

1 Zukunftsmodell AIDS-Hilfe

2 Ein Beitrag des Delegiertenrates der Deutschen AIDS-Hilfe für einen verbandlichen Diskurs über die
3 strategische Ausrichtung von Aidshilfe in den kommenden fünf Jahren

4 August 2010

5

6 *Inhalt:*

- 7 - 7 Thesen zur Zukunft von Aidshilfe S. 1
- 8 - Präambel S. 3
- 9 - 19 Handlungsfelder der AIDS-Hilfe in den kommenden fünf Jahren S. 5
- 10 - Diskursbeiträge aus dem Expertenworkshop im Juni 2010 S. 9
- 11 und der Delegiertenratssitzungen im März und Juli 2010
- 12 - Protokoll des Expertenworkshops S. 17
- 13

14 7 THESEN ZUR ZUKUNFT VON AIDSHILFE

15 Wir begreifen Aidshilfe als eine Selbsthilfe-Organisation zur Unterstützung von Menschen, die durch ihre
16 HIV-Infektion in einen De-Normalisierungsprozess geraten sind oder geraten können. Unterstützung meint
17 wechselseitige Hilfe in gesundheitlichen Fragen sowie sozialen und politischen Konflikten. Dies wird trotz
18 aller Normalisierungstendenzen auch in den kommenden Jahrzehnten die notwendige und wichtigste Aufga-
19 be von Aidshilfe sein.

20 Im bisherigen Diskurs hat der Delegiertenrat sieben Themen identifiziert, die den Diskurs um die Zukunft der
21 AIDS-Hilfe prägen:

22 1. Stigma

23 These: Aidshilfe kann auf Aids nicht verzichten.

24 Stärker als an den Virus oder die Erkrankung ist das „Stigma AIDS“ an die Lebensweisen der von HIV be-
25 troffenen Gruppen gebunden, an den Normbruch (promisker Sex, Drogengebrauch), der eine HIV-Infektion
26 begünstigt. So „entlarvt“ die Infektion Ihren Träger als jemanden, der sich nicht mehr innerhalb einer be-
27 stimmten Norm befindet – und dieser Makel bleibt, unabhängig vom medizinischen Verlauf der Infektion.

28 Aidshilfen wollten schon immer mehr, als „nur“ Menschen vor der Infektion zu schützen. Strukturelle Präven-
29 tion bedeutet nicht nur, politisch für die Akzeptanz von „normbrüchigen“ Lebensweisen einzutreten und ge-
30 gesellschaftliche Freiräume zu erhalten oder einzufordern. Sie fordert Aidshilfe auch dazu auf, Strategien der
31 kollektiven und individuellen Verleugnung und Verdrängung des AIDS-Stigmas aufzudecken, weil diese zu
32 einem Abbau der Stigmatisierung auf lange Sicht keinen Beitrag leisten, sie vielmehr befördern.

33 Für Aidshilfe bedeutet dies nicht zuletzt, dass sie das mit ihrem Namen verbundene „Stigmapotenzial“ aus-
34 halten und es konstruktiv wenden muss, wie es z. B. die Schwulenbewegung mit dem Begriff „schwul“ getan
35 hat. Aids wird zunehmend zu einer Metapher für einen neuen, wegweisenden Umgang mit gesundheitlichen
36 und gesellschaftlichen Problemen (Verantwortung, Solidarität, Menschenrechte). Wenn Aidshilfen diese
37 Perspektive aufgeben, dann machen sie sich in der Tat überflüssig.

38

39 2. Normalisierung

40 These: Wir sollten nicht länger unüberlegt von der Normalisierung von HIV reden: HIV stigmatisiert die Infi-
41 zierten auch heute noch als „Normbrecher“.

42 Die medizinische Normalisierung von HIV (Behandelbarkeit, annähernd normale Lebenserwartung) darf
43 nicht mit einer sozialen Normalisierung gleichgesetzt werden. Die Erkrankung „entlarvt“ ihren Träger auch

44 heute noch als jemanden, der sich aufgrund seines sexuellen oder sonstigen Verhaltens nicht innerhalb der
45 gesellschaftlichen Norm befindet. Aidshilfen verleugnen die Lebensrealität von HIV-Infizierten und drohen
46 Agenten gesellschaftlicher Anpassung zu werden, wenn sie einer Normalisierung unkritisch das Wort reden.

47 Die aktuelle Diskussion um die Kriminalisierung zeigt, wie schnell Menschen mit HIV die „Täterrolle“ allein
48 aufgrund eines von der Norm abweichenden Verhaltens zugeschoben wird und dass von ihnen zumindest
49 eine öffentlich zur Schau gestellte Buße erwartet wird, wenn sie wieder als vollgültige Mitglieder der Gesell-
50 schaft anerkannt werden wollen.

51

52 **3. Selbsthilfe / Interessenvertretung**

53 These: Keine Prävention ohne Beteiligung.

54 Interessenvertretung von Menschen mit HIV/Aids auf allen Ebenen ist eine der Kernaufgaben von Aidshilfe.
55 Sie kann nicht ohne wirksame Selbsthilfe stattfinden. Selbsthilfe ist wichtiger Impulsgeber, Korrektiv und
56 Basis-Verortung für Aidshilfe.

57 Aidshilfe war eine Gründung der von HIV betroffenen Gruppen, deren Beteiligung auch heute noch die le-
58 bendige Leitidee unserer Arbeit ist. Beteiligung geht über die Einbindung von Menschen mit HIV im Sinne
59 des GIPA-Prinzips hinaus. Sie wird zum Garanten der Qualitätssicherung, wenn es um die Umsetzung
60 Community-bezogener Ansätze der HIV-Prävention geht: Keine Prävention ohne Partizipation!

61

62 **4. Sexuelle Gesundheit**

63 These: Wenn Aidshilfe sich das Mäntelchen der „sexuellen Gesundheit“ umhängt, wird sie vom Normkritiker
64 zum Normierer.

65 Die Aneignung des Begriffs „sexuelle Gesundheit“ ist verführerisch und problematisch zugleich. „Sexuelle
66 Gesundheit“ steht immer auch in Gefahr, als gesellschaftlich-normativer Begriff funktionalisiert zu werden,
67 der letztlich definiert, wie Sexualität auszusehen hat. Deshalb ist kritisch nachzufragen, welche neuen Zu-
68 richtungen und Verbiegungen die Aneignung dieses Begriffs für uns mit sich brächte – und auch, wie Aidshil-
69 fe den Richtungswechsel vom „Normkritiker“ hin zum „Normierer“ verkraften und nach außen verkaufen wür-
70 de.

71

72 **5. Prävention um jeden Preis?**

73 These: Die Aidshilfen müssen sich gegen „100-Prozent-Präventionsforderungen“ wehren.

74 Im DAH-Leitbild steht unter „Unsere Ziele“ bewusst nicht, dass wir HIV-Infektionen verhindern wollen, son-
75 dern dass wir zu einem selbstbestimmten und verantwortungsvollen Umgang mit den Risiken befähigen
76 wollen. HIV-Infektionen werden aber nach wie vor auch als Versagen „der“ Primärprävention oder/und der
77 Individuen gewertet.

78 Warum aber gibt man sich in anderen Präventionsbereichen (Suizid, Ernährung, Herz-Kreislauf-
79 Erkrankungen, Verkehrstote usw.) mit viel bescheideneren Zielen zufrieden? Warum gilt es als gesellschaft-
80 lich „unanständiger“, sein Leben im Sexualverkehr statt im Straßenverkehr zu riskieren? Warum wird genau
81 in den Bereichen „Vernunft“ erwartet, in denen es (auch) um „Abschalten“ und „Sich-Fallenlassen“ geht?

82 Wesentlich für Aidshilfe ist, sich nicht solchen Maximal-Forderungen à la „Jede Infektion ist eine zu viel“
83 anzuschließen, da sie eine „Diktatur der Prävention“ befördern. Wir sollten weiterhin auf die gesellschaftliche
84 Lernstrategie, auf Freiwilligkeit und individuelle Verantwortlichkeit setzen. Dies bedeutet auch, die informierte
85 Entscheidung zur Selbstgefährdung uneingeschränkt zu respektieren, da es für Menschen in bestimmten
86 Situationen andere Wertigkeiten geben kann als die der Verhütung.

87

88 **6. HIV-Test**

89 These: Eine entscheidende Aufgabe der Aidshilfen wird es sein, das präventive Potenzial, das Prinzip der
90 „informierten Zustimmung“ und die Qualität des HIV-Tests zu sichern.

91 Der HIV-Test öffnet die Tür zur medikamentengestützten Prävention, bringt aber enorme Menschenrechts-
92 Risiken für die von HIV-betroffenen Gruppen mit sich.

93 Aidshilfe muss das präventive Potenzial des Tests durch politische Arbeit und eigene gezielte Angebote
94 langfristig sichern. Dabei muss sie bedingungslos für den „informed consent“ zu allen Fragen rund um „Test
95 und Therapie“ eintreten und eine federführende Rolle bei der Qualitätssicherung der HIV-Testdurchführung
96 übernehmen.

97 Auch wenn die Bewerbung des HIV-Tests künftig substantieller Bestandteil unseres Präventionskonzepts
98 sein wird, dürfen wir das Recht auf informationelle Selbstbestimmung, das Recht auf Entscheidung gegen
99 den Test und das Recht auf ein Leben ohne Therapie nicht aus dem Auge verlieren.

100

101 7. Zukunft der Versorgung

102 These: Jenseits der spezialisierten Versorgungszentren kann von einer Normalisierung im medizinischen
103 und pflegerischen Bereich nicht die Rede sein. Aidshilfe muss den Spagat meistern, einerseits als Interes-
104 sensvertreter und andererseits als Leistungsanbieter aufzutreten.

105 Deutlicher als in den vergangenen Jahren muss Aidshilfe darauf hinweisen, dass jenseits der Ballungszent-
106 ren mit spezialisierten Formen der HIV-Versorgung von einer „Normalisierung“ auch im medizinischen und
107 pflegerischen Bereich nicht die Rede sein kann. Das „Stigma AIDS“ hat seine Wirksamkeit nicht eingebüßt.
108 Insbesondere im ländlichen Raum beeinträchtigen qualitative und quantitative Mängel in der Versorgung die
109 Lebensqualität und die gesundheitlichen Chancen eines erheblichen Teils der Betroffenen, die eine sekun-
110 där- und tertiärpräventive Unterstützung benötigen.

111 Aidshilfe bewegt sich dabei fortwährend in einem Spannungsfeld, das einerseits durch unseren emanzipati-
112 onspolitischen Anspruch markiert ist, andererseits durch die Tatsache, dass wir längst zu komplementären
113 Dienstleistern im Gesundheitssystem geworden sind. Als Interessensvertretung muss Aidshilfe gegenüber
114 den Spezialversorgern Diversity- und Lebensweisenkompetenz einfordern, als Leistungsanbieter müssen wir
115 für eine bestmögliche Integration in die Regelversorgung eintreten.

116

117 PRÄAMBEL

118 Die aktive Mitgestaltung des Prozesses der „Normalisierung“ von Aids stellt für Aidshilfe heute, fast 15 Jah-
119 ren nach Vancouver, noch immer ein zentrales Zukunftsthema dar. „Altes“ und „Neues“ Aids existieren ne-
120 beneinander; in den Brüchen vieler Biographien aber auch im zunehmenden Auseinanderklaffen der Le-
121 bensrealitäten von Infizierten steht uns das Phänomen der „Gleichzeitigkeit des Ungleichzeitigen“ alltäglich
122 lebhaft vor Augen. Die Widersprüchlichkeiten, die dieses Bild prägen, bestimmen auch das Profil von Aidshil-
123 fe in Deutschland und erschweren einen gemeinsamen Diskurs über die Frage, „wo die Reise hingeht“.

124 Anlässlich der verbandlichen Debatte über die Vermögensentwicklung der DAH hat sich der Delegiertenrat
125 entschlossen, einen Diskussionsprozess über die mittelfristigen Entwicklungsperspektiven von Aidshilfe in
126 Deutschland anzustoßen. Er soll dazu beitragen, der inhaltlichen Weiterentwicklung der Arbeit des Bundes-
127 verbandes in den kommenden Jahren eine gemeinsam getragene Richtung zu geben. Der Prozess soll aber
128 auch den Mitgliedsorganisationen, Netzwerken und kooperierenden Gruppen Anlass für die Diskussion in
129 den eigenen Reihen bieten. Auf den folgenden Seiten benennt das Diskussionspapier übergeordnete Ent-
130 wicklungstendenzen, beschreibt wesentliche inhaltliche Positionen unserer gegenwärtigen Arbeit und greift
131 Fragestellungen und Impulse auf, die in der Diskussion im Delegiertenrat benannt wurden und auf die Aids-
132 hilfe in den kommenden Jahren eine Antwort finden muss.

133 Übergeordnete Entwicklungstendenzen:

134 **Gesundheits- und Sozialpolitik:** Die gesundheits- und sozialpolitischen Weichenstellungen der vergange-
135 nen Jahre haben die Gruppe der Menschen, die die Unterstützung von Aidshilfe als sozialem Träger suchen,
136 besonders hart getroffen. Die psychosozialen Folgen dieser Politik werden Aidshilfe auf lange Zeit beschäfti-
137 gen. Wenn sie hierbei jedoch die Fähigkeit verliert, Verhaltens- und Verhältnisprävention, Integrations- und
138 Emanzipationspolitik in einer gesunden Balance zu halten, droht sie auf lange Sicht „Alleinstellungsmerkma-
139 le“ und fachliches Profil einzubüßen und ihren politischen Einfluss zu verlieren.

140 **Zukunft der Versorgung:** Die zunehmende Prävalenz und die Veränderungen des Krankheitsbildes stellen
141 die Aidshilfen und das gesamte Versorgungssystem für Menschen mit HIV/Aids in den kommenden Jahren
142 insbesondere jenseits der großstädtischen Versorgungszentren vor neue Herausforderungen. Weitere Her-
143 ausforderungen resultieren aus den Behandlungserfolgen und der damit verbundenen höheren Lebenser-
144 wartung von Menschen mit HIV/Aids. Aidshilfe ist als Interessensvertretung und Teil des Versorgungssys-

145 tems aufgefordert, ihr Gewicht in die Wagschale zu werfen, um die Tragweite dieser Entwicklung sichtbar zu
146 machen, Lösungen einzufordern und auf diese Weise zu einer Normalisierung von HIV/Aids aktiv beizutra-
147 gen.

148 **„HIV ohne Aids“, Ausdifferenzierung der Lebensrealitäten:** Solange Aidshilfe den Anspruch wahr, die
149 Interessen aller HIV-Infizierten in Deutschland zu vertreten, ist sie gefordert, eine Antwort auf die Frage zu
150 finden, wie sie dieser Aufgabe angesichts der zunehmenden Ausdifferenzierung und Bandbreite der Le-
151 benserfahrungen und -umstände von Menschen mit HIV/Aids nachkommen wird. Sie kann nicht bei einer
152 Ausdifferenzierung der Bilder stehen bleiben, sondern muss auch darüber nachdenken, ob dem eine Ausdif-
153 ferenzierung ihrer Beratungs- und Präventionskonzepte folgen muss, da der Anteil der HIV-Infizierten steigt,
154 der Aidshilfe aus unterschiedlichen Gründen weniger als Interessensvertretung denn als stigmatisierenden
155 Akteur erlebt, der einer „Normalisierung“ von HIV/Aids allein durch seine Präsenz im Wege steht.

156 **Ressourcenrahmen:** Der Ressourcenrahmen, innerhalb dessen Aidshilfe Innovationspotential freimachen
157 und die anstehenden Aufgaben bewältigen muss, wird in den kommenden Jahren schrumpfen. Hierzu hat
158 wesentlich die Tatsache beigetragen, dass die Normalisierung von HIV/Aids auch ein Ende des „Exzeptiona-
159 lismus“ (Rosenbrock) und damit des „AIDS-Bonus“ nach sich gezogen hat, der Aidshilfe besonders in den
160 späten 80er und 90er Jahren Spielräume eröffnete. Insbesondere in Regionen mit geringer Prävalenz, aber
161 auch in den Flächenländern steht Aidshilfe deshalb vor großen strukturellen Herausforderungen.

162

163

19 HANDLUNGSFELDER DER AIDS-HILFE IN DEN KOMMENDEN FÜNF JAHREN

164

165

166(1) **Die Bedeutung von HIV/Aids unterliegt einem stetigen Wandel sowohl in medizinisch-therapeutischer**
167 **als auch in gesellschaftspolitischer Hinsicht.** Wir stellen uns dieser Herausforderung als lernende Orga-
168 nisation und machen deutlich, wofür Aidshilfe in Deutschland auch in Zukunft steht, wofür sie gebraucht wird
169 und welcher Qualität sie sich in ihrer Leistungserbringung verpflichtet fühlt. Wir begreifen den Wandel als
170 Chance und zeigen auf, welcher Ressourceneinsatz für seine Bewältigung erforderlich ist.

171 **Diskursbeitrag aus der verbandlichen Diskussion:**

172– *Als lernende Organisation muss Aidshilfe Konfliktfähigkeit in der verbandlichen Diskussion beweisen.*
173 *Gelingt es der DAH, Foren für zukunftsorientierte Diskussionen zu schaffen, die gezielt konkrete Entwick-*
174 *lungsimpulse setzen können?*

175– *Als lernende Organisation ist Aidshilfe darauf angewiesen, Impulse aus ihren Strukturen aufzunehmen*
176 *und in der verbandlichen Diskussion wirksam werden zu lassen. Wie können wir unsere Kommunikationska-*
177 *näle optimieren, um dies zu gewährleisten (gesamtverbandliches Wissensmanagement)?*

178– *Wie geht Aidshilfe damit um, dass der Wandel der Bedeutung von HIV/Aids von Politik und Öffentlichkeit*
179 *breit thematisiert, jedoch von einem großen Teil der Betroffenen nicht individuell erfahren wird, weil die stig-*
180 *matisierende Potenz von HIV/Aids weiterhin ihr Lebensgefühl beeinträchtigt und ihre Lebensumstände*
181 *prägt?*

182– *Wie alle öffentlich geförderten Träger richten Aidshilfen ihr Aufgabenspektrum auch an ihrer Finanze-*
183 *rung aus. Die Bandbreite des Selbstverständnisses von Aidshilfe begreifen wir auch als Qualitätsmerkmal.*
184 *Sind wir im Sinne einer verbandlichen Qualitätssicherung bereit, die Grenzen zu definieren, jenseits derer*
185 *ein Verein aus unserer Sicht nicht mehr dem Profil einer Aidshilfe entspricht?*

186– *Ist es möglich, zur Unterstützung der Qualitätssicherung in den Mitgliedsorganisationen Kernarbeitsbe-*
187 *reiche zu zertifizieren (z.B. „DAH-zertifizierte Aids-Beratungsstelle“)?*

188– *Sollte der Verband angesichts des absehbaren weiteren Schwunds finanzieller Ressourcen daran*
189 *gehen, aktiv sein Kerngeschäft zu definieren/profilieren?*

190

191(2) **Wir organisieren die Interessenvertretung der Menschen mit HIV und AIDS und setzen uns für**
192 **Solidarität und gegen Ausgrenzung ein.**

193 **Diskursbeitrag aus der verbandlichen Diskussion:**

194– *Die Lebensrealitäten von Menschen mit HIV/Aids klaffen zunehmend auseinander. Wie kann es Aidshilfe*
195 *gelingen, die Interessen der HIV-Infizierten mit einem erhöhten Hilfebedarf zu vertreten, ohne zu einer Stig-*
196 *matisierung derjenigen beizutragen, für die die Infektion keine wesentliche Beeinträchtigung ihrer beruflichen*
197 *und privaten Perspektive mehr darstellt?*

198– *Wie kann es Aidshilfe gelingen, beide Gruppen effizient und wirksam (partizipativ) einzubeziehen, wenn*
199 *es darum geht, ihr inhaltliches Profil weiter zu entwickeln?*

200– *Gesamtgesellschaftliche Phänomene der Ausgrenzung und Individualisierung von Lebensrisiken kann*
201 *wirksam nur in breiten gesellschaftlichen Bündnissen entgegen getreten werden. Was kann Aidshilfe dazu*
202 *beitragen, solche Bündnisse/Koalitionen zu schmieden oder zu stärken?*

203

204(3) **Wir profilieren uns als bundesweiter Verband struktureller und partizipativer Prävention und Ge-**
205 **sundheitsförderung im Kontext von HIV und AIDS.** Unser Engagement gestalten wir in kooperativer Part-
206 nerschaft mit der Deutschen AIDS-Stiftung, der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung und dem
207 öffentlichen Gesundheitsdienst.

208 **Diskursbeitrag aus der verbandlichen Diskussion:**

209 *Aidshilfe ist dem Gedanken der Einheit von Gesundheitsförderung und Selbsthilfe verpflichtet (strukturelle*
210 *Prävention). Sie ist mit der Tatsache konfrontiert, dass es in den vergangenen Jahren schwieriger geworden*
211 *ist, tragfähige Partnerschaften für partizipative Ansätze zu etablieren, nicht zuletzt aufgrund des Bedeu-*
212 *tungsverlustes der Selbsthilfe-Netzwerke. Wie kann es Aidshilfe gelingen, geeignete Verfahrensweisen zu*

213 etablieren, um angesichts dieses Prozesses die wichtigen Veränderungsimpulse aus den Lebenswelten der
214 Betroffenen einzusammeln?

215

216 **(4) Wir stoßen zeitnah und aktiv gesellschaftliche und politische Diskurse im Kontext von HIV und AIDS**
217 **an und mischen uns fachlich in entsprechende Gesetzgebungsverfahren ein.** Dies tun wir insbesonde-
218 re im Feld der Gesundheitspolitik, der Arbeits- und Sozialpolitik, der Gleichstellungs- und Bürgerrechtspoli-
219 tikk, der Familien- und Generationenpolitik, der Integrationspolitik, der Drogenpolitik und im Strafvollzug. Wir
220 setzen uns dabei für eine Emanzipation fördernde Politik für Minderheiten und marginalisierte Gruppen in
221 unserer Gesellschaft ein. Wir wollen eine Verbesserung der Lebensverhältnisse von Menschen erreichen,
222 die besonders von HIV und AIDS bedroht oder betroffen sind, und werden auch in Zukunft gegen jedwede
223 Form der Benachteiligung im Feld der Gesundheitsvor- und –fürsorge sowie weiterer Formen gesellschaftli-
224 cher Diskriminierung eintreten. Wir zeigen zudem auf, dass ordnungspolitische oder strafrechtlich motivierte
225 Konzepte keinen geeigneten Präventionsansatz bilden. Wir treten ein für den Erhalt des Rechts auf informa-
226 tionelle Selbstbestimmung.

227 **Diskursbeitrag aus der verbandlichen Diskussion:**

228 *Die durch das HIV/Aids- Stigma geprägte Lebenswirklichkeit der Betroffenen und die gesellschaftliche*
229 *Wahrnehmung/Thematisierung von HIV/Aids entwickeln sich immer weiter auseinander (falsch verstandene*
230 *Normalisierung). Wie kann es Aidshilfe gelingen, politischen EntscheidungsträgerInnen deutlich zu machen,*
231 *dass die stigmatisierende Potenz von HIV/Aids weiterhin wirksam bleibt und dass hieraus auch in den kom-*
232 *menden Jahren eine besondere Herausforderung für die medizinische und psychosoziale Unterstützung und*
233 *Versorgung von Menschen mit HIV/Aids erwächst?*

234

235 **(5) Wir werden differenzierte, authentische und den veränderten Realitäten angemessene Bilder des**
236 **Lebens mit HIV und AIDS vermitteln.** Menschen mit HIV und AIDS motivieren wir, sich selbst als wesentli-
237 che Akteure in diesem Prozess zu begreifen. Wir berücksichtigen, dass sich für viele HIV-positive Menschen
238 aufgrund der therapeutischen Erfolge die Lebensqualität wesentlich verbessert hat. Wir berücksichtigen aber
239 auch die seelischen, materiellen oder sozialen Probleme, unter denen Menschen mit HIV und AIDS auch
240 heute leiden. Wir stärken die Selbsthilfe der Menschen mit HIV/AIDS aus den unterschiedlichen Betroffe-
241 nengruppen strukturell, indem wir mit deren Interessengemeinschaften kooperieren und die Selbsthilfekonne-
242 renz „Positive Begegnungen“ weiter entwickeln.

243 **Diskursbeitrag aus der verbandlichen Diskussion:**

244 *Auch wenn Aidshilfe sich um eine Differenzierung ihrer Bilder von HIV/Aids bemüht, bleibt ein stigmatisie-*
245 *rendes Potential erhalten, dies gilt bereits für die „Marke“ Aidshilfe. Sollte Aidshilfe deshalb umfirmieren oder*
246 *Betriebsteile unter anderem Namen ausgründen (Bsp.: Unterstützung bei der Integration in den Arbeits-*
247 *markt)?*

248

249 **(6) Wir verfolgen einen personalkommunikativen Präventionsansatz.** Wir richten unsere Prävention und
250 unsere Präventionsmedien darauf aus, Gelegenheiten und Anlässe für Kommunikation zu schaffen. Wir
251 fördern das Gespräch über Risiken, Risikoeinschätzung und Risikovermeidung ebenso wie über die Fakto-
252 ren, die zur Infektion geführt haben und über die Krankheit und ihre Folgen. Wir helfen, eine differenzierte
253 Risikobewertung von sexuellen Praktiken vorzunehmen und fördern den Austausch mit Menschen mit HIV
254 und AIDS über deren Lebensrealitäten. Vorurteile und Ängste nehmen wir wahr und ernst. Hinderliche
255 Sprachtabus wollen wir offensiv und vorurteilsfrei auflösen. Diesen personalintensiven Arbeitsansatz ge-
256 währleisten wir durch die Motivierung und fachliche Begleitung ehrenamtlicher MitarbeiterInnen.

257 **Diskursbeitrag aus der verbandlichen Diskussion:**

258– *Wie können wir gewährleisten, dass ehrenamtliche MitarbeiterInnen in die Lage versetzt werden, den*
259 *differenzierten Fragestellungen, die eine personalkommunikative Prävention prägen, fachlich adäquat und*
260 *selbstreflektiert zu begegnen?*

261– *Personalkommunikative Prävention ist personalintensive Kommunikation. Können Aidshilfen die*
262 *finanziellen Herausforderungen in den kommenden Jahren noch schultern? Müssen wir das Spektrum unse-*
263 *rer Adressaten einschränken?*

264

265(7) **Wir begreifen sexuelle Gesundheit als eines unserer wichtigsten Handlungsfelder.** Wir verdeutlichen,
266 wie wichtig die Wahrnehmung von Kofaktoren (z.B. andere sexuell übertragbarer Infektionen) für eine effek-
267 tive HIV-Prävention ist und integrieren die entsprechenden Schutzbotschaften in unsere Arbeit.

268 **Diskursbeitrag aus der verbandlichen Diskussion:**

269 *Sollte das Arbeitsfeld der zielgruppenspezifischen Prävention im Bereich der sexuellen Gesundheit nicht*
270 *stärker eigenständig und weniger als Nebenthema der HIV-Prävention konzeptionell weiter entwickelt wer-*
271 *den?*

272

273(8) **Wir klären schwule Männer und Männer, die Sex mit Männern haben (MSM) lebensweltorientiert über**
274 **HIV und andere sexuell übertragbare Krankheiten auf.** HIV-Prävention ist hier vor allem dann erfolgreich,
275 wenn Männer, die Sex mit Männern haben, in ihrer Identität gestärkt werden und ein selbstbewusstes und
276 selbstbestimmtes Leben führen können. Im Blick auf die vielfältigen Risikomanagementstrategien, die zu-
277 nehmende „Unsichtbarkeit“ von Aids in den Communities und die teilweise emotionalen Diskurse über „ba-
278 reback“ und den Wunsch nach Bestrafung von „unsafem“ Verhalten sehen wir unsere Aufgabe darin, zu
279 einer Versachlichung der Themen beizutragen. Wir kooperieren dabei eng mit entsprechenden nicht-
280 kommerziellen und kommerziellen Strukturen.

281 **Diskursbeitrag aus der verbandlichen Diskussion:**

282– *Wie kann es Aidshilfe gelingen, den einfachen Antworten der Medizin erfolgreich differenzierte Präventi-*
283 *onsbotschaften und differenzierte Bilder vom Leben mit HIV gegenüber zu stellen?*

284– *Wie gelingt es uns, die Hauptbetroffenengruppen-Realität (MSM) zu kommunizieren, ohne zu dramati-*
285 *sieren?*

286– *Ist es sinnvoll, unseren Begriff der „Lebensweisenakzeptanz“ dahingehend auszuweiten, dass wir das*
287 *Wertegefüge von MSM ohne schwule Identität nicht in Frage stellen, sondern in unseren Ansätzen aktiv*
288 *aufgreifen (schwer erreichbare MSM)? Sind wir bereit, die Entscheidung gegen eine schwule Identität zu*
289 *akzeptieren? Ist Aidshilfe für die HIV-Prävention für diese Gruppe der geeignete Träger, oder sollten wir*
290 *diesen Arbeitsbereich aktiv abgeben?*

291

292(9) **Die mit der MSM-Kampagne „Ich weiß was ich tu“ gemachten Erfahrungen und gewonnenen Er-**
293 **kenntnisse entwickeln wir weiter** und übertragen sie auch auf Kampagnen für andere Zielgruppen. Dies
294 gilt insbesondere für die Erfahrungen aus der Kooperation des Bundesverbandes mit den regionalen Prä-
295 ventionsprojekten, für den Einbezug HIV-positiver Menschen in die Primärprävention und für die Verzahnung
296 mit regionalen personalkommunikativen Angeboten.

297 **Diskursbeitrag aus der verbandlichen Diskussion:**

298 *Wie kann es Aidshilfe gelingen, die Verzahnung der Aktionsebenen zu intensivieren, um die Flächenwirk-*
299 *samkeit unserer Kampagnen zu erhöhen und den Ressourceneinsatz effizienter zu gestalten? Sprechen die*
300 *Erfahrungen aus der IWWIT-Kampagne nicht für eine stärkere Kooperation mit der Mittelebene (Landesver-*
301 *bände und -netzwerke)?*

302

303(10) **Menschen, die besonders von HIV riskiert sind, motivieren wir, sich auf HIV und andere sexuell**
304 **übertragbare Infektionen testen zu lassen.** Wir zeigen auf, dass es sich angesichts moderner Therapien
305 mehr denn je lohnt, zu wissen, ob man HIV-positiv ist und dass erfolgreiche Therapien auch die HIV-
306 Übertragungswahrscheinlichkeit senken können. Wir setzen uns dafür ein, dass der Test und das damit ver-
307 bundene Beratungsangebot zielgruppennah und niedrigschwellig verfügbar sind.

308 **Diskursbeitrag aus der verbandlichen Diskussion:**

309– *Wie können wir den Zielkonflikt zwischen Qualitätssicherung und Zugang zur schwulen Szene (Bsp.*
310 *Beratungssettings in der Vor-Ort-Arbeit/beim HIV-Test) konstruktiv auflösen?*

311– *Kann es sinnvoll sein, analog zu anderen Bereichen der Gesundheitsförderung (Normalisierung) das*
312 *Thema „Früherkennung“ zu kommunizieren (i. V. mit dem Begriff der Risikogruppen-Zugehörigkeit)?*

313

314(11)**Wir fördern ein angemessenes Risikomanagement von DrogengebraucherInnen.** Im Blick auf Men-
315 schen, die illegalisierte Drogen konsumieren und dadurch besonders von HIV und Hepatitis riskiert sind,
316 verfolgen wir konsequent einen drogenakzeptierenden Arbeits- und Politikansatz und treten für mündigen
317 Konsum ein. Dafür müssen wir Vorbehalte überwinden, Verbündete im Bereich akzeptierender Drogenarbeit
318 gewinnen und entsprechende Bündnisse pflegen. Vor allem werden wir die Selbstorganisation von Junkies,
319 Ehemaligen und Substituierten unterstützen. Auch halten wir die Forderung nach geschützten Drogenkon-
320 sumräumen, niedrigschwelligen Test- und Impfangeboten und einer flächendeckenden Überführung der
321 Originalstoffvergabe in die Regelversorgung aufrecht und unterstützen entsprechende Bündnispartner in
322 Politik und bei Verbänden aktiv.

323

324(12)**In der Arbeit im Strafvollzug und in der forensischen Psychiatrie verdeutlichen wir den Zusammen-**
325 **hang von Gesundheitsförderung und Resozialisierung.** Die Bedingungen der Gesundheitsvor- und –
326 fürsorge in Haft müssen mit denen außerhalb des Strafvollzugs vergleichbar sein. Gefangene müssen glei-
327 chermaßen Zugang zu Präventionsmitteln haben und ihre Gesundheitsversorgung gleichermaßen gewähr-
328 leistet sein. Angesichts rückgängigen Engagements in diesem Bereich ergibt sich für unseren Verband der
329 Auftrag, die Interessen der Menschen im Gefängnis wahrzunehmen und Aidshilfen darin zu unterstützen,
330 dieses Handlungsfeld wieder oder neu zu besetzen.

331 **Diskursbeitrag aus der verbandlichen Diskussion:**

332– *Wo kann Aidshilfe Bündnispartner finden, mit denen wir gemeinsam landespolitischen Tendenzen*
333 *entgegen treten, das Sicherheitsbedürfnis der Bevölkerung gegen den Gedanken der Resozialisierung aus-*
334 *zuspielen?*

335– *Wo findet Aidshilfe in der Arbeit in den Knästen vor Ort aber auch in der Politik Bündnispartner, die*
336 *gemeinsam mit uns Gesundheitsfürsorge in einem umfassenderen Sinne (z.B. psychische Gesundheit, Be-*
337 *wegung, Stressabbau) als wichtigen Bestandteil von Resozialisierung profilieren?*

338

339(13)**Wir engagieren uns für die Verbesserung der Lebenssituation von Frauen in besonders HIV-**
340 **relevanten Lebenssituationen und von HIV-positiven Frauen.** Diese leben oft besonders isoliert und
341 sind meist materiell schlecht abgesichert. Wir nehmen insbesondere Frauen in den Blick, die einen Migrati-
342 onshintergrund haben, die Mutter sind, die einen Kinderwunsch haben, die als Sexarbeiterinnen tätig sind
343 oder Partnerinnen von HIV-positiven Männern. Auch machen wir geschlechtsspezifische Unterschiede deut-
344 lich - z.B. hinsichtlich der Nebenwirkung von Medikamenten und bei Begleiterkrankungen - und fordern, ge-
345 schlechtsspezifische Forschung voranzutreiben. Wir streben eine verstärkte Kooperation mit den existieren-
346 den Strukturen im Frauengesundheitsbereich und in der Frauenselbstorganisation an. Das erfolgreiche Kon-
347 zept der Vernetzung und des Informationsaustauschs der Arbeitsgemeinschaft Frauenarbeit in Aidshilfe
348 nehmen wir als Best-Practice-Beispiel für andere Fachbereiche in unserem Verband zum Vorbild.

349

350(14)**Aidshilfen werden sich federführend daran beteiligen, partizipative und kooperative Ansätze ziel-**
351 **gruppenspezifischer HIV-Prävention mit Migrantinnen und Migranten zu entwickeln.** Wir werden in
352 unsere eigene Arbeit Menschen mit Migrationshintergrund verstärkt einbinden und mit Organisationen der
353 MigrantInnenselbsthilfe sowie mit Institutionen der Gesundheitsförderung im Migrationskontext stärker zu-
354 sammenarbeiten. Wir stellen uns mit unseren Präventions- und Beratungsangeboten der Herausforderung,
355 Sprachbarrieren und unterschiedliche kulturelle Wahrnehmungen und Deutungen, die die Zusammenarbeit
356 behindern können, zu bearbeiten und für eine kultursensible Präventionsarbeit fruchtbar zu machen. Wir
357 setzen uns dafür ein, dass der Zugang zum Medizinsystem für Menschen ohne geregelten Aufenthaltsstatus
358 flächendeckend gewährleistet wird.

359 **Diskursbeitrag aus der verbandlichen Diskussion:**

360– *Ist Aidshilfe in ihrer derzeitigen Aufstellung der geeignete Träger für die HIV-Prävention in diesem*
361 *Bereich? Sind ihre Ansätze tatsächlich niedrigschwellig (stigmatisierende Potenz von Aidshilfe)?*

362– *Stellt sich Aidshilfe den eigenen Abwehrmechanismen gegenüber dem „schwierigen Klientel“ der*
363 *MigrantInnen (Mehrfachproblematiken, Kommunikationsschwierigkeiten)?*

364

365(15)**Wir werden verstärkt Angebote konzipieren, mit denen Aufklärungs- und Fortbildungsmaßnahmen zu**
366 **HIV und Arbeit** für Unternehmen, Arbeitgeberverbände, Gewerkschaften und Arbeitsagenturen intensiviert

367 werden, damit die Chancen für Menschen mit HIV und AIDS auch auf dem ersten Arbeitsmarkt ausgeschöpft
368 werden. Wir werden zudem Angebote konzipieren, mit denen unsere eigenen Kompetenzen in der Beratung
369 von Menschen mit HIV und AIDS zu Fragen ihrer beruflichen Zukunft erweitern.

370

371(16)**Die internationale Arbeit wird vollständig in das Gesamtkonzept der Deutschen AIDS-Hilfe eingebun-**
372 **den.** In den kommenden Jahren gilt es, die DAH im internationalen Kontext als die Fachorganisation für den
373 Wissenstransfer im Bereich der zielgruppenspezifischen HIV/AIDS-Prävention, für den Aufbau von Selbsthilfe-
374 bzw. Verbandsstrukturen und für die Vertretung und Umsetzung von Menschenrechten zu positionieren.
375 Die strategische, partnerschaftliche und offene Zusammenarbeit mit nationalen und internationalen Partner-
376 organisationen und Institutionen werden wir vorantreiben.

377

378(17)**Die Deutsche AIDS-Hilfe wird die Möglichkeiten, die das Internet bietet, verstärkt nutzen.** Im Sinne
379 eines partizipativen Präventionsansatzes sind wir an der Meinung und an den Perspektiven unserer Ziel-
380 gruppen interessiert und konzipieren unsere Internetpräsenz entsprechend. Die Chancen, die sich hieraus
381 für die Aidshilfearbeit ergeben, sind vielfältig. Um sie nutzen zu können, werden wir mehr Ressourcen in die
382 Entwicklung und Begleitung von E-Medien investieren müssen.

383

384(18)**Die systematische Verbesserung unseres Wissensmanagements ist eine zentrale Herausforderung**
385 **für die kommenden Jahre.** Besonderer Stellenwert kommt dabei dem zentralen Internetauftritt der DAH
386 und dem Mitgliederrundbrief zu. Wir werden unsere Website und unsere Publikationen verstärkt dafür nut-
387 zen, die Fachdiskussionen mit Menschen inner- und außerhalb des Verbandes aktiv zu gestalten. Mit Best-
388 Practice-Beispielen werden wir unser fachliches Profil schärfen.

389

390(19)**Um unserem Anspruch als Fachverband gerecht zu werden, werden wir das Qualitätsmanagement in**
391 **allen unseren Handlungsfeldern systematisieren und optimieren.** Ein abgestimmtes und gemeinsames
392 Handeln wird auf allen Ebenen unseres Verbandes in Zukunft noch wichtiger sein als bisher. Die positiven
393 Erfahrungen – etwa mit der Online- und Telefonberatung und dem Gay Health Support – bestärken uns auf
394 diesem Weg. Die erforderlichen Abstimmungsprozesse betreffen unsere Arbeitsstrukturen, die Gremien des
395 Verbandes, die Mitgliedsorganisationen und ihre Zusammenschlüsse auf Länderebene, die mit uns koope-
396 rierenden Verbände und Interessengemeinschaften und die Bundesgeschäftsstelle gleichermaßen. Wir wol-
397 len damit unseren Zusammenhalt ebenso fördern wie die Möglichkeiten unserer gesellschaftlichen Einfluss-
398 nahme. Dabei berücksichtigen wir die unterschiedliche Ausstattung mit Ressourcen und die entsprechenden
399 Möglichkeiten der Mitgliedsorganisationen und des Bundesverbandes.

400

401

402

403 DISKURSBEITRÄGE | EXPERTENWORKSHOP JUNI 2010

404

405 Diskursbeitrag „Anmerkungen zur Stigmatisierungsdebatte“

406 von Dr. Dr. Stefan Nagel (Psychoanalytiker und Psychotherapeut)

407 Wenn es so ist, wie es im Entwurf des obengenannten Zukunftspapiers auf S. 4 heißt, daß „das HIV/AIDS-
408 Stigma“ weiterhin die „Lebenswirklichkeit der Betroffenen“ prägt, und wenn bereits „für die ‚Marke‘ Aidshilfe“
409 gilt, daß sie ein „stigmatisierendes Potential“ enthält, stellt sich eindringlich die Frage nach dem Umgang mit
410 Stigmatisierungsprozessen im Hinblick auf die AIDS-Hilfen, und zwar sowohl alltagspraktisch wie grundsätz-
411 lich. Zum einen kann mit aller Macht versucht werden, Stigmatisierung zu vermeiden (einschließlich des
412 Vorschlags, sogar den Namen der AIDS-Hilfen aufzugeben). Zum anderen kann Stigmatisierung zunächst
413 akzeptiert werden, um dann ihre Bedeutung und Relevanz individuell wie gesellschaftlich zu verändern.

414 Begreifen wir Stigmatisierung als eine Art von ‚Mal‘ oder Markierung, womit ein Mensch als ein besonderer,
415 das heißt von anderen Menschen verschiedener, gekennzeichnet wird, und zwar in der Regel in einem ab-
416 wertenden Sinne — das *Mal* macht einen *Make* erkennbar —, so ist verständlich, daß Vermeidungsstrate-
417 gien hier als naheliegende Lösung erscheinen.

418 Denn ein solches Mal im Sinne eines Makels schließt den Stigmatisierten („Gezeichneten“) auf oft brutale
419 Weise aus der Gemeinschaft der „Ordentlichen und Gewöhnlichen“ (Thomas Mann, »Tonio Kröger«) aus,
420 denormalisiert ihn. Auf diese Weise wird noch einmal sichtbar, daß normative Vorgänge bei der Entstehung
421 von Stigmatisierung entscheidend beteiligt sind.

422 Das Stigma fungiert als Zeichen für das Herausfallen aus einer bestimmten Norm. Ein Weg, Stigmatisierung
423 zu vermeiden, besteht folglich darin, innerhalb bestimmter Normen zu verbleiben bzw. bestimmte Normen
424 einzuhalten.

425 Diese Verfahren (Vermeidung und Norm-Assimilation) bergen aber mehrere Risiken. Im Hinblick auf die
426 AIDS-Hilfe seien hier vor allem zwei Gefahren genannt. Die erste besteht in der Verleugnung oder Bagatelli-
427 sierung des Normverstoßes, wie er zum Beispiel in der Diskussion um eine Namensänderung der AIDS-
428 Hilfen sichtbar wird. Aus Angst, damit Menschen mit HIV und AIDS zu stigmatisieren (in ihrem jeweiligen
429 Normverstoß erkennbar zu machen), soll der Name vermieden werden. Medizinische Fortschritte dienen
430 dabei als fragwürdiges

431 Argument: Die Tatsache, daß das Vollbild AIDS seltener und die HIV-Infektion über lange Zeiträume kontrol-
432 lierbar geworden ist oder (vorerst) geworden zu sein scheint, ist schließlich unbestreitbar; das wird fälschlich
433 aber so verstanden, als sei mit Blick auf die früheren dramatischen Krankheitsverläufe diese gesundheitliche
434 „Normalisierung“ automatisch auch schon gleichbedeutend mit einer Beseitigung der die Infektion begleiten-
435 den negativen Zuschreibungen, die intern durch das Individuum selbst und von extern durch gesellschaftliche
436 Prozesse erfolgen. Solche negativen Zuschreibungen sind auch nicht durch die permanente Wiederho-
437 lung der Aussage auszumerzen, daß HIV eine ganz ‚normale‘ chronische Erkrankung sei. Also reibt man
438 sich verblüfft die Augen und wundert sich über den Fortbestand von Stigmatisierung. Daß nicht die Krankheit
439 als solche das eigentliche Stigma ist, sondern der Weg, auf dem sie übertragen wird, nämlich gehäuft im
440 Rahmen von nicht-normativer Sexualität („Untreue“, Promiskuität, Homosexualität, Prostitution) oder anderen
441 Normverstößen (z. B. Drogengebrauch), wird übersehen. Die Erkrankung ‚entlarvt‘ ihren Träger als jeman-
442 den, der sich aufgrund seines sexuellen oder sonstigen Verhaltens nicht mehr innerhalb einer bestimmten
443 gesellschaftlichen Norm befindet, und das bleibt so, unabhängig von ihrem medizinischen Verlauf. Daher ist
444 ein Reflex vieler Infizierter bis heute und trotz „neuen AIDS“, zunächst einmal auf einen ‚unschuldigen‘ (will
445 meinen: nicht gegen eine Norm verstoßenden) Infektionsweg zu hoffen oder einen solchen gar vorzutäu-
446 schen, um Stigmatisierung und das Herausfallen aus der ‚Normalität‘ zu vermeiden. Und daher auch der
447 Versuch, aus der inzwischen glücklicherweise erreichten medizinischen Besserung und ‚Normalisierung‘ der
448 Situation nun quasi konsekutiv eine gesellschaftliche zu machen! Das muß scheitern, weil eben ganz unab-
449 hängig davon, wie die Erkrankung verläuft (und selbst wenn sie heilbar wäre), der Normverstoß, der ihre
450 Übertragung herbeiführt, nicht verschwindet. Das kann man unschwer am Umgang mit anderen, heilbaren,
451 aber durch sexuelle Kontakte übertragenen Krankheiten sehen.

452 Es ist für keinen der Beteiligten im Gesundheitssystem dasselbe, mit einer Syphilis oder einem verstauchten
453 Handgelenk konfrontiert zu sein. Die nominalistische Hoffnung, daß durch eine Umbenennung von AIDS-
454 Hilfen, also die Beseitigung des Namens einer Sache, sozusagen auch die Sache selbst, sprich: die an die-
455 sen Namen geknüpften gesellschaftlich normativen Bewertungen und damit die Stigmatisierung verschwin-
456 den, ist ungefähr so abstrus wie die Vorstellung, HIV dadurch heilen zu können, daß wir der Erkrankung
457 einfach einen anderen Namen geben. Das Schicksal solcher Verleugnungs- und Verdrängungsprozesse ist
458 langfristig immer eine verschärfte Wiederkehr des Verdrängten, der man dann um so hilfloser ausgeliefert
459 ist. Auf diese Weise kann Stigmatisierung zwar ignoriert, aber keineswegs verhindert werden.

460 Ein zweiter Nachteil des Verfahrens, Stigmatisierung durch ‚Normalisierung‘ vermeiden zu wollen wenngleich
461 aus Sicht des Individuums verständlich ist die extreme Normorientierung, die damit zwangsläufig einhergeht.
462 Hinter der Verharmlosung oder gar nominellen Eliminierung von AIDS steckt nämlich gerade nicht der viel
463 beschworene akzeptierende und ‚normale‘ Umgang mit der Erkrankung sowie den sie möglicherweise riskie-
464 renden unterschiedlichen Lebensstilen, sondern im Gegenteil eine strikte Orientierung an den Normen, in-
465 nerhalb derer man verbleiben möchte, um nur ja nicht stigmatisiert zu sein oder zu werden.

466 Die emanzipatorische und verhältnispräventive Intention der AIDS-Hilfen wird auf diese Weise geradezu
467 konterkariert und in ihr Gegenteil verkehrt, nämlich in eine blinde Orientierung an gängigen gesellschaftli-
468 chen Normen und Vorstellungen. In diesem Zusammenhang hat sich in die Debatte der AIDS-Hilfen über ihr
469 Selbstverständnis und in das obengenannte Papier auch der in vielerlei Hinsicht höchst problematische Beg-
470 riff der „sexuellen Gesundheit“ eingeschlichen, deren Wahrung man sich nun plötzlich in vermeintlich selbst-
471 verständlichem Konsens verpflichtet zu fühlen behauptet. „Sexuelle Gesundheit“ ist im Gegensatz zu der
472 naheliegenden (allerdings in sich schon fragwürdigen) Interpretation aber keineswegs ein medizinischer
473 Begriff, der so etwas wie die Freiheit von oder Prävention von Geschlechtskrankheiten meint, sondern es ist
474 im Grunde ein gesellschaftlich-normativer Begriff, und zwar ein gefährlich unhinterfragter, der letztlich defi-

475 niert, wie Sexualität auszusehen hat und was dabei passieren bzw. nicht passieren darf, z. B. an Praktiken
476 und saftem wie unsaftem Verhalten.

477 (Wieso sollte ein HIV-positiver Mensch per se eigentlich sexuell nicht gesund sein?) Aufgrund seiner norma-
478 tiven Potenz, mit der er, vermeintlich naturwissenschaftlich-medizinisch abgesichert, gesunde, und damit ist
479 eigentlich gemeint: ‚normale‘ Sexualität definiert, ist der Begriff der „sexuellen Gesundheit“ unendlich viel
480 stigmatisierender, als es der AIDS-Begriff je sein könnte. Kraft solcher Logik werden aus allen Menschen mit
481 sexuell übertragbaren Krankheiten „sexuell Ungesunde“. Wenn das keine Stigmatisierung ist!

482 Auf diesem Wege ist aus Stigmatisierung also nicht herauszukommen. Aus ihr ist überhaupt nicht herauszu-
483 kommen, wenn man die Dinge genau betrachtet. Da ist das gesundheitliche Problem AIDS vermutlich noch
484 leichter zu beseitigen als die damit verbundene gesellschaftlich- normative Problematik. Selbst wenn die
485 Krankheit heilbar wäre, bliebe immer noch das Stigma ihrer Übertragung im Sinne eines Normverstößes
486 gegen bestimmte gesellschaftliche und sexuelle Normen. Es macht daher weder Sinn, diesen Normverstoß
487 verleugnen, noch, Normalität herstellen oder in die Normalität zurückkehren zu wollen, so groß die Seh-
488 sucht danach auch sein mag.

489 Es gibt nur eine Möglichkeit des Umgangs mit dem einmal vorhandenen Stigma: Seine Verwandlung durch
490 Annahme (wie zum Beispiel beim Begriff ‚schwul‘). Dies war der bisher erfolgreiche Weg der AIDS-Hilfen,
491 und darin unterscheiden sie sich in wesentlicher und fundamentaler Form von staatlichen und anderen ge-
492 gesellschaftlichen ‚Hilfen‘. Es ging den AIDS-Hilfen nicht nur darum, Menschen präventiv vor der Infektion zu
493 schützen, sondern sie zugleich in ihren speziellen und oft norm-inkompatiblen Lebensformen zu akzeptieren,
494 ja sogar darum, diese Lebensformen gesellschaftlich akzeptabel oder mindestens akzeptabler zu machen.

495 Das bedeutet, es ging darum, Normen zu verändern und sie nicht mehr oder weniger stillschweigend und
496 affirmativ zu übernehmen. Es ging gerade nicht darum, aus auffällig ‚Gezeichneten‘ unauffällige ‚Normale‘ zu
497 machen, sondern zu zeigen, daß diese ‚Gezeichneten‘ eine Bereicherung in menschlicher, gesellschaftlicher
498 und politischer Hinsicht sein können, daß sie nicht wertlos, sondern wertvoll sind, daß das Stigma nicht Ma-
499 kkel sein muß, sondern unter bestimmten Perspektiven auch ‚Adel‘, also Auszeichnung sein kann. Es ging
500 dabei nur in dem Sinne um einen Normalisierungsprozeß, als Normen erweitert (also das Abnorme norma-
501 ler) werden sollten, aber nicht darum, Individuen zu normalisieren und an gängige Muster anzupassen (also
502 Menschen ihrer Besonderheit zu berauben). Diese Intention aufzugeben, würde AIDS-Hilfen (wie professio-
503 nell auch immer sie gestaltet wären) in gesellschaftliche Anpassungsorgane und vor dem Hintergrund des
504 Begriffs der „sexuellen Gesundheit“ letztlich in Überwachungs- und Manipulationsorgane verwandeln. Dann
505 allerdings sollten sie zu recht nicht mehr AIDS-Hilfen heißen. Denn erst dann und genau dann funktionierten
506 sie als stigmatisierende Instanzen.

507

508 **Diskursbeitrag „Anmerkungen zum Namen ‚AIDS-Hilfe‘“**

509 **von Prof. Martin Dannecker**

510 Da Stefan Nagel in seinem prägnanten Text auch die Bedeutung des Namens „AIDS-Hilfe“ thematisiert hat,
511 kann ich mich auf wenige Sätze beschränken.

512 Von Anfang an war AIDS auch eine Metapher, die für die Transgression sexueller Normalitätsvorstellungen
513 stand (Promiskuität, nicht angepasster schwuler Lebensstil). Diese metaphorische Bedeutung, und die mir
514 ihr zusammenhängenden stigmatisierenden Zuschreibungen, gingen von Anfang an in das Handlungsfeld
515 und in den Namen ein, den sich die damaligen Selbsthilfegruppen gegeben haben. In diesen Gruppen war
516 auch noch das Bewusstsein lebendig, dass mit dem Nachweis einer HIV-Infektion latente Konflikte mit der
517 eigenen Sexualität manifest werden können, die sich in der Vorstellung einer falsch gelebten Sexualität äu-
518 ßern. Daran hat die Behandelbarkeit von HIV nur graduell, nicht jedoch grundsätzlich etwas geändert. Abzu-
519 lesen ist das daran, dass auch gegenwärtig auf den Nachweis einer HIV-Infektion von vielen Infizierten mit
520 einem mehr oder weniger langen sexuellen Disengagement reagiert wird. Das gilt im Übrigen auch für dieje-
521 nigen, für die die Infektion scheinbar keine wesentliche Beeinträchtigung ihrer beruflichen und privaten Per-
522 spektive mehr darstellt.

523 Eine Namensänderung von AIDS-Hilfen würde an diesem, der Infektion inhärenten Stigmatisierungs- und
524 Konfliktpotential, nichts ändern. Es drängt sich bei derlei Überlegungen eher der Verdacht auf, dass dieses
525 zum Verschwinden gebracht werden soll. Wenn AIDS-Hilfen, nach dem Papier des Delegiertenrates, die
526 sexuelle Gesundheit als eines ihrer wichtigsten Handlungsfelder begreifen und nicht gleichzeitig im Blick
527 behalten, dass sexuelle Gesundheit so einfach nicht zu haben ist, weil die Sexualität genuin konflikthaft ist,
528 dann werden sie in dem Diskurs über Sexualität nicht mehr zu sagen haben, als das, was die sexuelle Ge-
529 sundheit, was immer das auch sein mag, nach medizinischen Gesichtspunkten fördert. Es ging, ich muss

530 einfach noch einmal daran erinnern, den AIDS-Hilfen über lange Zeit keineswegs um so etwas wie sexuelle
531 Gesundheit, sondern es ging ihnen auch und vor allem um die Verteidigung bzw. Rettung einer Sexualität,
532 die mir den heteronormativen Vorstellungen nicht kompatibel ist. Wenn AIDS-Hilfen diese Perspektive auf-
533 gegeben, dann machen sie sich in der Tat überflüssig, Denn für die Durchsetzung eines normativ verstan-
534 denen Sexualitätsbegriffes braucht es sie nicht. Das können andere im Zweifelsfall besser.

535

536 **Diskursbeitrag „Selbsthilfe und Interessenvertretung“**

537 **Von Carsten Schatz (Vorstand der DAH) und Ulli Würdemann“ (ondamaris)**

538 Kernsatz: "Aidshilfe ist eine Selbsthilfe-Organisation zur Unterstützung von Menschen, die durch ihre HIV-
539 Infektion in einen De-Normalisierungsprozess geraten sind oder geraten können. Unterstützung meint wech-
540 selseitige Hilfe in gesundheitlichen Fragen sowie sozialen und politischen Konflikten. Dies wird trotz aller
541 Normalisierungstendenzen auch in den kommenden Jahrzehnten die notwendige und wichtigste Aufgabe
542 von Aidshilfe sein."

543 Vorschlag für Kernsätze zum Thema Selbsthilfe / Interessenvertretung:

544 Interessenvertretung von Menschen mit HIV/Aids ist auf allen Ebenen eine der Kernaufgaben von Aidshilfe.
545 Sie kann nicht ohne wirksame Selbsthilfe stattfinden. Gleichzeitig ist Selbsthilfe wichtiger Impulsgeber, Kor-
546 rektiv und Basis-Verortung für Aidshilfe. Sie ist für die Qualitätssicherung unerlässlich.

547 Aidshilfe unterstützt und fördert Strukturen der Selbsthilfe von Menschen mit HIV/Aids, innerhalb und au-
548 ßerhalb des Verbandes.

549 Eine Aidshilfe ohne aktive und streitbare Selbsthilfe ist keine Aidshilfe und kann die Aufgabe der Interessen-
550 vertretung von Menschen mit HIV & Aids nicht wahrnehmen.

551 Als ersten Meilenstein wollen wir erreichen, dass wir in fünf Jahren in mindestens der Hälfte der Mitgliedsor-
552 ganisationen der DAH wieder funktionierende Selbsthilfe-Strukturen haben, die mit Infrastruktur und organi-
553 satorisch unterstützt werden und Inhalte und Qualität der Arbeit der Aidshilfen mitbestimmen können. Modell
554 dafür ist die Satzung der Berliner Aidshilfe (Positivenplenum und Positivensprecher/innen).

555 Die Positiven Begegnungen (PoBe) und die bundesweiten Positiventreffen dienen als Vernetzungspunkte
556 bundesweiter Positiven-Selbsthilfe und Interessenvertretung.

557 Auf der PoBe werden die Mitglieder der Vorbereitungsgruppe für die nächste PoBe gewählt (8 Personen aus
558 Deutschland, weitere aus der Schweiz und Österreich, die thematische, regionale und lebensweltliche Breite
559 des Lebens mit HIV widerspiegeln). Die deutschen Mitglieder der Vorbereitungsgruppe fungieren als Spre-
560 cher/innen von Menschen mit HIV & Aids in Deutschland und werden in die Kommunikation des Verbandes
561 eingebunden (Benennung von Delegierten in den Vorstand der DAH, mit Veto-Recht). Sie haben gleichzeitig
562 die Verantwortung, ihre Arbeit und ihre Entscheidungen auch in Netzwerke und Treffen (bundesweite Positi-
563 ven-Treffen) zurück zu spiegeln.

564 Die Aidshilfe ermöglicht Menschen mit HIV/Aids auf allen Ebenen von Aidshilfe die Partizipation an Ent-
565 scheidungsfindungen und ist aufgefordert, diese Struktur organisatorisch zu unterstützen.

566

567 **Hierzu ein weiterer Diskursbeitrag von Stefan Nagel:**

568 *Der eine betrifft das Thema Selbsthilfe. Hier kann ich Michael Bochow in seinem Votum nur zustimmen.
569 AIDS-Hilfe im Sinne von Selbsthilfe bedeutet auch für mich weitaus mehr als Interessenvertretung. Ansons-
570 ten sollten sich die AIDS-Hilfen vielleicht tatsächlich, und zwar nicht so sehr, was den Begriffsbestandteil
571 "AIDS" angeht, sondern, was das Wort "Hilfe" angeht, umbenennen und fortan '(Interessen-)Verband der
572 HIV-Positiven' nennen (so wie es z. B. auch einen Verband der Pharmaindustrie, einen Verband der Privat-
573 und Krankenversicherer und einen der Unternehmer gibt.) Einem solchen Verband würde ich aber ganz
574 entschieden nicht angehören wollen! Denn: Hilfe hat nichts mit Lobby-Arbeit und Lobbyismus zu tun, auch
575 wenn sie Interessenvertretung in einem bestimmten Sinne mit einschließen kann. Es geht bei 'Hilfe' aber
576 grundsätzlich nicht um die Konkurrenz und den Kampf mit anderen Interessenvertretern und Interessen-
577 gruppen um bestimmte gesellschaftliche und wirtschaftliche Ressourcen, sondern um etwas, was die Indivi-
578 dualität und die (Hilfs-)Bedürftigkeit einzelner und der eigenen Person (Selbsthilfe) betrifft. Das schließt, wie
579 gesagt, Interessenvertretung, auch für eine Gruppe, nicht aus, geht aber weit darüber hinaus und ist vor
580 allem völlig anders zentriert.*

581

582 **Diskursbeitrag zum Thema „Versorgung“**

583 **Von Klaus Stehling (AIDS-Hilfe Hessen) und Klaus-Peter Hackbarth (AIDS-Hilfe Essen)**

584 **Rahmenbedingungen 2010:**

585 Die Infektion mit dem HI-Virus und die Antiretrovirale Therapie (ART) ist heute eine hochkomplexe Angele-
586 genheit. Und sie ist erfolgreich; mittlerweile verlängert sich die Lebenserwartung unter ART um 43 Jahre ab
587 Serokonversion. Aber: Die deutlich verlängerte Lebenszeit unter HIV(-therapie) bringt neue Belastungen für
588 die Betroffenen mit sich: ein erhöhtes Resistenzrisiko, neue Erkrankungsmuster wie z.B. Herz-
589 /Kreislaufbeschwerden, onkologische Probleme oder neurologische Störungen bis hin zu psychiatrischen
590 Auffälligkeiten; d.h. eine dauerhafte Infektion mit dem HI-Virus kann zunehmend zu einer Multiorganerkrankung
591 führen.

592 Es ist nicht zu erwarten, dass die Stigmatisierung von HIV-Infizierten auf absehbare Zeit in relevantem Maße
593 an Bedeutung verliert. Problematisch ist dies für jene Infizierten, die außerhalb der Versorgungszentren auf
594 spezialisierte medizinische und pflegerische Angebote und Hilfe angewiesen sind. Mit der wachsenden Zahl
595 älterer und alter HIV-Infizierter wird diese Problematik noch deutlicher hervortreten. Diese Situation wird
596 verschärft dadurch, dass der Anteil von Menschen mit Mehrfachproblematiken (medizinische und psychische
597 / psychosoziale Problematiken) unter HIV-Infizierten überdurchschnittlich hoch ist und weiter wächst. Zudem
598 bleibt der Anteil von Infizierten, die sich dem gesellschaftlichen Normdruck nicht beugen wollen und die des-
599 halb nicht in die konventionellen Versorgungssysteme passen (z.B. aufgrund ihres Schwulseins oder ihres
600 Drogenkonsums), überdurchschnittlich hoch.

601 Gleichzeitig benötigen immer weniger HIV-infizierte Menschen zur Bewältigung der Serokonversion nachhal-
602 tige Hilfestellungen durch die Aidshilfen. Der Anteil derjenigen, die die Erfahrung machen müssen, dass die
603 Infektion das Wegbrechen ihres sozialen Umfeldes nach sich zieht nimmt ab, immer häufiger bleiben sie
604 dauerhaft im Arbeitsprozess und sind sehr gut medizinisch-therapeutisch eingestellt.

605 Zunehmend konzentriert sich die Infrastruktur für eine nachhaltige medizinisch-therapeutische und psycho-
606 soziale Beratung und Begleitung in den Oberzentren, zuvörderst dort, wo sich medizinische HIV-
607 Behandlungszentren herausgebildet haben. D.h. Betroffene, die eine dauerhafte und engmaschige medizini-
608 sche und/oder psychosoziale Versorgung benötigen, werden sich zunehmend räumlich in diese Oberzentren
609 orientieren.

610 Das Durchschnittsalter von HIV-Patienten steigt stetig an. Korrespondierend dazu ist auch das Durch-
611 schnittsalter der Nutzer von Aidshilfe angestiegen. Auch erhöht sich die Anzahl derer, die bereits vor der
612 Serokonversion mit HIV bereits mindestens eine psychiatrische Grunderkrankung haben und/oder eine wei-
613 tere schwerwiegende chronische Infektion vorhalten (z.B. Hepatitis-C). Diese Tendenz paart sich nicht selten
614 mit einer Suchterkrankung. Auffällig ist, dass die Anzahl derer steigt, die im hohen Maße von Isolations-
615 /Vereinsamungstendenzen betroffen sind.

616 Dazu hat sich der Nutzeranteil von Migranten aus dem südlichen Afrika, arabischen Sprachraum und aus
617 Osteuropa zum Teil deutlich erhöht.

618 Betroffene, die sich in den 80ziger/90ziger Jahren infiziert haben, mussten nicht selten aus dem Arbeitspro-
619 zess aussteigen und leben seit dem bis heute von staatlichen Transferleistungen. Unklar ist, in welchem
620 Umfang sich die sozialrechtlichen Rahmenbedingungen für chronisch Kranke in Zukunft weiter entwickeln
621 werden (Abbau der sozialen Sicherungssysteme, Privatisierung von Krankheitsrisiken u.ä.).

622 Unklar ist auch, ob die Finanzierungsgrundlage des Gesundheitssystems eine spezialisierte Versorgung auf
623 lange Sicht gewährleistet.

624

625 **Konsequenzen/Impulse für die Zukunft:**

- 626 1. Die Bandbreite der Anforderungen an Aidshilfe wird angesichts des fortschreitenden Auseinander-
627 driftens der Lebensrealitäten von Menschen mit HIV/Aids wachsen. Der Bedarf an punktueller, aus
628 spezifischen Lebenssituationen erwachsender professioneller Beratung in medizinischer, rechtlicher
629 und sozialer Hinsicht nimmt zu. Gleichzeitig wird der Bedarf an intensiven, auf lange Zeit hin ange-
630 legten Beratungs- und Betreuungskontakte mit der HIV-Prävalenz steigen.
- 631 2. Die Aidshilfen verstehen sich (weiterhin) auch als Patientenvertretungen für Menschen mit HIV &
632 Aids, um mit ihnen und für sie einen kritischen Blick auf medizinisches Handeln und die Rolle der
633 Pharmaindustrie zu wahren.

- 634 3. Die medizinische Versorgung wird weiter Fortschritte machen (Therapieregime, Behandlung von
635 Folgeerkrankungen und Koinfektionen/-morbidityäten). Dabei werden aufgrund der Komplexität der
636 Therapien/der medikamentösen Versorgung (Medikamenteninteraktionen etc.) auch weiterhin spezi-
637 alisierte Versorgungszentren unverzichtbar sein. Die Aidshilfen setzen sich für eine ortsnahe medizi-
638 nische Versorgung für HIV-Patienten ein; sehen aber auch die Notwendigkeit, dass aufgrund der
639 Komplexität von HIV/Aids und den therapeutischen Möglichkeiten sich regionale Behandlungszent-
640 ren entwickeln.
- 641 4. Die Aidshilfen sollten sich auch mit den psychosozialen Folgen der neuen Ko-Erkrankungen neben
642 bisheriger opportunistischer HIV-/Aidserkrankungen auseinandersetzen und Hilfeangebote auch vor
643 diesem Kontext vorhalten. Das heißt:
- 644 a. Die Hinzunahme weiterer Themenbibliotheken zu den Sachverhalten:
- 645 • Neue Erkrankungen unter ART/HIV
 - 646 • Veränderungen im Versorgungsbedarf durch steigendes Lebensalter
 - 647 • Psychiatrische Grunderkrankungen in Kombination mit HIV/andere chronische Infektio-
648 nen
 - 649 • Interkulturelle Öffnung/Migration
- 650 b. Die deutlich verlängerten Überlebenszeiten und die oben skizzierten Problemlagen verlangen
651 vorzugsweise den Auf- und Ausbau folgender Arbeitsfeldern:
- 652 • Die Schaffung von nachhaltigen tagesstrukturierenden Angeboten.
 - 653 • Die Initiierung von Beschäftigungs- und Arbeitsprojekten.
 - 654 • Angebote für Ambulantes Betreutes Wohnen.
 - 655 • Eine Zunahme von auch psychotherapeutischen und suchttherapeutischen Hilfeange-
656 boten.
 - 657 • Die Hinzunahme von haupt- und ehrenamtlichen Mitarbeitern mit Migrationshintergrund.
 - 658 • Den Auf- und Ausbau von regionalen Arbeitsnetzwerken, um frühzeitig und zielgerichtet
659 auf die individuellen Bedürfnisse der Nutzer von Aidshilfen angemessen reagieren zu
660 können., d.h. Partizipation von/an bestehenden Versorgungsstrukturen unter besonderer
661 Berücksichtigung von HIV/ Aids.
- 662 5. Aidshilfe verteidigt (weiterhin) das individuelle Recht, Entscheidungen zu treffen, die der gesellschaftli-
663 chen Norm zuwider laufen und die langfristig auch gesundheitlich und psychosozial relevante Folgen
664 zeitigen können. Sie muss sich deshalb konsequent für ein solidarisches System der sozialen Sicherung
665 und ein solidarisch finanziertes Gesundheitssystem einsetzen (Finalprinzip). Bei begrenzten finanziellen
666 Ressourcen entsteht an dieser Stelle ein Zielkonflikt, wenn an der Forderung einer optimalen speziali-
667 sierten flächendeckenden Versorgung festgehalten wird. Aidshilfe soll sich diesem Konflikt stellen. Ne-
668 ben der politischen Arbeit ist es unumgänglich, auch den Begriff der Eigenverantwortung in diesem Kon-
669 text zu thematisieren.
- 670 6. Als Akteurin auf dem Feld der Gesundheits- und Sozialpolitik soll Aidshilfe konkretisieren, welche (Ver-
671 gleichs-)Maßstäbe sie in der Beurteilung einer adäquaten Versorgung anlegt (vergleichbare Lebenser-
672 wartung, vergleichbare Lebensqualität wie andere chronisch Kranke)? Ist es gerechtfertigt, für HIV-
673 Patienten eine spezialisierte Versorgung einzufordern, wenn andere chronisch Kranke auf Grundlage
674 standardisierter Disease-Management-Programme versorgt werden?

675

676 **Weitere Fragestellungen:**

677 Wird Aidshilfe sich angesichts der zu erwartenden Veränderungen - immer mehr HIV –infizierte Menschen
678 brauchen immer weniger Hilfe von Aidshilfe, gleichzeitig bleibt ein langsam wachsender Anteil von Men-
679 schen, die auch langfristig unsere intensive Unterstützung brauchen - immer stärker zu einem komplementä-
680 ren Hilfsdienst der medizinischen Versorgungssysteme entwickeln? Was würde das für das politische Profil
681 von Aidshilfe bedeuten, was für die Einheit von Verhaltens- und Verhältnisprävention im Kontext eines e-
682 manzipatorischen Ansatz?

683

684

685

686 **Hierzu ein weiterer Diskursbeitrag von Stefan Nagel:**

687 *Vielleicht höre ich das Gras wachsen, aber was mich dort ein wenig irritiert, ist die für mich befremdliche und*
688 *als Trend bedenkliche Unterscheidung von 'gesunden' und seelisch oder körperlich 'kranken', also hilfsbe-*
689 *dürftigen HIV-Positiven (einschließlich der seltsamen Verwendung des Begriffs 'Comorbiditäten'). Das klingt*
690 *so, als sei nicht HIV oder AIDS das Problem, sondern als seien ein paar spezielle 'Fälle' nicht imstande,*
691 *entsprechend adäquat und integrierend mit der Erkrankung umzugehen. So sinnvoll es im Einzelfall sein*
692 *kann, hier genau hinzuschauen, so fragwürdig finde ich diese Unterscheidung in zwei Gruppen auf der theo-*
693 *retischen und verbandlichen Ebene. Da sind wir ganz schnell wieder bei den 'starken' und 'schwachen' oder*
694 *den ' nicht gefährdeten' und 'gefährdeten' oder eben den 'gesunden' und 'kranken' Positiven. Das geht am*
695 *Problem HIV vorbei und wird (unter dem Deckmantel von 'Hilfe') ganz schnell eine Form von Excludierung,*
696 *Diskriminierung und interner Stigmatisierung.*

697

698 **Diskursbeitrag „Herausforderung Prävention“**699 **Von Silke Klumb (Geschäftsführung DAH) und Klaus-Peter Hackbarth (AIDS-Hilfe Essen)**

700 Rosenbrock 1986: „Bei günstiger (und wahrscheinlicher) Entwicklung wird AIDS eines Jahres einen unauffäl-

701

702

703 **Rahmenbedingungen 2010:**

704 Die immer noch von HIV besonders bedrohte und betroffene Gruppe sind die schwulen und bisexuellen
705 Männer mit einem Anteil von 67% an der HIV-Neuinfektionsrate; der Anteil der Neuinfektionen über hetero-
706 sexuelle Kontakte¹ beträgt 17%; der Anteil bei Drogengebern liegt bei ca. 8%. Der Anteil der Frauen
707 beträgt ca. 16%; der Anteil von Migrantinnen aus Hochprävalenzländern beträgt 11%. (Zahlen überprüfen)

708

(RKI: Epidemiologisches Bulletin 22/2010)

709 Die Aidshilfen standen und stehen bis heute in einer verabredeten Arbeitsteilung mit dem öffentlichen Ge-
710 sundheitsdienst für eine zielgruppenspezifische HIV-Prävention gegenüber denen, die besonders von HIV
711 und Aids bedroht und betroffen sind

712 - Schwule, bisexuelle und andere Männer, die Sex mit Männern haben (MSM)

713 - Drogen gebrauchende Menschen

714 - Menschen in besonderen HIV-relevanten Lebenslagen (z.B. Sexworker und Sexworkerinnen).

715 Die HIV-Neuinfektionsrate in der Bundesrepublik Deutschland ist im Vergleich mit den westeuropäischen
716 Ländern mit am niedrigsten. Die bundesdeutschen Aidshilfen haben einen erheblichen Anteil an dieser „Er-
717 folgsgeschichte“. Herausragende Gründe:

718 ○ Eine Prävention, die auf einzelne Menschen ausgerichtet ist und zum Ziel hat, deren (auch sexuelle)
719 Identität und Handlungskompetenzen zu stärken.720 ○ Die Vermeidung einer Diktatur der Prävention, d.h. kein maximalistisches Präventionskonzept hin-
721 sichtlich einer zu erreichenden Zielgröße
722 NULL-RISIKO = NULL-INFESTIONEN. (ua. Rosenbrock, 1986)723 ○ Die Überlegenheit der Wirksamkeit von Selbsthilfe gegenüber restriktiven staatlichen Interventionen.
724 (ebenda) Zudem die starke Akquirierung von haupt- und ehrenamtlichen Kräften aus den Communi-
725 ties.

726 ○ Eine Strategie der einfachen Botschaften statt langer Listen von Verboten.

727 Das Vertrauen auf gesellschaftliche Lernstrategien, auf Vermeidung von Zwang, auf Freiwilligkeit und indivi-
728 duelle Selbstverantwortlichkeit. (ebenda); d.h. die uneingeschränkte Respektierung der eigenen Entschei-
729 dung, die Anerkennung der Fehlbarkeit und die Ablehnung einer einseitigen Verantwortungszuweisung.

¹ Menschen aus nicht Hochprävalenzländern

730 Aber auch:

- 731 ○ die Einbindung anderer sexuell übertragbarer Infektion in die Präventionsarbeit;
- 732 ○ die starke Ausrichtung der Prävention in die subkulturellen Szenen hinsichtlich einer Geh- statt
733 Komm-Struktur;
- 734 ○ die Verstärkung und Verstetigung der personal-kommunikativen Prävention.

735 Mit Einführung und Etablierung neuer wirksamer Therapien in der Behandlung von HIV (ART²) hat Aids zu-
736 nehmend seinen tödlichen Schrecken verloren; die Gleichung HIV = AIDS = Tod ist verblasst. Mittlerweile
737 verlängert sich (statistisch) die Lebenserwartung eines HIV-positiven Menschen unter einer erfolgreichen
738 ART um 43 Jahre; d.h. HIV wird von medizinischer Seite als chronische Erkrankung mit normalen Lebens-
739 erwartungen beschrieben.

740 Im Zusammenhang mit dieser erfreulichen Entwicklung wird aufgrund des Anstiegs der HIV-Neuinfektionen
741 seit der Jahrtausendwende oftmals eine „neue Sorglosigkeit“ im Umgang mit Infektionsrisiken behauptet.
742 Empirische Erhebungen widerlegen aber diese Unterstellung. Der Anstieg ist weitgehend auf andere sexu-
743 ell-übertragbare Krankheiten zurückzuführen, die die Vulnerabilität für HIV bzw. die Transmissionswahr-
744 scheinlichkeit erhöhen

745 Die wissenschaftlichen Erkenntnisse zum HI-Virus, zur Therapie und zu Präventionsstrategien werden im-
746 mer komplexer. Ein Ausdruck dessen sind sicherlich in jüngster Zeit die EKAF-Empfehlungen³.

747

748 **Konsequenzen/Impulse für die Zukunft:**

- 749 1. Die o.g. Gründe für den herausragenden Erfolg der Prävention bleiben weiterhin *die* Eckpfeiler
750 von Aidshilfearbeit.
751
- 752 2. Aufgrund der Komplexität des HIV-Infektionsgeschehens müssen unsere präventiven Ansätze
753 und Botschaften orientiert an der Lebenspraxis regelmäßig angepasst und weiter entwickelt
754 werden
755
- 756 3. Prävention muss weiter auf eine Verknüpfung von Verhaltens- und Verhältnisprävention abzie-
757 len. Sie ist u.a. auch deshalb weiter erforderlich, weil die individuellen Verhaltensmöglichkeiten
758 von Personen stets maßgeblich von ihren Lebensumständen geprägt sind.
759 Präsentationsformen müssen differenziert und kontextadäquat die Vielfalt von Lebenszusam-
760 menhängen und Situationen, in denen Risiken eingegangen werden oder eben nicht eingegan-
761 gen werden, berücksichtigen; die Prävention bleibt komplex, weil das Leben auch komplex ist.
762
- 763 4. Risikomanagementstrategien müssen noch deutlicher personalintensiv kommuniziert werden,
764 um Fehlentscheidungen entgegen zu wirken. Hierbei müssen biomedizinische Aspekte in der
765 Prävention zunehmend berücksichtigt werden (Stichwort EKAF-Empfehlungen).
766
- 767 5. Das Prinzip der strukturellen Prävention trägt der Tatsache Rechnung, dass
768 Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention wie Glieder einer Kette ineinander greifen. Die Erfolge
769 der medizinischen Behandlung der HIV-Infektion haben ohne Frage primärpräventive Effekte.
770 Dieses darf allerdings nicht als Druck auf die Durchführung eines HIV-(Schnell-)Test zur frühzeiti-
771 gen Erkennung einer Serokonversion oder auf den raschen Beginn einer HIV-Therapie einge-
772 setzt werden („Du bist nur ein guter Schwuler, wenn ...“), d.h. Aidshilfe verteidigt (weiterhin) das
773 individuelle Recht, Entscheidungen zu treffen, die der gesellschaftlichen Norm zuwider laufen
774 und die langfristig auch gesundheitlich und psychosozial relevante Folgen zeitigen können.

775 **Fazit:**

776 Ziel der Präventionsbemühungen der bundesdeutschen Aidshilfe bleibt wie im Leitbild der DAH bereits for-
777 muliert „dass die Gesellschaft als Ganze und jede und jeder Einzelne informiert, selbstbestimmt und verant-

² Antiretrovirale Therapie

³ EKAF-Statement zur Infektiosität bei erfolgreicher Therapie (EKAF=Eidgenössische Kommission für Aids-Fragen)

778 wortungsvoll mit den Risiken von HIV/Aids (und anderen sexuellen Infektionen) umgehen kann.“. D.h. unter
779 anderem auch, dass eine Kriminalisierung z.B. über eine Verschärfung des Sexualstrafrechts nicht nur Prä-
780 vention behindert, sondern sogar verhindert!

781 Und: Wahr bleibt auch, dass die Präventionsarbeit der Aidshilfe mehr ist als die Erhaltung der Gesundheit im
782 Kontext der Sexualität.

783

784

785

786 **PROTOKOLL EXPERTENWORKSHOP JUNI 2010**

787
788 **20.06.2010, 11.00 bis 17.00 Uhr in der DAH-Bundesgeschäftsstelle Berlin**

789

790 **Teilnehmer:**

791

792 Ulli Würdemann	ondamaris
793 Klaus-Peter Hackbarth	im DR Vertreter der Stimmgruppe 3, Landesvorsitzender der AIDS-Hilfe 794 NRW
795 Dr. Dr. Stefan Nagel	Psychoanalytiker und Psychotherapeut, sieht sich als der AIDS-Hilfe nahe- 796 stehend
797 Prof. Martin Dannecker	„ohne Rolle“
798 Dr. Michael Bochow	Soziologe und „Islamwissenschaftler“
799 Ricardo Schulze	DR-Sprecher
800 Klaus Stehling	stellvertr. DR-Sprecher, Moderation
801 Carsten Schatz	Vorstand
802 Silke Klumb	Geschäftsführerin
803 Peter Stuhlmüller	Geschäftsführer

804

805 Protokoll: Annette Fink

806

807 Klaus Stehling stellt den Hintergrund und die Entwicklung des Papiers „Zukunftsmodell AIDS-Hilfe“ vor, des-
808 sen Grundstein in der Diskussion um die Vermögensentwicklung der DAH gelegt wurde; ursprüngliches Ziel
809 war es, eine Orientierung für die Entscheidungen des Bundesvorstands zu geben und die Verbandsstruktu-
810 ren stärker in die Pflicht zu nehmen. Als erste Arbeitsgrundlage diente eine Positionierung der Fachrefe-
811 rent(inn)en, die im DR in mehreren Sitzungen diskutiert, redaktionell überarbeitet und schließlich in Form von
812 19 Thesen der MV 2009 vorgelegt wurde. Die MV bewertete das Papier als treffende Zustandsbeschreibung,
813 die aber faktisch keine Impulse für die zukünftige Orientierung des Verbands enthalte, und beauftragte den
814 DR mit der Weiterarbeit. Der DR musste jedoch erkennen, dass die Grenzen seiner Handlungsfähigkeit er-
815 reicht sind und es ihm nicht gelingt, über seinen Tellerrand hinauszuschauen; deshalb sollte zur Unterstüt-
816 zung die Sichtweise externer Experten eingeholt werden, die nun zu diesem Workshop zusammengekom-
817 men sind. Ihr Input zu zukünftigen Schwerpunktsetzungen und Handlungsstrategien soll in ein Impulspapier
818 fließen, das der MV zusammen mit einer erweiterten Fassung des Zukunftspapiers vorgelegt werden soll.

819

820 Zum Einstieg in die Diskussion geben die Teilnehmer/innen in folgenden zusammengefassten Statements
821 eine Rückmeldung zum Papier „Zukunftsmodell AIDS-Hilfe“:

822

823 - Aus Michael Bochows Sicht versucht das Papier, „möglichst breit alles abzudecken, was Aidshilfe machen
824 sollte“; und kann im positiven Sinn den Zweck erfüllen, die AH-Arbeit z.B. gegenüber den Geldgebern zu
825 legitimieren. Mit Blick auf den Sparkurs der Bundesregierung seien in den nächsten zehn Jahren schwieriger
826 werdende Bedingungen absehbar und ein sehr weitreichender Rückzug der öffentlichen Hand nicht auszu-
827 schließen; noch dazu sei nicht abzuschätzen, wie der medikamentöse Fortschritt sich mit welchen Folgen
828 entwickeln wird. In der Diskussion solle es jedoch nicht um Überlebensstrategien gehen, sondern um die
829 zentralen Aspekte von Aidshilfe.

830

831 - Für Ulli Würdemann verweilt das Papier zu sehr im Heutigen und kann höchstens den Status quo in die
832 Zukunft extrapolieren. Er blickt gleich 20 Jahre nach vorn und kann sich vorstellen, dass die aus der Krise
833 entstandene Organisation Aidshilfe geschlossen werden kann, weil sie – nicht zuletzt wegen ihrer erfolgrei-

- 834 chen Arbeit - nicht mehr notwendig ist oder weil Aids dann geheilt werden kann; „wir sollten uns lösen von
835 dem Gedanken, dass Aidshilfe gottgegeben und wie die Caritas für die Ewigkeit gebaut ist“.
- 836
- 837 - Wenn man in die Zukunft springt, sollte man die Gegenwart klarhaben“ – und dafür sei das Papier zu ver-
838 schwommen und unpräzise. Martin Dannecker empfiehlt, die gegenwärtigen Probleme zu beschreiben und
839 daraus die politischen Handlungsfelder abzuleiten. Als Zukunftsmusik sei ihm auch immer der Gedanke
840 sympathisch gewesen, dass Aidshilfe verschwinden muss, weil ihr Gegenstand verschwindet.
- 841
- 842 - Stefan Nagel führt den über Allgemeines nicht hinausgehenden Charakter des Papiers auf die Ambivalenz
843 innerhalb der Aidshilfen zurück, auf ihre widersprüchlichen Ziele, ohne dass diese Widersprüche erkennbar
844 würden. Als Beispiel nennt er die Normalisierung von Aids, auf die man einerseits hingearbeitet habe, die
845 man andererseits aber mit dem Verlust der Existenzgrundlage verbinde. Nach seiner Einschätzung wird der
846 Gegenstand von Aidshilfe sicher nicht verschwinden, sondern sich nur modifizieren. Aidshilfe sei entstanden,
847 um die sozialen und politischen Folgen von Aids zu bearbeiten.
- 848
- 849 - Klaus-Peter Hackbarth plädiert dafür, sich von dem Papier freizumachen und stattdessen fünf bis zehn
850 klare und durchaus auch provokante Thesen zu formulieren, die der DAH und den Aidshilfen helfen, ihre
851 Zukunft zu beschreiben und ins Bewusstsein zu bringen, dass Aidshilfe nicht wegen des medizinischen Fak-
852 tums eines neuen Virus entstanden ist, sondern weil es galt, als schwuler Mann oder Drogengebraucher
853 gemeinsam mit anderen den auf Hysterie gründenden Bekämpfungsstrategien etwas entgegenzusetzen.
- 854
- 855 - Silke Klumb weist darauf hin, dass ein Papier, das die Zielsetzung verfolge, das die 120 Aidshilfen vor Ort
856 es anwenden könnten, ohne dass es ihnen wehtue, eine nur sehr begrenzte Wirkung haben könne. Die bis-
857 herige Diskussion in DR und MV sei davon geprägt, dass alle in ihren unterschiedlichen Förderstrukturen
858 ihre Selbsterhaltung sichern müssen, was eine Priorisierung oder Zuspitzung unmöglich mache.
- 859
- 860 - Für Peter Stuhlmüller ist es ein grundsätzlicher Unterschied, ob man – wie in dem Papier geschehen - in
861 einem Fünfjahreszeitraum denkt und relativ absehbare und vielleicht auch deshalb weniger visionäre Ziele
862 beschreibt oder gleich in das Jahr 2030 springt, für das sich tatsächlich ganz andere Fragen stellen, nämlich
863 z.B. die, ob Aidshilfe dann noch bestehen oder im Sinne einer aktiven Abgabe an andere aufgelöst sein soll.
- 864
- 865 - Auch Carsten Schatz spricht sich gegen eine Verwendung des Papiers aus, das die grundlegenden Vor-
866 aussetzungen für eine zukünftige Programmatik nicht erfülle. Ähnlich wie Martin Dannecker empfiehlt er,
867 zunächst die heutige Situation in den Blick zu nehmen (und zwar nicht die der einzelnen Aidshilfen, die ihre
868 „raison d’être“ in der Beratung und Betreuung hätten, sondern auf der Metaebene der gesamtgesellschaftli-
869 chen Verortung des Gebildes Aidshilfe) und sich an den folgenden Leitfragen zu orientieren:
- 870 - In welchem Umfeld bewegen wir uns? Welche Tendenzen nehmen wir wahr?
- 871 - Welche Herausforderungen stellen sich an uns? Wie müssen wir uns verändern, um uns den sich
872 verändernden Bedingungen zu stellen?
- 873 Dass Aidshilfe sich mit ihrem Ansatz der strukturellen Prävention und dem Anspruch des Respekts der Au-
874 tonomie des Individuums mit einigen Dilemmata auseinandersetzen müsse und sich mit notwendigen Ver-
875 änderungen bisweilen schwertue, zeige das Beispiel des HIV-Tests: „Seit 1996 gibt es die Kombi-Therapie,
876 und wir haben erst in den letzten zwei Jahren einen sanften Schwenk vollzogen, den Menschen einen HIV-
877 Test zu empfehlen. Das hat zwölf Jahre gedauert“.
- 878
- 879 Martin Dannecker nimmt Bezug auf das im Papier an mehreren Stellen angesprochene Diskriminierungspo-
880 tenzial, das mit dem Namen Aidshilfe verbunden sei. Im Zuge der Normalisierung durch die bessere Behan-
881 delbarkeit der Infektion gebe es HIV-Positive, denen es über lange Zeit gut gehe, aber auch andere, denen
882 es alles andere als gut gehe und die sowieso in prekären Bedingungen lebten. In diesem Spannungsver-
883 hältnis müsse sich Aidshilfe positionieren. Die Motive, aufgrund derer über eine Aufgabe des Namensbe-
884 standteils „Aids“ nachgedacht werde, müssten aus seiner Sicht einer kritischen Überprüfung unterzogen
885 werden.
- 886
- 887 Klaus-Peter Hackbarth bestätigt aus seiner Erfahrung die große Diskrepanz in der Lebenssituation von HIV-
888 Positiven. Es sei auch ein Verdienst von Aidshilfe, Menschen ins Leben zurückgebracht zu haben, die be-
889 reits dem Tode nahe waren, dann von der Kombi-Therapie profitierten, schließlich in den Beruf zurückfan-
890 den, auf ein stabiles soziales Netz zurückgreifen könnten und die Aidshilfe tatsächlich nicht mehr brauchen;
891 auf der anderen Seite stünden Menschen, deren soziale Situation auch „vor dem Virus“ schon desolat ge-
892 wesen sei. Wie sehr die Rolle von Aidshilfe sich verändern müsse, werde auch von der Entwicklung der
893 therapeutischen Möglichkeiten abhängen; eine Studie sei jetzt zu dem Ergebnis gekommen, dass ein

894 Mensch 43 Jahre mit HIV leben kann⁴, voraussichtlich auch mit einer weiter vereinfachten Therapieform
895 („3er-Kombi mit einer Pille pro Tag“). „Die Aidshilfen denken nicht erst seit einem Jahr über das ‚neue Aids‘
896 nach und versuchen, sich breiter aufzustellen. Wir haben eine hohe Professionalisierung von Aidshilfe erlebt,
897 weg von der reinen Selbsthilfe bis hin zu Mitgliedsorganisationen mit einem Millionenetat.“
898

899 Aus Silke Klumbs Sicht hat Aidshilfe mit ihren Angeboten wie Sozialrechtsberatung oder betreutem Wohnen,
900 die Teil des Versorgungssystems sind, eine klar definierte Funktion, die vor Ort unterschiedlich hoch finan-
901 ziert wird, auch wenn immer wieder auf dem Prüfstand stehe, welche Angebote tatsächlich gebraucht wer-
902 den und wo es einen Zusammenschluss mit anderen Feldern geben kann oder muss. Da sich die gesell-
903 schaftlichen Bedingungen auch für die Positiven, die diese Versorgungsangebote (zurzeit) nicht benötigen,
904 nicht wirklich geändert hätten, bleibe vor allem auf Ebene des Bundesverbands die gesundheitspolitische
905 Aufgabe, weiterhin auf eine Verbesserung dieser Bedingungen hinzuwirken.
906

907 Martin Danneckers Aussage, der Begriff Aidshilfe diskriminiere die gesunden Positiven, führt Peter Stuhlmül-
908 ler zu der Frage, ob der Name aufgegeben werden und die Aidshilfe sich in HIV-Hilfe umbenennen soll, um
909 näher bei den Positiven zu sein. Er selbst bezweifelt eine solche Wirkung und geht eher davon aus, dass
910 HIV in der Öffentlichkeit dann schlicht mit Aids gleichgesetzt würde.
911

912 Wie Stefan Nagel feststellt, ist Aidshilfe aus der Notwendigkeit, ein Angebot für Außenseiter zu machen, als
913 Parallele zu den staatlichen Strukturen entstanden. An dieser Notwendigkeit habe sich nichts verändert,
914 auch wenn die gesunden Positiven sich als Normale und nicht als Außenseiter sähen – eine Sichtweise, die
915 sich in die Aidshilfe verschiebe und in starkem Widerspruch zu ihrem ursprünglichem Ansatz stehe. Vor die-
916 sem Hintergrund sei Aids weniger als medizinischer Begriff denn als Metapher zu verstehen, von der man
917 sich nicht verabschieden sollte; vielmehr sollte Aidshilfe ihren Gegenstand und die sich daraus ergebende
918 Einstellung definieren, auch wenn der Gegenstand die Gefahr der Diskriminierung in sich birgt.
919

920 An dieser Stelle weist Michael Bochow darauf hin, dass die Aidshilfe staatliche, an Auflagen gebundene
921 Gelder erhält, die stark auf Primärprävention ausgerichtet seien; dennoch sei in der Diskussion noch kein
922 Wort zur Primärprävention und zu den Möglichkeiten primärpräventiver Einflussnahme vor den schwieriger
923 werdenden Rahmenbedingungen gefallen. Aus Carsten Schatz' Sicht werden primärpräventive Aspekte
924 implizit diskutiert und bedürfen keiner expliziten Erörterung; er nehme außerdem wahr, dass die Geldgeber
925 nach langen Auseinandersetzungen inzwischen verstünden, dass Primär- und Sekundärprävention einander
926 bedingten. Auch die Bundesgeschäftsstelle tendiert, so Peter Stuhlmüller, dazu, sich von der Unterschei-
927 dung in Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention zu verabschieden und ihren Auftrag übergreifend als Prä-
928 vention zu definieren. In Bezug auf die Finanzierung ergänzt Klaus-Peter Hackbarth, dass vor Ort sekundär-
929 präventive Leistungen wie sozialrechtliche Beratung und Betreuung im Vordergrund stehen.
930

931 **Was also ist der Aidshilfe Kern/raison d'être/Gegenstand?**

932

933 Dieser Frage nähert sich die Gruppe mit folgenden Überlegungen:
934

935 - Um dem Gegenstand von Aidshilfe - der nicht identisch mit Zielgruppe ist – zu definieren, stellt sich zu-
936 nächst die Frage nach ihrer Besonderheit, und das ist ein besonderes Merkmal der Zielgruppe. Zielgruppen
937 von Aidshilfe sind Außenseiter im nicht diskriminierenden Sinn. Der Gegenstand von Aidshilfe war ursprüng-
938 lich Hilfe für Nicht-Normale, die sich nicht innerhalb einer bestimmten Norm bewegt haben. Der Begriff Hilfe
939 ist dabei nicht zu verstehen als Unterstützung im karitativen Sinn, sondern als gesellschaftliche Unterstüt-
940 zung in Abgrenzung zu den Normalen, für die es Hilfsorganisationen en masse gegeben hätte. Er reicht über
941 die reine Gesundheitshilfe, sei sie präventiv oder kurativ, hinaus.
942

943 - Das Außenseitertum ergab sich im Wesentlichen aus der Übertragbarkeit der Infektion auf (homo-
944)sexuellem Weg oder intravenösem Drogengebrauch – also einer „schuldhaften“ Übertragbarkeit. Aidshilfe
945 war eine spezialisierte Hilfe für Menschen, die durch die „schuldhafte“ Übertragbarkeit zu Außenseitern ge-
946 worden sind. Diese Zuschreibung galt für Schwule, Junkies, Huren (bei denen sich herausstellte, dass sie
947 durch die für sie gängige Praxis des Kondomgebrauchs kaum betroffen waren), später Frauen, die sich z.B.
948 über ihre bisexuellen Partner infiziert hatten. Bezeichnend sei der Satz „Aids kriegt man nicht, man holt es
949 sich“, gewesen. Demgegenüber galten Hämophile, bei denen die Übertragung über Bluttransfusionen erfolg-
950 te, als unschuldige Opfer, die auch kaum den Weg zur Aidshilfe fanden.

⁴ Ulli Würdemann warnt davor, die heutige luxuriöse Situation unkritisch in die Zukunft zu extrapolieren; z.B: sei bei einer Ausweitung der PREP in einigen Jahren mit Multiresistenzen zu rechnen.

951

952

953

954

955

956

957

958

959

960

961

962

963

964

965

966

967

968

969

970

971

972

973

974

975

976

977

978

979

980

981

982

983

984

985

986

987

988

989

990

991

992

993

994

995

996

997

998

999

- Gerade schwule Männer waren allerdings auch schon vor Aids Außenseiter; das „Böse“, nämlich die Homosexualität, war schon vorhanden, und jetzt tat „etwas Böses zusätzlich noch etwas Böses“. Eine Gruppe mit per se fragwürdiger gesellschaftlicher Stellung wird durch Aids erwischt und doppelt zum Außenseiter. Deshalb war Aidshilfe am Anfang schwule Selbsthilfe und lange Zeit faktisch Träger der Schwulenbewegung. In die Nähe von Aidshilfe kamen alle, die „durch HIV fast so etwas wie ein Schwuler“ wurden – die von Hans-Peter Hauschild propagierte „Allianz der Schmuttelkinder“, die noch auf der MV 1996 dagegen waren, ihre Türe für Migranten zu öffnen, die sich auf „normalem“ – sprich heterosexuellem – Weg infiziert hatten, auch wenn diese in ihren Herkunftsländern als sich sexuell Fehlverhaltende galten.

- HIV war und ist ein gemeinsames Merkmal, das „den faulen Kern der Betroffenen entlarvt“; das Stigma ist an die jeweilige Person und nicht an die Lebensweise adressiert. Ein entscheidender Aspekt, der Gründung von Aidshilfe damals ermöglicht hat, war es, die Außenseiterrolle anzunehmen „und nicht zu sagen, ‚wir sind bestraft‘, sondern: ‚we are proud of it‘“. Aidshilfe hat selbstbewusst die Freiheit eingefordert, uneinsichtig zu sein, schuldig (aus dem Blickwinkel der normierenden Gesellschaft) werden zu dürfen und „keine Rechenschaft für Leidenschaft“ abzulegen.

- Die Gründungshypothese, dass Aidshilfe für diejenigen da ist, die schuldig geworden sind⁵, ist nach wie vor brauchbar, unabhängig davon, wie sich die Krankheit verändert hat.

Demgegenüber stellt die Gruppe in der Aidshilfe Tendenzen fest, sich von dem Schuldaspekt lösen zu wollen, sich zu „relegitimieren“ und mit der Normalisierung selbst normal, d.h. „wie die anderen“ werden zu wollen. Ihren Ausdruck fänden diese Tendenzen z.B. in der Umbenennung des AIDS Centrums Rostock in „Centrum für sexuelle Gesundheit“. Diese wird als ein Abschied von Aids – mithin „dem Schmutzigen“ gewertet, um sich mit einer eleganteren Agentur für sexuelle Gesundheit zu positionieren. Wie Klaus-Peter Hackbarth berichtet, denken viele MOen ernsthaft über eine Änderung des Namens nach, weil dieser die heutigen Inhalte nicht mehr treffend beschreibe, wohl aber auch, weil der metaphorische Sinn offensichtlich über die Jahre verlorengegangen ist „und wir nicht mehr daran glauben“. Auch auf Bundesebene gibt es laut Peter Stuhlmüller bisher zwar noch vereinzelte Stimmen, die aus sehr unterschiedlichen Gründen eine Umbenennung forderten – z.B., weil der Begriff Hilfe unzeitgemäß sei und nach außen Klientelisierung vermittele. Während Ulli Würdemann bezweifelt, dass eine solche Debatte, die auf eine anti-emanzipatorische und unpolitische Grundhaltung schließen lasse, auf breiter Ebene geführt wird, ist Aidshilfe aus Klaus-Peter Hackbarths Sicht durchaus unpolitischer geworden und definiere sich etwa im Leitbild einer MO als „hochprofessioneller Träger⁶“ unterschiedlicher Dienstleistungen für jegliche Zielgruppe, ohne dass die Frage von Schuld oder Außenseitertum eine Rolle spiele.

Für Silke Klumb ist es legitim, über den Begriff Aidshilfe zu diskutieren, wenn dessen politischer Inhalt offensichtlich verlorengegangen ist; solange es nicht gelinge, Inhalt und Namen wieder zusammenzuführen und Aidshilfe erneut als Sprachrohr, als politische und emanzipatorische Bewegung (und nicht nur als Teil des Versorgungssystems) zu etablieren, sei der Name im Prinzip beliebig. Dass vielleicht auch eine ganz normale Hausfrau den Weg zur Aidshilfe findet und diese dem Gesundheitsamt vorzieht, sei ein Hinweis darauf, dass Aidshilfe als kompetent auch über die Zielgruppen hinaus wahrgenommen werde.

Martin Dannecker und Michael Bochow widersprechen einer Beliebigkeit des Namens: Der Begriff Aidshilfe evoziere immer noch eine besondere Zuständigkeit auch bei nicht-klassischen Zielgruppen; es sei „in manche Köpfe gesunken, dass Schwule wissen, worum es geht“ und dass man hier eine schützende, empathische Organisation finde, wenn man „auch als Lieschen Müller ein bisschen aus der Spur geraten ist“. Aidshilfe sei ein „unverzichtbares Branding“, auch wenn der nachwachsenden Generation weder der metaphorische Gehalt noch der Unterschied zwischen HIV und Aids bewusst sei.

⁵ Zur Diskussion steht hier eine Präzisierung auf Menschen, die sich sexuell schuldig gemacht haben, was die Gruppe der Drogengebraucher/innen nicht mit einschließen würde, die aber ohnehin epidemiologisch nicht mehr stark ins Gewicht falle und perspektivisch möglicherweise keine Zielgruppe mehr darstelle; dagegen wird eingewandt, dass Drogengebraucher/innen klar weiter zu den „Schmuttelkindern“ gehörten und in dieser Rolle auch sehr viel bewirkten; außerdem sei nicht sicher, ob die niedrige Prävalenzrate auch ohne für diese Zielgruppe spezifische Prävention erhalten bliebe.

⁶ Stefan Nagel plädiert dafür, die Frage der Professionalität außen vor zu lassen, da im Umkehrschluss nur eine unprofessionelle Aidshilfe eine politische sein könne. Carsten Schatz hält dagegen, dass auf der Folie der Professionalisierung eine Inhaltentleerung stattgefunden habe, mit der sich die Organisationen des Wesentlichen entledigt hätten, um sich vom Schmuttelimage zu lösen.

1000
1001
1002
1003
1004
1005
1006
1007
1008
1009
1010
1011
1012
1013
1014
1015
1016
1017
1018
1019
1020
1021
1022
1023
1024
1025
1026
1027
1028
1029
1030
1031
1032
1033
1034
1035
1036
1037
1038
1039
1040
1041
1042
1043
1044
1045
1046
1047
1048
1049
1050
1051
1052
1053
1054
1055
1056
1057
1058

Für eine Beibehaltung des Namens Aidshilfe werden folgende weitere Argumente ins Feld geführt:

- Aids ist ein globales Problem mit einer „luxuriösen“ Situation nur in den westlichen Ländern. Wenn wir uns von Aids im Namen verabschieden, verabschieden wir uns auch von dem Bewusstsein für das globale Problem.

- Aids gibt es weiterhin, real wie metaphorisch. Die Tatsache, dass ein Zustand durch Medikamente in Schach gehalten werden kann, ändert nichts an der Realität. Was Aidshilfe notwendig gemacht hat, war nicht das medizinische Problem, sondern die sozialen, politischen und persönlichen Folgen von Aids. Aids ist nicht nur ein Immundefizienzsyndrom, sondern es nimmt heraus aus der Normalität. Diese Bedeutung kann nicht mit einem abgeschwächten Begriff transportiert werden.

An dieser Stelle wird in der Diskussion etwas klar: Trotz aller Normalisierung leitet Aids immer noch einen Prozess der De-Normalisierung (Dannecker), des An-den-Rand-gezogen-Werdens ein, der mit dem positiven Testergebnis beginnt – „und deshalb hat man auch von diesem Zeitpunkt an Aids, denn nicht nur, was man naturwissenschaftlich erfassen und definieren kann, ist real“. Die medizinische Normalisierung geht nicht mit einer politischen, gesellschaftlichen und sozialen Normalisierung einher. Dass die Mitteilung des positiven Testergebnisses nach dem Eindruck von Ärzten bei den meisten keinen Schock mehr auslöst, mag dem Mainstream gerade in der schwulen Szene geschuldet sein, den Schrecken zu verdrängen und hinter einer coolen Fassade zu verstecken – eine psychische Reaktion auf den Verlust der von Thomas Mann beschriebenen „Wonnen der Gewöhnlichkeit“.

Wie Michael Bochow in Bezug auf die Forderung, den Namen Aidshilfe wieder mit politischem Inhalt zu füllen, feststellt, werde häufig zu wenig bedacht, dass ein Großteil der Schwulen „politisch nicht renitent“ sei. Von anderer Seite wird in diesem Zusammenhang auf die weitgehende Ersetzung der Bezeichnung „schwul“, die politisch im Sinne der selbstbewussten Annahme und positiven Umdeutung eines Stigmas sei, durch den sachlichen, aus dem Englischen übernommenen Begriff „MSM“ hingewiesen. Dass sich darin die Entpolitisierung von Aidshilfe und eine Entfernung von ihrem Kernbereich manifestiere, ist jedoch in der Diskussion kein Konsens: Hintergrund sei die gut begründbare Überlegung gewesen, dass Männer ohne schwule Identität, „die nichts mit schwulem Zeug zu tun haben wollen“, anders angesprochen werden müssen. Dies sei unter anderem ein Ziel der großen bundesweiten Kampagne. Der Einwand bleibt nicht unwidersprochen: Die Notwendigkeit unterschiedlicher Präventionsansätze entbinde nicht davon, die einzelnen schwer erreichbaren Gruppen differenziert zu benennen, anstatt sie unter den einen Hut „MSM“ zu packen, ein Akronym, das außerhalb von Aidshilfe niemand verstehe.

Zwischenzeitlich hatten sich die Anwesenden darauf verständigt, nicht am Entwurf eines Impulspapiers festzuhalten, sondern die angeregte inhaltliche Diskussion fortzuführen, als deren Ergebnis folgende Grundsätze formuliert werden:

„Aidshilfe ist eine Selbsthilfe-Organisation zur Unterstützung von Menschen, die durch ihre HIV-Infektion in einen De-Normalisierungsprozess geraten sind oder geraten können. Unterstützung meint wechselseitige Hilfe in gesundheitlichen Fragen sowie sozialen und politischen Konflikten. Dies wird trotz aller Normalisierungstendenzen auch in den kommenden Jahrzehnten die notwendige und wichtigste Aufgabe von Aidshilfe sein.“

Wie sich in der weiteren Diskussion zeigt, ist es schwierig, sich in der verbleibenden Zeit von diesen Grundsätzen ausgehend auf Aussagen für die konkrete Ebene von Zielgruppen, Präventionsansätzen oder Arbeitsschwerpunkten zu verständigen; vereinbart wird deshalb, in einem Brainstorming zunächst weitere Stichworte/Aspekte/Fragestellungen für die Konkretisierung zu sammeln. Das Ergebnis:

• **Zielgruppen**

- jede/r, der/die in einen De-Normalisierungsprozess gerät/geraten könnte
 - Menschen mit HIV und besonders von HIV Bedrohte.
 - Wenn Aidshilfe eine Selbsthilfe-Organisation ist, ergeben sich daraus die Zielgruppen.
- ⇒ Diskussion: Was ist implizit enthalten? Was muss explizit formuliert werden?

• **Schwerpunkte**

- beachten: Es gibt eine Aufgabenteilung zwischen BZgA und Dachverband, die aber in der praktischen Arbeit vor Ort nicht aufrechterhalten werden kann

1059 - Sollte es eine ressourcenorientierte Schwerpunktsetzung geben, d.h. sollte z.B. an die Aidshilfen appelliert
1060 werden, ihre knappen Ressourcen an erster Stelle in die Arbeit von und für Schwule einzusetzen?
1061

1062 • **Prävention/ sexuelle Gesundheit**

1063 - Prävention umfasst mehr als die Erhaltung der sexuellen Gesundheit; sexuelle Gesundheit ist nicht das
1064 Maß aller Dinge. Es gibt die Tendenz, Gesundheit zum höchsten Gut zu machen. So wichtig Gesundheit
1065 auch ist, sollte Aidshilfe sich doch von dem Gedanken verabschieden, dass sie für jeden Menschen das
1066 höchste Gut ist. Im Übrigen sollte die sexuelle Gesundheit den staatlichen Stellen überlassen bleiben.
1067 - Aber: In diesem Zusammenhang kann die Testkampagne als zweideutige Botschaft aufgefasst werden. Es
1068 muss deutlich werden, dass es keinen Zwang zur Testung gibt.
1069 - Im Mittelpunkt muss die Befähigung zur selbstbestimmten Entscheidung und deren Respektierung stehen.
1070 - Frage der Haltung: Prävention soll nicht mit Angst oder Bedrohung arbeiten.
1071 - Welche Präventionsstrategien brauchen wir? Müssen wir z.B. noch stärker auf Personalkommunikation
1072 setzen?
1073

1074 • **Selbsthilfe oder Stellvertretung?**

1075 - Wie wird Selbsthilfe heute definiert? Gilt der alte Grundsatz „Selbsthilfe vor Stellvertretung“ noch?
1076 - Die bestehenden Selbsthilfe-Strukturen der DAH funktionieren nicht. Es gibt einen Mechanismus der Ver-
1077 tretung, die Vertreter vertreten aber niemanden. Sind die Strukturen nicht eine Bremse, tragen wir eine
1078 Schimäre vor uns her? Selbsthilfe ist totgenetzwerk.
1079 - Besteht Aidshilfe nicht aus mehr oder weniger professionalisierten Selbst Helfern?
1080 - Aidshilfe tritt gegenüber den politischen Akteuren mit dem Anspruch der Selbsthilfe auf; Selbsthilfe ist aber
1081 nicht nur Legitimation, sondern auch Ideengeber.
1082 - Welche Veränderungen hat Selbsthilfe durchlaufen? Aidshilfe braucht Bodenhaftung und Impulse aus der
1083 Selbsthilfe.
1084 - Es könnte eine Aufgabe sein, Selbsthilfe nicht nur dem Namen nach wieder viel stärker einzubinden und
1085 eine viel stärkere Repräsentanz im Verband einzufordern.
1086 - Wichtig ist, dass die MOen sich der Frage nach Selbsthilfe heute stellen; viele Aidshilfen sind fest in Sozi-
1087 alarbeiterhand. Gesprächsgruppen für Positive sind keine Selbsthilfe!
1088 - Welche Interessen können angesichts der wachsenden Diversifikation überhaupt vertreten werden?
1089

1090 • **Name Aidshilfe**

1091 Der Name soll erhalten bleiben, weil Aids mehr als nur ein medizinisches Syndrom ist und weiterhin Meta-
1092 pher für einen De-Normalisierungsprozess ist. Als „Agentur für sexuelle Gesundheit“ würde sich Aidshilfe
1093 von allem lösen, wofür sie steht.
1094

1095 • **Weitere Überlegungen**

1096 - Soll der De-Normalisierungsprozess erläutert werden?
1097 - Soll die gesellschaftspolitische Aufgabe von Aidshilfe explizit formuliert werden?
1098 - Soll eine Position zur Zukunft von Versorgungsstrukturen formuliert werden?
1099 - Anregung: Fußnote zu Punkten, an denen Aidshilfe im Prozess der Normalisierung gescheitert ist (Bsp.
1100 Verdrängung der Bezeichnung „schwul“ zugunsten von „MSM“)
1101

1102 **Vereinbarungen zu den nächsten Schritten**

1103
1104 Konsens ist, dass die Diskussion um Zukunftsperspektiven in einer größeren Öffentlichkeit – d.h. auch au-
1105 ßerhalb des Verbands – geführt werden soll; Ziel ist dabei kein „von allen abnickbares“, dem Leitbild ähnli-
1106 ches Papier, sondern eine Debatte, die auf Basis von provokanten Thesen durchaus die kontroverse Ausei-
1107 nandersetzung um Konfliktfelder sucht. Der Vorschlag, mit dem um einige Thesen ergänzten Ergebnis des
1108 Workshops einen blog auf www.aidshilfe.de zu starten, findet Zustimmung.
1109

1110 Die Teilnehmer/innen erklären sich bereit, folgende Arbeitsaufträge zu übernehmen:

1111 Input zu...

1112
1113
1114 - Prävention:

1115 Michael Bochow stellt Schlussfolgerungen zu seiner Studie zum Kontext von rezenten Neuinfektionen bei
1116 schwulen Männern zur Verfügung, aus dem Thesen gezogen werden können. Diese Aufgabe übernehmen
1117 Silke Klumb und Klaus-Peter Hackbarth.
1118

- 1119 - Selbsthilfe: Carsten Schatz und Ulli Würdemann
1120 - Begriff Aidshilfe: Martin Dannecker
1121 - Stigmatisierung inkl. Gesundheitsbegriff: Stefan Nagel
1122 - Zukunft der Versorgung: Klaus Stehling/Klaus-Peter Hackbarth

1123

1124 Die Inputs sollen bis zum 4. Juli per Mail bei Annette Fink (annette.fink@dah.aidshilfe.de) eingehen und
1125 werden von dort für eine Feedback-Runde an alle verteilt. Die Rückmeldungen sollen innerhalb einer Woche
1126 bis zum 11. Juli eingehen. Anschließend werden Inputs für die Diskussion in der nächsten DR-Sitzung am
1127 23. bis 25. Juli und im blog zusammengefasst.

1128

1129 Klaus-Peter Hackbarth äußert sich abschließend kritisch zum Ergebnis des Tags: Nach der spannenden
1130 Diskussion am Vormittag um Aidshilfe als Ort der Schmuddelkinder, aus der er für sich als Vertreter einer
1131 MO die hilfreiche Erkenntnis „Trenn dich nicht so schnell vom Thema Aids!“ mitnehme, sei man am Nachmit-
1132 tag wieder „auf Kuschelkurs“ eingeschwenkt und letztlich doch auf dem Weg zu einem Papier, das jeder
1133 unterschreiben könne. Als provokante These für die Einladung zur Diskussion würde er sich neben „Präven-
1134 tion ist mehr als Gesundheit“ die Aussage „Aidshilfe ist mehr als reine Selbsthilfe“ wünschen.

1135

1136 Klaus Stehling dankt den Teilnehmer(inne)n für die engagierte Diskussion und ihre Bereitschaft, sich nicht
1137 nur auf das Experiment des Workshops einzulassen, sondern auch Nacharbeiten zu übernehmen.