment der Distanz zum unmittelbar gefühlten Schmerz. Gleichzeitig besitzen sie die Potenz, die Distanz zu den anderen aufzuheben. Denn sie teilen etwas mit, das sich der Alltagssprachlichen Kommunikation entzieht. Sie sprechen aus, was mit Worten zu sagen in der Zivilisation der Zwecke als verrückt gilt: daß der Tote noch nach dem Ableben im Herzen seines Geliebten wohnt und oft gar den Protest gegen den Tod selbst. Solche Kunst findet sich mit dem Tod nicht ab. Sie ist der Pro-Test, das Zeugnis-für „etwas besseres als den Tod finden wir allemal“, wie der bereits schwer erkrankte Jürgen Baldiga aus Berlin einen seiner Fotobände mit Bildern ausgemergelter AIDS-Kranker betitelt.

In der „AIDS-Kultur“ wird mancherorts das Sterben sehr dicht. Kriegsmetaphern sind in Gebrauch. Wie im Schützengraben an der Front sterben in unserem reichen Teil der Welt überwiegend Männer in den „wehrfähigen“ Jahren. Männer, die sich kennen, wie Kampfgenossen sich eben kennen: vom gemeinsamen Dienst tun, Saufen, Feiern und Huren. Auch wenn nur wenige dieser „Gemeinde“ aus Schwulen und Junkies unter den aktuellen Nachfolgern des Rommel-Corps dabei sein dürften, die in Somalia schon wieder Krieg „spielen“, steckt in diesen Metaphern eine ebenso AIDS-relevante wie grausige Wahrheit.

Denn die AIDS-Opfer in Europa und den USA sind Bürger einer Gesellschaft, die zu 90% hinter den mordenden Rohstoffpreisen und der Wagenburgpolitik des sicheren Wohlstands steht. Im Nord-Süd-Blick wird die Metapher zum realen Krieg der von den reichen Demokratien per Weltwährungsfonds und Weltbank verordneten Armut als Motor dieser wie jeder Seuche. 600 der heute täglich rund 700 AIDS-Toten sterben in den Armenhäusern der Welt. Frauen wie Männer sind dort gleich häufig betroffen, aber die Frauen tragen wie bei uns den Löwenanteil der Mühen. Die Armut ist weiblich: Krankenversorgung, Schwangerschaften, Elendsprostitution, Kinderaufzucht, Feldarbeit, Hausarbeit, Vergewaltigung...

Trauerkultur, ihre Objekte und Veranstaltungen sind ein Protest gegen die Schrecken der Zwangsläufigkeit. Indem sie die Religion mit ihren Gratwanderungen der Hoffnung beerbt, ist solche Kunst Ausdruck der Unzufriedenheit mit dem Status Quo in allen seinen tödlichen Gestalten. AIDS ist eine davon.

„Für alle unsere Liebhaber und die es noch hätten werden können“ titelte Martin Dannecker einen phantasierten Trauerzug durch Frankfurt am Main. Das war noch vor dem Beginn öffentlicher Trauerfeiern für AIDS-Opfer in Deutschland, vielleicht 1985. Die realen Feiern gibt es seit 1986. Ihre Titel würzt selten ein frivoler Beigeschmack, obwohl das Leben vieler der Betrauten in weiten Passagen mit Lust und Rausch angefüllt war. „Tage des Lebens“ wurden aufgezogen, „Trauer und Mut“-Kundgebungen vor Rathäusern gehalten, zu „Trauerzügen“ eingeladen, mal im Schweigen mit Kerzen in der Hand, mal singend, mal zu den Klängen des Requiem von Verdi oder Mozart inmitten des Kudamms oder der Zeil bei Einkaufsbetrieb.

Transparente auf Schwulendemos geraten in diesen Jahren zu Kunstwerken gegen den gesellschaftlichen Tod, gegen den eigenen wie gegen den der Freunde. Eine sprechendere Kunst ist nicht vorstellbar. Ein todkranker Mann namens Klaus titelte „Keine Rechenschaft für Leidenschaft“ auf ein bemaltes Tuch beim Christopher-Street-Day 1987 in Frankfurt. Es ging ihm als politisch engagiertem Mann um die angedrohten Zwangsmaßnahmen des CDU-Oberbürgermeisters der Stadt; sogenannte Desperados unter den Huren und Strichern sollten eingesperrt werden, „lebenslange Quarantäne, wie es der Schwere der Krankheit entspricht“, so der damalige OB Wolfram Brück, heutiger Geschäftsführer des „Dualen Systems“ (mit nützlichen Erfahrungen des Scheiterns im Beseitigen von gefährlichem Müll, denn unser Protest und ein liberaler Konsens in der AIDS-Politik waren stärker).

Diese Stärke, die das von Klaus bemalte Bettuch ausdrückte, verhinderte sein Sterben drei Wochen nach der Kundgebung nicht. Mit vorletzter Kraft schleppte er sich im Demozug durch die sommerlichen Straßen, immer in der Nähe seines Transparents, das er jedoch nicht mehr selber halten konnte: Ballett, wundervollste Choreographie gegen den Tod in jeder Gestalt.

„Pech gehabt, wir sterben nicht aus!“ stand zwei Jahre später auf dem Bettuch einer Positivengruppe bei einer Demonstration, die als Großveranstaltung der Deutschen AIDS-Hilfe Klausens Titel aufgegriffen hatte: „Keine Rechenschaft für Leidenschaft!“ Dieses freche, politisch vorgetragene „Wir“ lebt inmitten des Sterbens der AIDS-Gemeinde als Substanz, als realer Kern aller Objekte und Veranstaltungen mit dem Namen „Wir“ ist es der Anfang dieser Kultur. Im realen Sterben der Individuen konstituieren sich „Gemeinden Überlebender“.

Die AIDS-Hilfe ist nach ihrem Start als halbstaatliche Präventionsagentur vielerorts zu so etwas geworden.

Das Aufbauen und Absichern der Hilfsdienste, einschließlich der Mühe um die Nichtweitergabe des Erregers, kann so als „hilfreiches Wir“, als Kunstwerk gegen den Tod gelesen und von Hilfesuchenden genossen werden. Denn die Kunst klagt als Erbin der Religion ein, was der Welt zum Himmel fehlt: Schuldnerberatung gegen Schulden, Sexualberatung gegen lustverhindernde Angst, aufsuchende Sozialarbeit gegen zerfallende Szenen, Positiventreffen gegen Einsamkeit, ambulante Versorgung gegen Massenbetrieb im Krankenhaus. Diese Veranstaltungen sind (noch) nicht das Paradies, sondern machen die gebrochene und beschränkte Wirklichkeit transparent dafür. Die Mutter aller sozialen Projekte, der Kunstobjekte und Trauerveranstaltungen ist der Schmerz der Transzendenz: „Könnte nicht pralles Leben sein statt dieser tödlichen Wirklichkeit?“

Trauerkunst ist das älteste bekannte Zeugnis von Schrift. Vieles spricht dafür, das Epitaph als Anlaß menschlicher Phantasien für eine Verschriftlichung der leidvoll vergehenden Erfahrungen zu sehen. Was sich am nachhaltigsten in die Herzen einschrieb, wollte auf den Steinen der Welt als Optativ, in Wunschform, herausgeritzt werden. In all dem Vergehen sollte dieser Wunsch nach grenzenlosem Leben eingeschürfter Bestandteil der materiellen Welt bleiben.

Noch vor der Schrift gibt es Grabkunst, die eine ästhetische Reflexion des Todes auszeichnet. Das Bestatten von West nach Ost, von der untergehenden Sonne weg auf deren Aufgang am nächsten Morgen zu, legt zehntausend Jahre vor den ersten Keilbuchstaben Zeugnis von einem bewußten Leben mit dem Tod ab. Bestattung in Embryostellung gibt es auf den Kykladen und Grabbeigaben fast überall in den Kulturen der steinzeitlichen Welt. Ihre Antwort auf die Provokation des Todes war die gesamte Steinzeit über gültig. Sie bestand im Wiedergeborenwerden der Menschen aus den Frauen. Rudimente dieser überall auf der Welt anzutreffenden Vorstellung weisen die frühen Schriftkulturen im Kult ihrer Göttinnen auf, der in der technisch immer perfekteren Kultur rasch patriarchal überformt wurde.

Während steinzeitliche Höhlenbilder die kulturschaffenden Männer im Sterben und Geborenwerden zeigen, ist die große Mutter unwandelbare materielle Wirklichkeit der Erde selbst. Die Sehnsucht, die das West-Ost-Grab der Steinzeit formuliert, seine Ritzzeichnungen mit der Sonnenbarke, die frühen Plastiken der allmorgendlichen Wiedergeburt der Sonne unter Gestaltung von Versteinerungen ehemaliger Seeigelgehäuse oder Seeschneckengewinde, die Botschaft der Höhlenmalereien und gestalteter Faustkeile ist der Wunsch, es möge Leben sein statt Tod, es möge Fest sein statt Elend.

Mit dem Beginn der Stadtkultur fassen Pyramiden und Grabinschriften diesen Wunsch als individuelles Begehren. Seine christliche Weitergestaltung kann als Schmelztiegel beider Strömungen gelesen werden. So weist zum Beispiel der Vater-Gott inmitten der wiedergebärenden Scheide, der Mandorla himmlischer Vollendung, auf vielen Gräbern die mutter- und vaterreligiöse Herkunft der christlichen Auferstehungshoffnung aus. Als in der Renaissance seit dem 16. Jahrhundert die gesellschaftlichen Selbstverständlichkeiten eines christlichen Widerspruchs zum Tod bröckeln, wird in der Vanitas-Kunst mit der Feststellung: „Alles ist vergeblich!“ genau dagegen protestiert. Totengerippe

tragen gegen den Tod anhoffende Büsten Verstorbener gen „Himmel“. Die neuzeitlichen Bestattungsparks deuten mit ihrer pflanzlichen Friedhofsgestaltung die „Rückkehr des individuellen Lebens in den großen Strom des Seins“ (G. Bataille) an.

Die Entfaltung der Lüste als Revolte gegen die Zeit mit ihren Zwangsläufigkeiten des Vergehens ist seit den Epikureern ein Votum für Lebens-Kunst.

Seit der Renaissance von vielen Autoren neu aufgegriffen verlegen Menschen ihre Suche nach Sinn in die Sinnlichkeit. Die prächtigen Seiten einer Singlegesellschaft bestehen im Zelebrieren dieser antitödlichen Erkenntnis Friedrich Nietzsches: „Alle Lust will Ewigkeit“. Ihre Voraussetzung ist ein relativ müheloses Leben, frei von reproduktiven Zwängen. Hauptexponent dieser fortpflanzungsungebundenen Sexualität ist seit dem beginnenden 19. Jahrhundert der homosexuelle Mann. Wen wundert's, wenn er seine Sinndeutungen gegen den Tod am Ende seines kollektiven Coming Outs in den 90er Jahren des 20. Jahrhunderts mit Sexspielzeug auf bestickten Gedenktüchern plaziert? Hierzu passen Beerdigungen in Lederkluft, im Harneß eingepackte Urnen, Kabriolets mit Särgen, aus denen während Demonstrationen Sekt verkauft wird und bei einer Trauerfeier beschriftete Konserven: „Ich war eine Dose!“

Gedenkplätze: das Nichtvergessen nimmt Formen an.

Der kleine Hügel auf dem Kölner Südfriedhof etwa, wo inzwischen zehn Urnen beigesezt wurden, deren Asche mal die Körpersubstanz von Menschen war, die an den Folgen von AIDS verstarben.

Im Frankfurter Switchboard hängt seit Jahren ein Brett mit den Ausmaßen eines Menschen: 1,80 m hoch, 70 cm breit; da, wo das Herz wäre, wenn dieser Mensch sich den Betrachtenden zuwenden würde, ist ein Metallbügel für ein Teelicht angebracht. Die Fläche ist bedeckt mit Fotos von Toten, mit Traueranzeigen, Erinnerungsstücken, Gedichten, fast eingeritzt, wie es die Spuren romantischer Liebesnächte auszeichnen soll.

Auch in Hamburgs Homocafé „Gnosa“ gibt es eine Gedenkwand.

Im Münchener Café „Regenbogen“ ist die Trauertafel riesig, zwei mal drei Meter etwa, wobei die Regenbogenaufkleber bei jedem einzelnen Bild das ganze als Regenbogen gestalten.

Kleinere Gedenktafeln hängen im „Mann-o-meter“ in Berlin, in der Münchener AIDS-Hilfe und an vielen vergleichbaren Plätzen, wo meist nur die aktuell Verstorbenen einen Aushängeplatz finden, der nur allzurasch von einer nächsten Person beansprucht wird.

Noch gibt es nicht wie in San Francisco eine eigens den aktuellen AIDS-Toten gewidmete Zeitung. Aber die schwulen Blätter und die Postillen der SpritzdrogengebraucherInnen in Deutschland bringen seit Jahren kein Heft mehr ohne mehrere Traueranzeigen heraus.

Einige „Trauerbücher“ sammeln inzwischen Zeugnisse des Schmerzes und der Erinnerung in verschiedenen Städten.

Auch spezielle Veranstaltungen finden als geronnene Erfahrung zunächst lediglich einzeln konzipierter Gedenkstunden vielerorts in jährlichen Rhythmen statt. Dabei gibt es lokale Momente und überregional Verbundenes.

Die Kölner Tradition etwa, jährlich am Welt-AIDS-Tag mit Kerzen die größeren Gräberansammlungen auf den beiden Hauptfriedhöfen und den Urnenhügel auf dem Südfriedhof zu besuchen, hängt der Form nach eng mit Gepflo-

ALEXANDER P. LENZEN

gestorben am 3. März 1993

Alexander hat aus seinem Positivsein nie ein Geheimnis gemacht. In verschiedenen Funktionen hat er sich über viele Jahre für die Interessen der Menschen mit HIV/AIDS eingesetzt. Er war zeitweise Vorstandsmitglied des Landesverbandes der nordrhein-westfälischen und der Kölner AIDS-Hilfe sowie Mitbegründer des AIDS-Forums in Köln, eines Zusammenschlusses verschiedener Träger der AIDS-Arbeit in seiner Heimatstadt.

Im Jahre 1988 hat Alexander die Organisationsgruppe „Positiv e.V.“ mitbegründet. Ab 1989 führte er zusammen mit seinem Lebenspartner in Nordrhein-Westfalen regionale Positivtreffen durch. Seine abendlichen „Gute-Nacht-Geschichten“ kennt wohl jeder, der diese Treffen einmal besucht hat.

Alexander war Kölner mit Herz und Seele. Und er praktizierte jene Art von rheinischem Katholizismus, der sich über kirchliche Moralvorstellungen selbstbewußt hinwegzusetzen weiß.

Alexander starb, wie er es sich gewünscht hatte, zu Hause in Begleitung seines Freundes.

Text nach Wolfgang Vorhagen

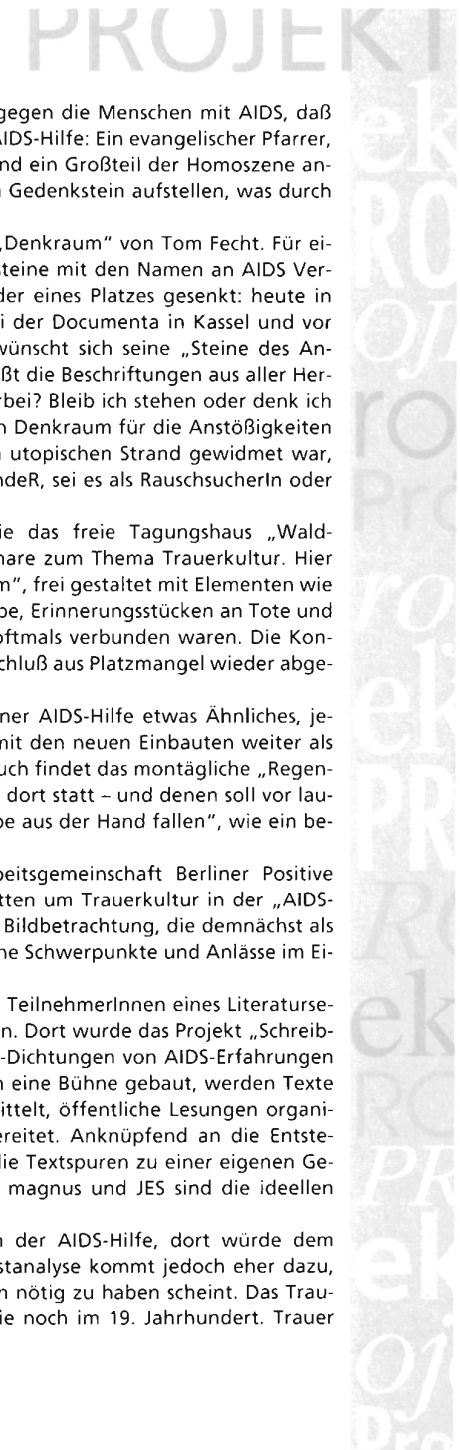
genheiten des katholischen Rheinlands zusammen. Allerseelen ist am 1. Dezember immer gerade einen Monat her. Der Zeitpunkt fürs Totengedenken, einen Monat nach Allerseelen, paßt auch gut zum Verdikt des Kölner Kardinals Meisner, keine der Gemeinden seiner Erzdiözese dürfe auch nur indirekt mit der AIDS-Hilfe kooperieren ... „Die letzten werden die ersten sein“ (Mt 19,30).

Ganz außerliturgisch dagegen mutet der Kölner Brauch an, für alle Toten Rosenstöcke aufzustellen; oder wird an die Aufnahme Mariens in den Himmel erinnert, deren Totenbett statt Verwesung ein duftendes Blumenmeer geziert haben soll?

AIDS-Trauerzüge dagegen gibt es in fast allen deutschen Städten, oft um den 1. Dezember herum, gelegentlich auch mitten im Jahr.

Eine Frankfurter Besonderheit bildet dabei der Versuch, die Trauer mit mutigem politischem Auftreten zu verbinden. So wurde bereits mehrere Jahre hindurch vor dem „Römer“, dem Frankfurter Rathaus, nach dem Zug durch die Geschäftswelt der Bankstadt eine Kundgebung für eine bessere Versorgung der Kranken und gegen die Verfolgung der SpritzdrogengebraucherInnen abgehalten. In einem Fall beschloß die Stadtverordnetenversammlung sogar, die „Bürgerglocke“ der traditionsreichen Paulskirche läuten zu lassen. Sie drückt den Schmerz und die Solidarität der Frankfurter in katastrophalen Situationen aus, und ihr Erklingen bedarf eines politischen Beschlusses.

Spezifisch Münchenerisch ist der Brauch, für jeden ToteN auf der Straße ein Licht aufzustellen. 550 Kerzen waren es 1992 auf dem Odeonsplatz. Dieses Jahr am Sendlinger Tor beim Bundespositivtreffen werden es schmerzlich viel mehr sein ... Auch



in München bewirkt der kirchliche Affekt gegen die Menschen mit AIDS, daß wenig wachsen kann zwischen Kirche und AIDS-Hilfe: Ein evangelischer Pfarrer, in dessen Gemeindegebiet die AIDS-Hilfe und ein Großteil der Homoszene angesiedelt sind, wollte in seiner Kirche einen Gedenkstein aufstellen, was durch den Kirchenvorstand vereitelt wurde ...

Ebenfalls „steinig“ arbeitet das Projekt „Denkraum“ von Tom Fecht. Für einen bestimmten Zeitraum werden Pflastersteine mit den Namen an AIDS Verstorbener in den Boden eines Gehwegs oder eines Platzes gesenkt: heute in Köln auf dem Alten Markt, letztes Jahr bei der Documenta in Kassel und vor dem Naturkundemuseum in Berlin. Tom wünscht sich seine „Steine des Anstoßes“ rund um die Welt und mischt bewußt die Beschriftungen aus aller Herren Länder. Geh ich drüber oder schnell vorbei? Bleib ich stehen oder denk ich an den Strand unter dem Pflaster? Es ist ein Denkraum für die Anstößigkeiten vieler der AIDS-Toten, deren Leben diesem utopischen Strand gewidmet war, sei es als AIDS-„AktivistIn“, sei es als LiebendeR, sei es als RauschsucherIn oder schlicht als sehnsüchtiger Mensch.

Bundesweit übergreifende Projekte wie das freie Tagungshaus „Waldschlößchen“ veranstalten seit Jahren Seminare zum Thema Trauerkultur. Hier gab es zeitweise ein Zimmer als „Trauerzimmer“, frei gestaltet mit Elementen wie Photographien und Pflanzen, Papier und Farbe, Erinnerungsstücken an Tote und an die Geschichte des Hauses, mit der sie oftmals verbunden waren. Die Konstruktion wurde aber jeweils nach Seminarschluß aus Platzmangel wieder abgebaut.

Im selben Raumdilemma plant die Berliner AIDS-Hilfe etwas Ähnliches, jedoch so, daß der betreffende Raum auch mit den neuen Einbauten weiter als Konferenzzimmer genutzt werden kann. Auch findet das montägliche „Regenbogenfrühstück“ für bedürftige Betroffene dort statt – und denen soll vor lauter „Grab und Gruft nicht die Salamischrippe aus der Hand fallen“, wie ein besorgter Mitarbeiter zu bedenken gab.

Ebenfalls bei der BAH stößt die „Arbeitsgemeinschaft Berliner Positive (AGB+)“ seit zwei Jahren Gestaltungsdebatten um Trauerkultur in der „AIDS-Gemeinde“ an. Erstes Ergebnis ist nun eine Bildbetrachtung, die demnächst als Werkmappe für unterschiedliche thematische Schwerpunkte und Anlässe im Eigenverlag herausgebracht wird.

Übergreifende Ideen bewegten auch die TeilnehmerInnen eines Literaturseminars in „Waldschlößchen“ vor drei Jahren. Dort wurde das Projekt „Schreib-Spuren“ aus der Taufe gehoben. Allen Ver-Dichtungen von AIDS-Erfahrungen offen, wird meist unbekanntem AutorInnen eine Bühne gebaut, werden Texte herausgegeben oder an Zeitschriften vermittelt, öffentliche Lesungen organisiert und derzeit ein Interviewband vorbereitet. Anknüpfend an die Entstehungsidee der Schrift als Epitaph werden die Textspuren zu einer eigenen Geschichtsschreibung verbunden. Die D.A.H., magnus und JES sind die ideellen Träger.

Immer wieder behaupten KritikerInnen der AIDS-Hilfe, dort würde dem Ernst des Todes ausgewichen. Eine Zeitgeistanalyse kommt jedoch eher dazu, daß diese gesamte Kultur solch Ausweichen nötig zu haben scheint. Das Trauerhaus ist nicht mehr ein offenes Haus, wie noch im 19. Jahrhundert. Trauer scheint privatissime per definitionem.

Die Kluft zwischen einer sex- und rauschbezogenen Trauerkultur und der heute in unseren Breiten gängigen Privatheit markierte der 1992 in den Kinos der Welt gelaufene Stricherfilm „My private Idaho“ nahezu idealtypisch: Zwei Grabesfeiern finden unweit voneinander zeitgleich statt. Einerseits das protestantische Anhören von Bibeltexten in Nadelstreifenanzug und Dior-Kleid am Mahagonisarg auf dem Friedhof der offiziellen Trauerkultur. Und hundert Meter daneben eine hilflose Orgie, um die in einer Kiste verpackte Leiche eines homosexuellen Päderasten ganz anders zu ehren: mit Koks und Schnaps, mit wütend-ausgelassenem Gehopse und Gegröhle, denn er hatte die Jungs für ihre sexuellen Dienstleistungen bestens mit Stoff versorgt.

Die Trauerkultur der von AIDS betroffenen Menschen in Deutschland betritt weder den einen noch den anderen Weg. Ich deute all das, was bislang hierzu öffentlich wahrnehmbar entstand, als Gratwanderung zwischen diesen beiden Extremen.

Privat dagegen dürfte die Formenvielfalt dem Zustand unserer Kultur entsprechen. Da gibt es vielerlei Ausdruck, der sich dem Einblick entziehen muß, um er selbst zu bleiben. Gottlob geht das inzwischen. Wir Spätgeborene können uns das Überfrachtete und Reglementierte einer allgegenwärtigen Religion nicht mehr vorstellen, aber die Möglichkeit zur Privatheit und zur Vielfalt ist auch erstritten worden. Keineswegs soll mit diesem Beitrag also einer Pflicht zur Veröffentlichung des Schmerzes das Wort geredet werden. Viele von AIDS betroffene Männer und Frauen sind gern Privatiers. Warum nicht?

Anderer nutzen gern die offene Situation für neue Gemeinsamkeiten. Da geht es im kulturellen Ausdruck von Objekt oder Veranstaltung wie beim öffentlichen Auftritt der AIDS-AktivistInnen inzwischen nicht mehr um „erste Versuche“. Entgegen dem landläufigen Vorurteil, Homos, Junkies und „verrückte“ Frauen seien nur oberflächlich und verstünden außer von Parties nichts, wuchs hier eine ausdrucksstarke und differenzierte, wenngleich noch junge Tradition. Zehn Jahre AIDS-Hilfe sind auch zehn Jahre geronnene Erfahrungen der Trauerarbeit inmitten einer postmodernen Kultur, der die Verbindlichkeiten abhandeln kamen.

Inmitten dieses „anything goes“ neigen jedoch manche Menschen durchaus religiösen Bewältigungen der eigenen Todeangst und des Schmerzes beim Abschied von anderen zu. „Der Tod ist des Glaubens liebstes Kind“, sagte Ernst Bloch 1964. Dies gilt „noch“ und auch wieder „neu“.

Kirche ist da mit ihrem Sinnangebot lediglich eine Anbieterin und hat sich, wie alle anderen auf dem Markt der Lebensfragen, am kritischen Urteil der Suchenden zu bewähren. 57% der jungen Leute bis 29 glaubten in der repräsentativen Shell-Studie 1992 an ein Leben nach dem Tod, aber nicht einmal 10% finden in dieser Frage heute in Deutschland die Kirchen interessant.

Dennoch kommt Priestern und PfarrerInnen, Ordensleuten und SeelsorgerInnen verschiedenster christlicher Gemeinschaften ein wichtiger Part im Gesamtkonzert der AIDS-Trauerkultur zu. Viele gute Professionelle mit kirchlichen Dienstverträgen leisten in den Krankenhäusern Sterbebegleitung. Trauernde, die plötzlich allein sind, werden sehr häufig von kirchlichen MitarbeiterInnen gestützt und aufgefangen. Und selbstverständlich gibt es auch viele kirchliche Trauerfeiern für Menschen, die an AIDS starben. Selbst im heidnischen Berlin ist die Franziskanerkirche am Ludwigkirchplatz gelegentlich von schwarzgekleide-

ten Männern besucht, deren Schwarz das geile Leben inmitten der Trauerfarbe dieses Anlasses real-symbolisch ist – schwer zu verdauen für Amtspersonen, die auf die Normen des römischen Katechismus verpflichtet wurden.

Allen kulturellen Entwicklungen bewußten Lebens mit dem Tod ist zu wünschen, daß vielgestaltige Aufbrüche zum Teilen des Schmerzes wie zu den Notwendigkeiten des Weiterlebens gewagt werden – in allen Teilen der Gesellschaft und durch Kommunikation vieler Teilkulturen. Dies braucht keineswegs zu bedeuten, daß solches Suchen ein Verdrängen der segensreichen Freiräume privater Auseinandersetzung sein muß.

Die rund 70.000 Menschen mit HIV und AIDS in Deutschland finden oft mehr Beachtung als der Herzinfarkt beim Mann über 45 oder der Brustkrebs der Frau ab 30. Das mag an der historisch überkommenen Todesmetapher von männlichem Sex liegen, contra naturam und somit tödlich als der Sünde Sold. Hinzu kommt das ambivalente Grausen vor den totgespritzten Leichen in unseren Bahnhofstoiletten, zu dessen Schauer der AIDS-Tod die rechte Würze beisteuert. Sicherlich tief reicht auch die Zuschreibung an die Frauen, letztlich die Lust zu verschulden und von Evas Tagen an Quelle aller Verdammnis zu sein, so auch dieser zeitgeistgerechten Spielart. Und Hexentoden glotzte der Mob aller Zeiten gerne zu, ob auf dem Marktplatz im Feuer des Scheiterhaufens oder auf dem Foto der Klatschzeitung am Morphiumpfropf kurz vor dem wohlverdienten Ende der Satansbraut.

MancheR sieht AIDS auch als Symptom einer zerfallenden Welt wie Mogadischu und Sarajewo; oder als Ausdruck ökologischer Unvernunft wie Tschernobyl und Waldsterben.

Alle die Deuter schauen auf unser Sterben und wußten immer schon, daß es so gekommen sein würde. Na ja, wem's hilft ...

Ich sehe in der Neugier beim „AIDS-Tod“ allerdings eher, daß die Fortschrittsgesellschaft den „lonesome cowboy“ und die emanzipierte Managerin hervorbrachte, deren bindingsloser Sex noch vom letzten Spießher beim jährlichen Bordellbesuch ersehnt wird. Auf dieser Bühne wird nun „Jedermann“ aufgeführt. „AIDS“ heißt in diesem Sinne auch, daß, wenn die VorreiterInnen an den Folgen ihrer Lüste sterben, dieser Fortschritt ein Irrweg war. Der wahrgenommene AIDS-Tod per TV-Star oder Stern-Artikel kratzt so – zusammen mit den fremdenfeindlichen Folgen der Festungspolitik unserer reichen Ein-Fünftel-Welt, mit den Fundamentalismen aller Kontinente und der drohenden Steigerung der täglichen Elendstoten von heute 100.000 auf 350.000 im Jahre 2000 – wie eine riesige, gichtige Menetekelhand an allem, was ehemals eindeutig gut und erstrebenswert schien.

Die Menetekelschrift von Belschazzars Gastmahl im Buch Daniel der Bibel galt einem König, der statt dem lebendigen Gott den toten Götzen aus Erz und Stein mit den aus Jerusalem geraubten Tempelkelchen zuprostete. Die Krallenhand des Menetekels für diese Weltgesellschaft kann gar keinem Einzelherrscher mehr etwas Unleserliches an die Wand kritzeln. Sie sitzt allen im Nacken. Auch AIDS macht das deutlich.

Die Trauerkultur in allen gesellschaftlichen Gruppierungen sollte als Teil der Kultur eines gastlichen, geschwisterlichen Lebens neu wachsen. Traditionelles und Zeitgeistförmiges, Religion und Avantgarde können hierbei mitwirken.

IAN SCHÄFER

Mit Ian Schäfer ist ein wesentlicher Abschnitt der Geschichte der D.A.H. verbunden. Er war von Anfang an in der AIDS-Hilfe-Bewegung engagiert, war lange Zeit im Vorstand und in der Geschäftsführung der D.A.H. Die Erinnerung an sein praktisch-politisches Gestalten und Handeln als schwuler Mann und Mensch mit HIV weckt zugleich die Erinnerung an die Geburt der Identität von AIDS-Hilfe: Zuversicht trotz HIV-Infektion und AIDS, Aufklärung als Antwort auf Angst, Unwissenheit und Gleichgültigkeit, akzeptierende Parteilichkeit und Solidarität angesichts von Vorurteilen, Ausgrenzung und Verfolgung. Ian war unermüdet, wo es gesellschaftliche Widerstände gegen die AIDS-Aufklärung aufzubrechen galt. Mit streitbarer Lust am kritischen Diskurs war Ian einer derjenigen, die AIDS-Hilfe zu einer kompetenten Interessenvertretung für die von HIV und AIDS Betroffenen machten. Als Referent für den Fachbereich "Medizin und Gesundheitspolitik" in der D.A.H.-Bundesgeschäftsstelle profilierte Ian die Erfahrungen und das Selbstverständnis der Betroffenen zu politisch-fachlicher Kritik unter emanzipatorischem Vorzeichen. In seinem Handeln provozierte Ian Widerspruch wie Zustimmung, und beides oft vehement. Er bestand auf offene Kontroversen anstelle von falscher Harmonie. Ian war unbequem - für seine persönlichen Freunde wie auch für seine politischen Gegner. Und Ian hatte Charisma, jede Menge Charme und Lebenslust, konnte motivieren und Mut machen. Seine Erkrankung an AIDS kam für ihn wie für seine Angehörigen, Freunde und KollegInnen überraschend und hart. Er verstarb im November 1989.

So könnten die Elemente einer AIDS-Trauerkultur zusammenwirken mit Neuentwürfen postfamilialen Zusammenlebens, ohne daß diese der parallel weiterbestehenden Familie feindlich sein müßten. Es könnte dazu kommen, daß kirchliche Trauerpraxis und rauschbejahendes Leben „ineinanderragen“, ohne gleich wieder von der einseitigen Verdammnis in die Drogenpropaganda zu verfallen, ohne vom Sexverbot in den Sexkult zu torkeln. Ambivalenzen könnten aushaltbarer werden: vielleicht gibt es nicht ständig ein „Entweder-Oder“. Die Entfaltungen einer AIDS-Trauerkultur könnten dazu beitragen, die Begrenztheit des Lebens ebenso grundsätzlich bewußt und fruchtbar werden zu lassen wie die Sehnsucht aller Lebenden, daß Glück sei anstatt Tod.

HELGA THIELMANN

Deutsche AIDS-Hilfe e.V.

Angebote für Angehörige von Menschen mit HIV/AIDS

Angebote für Angehörige von Menschen mit HIV/AIDS als Arbeitsgebiet der Deutschen AIDS-Hilfe waren bei deren Gründung vor zehn Jahren nicht eingeplant. Damals gingen die betroffenen schwulen Männer davon aus, daß ihre „schwule Familie“ sich um die Kranken und Sterbenden kümmern würde. Außerdem gab es in vielen Familien kein Verständnis für das Schwulsein des Sohnes; somit gab es dort auch oft keine weitere Kommunikation.

Inzwischen hat sich das Bild sehr gewandelt. Innerhalb der „schwulen Familie“ sind viele Menschen gestorben oder haben nicht (mehr) die Kraft, einen Freund oder Bekannten bis zum Tod zu pflegen und zu begleiten, da sie selbst positiv oder schon krank sind. Das Sterben der Freunde reißt immer größere Lücken; es taucht immer öfter die Frage auf: „Wer wird mich pflegen und begleiten?“.

Ohne Zweifel: Es gibt an einigen Orten die Möglichkeit, sich durch betroffenenfreundliche Pflegevereine oder Sozialstationen versorgen zu lassen. In der Provinz sieht es allerdings schon anders aus; hier ist eine lückenlose Versorgung nicht gewährleistet. Also führt mindestens dort der Weg zur „natürlichen“ Familie zurück.

Im Laufe der letzten 10 Jahre haben sich – auch bedingt durch AIDS – in vielen Familien die Ansichten über das Schwulsein eines Angehörigen verändert. Damit geht auch eine größere Bereitschaft einher, in Notsituationen für Hilfe zur Verfügung zu stehen. Pflege in und durch die Familie kann allerdings nicht die professionelle Versorgung ersetzen.

Eine weitere Gruppe stellen die Familien mit drogenkonsumierenden oder ehemals drogenkonsumierenden Angehörigen dar. Die „Drogengeschichte“ hat die Familienangehörigen oft bis an den Rand des Erträglichen gebracht. Nun kommt noch die Infizierung bzw. Erkrankung hinzu, mit der es fertigzuwerden gilt. Auch hier versuchen Angehörige vermehrt, die abgebrochene oder vernachlässigte Kommunikation mit der/dem Betroffenen wieder aufzunehmen – aber oft scheitert es an den eigenen Defiziten.

Seit dem Herbst 1990 werden Workshops für Eltern und Geschwister von Menschen mit HIV/AIDS in Zusammenarbeit mit einem Psychologen angeboten. Angehörigen von Menschen mit HIV/AIDS wird dabei die Gelegenheit geboten, ihre eigenen Probleme mit HIV und AIDS aufzuarbeiten. Die Möglichkeit, noch eine gemeinsame verständnisvolle oder auch „qualifiziert streitbare“ Zeit zu haben, wird dadurch wahrscheinlicher. An deren Ende kann die Akzeptanz des Lebensstils und der Wünsche des/der Betroffenen stehen.

Neben den Workshops für Eltern und Geschwister gibt es bereits seit einigen Jahren zweimal jährlich Treffen von Betroffenen mit Angehörigen. Hier sind hauptsächlich Lebenspartner angesprochen, seltener „natürliche“ Familienangehörige

KONRAD LUTZ

gestorben am 3. Februar 1990

Seit Jahren den bundesweiten Positiventreffen im Waldschlößchen verbunden, nahm Konrad zum letzten Mal im November 1989 daran teil. Obwohl er zu diesem Zeitpunkt bereits schwer erkrankt war, wollte er zusammen mit einem Filmteam für sich noch einmal ein Zeichen setzen. Im Mai 1988 setzte er als Regisseur und Betroffener das europäische Positiventreffen filmisch um. Aus dem Material entstand das Video „Coming Out“, das authentisch die Entwicklung und die ersten Identitätsprozesse von Positiven in der Bundesrepublik widerspiegelt. Konrad starb in München an den Folgen einer Pcp.

Die Angehörigenarbeit ist zehn Jahre nach Gründung der D.A.H. ein umfangreiches und eigenständiges Tätigkeitsfeld geworden. Und die Erfahrung zeigt deutlich, daß es mit den bisher angebotenen Workshops für Eltern und Geschwister allein in der Zukunft nicht getan sein wird. Eine Umfrage unter den örtlichen AIDS-Hilfen zur Frage, wer in welchem Umfang Eltern- bzw. Angehörigenarbeit macht, ergab folgendes Bild: 48 AIDS-Hilfen machen solche Angebote, wobei allerdings regional große Unterschiede feststellbar sind. Es gibt AIDS-Hilfen, die Einzelberatung im kleinen Rahmen anbieten, andere wiederum haben sogar mehrere Angehörigengruppen.

Zur Bundespositivenversammlung 1993 im November in München sind erstmalig Eltern und Geschwister von Betroffenen als Gäste eingeladen. Es gibt dort einen gemeinsamen Workshop mit Menschen mit HIV. Außerdem haben Eltern die Gelegenheit, an den übrigen Veranstaltungen teilzunehmen und Einzelgespräche mit Betroffenen zu führen.

HELMUT KIOLBASSA

AIDS-Hilfe Düsseldorf

Schulische und außerschulische Jugendarbeit der AIDS-Hilfe Düsseldorf e.V.

Ende 1986 gründete sich in der AIDS-Hilfe Düsseldorf (AHD) eine Pädagogengruppe, bestehend aus MitarbeiterInnen der AHD und anderen Interessierten. Ihre Absicht war, bei Jugendlichen die Informations- und Wissensvermittlung zur HIV- und AIDS-Problematik durch Multiplikatoren zu forcieren. Nachdem sich die Gruppe erst einmal selbst auf den damals aktuellen Wissensstand gebracht und Unterrichtsmaterialien der D.A.H. bearbeitet hatte, ging sie daran, in Schulen und Jugendfreizeiteinrichtungen praktische Erfahrungen zu sammeln. Auf diese Weise ausgestattet wandte man sich dann an breitere Kreise von BerufskollegInnen. Zu diesem Zweck wurden in den Räumen der AHD mehrere abendliche Veranstaltungen abgehalten, um über die Erfahrungen aus der Arbeit mit Jugendlichen zu berichten sowie Materialien und Unterstützung anzubieten.

Als immer mehr Multiplikatoren an der Thematik Interesse zeigten, führte die Gruppe 1987/88 mehrere eintägige Seminare für LehrerInnen, SozialarbeiterInnen und ErzieherInnen durch. In diesem Zeitraum wurde zusätzlich eine Reihe von Veranstaltungen für Lehrerkollegien, für Teams in der Jugendarbeit und Heimerziehung sowie für Jugendverbände und -organisationen angeboten. Parallel dazu waren einzelne Mitglieder der Pädagogengruppe an der Ausarbeitung verschiedener Publikationen für den Raum Düsseldorf beteiligt, darunter „Berichte aus der Praxis – AIDS: Neue Anforderungen an die Kompetenz der Pädagogen in Kinder- und Jugendfreizeiteinrichtungen“ (Hg. Jugendamt der Landeshauptstadt Düsseldorf), „AIDS – Eine neue sexualpädagogische Dimension“ (Hg. Pädagogisches Institut der Landeshauptstadt Düsseldorf) und „Positiv – Zeitungen von Schülern für Schüler“ (Hg. Heinrich-Hertz-Kollegsschule).

In ihrer Tätigkeit ist es immer besonderes Anliegen der Gruppe gewesen, neben medizinisch-biologischen Aspekten die ganze Bandbreite sexuellen Verhaltens, das Thema Drogengebrauch sowie die gesellschaftlichen Auswirkungen von AIDS darzustellen. Ihr Ziel war und ist es, Multiplikatoren wie Jugendlichen einen Zugang zu diesen Themen zu eröffnen und sie zu sensibilisieren. Wichtig hierbei ist nach wie vor die Verankerung der pädagogischen Arbeit in der AHD.

Das Engagement der Gruppe fand viel Zuspruch, es gab jedoch auch Probleme. So stieß unter anderem die Methode des direkten Zugangs mittels entsprechender Medien auf Ablehnung. Ein Beispiel: Das im Rahmen einer schulischen AIDS-Aktionswoche verwendete Paket eines Jugendclubs veranlaßte die Fachkonferenz Biologie zu der Feststellung, daß solche Vorgaben dem Versuch der sachgemäßen und der jeweiligen Altersstufe angemessenen Aufklärung zuwider liefen und den gebotenen „pädagogischen Takt“ vermissen ließen. Auf

dem Plakat war eine Figur des schwulen Karikaturisten Ralph König abgebildet mit einem über dem Finger abgerollten Kondom. Titel: „Erst verhüten, dann vögeln.“ Ein weiteres Beispiel: Als ein Mitglied der Pädagogengruppe in seinem Kollegium empfahl, das Thema AIDS fächerübergreifend zu bearbeiten, fiel der Satz „Diese Krankheit ist genauso pervers wie der Kollege, der das vorschlägt“.

Der Runderlaß des Kultusministers vom 1. Juli 1987 zur AIDS-Aufklärung in den Schulen Nordrhein-Westfalens trug wesentlich zur Erleichterung dieser Aufgabe bei. Er sah nämlich auch eine Zusammenarbeit mit außerschulischen Einrichtungen und Fachkräften vor. Flankiert wurde der Runderlaß von einer Reihe von Fortbildungsveranstaltungen verschiedener Träger. Trotz verbesserter Rahmenbedingungen ist die AIDS-Aufklärung vor allem im schulischen Bereich weiterhin Sache couragierter PädagogInnen geblieben, die sich nicht scheuen, die Aufmerksamkeit auf alle Dimensionen von AIDS zu lenken. Ihr Engagement unterstützt die AHD nach wie vor durch verschiedene Angebote, wie zum Beispiel Seminare.

Im Jahr 1989 begann die Pädagogengruppe, Betroffene in die Bildungsarbeit für Multiplikatoren einzubeziehen. Durch gute Kontakte zu HIV-Positiven, besonders zur Positiven-Tagesgruppe der AHD, konnte dieser Ansatz realisiert werden, der später auch bei Jugendlichen zum Tragen kommen soll.

Zu seiner Vorbereitung fand ein zweitägiges Treffen mit HIV-Positiven statt. In den folgenden zwei Multiplikatoren-Workshops, die jeweils drei Tage dauerten, wurde das Modell „Begegnung mit Betroffenen“ vorgestellt. Den TeilnehmerInnen wurde hierbei die Möglichkeit gegeben, sich ihrer Einstellungen, Vorurteile, Gefühle und Ängste bewußt zu werden. Die Workshops verliefen überaus erfolgreich. In der Folge besuchten Jugendgruppen, Schulklassen wie auch Erwachsenengruppen, zum Beispiel angehendes Pflegepersonal, die AHD und führten Gespräche mit Betroffenen.

Heute sind Betroffene aus verschiedenen Gruppen – Schwule und Bisexuelle, DrogengebraucherInnen und Ex-User, heterosexuelle Frauen und Männer – in dieses Modell einbezogen. Ihr Engagement ist ehrenamtlich. Sie stehen Besuchern als Gesprächspartner zur Verfügung und führen, meist zu zweit, Gesprächsrunden durch. Alle zwei Monate findet ein Treffen statt, wo sie ihre in dieser Arbeit gemachten Erfahrungen reflektieren.

Zur Zeit besuchen die AHD wöchentlich zwei bis drei Jugendgruppen von jeweils sieben bis dreißig Personen im Alter von 13 bis 25 Jahren. Pro Jahr kommen also bis zu 2.000 Jugendliche in die AHD. Das positive Echo auf unser pädagogisches Modell kommt in Briefen, Anrufen, Spenden, Zeitungsartikeln wie auch in dem Angebot zur Mitarbeit in der AHD zum Ausdruck. Da die Jugendlichen in ihren Schulen sowie in ihren „Peergroups“ für die AHD werben, steigt die Besucherzahl ständig weiter.

Unser Ansatz basiert auf der Erfahrung, daß gerade die unmittelbare Begegnung mit Betroffenen dem sozialen Miteinander förderlich ist, weil sie Gefühle von Empathie und Solidarität zu aktivieren vermag. Betroffenen bietet sich so beste Gelegenheit, in eigener Sache aufklärerisch zu wirken, „aus erster Hand“ Einblick in gesundheitliche, soziale und seelische Problemlagen zu geben. Für sie ist die Situation von Menschen mit HIV nichts Theoretisches wie etwa für LehrerInnen oder ErzieherInnen. Und nicht zuletzt sind Betroffene kompetente

Gesprächspartner, wenn es um Ansteckungsrisiken und Schutzmöglichkeiten geht.

Glaubwürdigkeit ist daher das größte Plus Betroffener, wenn zum Beispiel folgende Fragen zu beantworten sind: Wie hast du auf dein positives Testergebnis reagiert, wie deine Eltern, Freunde, dein Partner? Wie sieht dein Leben jetzt aus, was hat sich verändert? Was ist mit deiner Sexualität? Wovor hast du am meisten Angst? Wie hast du dich angesteckt? Die Betroffenen richten auch Fragen an die Jugendlichen, zum Beispiel: Wie hältst du es mit Safer Sex? Hast du immer ein Kondom bei dir? Würdest du es auch anwenden? Wie würdest du reagieren, wenn dein Freund HIV-positiv wäre? Die Begegnung mit Betroffenen appelliert an Gewissen und Gefühl und kann zur Verbesserung der Lebensumstände von Menschen mit HIV und AIDS beitragen. Darüber, inwieweit das Gespräch über Sexualität und Safer Sex das Verhalten Jugendlicher zu beeinflussen vermag, können keine Aussagen getroffen werden, handelt es sich hier doch um einen stark situationsgebundenen und gefühlsbesetzten Bereich.

Seit Ende 1991 berücksichtigt die AHD in ihrer Arbeit mit Jugendlichen im Bereich Primärprävention verstärkt sexualpädagogische Aspekte. Ausgangspunkt sind folgende Gedanken:

- Eine angemessene interdisziplinäre Sexualpädagogik findet im schulischen Bereich nicht statt. Sexualität wird in der Regel im Fach Biologie behandelt und hier – zwangsläufig – auf organische Zusammenhänge reduziert oder im Fach Religionslehre, wo es vor allem um Normen und Werte geht. Sozialpsychologische Elemente kommen kaum ins Blickfeld. Die Tatsache, daß Sexualität bei der Identitätsfindung eine zentrale Rolle spielt und stark affektiv besetzt ist, findet keine Berücksichtigung.
- Die Tabuisierung von Sexualität erschwert einen angstfreien und unvoreingenommenen Zugang zu ihr. Noch bevor Jugendliche eigene Erfahrungen auf den Gebieten Freundschaft, Liebe und Intimität sammeln und erleben, was Sexualität für sie bedeutet, ist vieles bereits durch gesellschaftlich vorgegebene Normen und Werte beantwortet. So gilt für Jungen und Mädchen, daß sie heterosexuell und treu sein müssen. Solche vorgegebenen Orientierungsmuster, einhergehend mit einer Abwertung von Homo- und Bisexualität, behindern die eigene Identitätsfindung, die heute durch HIV und AIDS zusätzlich erschwert ist.

Zu fordern ist eine ganzheitlich ausgerichtete Sexualpädagogik, die auf die Fragen, Verhaltensweisen und Ängste der Jugendlichen eingeht und sie ernstnimmt. Die PädagogInnen müssen sich dabei mit ihren eigenen Einstellungen, Vorurteilen und Ängsten auseinandersetzen. Wünschenswert ist eine verstärkte Kooperation von schulischer/außerschulischer Erziehung mit Einrichtungen oder Initiativen, die sich mit Sexualität und AIDS befassen. Die AHD bietet ihre Kooperation an, so zum Beispiel in Form ihrer Multiplikatorenseminare zum Thema „Sexualpädagogisches Arbeiten mit Jugendlichen“. Ein Schwerpunkt ist dabei unter anderem die Lage homosexueller Jugendlicher unter Einbeziehung dieser.

1992 wurde in der AHD „Das Kuckucksei“ initiiert, eine Gruppe für homosexuelle Jugendliche im Coming out. Im Vordergrund dieses Angebots steht die Bearbeitung von Problemen bei der Identitätsfindung und das Entwickeln eines

WERNER MAHLBERG

gestorben am 30. November 1991

Werner war ein engagierter Mitarbeiter der Zwickauer AIDS-Hilfe und schon zu DDR-Zeiten im kirchlichen Arbeitskreis „Homosexualität“ aktiv. Ihm ist es zu verdanken, daß der Zwickauer Arbeitskreis trotz der restriktiven Politik der DDR gegenüber den schwul-lesbischen Gruppen kontinuierlich tätig sein konnte. Sein Wunsch und Ziel war die gesellschaftliche Gleichberechtigung für homosexuelle Frauen und Männer. Als es möglich wurde, AIDS-Prävention auf nichtstaatlicher Basis zu organisieren, war er mit viel Kraft und Elan einer der Initiatoren der Zwickauer AIDS-Hilfe und von Anfang an in ihrem Vorstand vertreten. Er starb an den Folgen eines Autounfalls.

sexuellen Selbstbewußtseins; hier wird aber ebenso Safer Sex thematisiert. Dieses Angebot hat so großen Zuspruch gefunden, daß mittlerweile eine zweite Gruppe hinzugekommen ist.

In ihrer pädagogischen Arbeit richtet sich die AHD nach den Prinzipien der Verhaltensprävention: Sie versteht ihre Adressaten als vernunftbegabte Wesen, die in der Lage sind, Informationen aufzunehmen und Wissen in Handeln umzusetzen. Es geht also um die Vermittlung von Handlungskompetenz. Die AHD setzt hierzu unterschiedliche Mittel ein: zum einen Medien wie Broschüren, Comics und Videos, zum anderen Einzel- und Gruppengespräche mit Jugendlichen, LehrerInnen, LeiterInnen von Jugendgruppen und Eltern. Die AHD bemüht sich, durch Koordination und Vernetzung ihrer Arbeit mit anderen Einrichtungen sowie durch gemeinsame Aktivitäten einen Angebotspool für Jugendliche und Multiplikatoren zu schaffen. Unseren Aktivitäten sind jedoch finanzielle, personelle wie auch politische Grenzen gesetzt. So mußte der Ansatz einer kombinierten Verhaltens- und Verhältnisprävention bei minderjährigen männlichen Prostituierten aufgegeben werden: der AHD fehlte es an entsprechenden Mitteln, anderen Institutionen an der nötigen Einsicht in die Notwendigkeit solchen Vorgehens. Perspektivisch versucht die AHD, Konzepte zur Methode von „Peer leadership und Peergroup education“ zu entwickeln. Sie ist dabei auf die Mitarbeit anderer Träger und vor allem auf die engagierter Jugendlicher angewiesen.

PROF. DR. HELMUTH ZENZ

Universität Ulm, Abt. für Medizinische Psychologie
ehemals Mitglied des Vorstands der AIDS-Hilfe Ulm/Neu-Ulm/Alb-Donau e.V.

Da zürnt der Laie und der Fachmann ärgert sich Zum Spannungsverhältnis zwischen professionellen und ehrenamtlichen Helfern in der HIV-Betreuung

Seit der karthesianischen Wende, die sich in der Medizin vor etwa 300 Jahren ergab, driften alle verwissenschaftlichten Krankheitsbilder immer mehr weg vom Krankheitserleben der Patienten und ihrer Angehörigen. Doch ist bei keiner anderen vitalen Bedrohung die Kluft so tief wie zwischen der medizinischen Bewertung einer HIV-Infektion und ihrer existentiellen Bedeutung für den Infizierten selber.

Ein HIV-Positiver ist für die Medizin zunächst einmal für viele Jahre „vollkommen gesund“. Zwar vermehrt sich das Virus in seinem Körper mit diskreter Beständigkeit, aber da sich dies ohne sichtbare Gewebsverletzungen vollzieht, besteht für die Ärzte zwar Anlaß, den Betroffenen enger auf eine pathologische Entwicklung hin zu kontrollieren, aber kein Grund, therapeutisch zu intervenieren.

Die Infizierten erfahren von ihrer noch ca. zehn Jahre umfassenden Lebenserwartung meist im frühen oder mittleren Erwachsenenalter. Sie sind, anders als etwa Senioren, nicht über Jahrzehnte des biologischen Alterns an den Gedanken ihrer existentiellen Endlichkeit gewöhnt worden. Für sie ist der Infekt gleichbedeutend mit Totkrank-Sein. Das Schicksal hat sie dazu verurteilt, gesund und doch auf Dauer nicht lebensfähig zu sein. Sie fühlen sich damit in eine haltlose Existenz hineingeworfen, in der das Sich-Zurechtfinden oft professionellen Beistand erfordert.

Trotzdem war die psychosoziale Versorgung HIV-Infizierter und AIDS-Erkrankter eine späte Errungenschaft im Angebotsspektrum professioneller Unterstützung. Bemerkenswerte Hilfe erfuhren diese ursprünglich nur durch Angehörige, Freunde und Bekannte. Die anfänglichen, aus persönlicher Bindung und spontaner Solidarität entsprungene Einzelaktionen verdichteten sich über zunächst informelle Gruppenprozesse zu den als Vereinen eingetragenen AIDS-Hilfen als überdauernden Organisationsstrukturen der Laienhilfe. Die professionelle Versorgung setzte etwa mit der Jahreswende 1986/87 ein, ein Prozeß, der um 1990 im großen und ganzen abgeschlossen war. Über üppig ausgestreute Forschungsmittel versorgten sich Universitätskliniken nicht nur mit Forschung, sondern auch mit als Forschung verkleidetem Versorgungspersonal. Die Ministerien für Gesundheit stellten den Wohlfahrtsverbänden Mittel zur Verfügung, die, von diesem Angebot überrascht, etwas eilig Programme zur Bewältigung eines möglichen aber nicht überprüften Versorgungsbedarfs zusammenschusterten. Die Gesundheitsämter erhielten Finanzmittel, um speziell AIDS-Fachkräfte, vor allem Ärzte, in größeren Ämtern auch psychosoziale Berater, einzuzwerben. Auch die AIDS-Hilfen erhielten über das Land und die Kommu-

ROLAND HARDERS

gestorben am 9. Mai 1992

Beinahe sieben Jahre wußte Roland, daß er HIV-positiv war. Fast ebenso lang hat er mit diesem Wissen gearbeitet und gekämpft. In dieser Zeit entwickelte er sich zu einem AIDS-Hilfe-Aktivisten erster Güte. Im Herbst 1985 gründete er zusammen mit anderen Engagierten die AIDS-Hilfe in Trier. Lange Jahre war er ihr „Motor“, Manager, Repräsentant und ab Herbst 1987 ihr Streetworker.

Roland wirkte ab 1986 maßgeblich mit am Zusammenschluß der rheinland-pfälzischen AIDS-Hilfen zu einem Landesverband und vertrat sie mehrere Jahre im Beirat der D.A.H. Nach fünf Jahren verließ er „seine“ AIDS-Hilfe aufgrund zunehmender politischer und persönlicher Differenzen. Die etwa einjährige Arbeit im STOP AIDS-Projekt in Berlin war für ihn dann nur noch eine Zwischenstation auf dem Weg aus der AIDS-Hilfe. Sein Gesundheitszustand hatte sich verschlechtert. So gern Roland in Berlin gelebt hat, so gern ging er zurück nach Rascheid in sein Häuschen auf dem Gelände eines stillgelegten Bahnhofs. Und dort starb er auch.

nen hinreichend Geld, um hauptamtliche Mitarbeiter beschäftigen zu können, durchschnittlich zwei, in der Regel mit einem Diplom in Sozialpädagogik oder Sozialarbeit. Davon machten vor allem die Neugründungen Gebrauch und forcierten damit ihre eigene Professionalisierung, ein Vorgang, der die AIDS-Hilfe Mainz zu dem ironischen Kommentar veranlaßte: „Je früher, desto schwul; je später, desto Soz.Päd.“.

Sehr bald erwies sich, daß in den AIDS-Hilfen unter den Laien wie den Professionellen nicht wenige unter den wechselseitigen Spannungen litten. Zum Teil schaukelten sich die Probleme so auf, daß z.B. der Baden-Württembergische Landesverband ernsthaft über einen Antrag beriet, eine Unvereinbarkeit zwischen AIDS-Hilfe-Mitgliedschaft und HIV-relevanter institutioneller Tätigkeit zu beschließen. Es kam letztlich nicht zu dem Beschluß, aber die Kooperation blieb und bleibt in jedem Fall sensibel.

Die gesamtgesellschaftliche Situation organisierter Laienhilfe

Die Zunahme sozialer Selbsthilfe ist eine Entwicklung der letzten zwei Jahrzehnte und Ausdruck eines grundlegenden sozialen Wandels. Hierzu einige sozialwissenschaftliche Überlegungen, die sich an eine Analyse von Gartner & Rissman (1975) anlehnen. Die Aussöhnung von Kapital und Arbeit, jener Antagonisten, die zwei Jahrhunderte den gesellschaftlichen Prozeß vorwärtstrieben, wird mit neuem ökonomischen Hader erkaufte: Immer schneller lösen die Rationalisierungszyklen der Güterproduktion einander ab und produzieren mehr, als kaufkräftige Konsumenten gebrauchen können. Die Werbung verfolgt die Strategie, die im Überfluß Lebenden mit dem, was sie haben, un-

zufrieden zu machen. Mehr Unzufriedenheit entsteht, als sich mit Konsum aufzehren läßt, und wandelt sich in soziale, politische Irritation, in Protest. Auch der Staat behandelt in aller Unschuld den Verbraucher als willkommenes Objekt der Ausbeutung, indem er die Schraube, insbesondere der Verbrauchssteuern, kräftig anzieht, weshalb wir unter den Bürgern zunehmend Steuerrebellion und Staatsverdrossenheit erleben.

Da durch Rationalisierungsprozesse in der Güterproduktion immer mehr menschliche Arbeitskraft freigesetzt wird, müssen zu Zwecken einer prosperierenden Ökonomie immer mehr Dienstleistungen zur Arbeitsbeschaffung erfunden werden, die freilich sofort mit hohen Lohnkosten zu Buche schlagen. So gilt auch hier, daß Rationalisierung Trumpf ist: zunehmend kommen Dienste auf den Markt, die sich automatisieren, mechanisieren, computerisieren lassen, kurzum, Dienste mit Warencharakter. Der Konsument, angelegt auf menschliche Begegnung, süchtig nach sozialer Interaktion, verkehrt per Scheckkarte mit Bankautomaten, findet scheinpersönliche Briefe in seiner Post, spricht zu Anrufbeantwortern. Wen kann wundern, wenn er die im Sachgüterbereich erzeugte Unzufriedenheit in den Bereich der Dienstleistung transferiert.

Während sich der Ärger über die wenig befriedigenden Sachgüter im Aufblühen der Verbraucherverbände oder der von Konsumenten erzwungenen staatlichen Verbraucherschutzbestimmungen nebst entsprechenden Kontrollinstitutionen ausdrückt, tritt die Unzufriedenheit im Sektor der Dienstleistungen als wachsendes Mißtrauen in deren Effizienz auf, aus dem sich die explosionsartige Entfaltung von Bürgerinitiativen, Selbsthilfegruppen und autonomen Laienhilfegruppen geradezu zwangsläufig ergibt.

Dienstleistungen mit Begegnungscharakter sind teuer, besonders akademische. In der Regel ist die Relation 1:1, d.h. der Ratsuchende sucht vom Ratgeber eine individuelle, persönliche, vertraulich vermittelte Hilfeleistung. Gerade psychosoziale Dienste sind im wesentlichen nicht automatisierbar; sie bestehen im Handeln und Verhandeln, in der dualen Begegnung.

Während das moderne Staatswesen medizinische Dienstleistungen fördert und finanziert, da sie seit Menschengedenken als lebensnotwendig und hilfreich gelten, zögert es, psychosoziale Dienste gleichermaßen zu honorieren mit dem Argument, die meisten psychosozialen Probleme könnten bei gutem Willen entweder selbst, oder durch Rat von Angehörigen, Freunden oder Bekannten „kostenneutral“ gelöst werden. Diese Abweisung von durchaus vorhandenen Bedürfnissen führt nun dazu, sich bei der psychologischen Problemlösung in der Tat auf die eigene Kraft zu besinnen, zumal ohnehin in vielen Bereichen vom Verbraucher eigene Leistungen abverlangt werden, die früher von anderen verrichtet worden wären. Diese längst zum Selbstverständnis gewordene Do-it-yourself-Bewegung führt zu einer Deprofessionalisierung von Dienstleistungen: Jedermann traut sich Professionelles selber zu, mißtraut den beruflich ausgebildeten Experten, deren Können rascher als früher angezweifelt und entwertet wird.

Aus soziologischer Sicht können die AIDS-Hilfen durchaus als Gewächse auf dem Nährboden sozialer Unzufriedenheit gesehen werden. Daß in ihnen die Interaktion zwischen den Professionellen als den institutionell Dienstleistenden und den freiwilligen Aktivisten, die sich aus der „revolutionären Vorhut“ rekrutieren (Schwule, Frauen, Junkies und Exjunkies), von den grundlegenden ma-

krosozialen Antinomien nicht unberührt bleiben würde, erscheint geradezu zwingend.

Die institutionellen Bedingungen freiwilliger und professioneller HIV-Betreuung

Bislang ließ sich das Staatswesen bewegen, finanzielle Mittel zur AIDS-Versorgung bereitzustellen, vor allem zur Erforschung der Krankheit. Des weiteren wurden die Krankenhäuser zur Betreuung der Erkrankten personell besser ausgestattet. Schließlich aber fielen auch Gelder für die psychosoziale Betreuung von Menschen mit HIV und AIDS ab, und zwar mehr als für die zahlenmäßig bedeutsamere Gruppe der Menschen mit Herz-Kreislauf-Erkrankungen oder Tumoren. Dieser Sachverhalt muß um so mehr erstaunen, als ja die Verursachung dieser Krankheit – vulgär vereinfacht – in einem Verhalten zu suchen war, das als gesellschaftlich diskriminiert angesehen wurde: Homosexualität, sexuelle Libertinage und Drogengebrauch. Bezeichnenderweise geriet das Schicksal der Bluter nie in den Brennpunkt der gesellschaftlichen Diskussion, sondern immer das der durch Sexualität Angesteckten – vor allem das der vermeintlich gefährdeten Heterosexuellen, in zweiter Linie aber auch das der Homosexuellen.

Diese Entwicklung ist nachvollziehbar: Die Sexualität hat sich in den letzten Jahrzehnten zu einem ganz wesentlichen Verkaufsargument fast aller Konsumgüter entwickelt. Die Koketterie mit der Sexualität soll nicht nur dem Verkauf von Duftwässern, Seifen und Dessous auf die Sprünge helfen, sondern auch dem von Autoreifen und Bausparverträgen. Selbst für orale Genußmittel wird mit Anspielungen auf den genitalen Sex geworben. So steht dann also sexuelle Libertinage für unbeschränkten Konsumismus und gerät damit automatisch unter den Schutz eines ökonomischen Systems, dem gesicherte Wachstumsraten zur Existenzgrundlage dienen.

Die AIDS-Hilfen geraten nun neuerdings in eine institutionelle Krise, die durch die Finanznot der öffentlichen Haushalte dramatisch verschärft wird: Die staatlichen Sponsoren, allen voran die Länder, diskutieren mit den regionalen AIDS-Organisationen immer ungeduldiger deren Ziele und Aufgabenfelder: Auf Öffentlichkeitsarbeit soll weitgehend verzichtet werden, man solle sich stattdessen in Prävention und freiwilliger Betreuung auf Homosexuelle beschränken. Mancherorts wird die Zuständigkeit der AIDS-Hilfen in der Drogenarbeit bezweifelt. Solche Zumutungen der Staatsmacht an das Selbstverständnis solidarischen Handelns hätte bei den AIDS-Hilfen keine Chance, fände nicht auch dort aus anderer Motivation eine Zieldiskussion statt: Ob mit der Strategie des aggressiven Rückzugs aus dem Einflußbereich staatlichen Patronats nicht die Authentizität früherer Selbst- und Solidarhilfe zurückgewonnen werden könne.

Institutionelle Probleme haben aber auch die professionellen HIV- und AIDS-Betreuer, sowohl innerhalb als auch außerhalb der AIDS-Hilfe. Dies hat verschiedene Gründe, von denen zwei exemplarisch angesprochen werden sollen:

Die Betroffenen sind professionell überbetreut. Es wird mehr Hilfe angeboten als beansprucht. „Inzwischen leben mehr Menschen von AIDS als daran sterben.“ Dieser sarkastische Aphorismus, vor Jahren von der TAZ als Pseudoanzeige aufgemacht, bleibt unvergessen, er trifft auch auf den Sozialbereich zu. So hatten manche, speziell für den HIV-Bereich geschaffenen Betreuungseinrichtungen, etwa die Fachabteilungen AIDS der Gesundheitsämter, Schwierig-

keiten, mit HIV-Betroffenen in Kontakt zu kommen. Die Rekrutierung von Klienten als Motivation, sich in AIDS-Hilfen zu engagieren, war ein Zündstoff, der sehr wohl die Kooperation zwischen Professionellen und Freiwilligen sprengen konnte.

Die Anforderungen und Tätigkeitsmerkmale professioneller Betreuung sind nicht klar gegen die der freiwilligen Betreuung abzugrenzen. So, wie sich Sozialpädagogen und klinische Psychologen verstehen, kommen ihnen im HIV- und AIDS-Bereich diese Aufgaben zu:

- Krisenintervention und psychotherapeutische Nachsorge durch Vermittlung einsichtsvoller Weisheit (per analytischer Psychotherapie) oder von Kompetenztrainings wie Selbstsicherheit, autogene oder muskuläre Entspannung (per Verhaltenstherapie);
- das Auffangen extremer Reaktionen auf die Infektion oder Erkrankung innerhalb des sozialen Netzes des Betroffenen. Dazu gehört vor allem die Bearbeitung von Beziehungsproblemen;
- das Motivieren zu Primär- und Sekundärprävention;
- die Beratung freiwilliger Helfer in schwierigen Betreuungssituationen;
- die Therapie HIV-bezogener Reaktionen wie der AIDS-Phobien.

Demgegenüber ist ein herausragendes Merkmal freiwilliger Sozialhilfe, daß sich der Helfer als Teil des sozialen Netzes Hilfsbedürftiger anbietet. Unter den Terminus „Soziales Netz“ faßt die Wissenschaft alle Begegnungen mit solchen Menschen, durch die Individuen ihr soziales Selbst erfahren. Ehrenamtliche Sozialhelfer bieten dem Kranken informelle Kommunikation, gemeinsames Planen und Erleben, emotionale Zuwendung und praktischen Beistand. Mit letzterem ist gemeint, daß der Laienhelfer z.B. Einkäufe, Behördengänge und die Post erledigt, Empfangs-, Besuchs- und Lesedienste leistet. Persönliche Kontakte und Freundschaftsangebote machen den Wesenskern der Laienhilfe aus. Die Leistung von Laienhelfern ist, wie die vieler Dienstleistenden, durch eine Dualbeziehung mit einem einzelnen Klienten gekennzeichnet. Eine weitere Dimension unbezahlter Unterstützung ist auch, Zeit für den Klienten zu haben. Laien stehen damit nicht – wie bezahlte Kräfte – unter dem Druck, mit einer effektiven Arbeitsleistung das ihnen gezahlte Geld rechtfertigen zu müssen. Sie können auch aufgeschlossener Beziehungen mit ihren Klienten unterhalten.

Nun ist die Brüchigkeit des persönlichen sozialen Netzes eine der Hauptnöte HIV- und AIDS-Betroffener. Die daraus resultierenden psychischen Fehlreaktionen, Depressionen, Suizidalität, Rückzug oder sozial irreversible Impulshandlungen, erfordern professionelle Interventionstechniken, die fließende Übergänge zu den charakteristischen Sozialangeboten der Laienhilfe aufweisen. Damit gerät aber bezahlte Hilfe in Konkurrenz zur freiwilligen Hilfe.

Die psychologische Situation freiwilliger und bezahlter HIV-Betreuung

Formen freiwilliger Hilfe sind auch und vielleicht gerade für Professionelle, die sich in der Regel eher aus persönlichem Interesse als aufgrund sozialer Zwänge im HIV-Bereich anwerben ließen, hinreichend attraktiv, um von ihnen in Anspruch genommen zu werden. Freilich gibt es für die Einzelschritte solcher „Interventionen“ nicht einmal die Andeutung eines klinischen Konsenses im Hin-

JÖRG VATHKE

Er konnte auf Menschen offen zugehen.

Er setzte beispielhafte Impulse zur Stärkung schwuler Lebenswelten.

Er vermochte die verschiedenen Szenen untereinander und mit der AIDS-Hilfe zu verbinden.

Sein Ziel: ein solidarisches Miteinander von Negativen, Nichtgetesteten und Positiven.

Er hat als engagierter Beirat die Deutsche AIDS-Hilfe mitgeprägt.

Jörg Vathke ist am 19.10.1992 gestorben.

Ein Vorbild sein Einsatz – sein Vermächtnis ein Auftrag.

blick auf Zweck, Rationalität, geschweige denn auf evaluative wissenschaftliche Erkenntnisse.

Daß Professionelle geneigt sind, mit den Laien auf deren ureigenstem Gebiet zu konkurrieren, wird im Licht der gesamtgesellschaftlichen Analyse nur zu verständlich: Die professionellen sozialen Dienste sind in mancher Hinsicht wirklich defizient: So dominiert beispielsweise in der Ausbildung der theoretische Aspekt. Nur für wenige Standardprobleme sind überzeugende Handlungsanweisungen da. Künstlichkeit kennzeichnet die Beziehungsstruktur zwischen Psychotherapeut und Klient. Der Psychoboom der letzten 20 Jahre ist ein getreues Abbild der gewollt schnellebigen Konsumkultur. Langeweile und Entfremdungserlebnisse durchwachsen den Praxisalltag. Die weiter oben gesamtgesellschaftlich analysierte Protesthaltung des Konsumenten gilt auch für die Professionellen: Sie sind mit dem Konsum ihrer eigenen Dienstleistungen selber zunehmend unzufrieden und streben befriedigendere Formen der Selbstverwirklichung durch paraberufliche Tätigkeit an.

Es ist nichts Neues, daß viele Berufstätige den Laienhelfern eine tiefe Skepsis entgegenbringen. Dafür gibt es auch hinreichende wissenschaftliche Belege. Für Ärzte ist nichtmedizinisches Heilen ohnehin Quacksalberei. Aber auch in der Psychotherapientradition wird die Verwendung psychoanalytischer Kenntnisse oder Techniken durch Laien als eine höchst gefährliche Sache behandelt. Aus der Psychotherapie-Wirkungsforschung läßt sich indessen keine Legitimation zu solcher Skepsis gegen die Laienhilfe saugen. Seit geraumer Zeit ist bekannt, daß schizophrene Patienten unter der Interaktion mit Laienhelfern besser gedeihen als unter derjenigen mit

ihren „Psychiatrists“ (Bergin & Lambert, 1978). Günstig wirkt sich dabei aus, daß Laien einen besseren Zugang zu ihren Klienten haben, daß sie sie unmittelbar, vor allem ohne theoretische Vorerwartungen verzerrt, erleben, daß sie mit ihnen spontan und ohne Förmlichkeit umgehen, daß sie ihre Leistungen flexibel, z.B. nicht dienstzeitgebunden, anbieten und schließlich sehr viel Lebenssinn und Zufriedenheit durch ihre Hilfstätigkeit erfahren, was sich positiv auf die Klienten auswirkt.

Laien schätzen ihre Arbeit im allgemeinen hoch ein. Sie genießen das Ansehen, das ihre Arbeit ihnen einbringt – „Ehrenamt“ im Gegensatz zum bloßen „Hauptamt“ der Bezahlten. Aber sie haben auch Probleme mit ihrer Tätigkeit, insbesondere damit, Teil des sozialen Netzes Hilfsbedürftiger zu sein. Es fällt ihnen schwer, sich bloße Geselligkeit als echte, wenn auch unsichtbare, Leistung vorzustellen. Frauen bringen sich gerne in die Freiwilligenhilfe ein, möchten aber dieses Engagement nicht gleichsam als naturwüchsigen Ausfluß des Ewig-Weiblichen mißverstanden sehen. Und schon gar nicht möchten sich Laien staatlich ausbeuten lassen.

Das Spannungsverhältnis zwischen Ehrenamtlichen und Professionellen ist nun keine Spezialität der AIDS-Hilfen, sondern findet sich auch in beliebigen anderen Organisationen der freiwilligen Hilfe. Eine Haltung kritischer Distanz und Schwierigkeiten in der Kooperation mit institutionell Beschäftigten, Skepsis gegenüber den Wissenschaften, das Streben nach Autonomie – und doch haben Selbsthilfegruppen eine ausgeprägte Tendenz, sich zu professionalisieren. Dies trifft auch auf die Ehrenamtlichen von AIDS-Hilfen zu. Die Aktiven wollen intensive Schulung, um so zu „Quasi-Professionellen“ zu werden, bevor man sich zutraut, mit Klienten umzugehen. Dies gilt vor allem für Betreuer vital bedrohter oder an einer malignen Krankheit chronisch leidender Patienten. Indessen gibt es Belege aus der Fachliteratur, daß Trainingsprogramme den Laien, die beispielsweise in Sterbekliniken arbeiten, die Furcht vor dem fremden Tod nicht mindern (Hyslip & Walling, 1985). Manche Betreuungsgruppen bilden sich zu exklusiven Zirkeln um, die gegen den Zugang „Neuer“ Barrieren aufbauen, mit dem Argument übrigens, diese besäßen unzureichende Professionalität. Abstruserweise werden solche Barrieren nicht selten selbst dann noch aufrechterhalten, wenn die Abgewiesenen längst Kontakte mit Betroffenen unterhalten. Dabei würden gerade die enthusiastischen Neuen frischen Wind in die exklusiven Betreuerzirkel bringen, die längst begonnen haben, in bürokratischen Routinen auszubrennen. Währenddessen laufen die Kontaktschwächeren und besonders die „Bad guys“, die Drogenkonsumenten, die am meisten der sozialen Unterstützung bedürfen, Gefahr, von den Betreuungsaktionen ausgeschlossen zu werden.

Möglicherweise hilft die „professionelle“ Pose den Betreuern, sich gegen ihre Schützlinge abzugrenzen, weil sie sich mit der selbst auferlegten Aufgabe, ein unverbrüchliches Netz für Betroffene zu knüpfen, überfordert fühlen. Wenn es z.B. darum geht, mit den zu Tode erkrankten AIDS-Patienten kontinuierlich Kontakt zu halten, wird die Gruppe der Betreuenden sehr klein. Unter denen, die in der Betreuung weder Tod noch Teufel fürchten und sich unerschütterlich als Helfer erweisen, sieht man vor allem HIV-Infizierte – und die als Profis Ausgebildeten. Das sollte nicht verwundern! Ehrenamtliche Helfer sind keine Wesen mit übernatürlichen Kräften, die von Todes- und Verlustäng-

sten unberührt bleiben. Es steht auch nicht an, bei ihnen von vorneherein mehr Altruismus oder sonstigen guten Willen zu erwarten als bei anderen Menschen. Wenn sie nur nicht selbst an sich immerzu überhöhte Erwartungen richteten!

Das Angebot eines sozialen Netzes ist eine Form der sozialen Unterstützung, die sich Versuchen, sie durchzuorganisieren, hartnäckig widersetzt. Laienhilfe entspringt quasi natürlichen Triebregungen und hält solange auf freundschaftlicher Basis, wie die Triebregung wirksam ist. Mit einer solchen Motivation werden Helfer fast zwangsläufig zu Angehörigen Betroffener. Die Entstehung wirklicher Freundschaften zwischen Betroffenen und Helfern verläuft - zumindest am Anfang - in der Regel unbemerkt. Daß Zuneigung eine durchaus ehrenhafte Motivation zur Betreuung Betroffener ist, wird von den örtlichen AIDS-Hilfen zu wenig gewürdigt. Oft erachten andere Betreuer - in Anlehnung an die überkommene Abstinenzregel im Katechismus professioneller Therapie - eine echt freundschaftliche Beziehung als eher problematisch. Nur widerwillig räumt man solchen Helferfreunden die Position und die Privilegien eines „Betroffenenangehörigen“ ein.

Wenn nun viele Ehrenamtliche die von ihnen erwartete Hilfe in bestimmten Einzelfällen nicht zu leisten vermögen, wer könnte dann für sie einspringen? Es bietet sich die Lösung an, ob in solchen Fällen nicht doch Professionelle die Aufgabe übernehmen sollten, soziales Netz für die Betroffenen zu sein. Dafür kommen durchaus auch diejenigen in Betracht, die sich nicht in der Rolle von Hauptamtlichen, sondern in derjenigen von normalen Mitgliedern in die AIDS-Hilfe einbringen. Von diesen darf nämlich angenommen werden, daß sie sich nicht aus sozialen Zwängen, z.B. weil sie sonst arbeitslos wären, sondern aus persönlichen Motiven engagieren. Ein persönliches Motiv könnte sein, daß man oder frau, von den bürokratischen Organisationsformen der eigenen Institution angewidert, sich eine Befriedigung eigener anarchischer Regungen in der unkonventionellen Sphäre einer örtlichen AIDS-Hilfe erhofft. Für sexuell gehemmte Frauen und Männer mögen die AIDS-Hilfen Orte sein, an denen sie sich einen problemlosen, sexfreien Umgang mit schwulen Männern versprechen.

Die professionelle Leistung, soziales Netz für Betroffene zu sein, erfordert den Gebrauch unkonventioneller Therapieformen, z.B. die Bereitschaft zur „Kaffeetherapie“. Profis sind für die schwierige Aufgabe, soziales Netz zu sein, durchaus vorbereitet: Sie können sich dosiert als Realpersonen in eine Therapiebeziehung einbringen, ohne von ihren Schützlingen aufgezehrt zu werden. Sie haben auch während ihrer Ausbildung gelernt, ihre Gefühle, zumindest aber deren Ausdruck, besser zu kontrollieren. Allerdings bedarf es für den quasi „alltäglichen“ Umgang mit bestimmten Gruppen Betroffener einer Zusatzausbildung. Soziales Netz für drogenabhängige Infizierte zu sein, kann auch für gute Profis zur Anstrengung werden, wenn sie von der Situation solcher Betroffener und den aus ihrer Situation sich ergebenden Handlungsweisen wenig Kenntnis haben.



ISSN 0937-194X