

Deutsche AIDS-Hilfe

Aktuell

Nr. 2 Mai 1992

frauen



**Portal des
Lucas-Cranach-
Hauses in Weimar
Seite 11**



Inhalt

Zeitgeschehen 4

- 4** Geringer Nutzen – hohe Kosten – Pilotstudie zum Verfahren des anonymen unverknüpfbaren HIV-Tests (AUT) in Bayern
- 6** Melbourne-Konferenz – Harm Reduction – nur eine neue Sprechblase?
- 8** Melbourne-Konferenz – Weltweit mit einer Stimme sprechen – das internationale Treffen der Drogengebraucher
- 9** AIDS und Medien – Podiumsdiskussion über die AIDS-Berichterstattung
- 10** Die Renaissance eines Begriffes – das Subsidiaritätsprinzip
- 11** Routine in Weimar – Mitgliederversammlung der D.A.H.
- 12** Im Osten weniger Homosexuellenfeindlichkeit? – die Haltung der Deutschen zur Homosexualität
- 15** Defizite festgestellt – Treffen der European AIDS-Treatment Group

Schwerpunkt 16

Frauen

- 18** Frauen sind anders – die Bundesmodellprogramme für Frauen laufen aus
- 19** Gefahr in Verzug
- 21** Medizinische Aspekte
- 24** Hilfe wird nicht gefordert – warum eine frauenspezifische Beratung gebraucht wird
- 26** „Wie reagieren sie morgen im Büro?“ – positive Erfahrungen am Arbeitsplatz
- 27** Die Lesbenburg ist clean – sind Lesben durch AIDS betroffen?



- 28** Schwulenmütter oder beste Freundinnen – über die Motive von Mitarbeiterinnen in AIDS-Hilfen
- 32** Weg von der Opferrolle – ein Gespräch mit Susanne Teichmann
- 34** Frauen und AIDS in Afrika – wenn Armut lebensbedrohlich wird
- 35** Angst vor dem Ehemann – ein Beispiel aus Uganda
- 36** Service

Länderspiegel 37

- 37** München: Freier werden von der AIDS-Hilfe mißbraucht
- 38** Hannover: Solidarität nur noch eine Farce - die schwule Szene grenzt Positive aus
- 39** Berlin: Stationäre AIDS-Pflege will Ghettoisierung vermeiden
- 40** Neubrandenburg: Das Rad nicht neu erfinden – Treffen der ostdeutschen AIDS-Hilfen

Bild und Wort 41

- 41** Überall Erfolg: die Werbung der Modefirma Benetton
- 42** Zwei amerikanische Filme auf der Berlinale: „My brother's keeper“ und „Swoon“



„Swoon“

- 43** Buchbesprechung
- 44** Die Liebesterberkrankheit: Schwule und AIDS in China

positivnegativ 48

- 48** Die Frühstücksdirektorin geht – ein Gespräch mit der Prostitutionsreferentin Micaela Riepe
- 50** Leserbrief

Impressum 31



Foto: Florian Wüst

Wenn beim Blick in leere Kassen dumme Gedanken kommen...

Politiker in Bund und Land, die jetzt an die Aids-Etats herantreten, weil sie dringend Geld für andere Aufgaben brauchen, sollten wissen, was sie tun. Zumindest drei Effekte werden Sparmaßnahmen in diesem Bereich haben.

Jede Million, die den Aids-Hilfen heute für Prävention und Aufklärung fehlt, wird die Haushalte um ein Vielfaches erhöht in fünf bis zehn Jahren belasten – wenn die Menschen, die sich jetzt infizieren, krank werden.

Jeder Monat, der in der Aids-Forschung ungenutzt verstreicht, weil die Mittel fehlen, wird die „Lösung“ der weltweiten Aids-Katastrophe um Jahre verzögern.

Jeder Schnitt an den Hilfen für Positive und Kranke ist jedoch sofort spürbar: das ja von den betroffenen Szenen selbst geknüpft Netz von Angeboten wird nicht mehr tragen, öffentliche Einrichtungen müssen dann in die Bresche springen. Wenn Ärzte und Pfleger ihre Patienten nicht mehr

angemessen versorgen können; wenn Freunde und Angehörige zusehen müssen, daß geliebte Menschen im Krankenhaus sterben, weil der ambulante Pflegeverein keine neuen Patienten mehr aufnehmen kann; wenn die hohe Bereitschaft zur gegenseitigen Hilfe unter Schwulen und Junkies keinen Rahmen mehr hat, in dem sie erst wirksam werden kann, dann wird auch der soziale Frieden empfindlich gestört.

Obwohl noch vieles im argen liegt, erkennen wir an, daß sich die öffentliche Hand der Hilfe zur Selbsthilfe bisher nicht verweigert hat. Das muß so bleiben. Im Verteilungskampf um knapper werdende Mittel trommelt jeder, so laut er kann. Unsere Argumente sind nicht von der Hand zu weisen. Sparen im Aids-Bereich ist haushaltspolitisch kurzfristig und moralisch nicht zu vertreten.

Jürgen Neumann

Zeitgeschehen



Geringer Nutzen - hohe Kosten

Anfang des Jahres wurden vom bayerischen Innenministerium die Ergebnisse einer in Bayern durchgeführten Pilotstudie zum Einsatz des Verfahrens des unverknüpfbaren anonymen HIV-Tests (AUT) vorgestellt, mit dem ein genaueres Bild der HIV-Verbreitung in der Bevölkerung gewonnen werden soll.

Bei der Vorstellung der Studienergebnisse behauptete Staatssekretär Beckstein, diese gäben Hinweise darauf, daß die Infektionsrate in der Bevölkerung „drastisch, d. h. um ein Vielfaches höher liege“, als nach den bisherigen Daten angenommen wurde. Diese Aussage wurde in den Medien, die darüber berichteten, meist ungeprüft und unkommentiert übernommen.

In der bayerischen Studie waren die anonymisierten Blutproben von Krankenhauspatienten untersucht worden. Das Ergebnis der Studie besagt, daß unter den knapp

20.000 untersuchten Blutproben 222 positiv waren, das sind 1,12%. Allerdings waren an der Studie ausschließlich Labors in München und Erlangen beteiligt, die ihre Blutproben vorwiegend von Universitätskliniken erhalten, die jeweils auch schwerpunktmäßig HIV-Patienten betreuen. Nach Abzug dieser „HIV-nahen“ Klinikbereiche bleiben noch 15.000 untersuchte Blutproben, von denen 45 Proben (0,3%) HIV-positiv waren. Bei der Vorstellung der Studie auf dem Wiesbadener AIDS-Kongreß Ende März 1992 wurde die nach Berücksichtigung der demographischen Unterschiede zwischen

Krankenhauspatienten und Wohnbevölkerung für den Raum München errechnete HIV-Prävalenz mit 0,37% angegeben. Das Bundesgesundheitsamt gibt auf der Grundlage der Daten der Laborberichtsverordnung für den Großraum München die HIV-Prävalenz mit 0,35% an. Der Präsentation der Studienergebnisse in Wiesbaden folgte eine Diskussion, in der die Frage gestellt wurde, wie auf Grundlage der Studienergebnisse eine sehr viel höhere Zahl von HIV-Infektionen als vom BGA angegeben behauptet werden könne. Der vortragende Wissenschaftler gab die Antwort, daß er dies nie behauptet habe.

Die bayerische Pilotstudie zum AUT bestätigt also mit ihren Ergebnissen die Analysen und Berechnungen des Bundesgesundheitsamtes zum Ausmaß der HIV-Epidemie in Deutschland. Das spricht für wissenschaftliche Redlichkeit bei der Durchführung der Studie, waren es doch die Auftraggeber der Untersuchung und ihnen nahestehende Kreise, die dem Bundesgesundheitsamt in dieser Beziehung Verharmlosung und Untertreibung vorwarfen. Warum Staatssekretär Beckstein in voller Kenntnis der Tatsache, daß die Zahlen des BGA und der AUT-Studie praktisch übereinstimmen, unter Berufung auf die AUT-Ergebnisse die gegenteilige Behauptung aufstellt und was das Ziel dieser mühsam wissenschaftlich verbrämten Irreführung der Öffentlichkeit ist, bleibt unausgesprochen.

Die als Pilotprojekt konzipierte bayerische AUT-Studie ist als Auftakt zu einem bundesweiten und mehrjährigen Folgeprojekt gedacht. Ein entsprechender Antrag ist beim Bundesministerium für Gesundheit eingereicht und soll von einem internationalen Expertengremium begutachtet werden. Die 1,1 Millionen Mark teure Pilotstudie wurde vom Freistaat Bayern finanziert. Der bayerische Innenminister sowie die Epidemiologen, die die Untersuchung durchführten, fordern die Ausweitung des Projektes auf mehrere ausgewählte Regionen der Bundesrepublik, insbesondere auch auf die neuen Bundesländer. Ziel soll sein, Aussagen über die Ausbreitungsdynamik der HIV-Epidemie zu machen, die eine bessere Planung von Versorgungsangeboten und Präventionsmaßnahmen ermöglichen sollen. Die vorgeschlagene bundesweite AUT-Untersuchung würde in dem geplanten Umfang zwischen 5 und 6 Millionen Mark jährlich kosten (im Gespräch ist ein Zeitraum von mindestens drei Jahren). Welche neuen Informationen wären durch ein bundesweites AUT-Programm zu gewinnen, insbesondere was die Verbesserung der Prävention und eine adäquate Planung der Versorgungsangebote angeht (dies sind die erklärten Ziele der epidemiologischen Erforschung der HIV-Epidemie, schließlich ist die Errechnung von Infiziertenzahlen kein Selbstzweck)?

Aktuelle Zahl der Infizierten

Das Bundesgesundheitsamt schätzt auf Grundlage der Daten der vorhandenen Überwachungssysteme die aktuelle Zahl der HIV-Infizierten in den alten Bundesländern auf 55.–65.000. Bezieht man diese Zahl auf die Gesamtzahl der Bevölkerung der alten Bundesländer im Alter bis 65 Jahre, errechnet sich eine HIV-Häufigkeit von etwa 0,1%. Angesichts der praktisch identischen Zahlen der AUT-Pilotstudie und der an Hand vorhandener Überwachungssysteme geschätzten Prävalenz für den Raum München ist mehr als fraglich, ob eine bundesweite AUT-Studie, die ja auch nur in ausgewählten Regionen durchgeführt werden soll, hiervon grob abweichende Ergebnisse liefern würde.

Konsequenzen für die Prävention

Geht man von derzeit circa 60.000 HIV-Infizierten in der Bundesrepublik Deutschland aus, muß bei Berücksichtigung der bekannten Fakten zum zeitlichen Verlauf der HIV-Epidemie in Deutschland mit einer jährlichen Zunahme der HIV-Infizierten um derzeit $10 = 5\%$ gerechnet werden. Um eine Ausbreitung von HIV in dieser Größenordnung, also eine Steigerung der Prävalenz von 0,1% auf 0,11% mit einiger statistischer Sicherheit nachweisen zu können, müßten jährlich im AUT circa 1 Million Blutproben untersucht werden (vorgesehen ist eine deutlich kleinere Zahl, was bedeutet, daß die zu erwartenden Ergebnisse auch entsprechend weniger verlässlich sein werden). In den neuen Bundesländern, in denen die Häufigkeit von HIV-Infektionen bislang noch sehr viel geringer ist, wäre selbst eine Vollerhebung der Blutproben sämtlicher Krankenhauspatienten nicht in der Lage, eine sogar viel raschere Ausbreitung von HIV, etwa eine jährliche Verdoppelung der Zahl der Infizierten, statistisch absichern zu können.

Der AUT könnte, nach drei bis vier Jahren, grobe Angaben darüber liefern, wie schnell sich HIV bei Männern, bei Frauen, und in welchen Altersgruppen und welchen Regionen bevorzugt ausbreitet. Ob die Informationen, die dadurch zusätzlich zu dem, was wir bereits wissen, gewonnen werden können, in einem akzeptablen Verhältnis zum Aufwand stehen, ist nicht zuletzt auch eine politische Frage.

Ob die methodischen Probleme dieses Untersuchungsansatzes befriedigend gelöst werden können, wird frühestens nach Vorlage und genauer Analyse des Abschlußberichtes beurteilbar sein. In der bayerischen Pilotstudie wurde versucht, über die Untersuchung von Krankenhauspatienten Informationen über die HIV-Verbreitung in der

Gesamtbevölkerung zu ermitteln. Dieser Ansatz birgt eine ganze Reihe methodischer Schwierigkeiten. Zum einen sind Krankenhauspatienten kein Spiegelbild der Gesamtbevölkerung. Alte Menschen, um nur das augenfälligste Beispiel zu erwähnen, sind im Krankenhaus stark überrepräsentiert. Zum anderen sind natürlich auch HIV-Infizierte auf Grund der durch die Infektion ausgelösten Komplikationen viel häufiger im Krankenhaus anzutreffen, als es ihrem Anteil an der Gesamtbevölkerung entspricht. Die Wissenschaftler, die Untersuchung in Bayern durchführten, versuchten, diese Verzerrungen durch verschiedene Maßnahmen zu korrigieren. So wurden zum Beispiel nur die Blutproben von unter 65jährigen untersucht, die Kliniken wurden in HIV-nahe und HIV-ferne Bereiche unterteilt, also in Bereiche, in denen „bekanntermaßen“ viele HIV-Patienten behandelt werden und in solche, für die das nicht zutrifft. Hierzu muß angemerkt werden, daß wissenschaftlich fundierte Informationen zur Inanspruchnahme von Krankenhausversorgungsleistungen von HIV-Infizierten im Vergleich zu Nicht-Infizierten nicht vorliegen. Die Unterscheidung wurde in der vorliegenden Studie „ex-post“ getroffen, es wurden also die HIV-Prävalenzen in den verschiedenen Krankenhausabteilungen gemessen; Abteilungen mit hohen Prävalenzen wurden als HIV-nah, Abteilungen mit niedrigen Prävalenzen als HIV-fern eingestuft. Ein solches Verfahren ist wissenschaftlich nicht ganz unproblematisch, zumal es wahrscheinlich auch Zwischenbereiche gibt. Bei entsprechenden Untersuchungen in Afrika wurde beobachtet, daß unter chirurgischen Patienten, die in der bayerischen Untersuchung als HIV-fern definiert wurden, der Anteil der HIV-Infizierten etwa dreimal so hoch war wie in der Gesamtbevölkerung.

Ein weiteres Problem zeigte sich bei der AUT-Untersuchung von Neugeborenen in England, die im vergangenen Jahr publiziert worden waren. Dabei wurde in London im Vergleich zu den anderen Untersuchungsregionen eine deutliche Zunahme positiver Testergebnisse festgestellt. Dies wurde zunächst als Beleg dafür interpretiert, daß die Ausbreitung von HIV in London durch heterosexuelle Kontakte schneller vor sich gehe als bislang angenommen. Bei weiteren Untersuchungen stellte sich allerdings heraus, daß in einem großen Anteil der HIV-positiven Proben auch Malaria-Antikörper nachgewiesen werden konnten. Dies ist ein Hinweis dafür, daß es sich bei den HIV-infizierten Müttern zu einem erheblichen Prozentsatz um Immigrantinnen und Besucherinnen aus Afrika und der Karibik handelte, aus Regionen also, in denen die HIV-Übertragung auf heterosexuellem Wege bekanntermaßen den häufigsten Infektionsmodus darstellt. Statt einer zunehmenden Übertragung von

HIV auf heterosexuellem Wege in London könnte man also auch Migrationsbewegungen gemessen haben. Vor allem bei der relativ geringen Prävalenz der HIV-Infektionen in Deutschland könnten vergleichbare Migrationsbewegungen zu Zufallsfehlern führen, die nur durch sehr große Untersuchungsstichproben auszuschalten wären.

Der AUT als Mittel in der politischen Auseinandersetzung

Der AUT erlaubt eine Differenzierung nach Geschlecht, Altersgruppe und regionaler Herkunft. Laut Beckstein liefert er damit Erkenntnisse, die es ermöglichen, „Strategien zur wirksamen Unterbrechung von Ansteckungsketten zu entwickeln und die notwendigen medizinischen, sozialen, und psychologischen Hilfsmaßnahmen für die große Zahl von Betroffenen und Kranken rechtzeitig vorzubereiten“. Welcher Art die Strategien sind, die das bayerische Innenministerium im Sinne hat, bleibt weitgehend schleierhaft. Wenn man unter Prävention das versteht, was in der Bundesrepublik Deutschland darunter bislang verstanden wird, so gibt es niemanden, der den Bayern eine Präventionskampagne für die 20 bis 40jährigen männlichen Bürger Erlangens entwerfen könnte. Was die medizinischen, sozialen und psychologischen Hilfsmaßnahmen angeht, mögen die geäußerten guten Absichten Becksteins ein Trost sein für all die Projekte, die trotz positiver Begutachtung durch wissenschaftliche Begleitforschung und gegen die Proteste von Betroffenen und Ärzten im Betreuungsbereich in Bayern mittlerweile eingestellt wurden oder akut gefährdet sind.

Schließlich forderte Beckstein die bundesweite Anwendung des AUT-Verfahrens, da es insbesondere auch eine Beurteilung darüber zulasse, wie sich einzelne Präventionsmaßnahmen auswirken. Selbst wenn der AUT in der Lage sein sollte, Verminderungen der Infektionsraten sensibel zu registrieren, ist es nicht möglich, wissenschaftlich seriöse Aussagen über den Beitrag einzelner Maßnahmen zu machen. Wie etwa will man mögliche Migrationsbewegungen innerhalb Deutschlands bei einem AUT-Verfahren berücksichtigen? Oder sollen etwa Wanderungsbewegungen, die durch eine Verschärfung seuchenrechtlicher Maßnahmen in Bayern ausgelöst werden, als Beweis für deren präventive Wirksamkeit gedeutet werden?

AUT-Untersuchungen können sicherlich ein wertvolles Instrument bei der Verlaufsbeobachtung gerade auch der HIV-Epidemie darstellen. Die prinzipielle Nützlichkeit und Einsetzbarkeit darf aber nicht von der Verpflichtung entheben, auch im konkreten Fall den möglichen Nutzen nachvollziehbar darzulegen.

Daniel Fechter

Australien Melbourne

Harm Reduction — nur eine neue Sprechblase?

Die australische Erfahrung

Vom 23. bis 28. März 1992 fand in Melbourne, Australien, die 3. *International Conference on the Reduction of Drug Related Harm* statt. 400 Teilnehmer aus 17 Ländern diskutierten eine Woche lang das Konzept der „harm reduction“ (Schadensminimierung) in der AIDS- und Drogenarbeit. Die Hindernisse in der Praxis waren ebenso Thema wie die grundlegende Philosophie. Wie unter den besonderen Bedingungen der einzelnen Länder versucht wird, die HIV-Prävalenz zu reduzieren, war Gegenstand eines Erfahrungsaustausches.

Dabei standen die Erfahrungen derjenigen Ländern im Vordergrund, deren AIDS- und Drogenpolitik auf den Grundlagen der „harm reduction“ basiert und die dabei überzeugende Erfolge aufweisen können, wie die Niederlande oder Städte wie Liverpool.

Australien wurde nicht zufällig als Austragungsort der Konferenz ausgewählt. Die „National HIV/AIDS-Strategy“, 1989 von der australischen Regierung beschlossen, will zwar langfristig die Zahl von Drogenkonsumenten vermindern, bis dahin aber die gesundheitlichen und sonstigen Schäden unter Drogenkonsumenten minimieren. Dabei hat das Land bei einer Bevölkerung von nur rund 17 Millionen Menschen vergleichsweise große Probleme mit dem Konsum von Heroin und Kokain — die auch hier ebenso wie Cannabis verboten sind. Australien hat darüberhinaus den höchsten Pro-Kopf-Verbrauch der Welt von Alkohol, auch Amphetamine werden in hohem Maße konsumiert.

Nick Crofts, Leiter des Melbourners „Epidemiology & International Health Macfarlane Burnet Centre for Medical Research“, schätzt die Zahl der Heroinkonsumenten auf 30 — 50.000. Nach anderen Schätzungen kommen noch einmal rund 60 — 100.000 sogenannte „occasional user“ dazu, also sozial weitgehend integrierte Konsumenten, die „kontrolliert“ wöchentlich oder monatlich konsumieren.

Trotz dieser hohen Zahlen hat Australien weltweit eine der niedrigsten HIV-Infektionsraten unter Drogengebern. An-



Joyce Rivera, Jude Byrne, David Hester (v. li.)

fang 1992 wurden 3.073 AIDS-Fälle gezählt. Nur etwa 5 % davon sind DrogengebraucherInnen, dagegen 85 % schwule Männer. Crofts wies auf ein australisches Phänomen hin: rund 70 % der AIDS-kranken Drogengebraucher sind schwul. Er schätzt ihren Anteil an der Gesamtzahl der Drogenkonsumenten auf etwa 12 % ein. Während die HIV-Prävalenz unter Australiens Drogenkonsumenten insgesamt zwischen 3 — 8 % liegt, ist sie in einem Stadtteil von Sydney, wo viele Schwule und auch schwule Drogenkonsumenten leben, mit 14 % erheblich höher. Daß dennoch die HIV-Prävalenz relativ niedrig geblieben ist, hält Alex Wodak, Direktor des „Alcohol and Drug Service“ in Dorlington, New South Wales, für einen Erfolg der rechtzeitigen Einrichtung von Spritzenvergabe-Projekten vor fünf Jahren. Heute existieren in ganz Australien rund 3.000 Ausgabestellen von sterilen Spritzen. Seit 1988 sind eine Reihe von „User-Groups“ in diese Programme integriert und haben auch Repräsentanten in den Beratungskommissionen für die Regierung. Wodak führt die stabile niedrige HIV-Prävalenz auch auf das Ausweiten von Methadon-Programmen zurück. Nick Crofts verwies auf Studien, die zeigen, daß auch die Immunfunktionen von HIV-positiven Drogenkonsumenten in der Methadon-Behandlung nicht negativ beeinflußt, sondern stabilisiert werden. In New South Wales, die Region um Sydney, stiegen die Substitutionen von 800 im Jahr 1985 auf über 6.000 in diesem Jahr. Australien wurde

so zu einem Land, das für die WHO exemplarisch erfolgreiche AIDS-Präventionsstrategien entwickelt hat, in dem frühzeitig breite Konsultationen mit Betroffenen, den medizinischen und wissenschaftlichen Professionen und den Regierungsbehörden stattfanden.

Veränderungen in der australischen Drogenpolitik

Anläßlich der Konferenz behandelte das Magazin „Junkmail“ schwerpunktmäßig das Thema harm reduction. Junkmail wird von der Australien IV Leage (AIVL) herausgegeben, dem Dachverband der australischen User-Gruppen. In der Artikeln wurde über die Einbeziehung ehemaliger und aktiver Junkies in die HIV-Prävention reflektiert. David Herkt, einer der Repräsentanten der AIVL, kommt in seinem Editorial zu dem Schluß, daß das Virus Ursache für eine veränderte Betrachtung von Sexualität und Drogenkonsum sei. Er vergleicht die Situation mit der von „Kriegszeiten, in denen die Umstände die Maßnahmen rechtfertigen und traditionelle soziale Verhaltensweisen und Rollen aufbrechen“. Die Finanzierung vorher umstrittener Informationen über Safer Sex für Schwule durch die Regierung gehört für Herkt ebenso dazu wie die Mittel für die Ausweitung von Programmen zur Spritzenvergabe.

Die Spritzentausch-Projekte besitzen dabei eine breite Unterstützung unter den Benutzern. In einer Befragung in New

Melbourne

South Wales sprachen sich 90% der Benutzer für eine Fortführung der Projekte aus; über 70% waren überzeugt, daß Safer-Use-Anleitungen dazu beitragen, die Ausbreitung von AIDS zu verringern und andere gesundheitliche Risiken, wie eine Überdosis, zu vermeiden. Aber auch das öffentliche Bewußtsein gegenüber Drogengebrauch hat sich in Australien verändert. Immerhin die Hälfte der australischen Bevölkerung ist der Meinung, daß mehr Schaden dadurch verursacht als verhindert wird, daß Heroin und Kokain illegal sind. Durch eine Gruppe in Sydney werden Diskriminierungen zentral dokumentiert. Dazu gehören die Nichteinhaltung der Anonymität bei HIV-Tests, die unzureichende Behandlung bei Schmerzen, die Hürden für Methadon-Programme oder auch die Praxis, das drogenabhängigen Eltern das Sorgerecht entzogen wird.

Herkt hält diese Veränderungen für revolutionär. In den letzten dreißig Jahren bestimmten hingegen Mediziner, was für ihre drogengebrauchenden Klienten gut oder schlecht ist. Medizinische Entscheidungen gründeten auf der Basis von Bestrafung, etwa wenn eine Methadon-Behandlung deshalb abgesetzt wurde, weil bei einem Exuser Drogenkonsum durch Urinproben nachgewiesen werden konnte. Selbst abstinenzorientierte Einrichtungen akzeptieren mittlerweile „schadensreduzierende“ Elemente in ihrer Arbeit wie niedrigschwellige Methadonvergaben ohne obligatorische Beratung.

Das Magazin Junkmail führte aber auch eine Diskussion darüber, ob bezahlte Jobs für Exjunkies letztlich nicht dazu führen, daß sie sich von der Basis der akuten Gebrauchern absondern, indem sie doch drogenfrei leben oder zumindest kontrolliert konsumieren – nämlich Methadon. Einer der Autoren des „Junkmail“ prangert diese Anpassung an das Ziel der Abstinenz vehement an. Er fordert stattdessen einen freieren Zugang zu Opiaten und Amphetaminen und bezeichnet die gesellschaftliche Akzeptanz des Drogenkonsums als „wahre“ harm reduction.

Spritzenvergabe

In einem Workshop ging es um die Erfahrungen der Projekte, die einen Spritzenaustausch anbieten. In Melbourne, Sydney, Brisbane, Darwin und Perth organisieren Drogengebraucher mit staatlichen Geldern Spritzenvergabe, betreiben Streetwork und beteiligen sich an Forschungsprojekten. Die meisten dieser Projekte haben durch eine wissenschaftliche Begleitforschung überprüft, wo die Bedürfnisse der angesprochenen Gruppen liegen.

Die bisherigen Erfahrungen sind sehr ermutigend. Die schwierigen Bedingungen des Anfangs konnten überwunden werden. So gaben viele Apotheker ihren Widerstand auf und sind jetzt zu Kooperation bereit. Es ist heute auch möglich, sich auf dem Lande mit Spritzen zu versorgen, die Anonymität ist gewährleistet. Es hat sich auch als effek-

tiv erwiesen, die Aufklärung über Safer Use und Safer Sex miteinander zu verknüpfen. So ist die HIV-Übertragungsrate unter den australischen Drogenkonsumenten äußerst niedrig. Eine Rolle spielt hier sicher auch, daß es vor der Einrichtung tragender Präventionskampagnen noch nicht zu einer größeren Verbreitung des Virus gekommen war.

Die Ehrfahrungsaustausch machte einmal mehr deutlich, daß Länder mit rigiden, auf Abstinenz ausgerichteten drogenpolitischen Maßnahmen wie die USA, Brasilien und Thailand erheblich höhere Zuwachsraten bei der Übertragung zu verzeichnen haben als etwa England, Holland und Australien – also Ländern, die auf Harm-Reduction setzen.

Methadonbehandlung

In Australien spielt die Methadon-Behandlung eine zunehmend größere Rolle in der Harm-Reduction-Strategie. 1969 wurde das erste Programm eröffnet; heute werden auf dem Kontinent etwa 13.000 Menschen substituiert. Unter dem Eindruck der AIDS-Krise haben sich diese Programme verändert. In einigen Städten wird auf Urintests verzichtet, auch Mehrtages-Dosierungen sind möglich. Solche Programme sind, wie es Jude Byrne und David Herkt sagten, „client-controlled“; jede Intervention ist an den Wünschen der Klienten orientiert. Aber das ist eher die Ausnahme. Noch immer sind die meisten Programme sehr restriktiv und von Mißtrauen der Ärzte und des Klinikpersonals gegenüber den Klienten geprägt.

Zum Abschluß des Kongresses wurde eine Erklärung verabschiedet, in der die Voraussetzungen für eine erfolgreiche Drogenpolitik und AIDS-Prävention verdeutlicht werden.

Ingo Ilja Michels

Die 4. International Conference on the Reduction of Drug Related Harm wird vom 14. – 18. März in Rotterdam stattfinden. Es ist geplant, gleichzeitig ein weltweites Treffen von Junkie-Gruppen zu organisieren.

Nähere Informationen über das Conference Secretariat:

PO Box 4193

3006 AD Rotterdam

Niederlande

Tel: 31-(0) 10-413 28 92, Fax: 412 80 90

Ein ausführlicherer Bericht über den Kongreß mit Literaturhinweisen ist im Drogenreferat der D.A.H. erhältlich.



Werner Herrmann, Ingo Ilja Michels und Prof. Friedrich Bschor in Melbourne (v. li.)



Melbourne

JUNKMAIL
Mar 1992 Volume 3 No. 1&2



Ausschnitt aus der Junkmail

In Australien fand gleichzeitig auch das erste weltweite Treffen von Selbsthilfegruppen der i.v. Drogengebraucher statt. Ein Resümee von Werner Hermann

Weltweit mit einer Stimme sprechen

Hinkommen ist nicht einfach gewesen. 25 Stunden mit ganz vielen Sardinen in der ganz großen Sardinenbüchse; betreten durch den Eingang eines Hauses in Berlin, verlassen durch den Ausgang eines Hauses in Melbourne, dazwischen Transitraum. Plötzlich ist Sommer. 5.00 Uhr früh. Australien.

Die Nationale Methadonförderer Allianz (National Alliance of Methadon Advocates, New York) hatte den einladenden Australiern von der IV Liga geantwortet: „Thank you... wie auch immer, wir sind nicht in der Lage, zu erscheinen, noch werden wir auf der Harm-Reduction-Konferenz anwesend sein. Zu unserem Mißvergnügen haben wir – wie viele Selbsthilfegruppen überall auf der Welt – nur ein sehr schmales Budget. Wir sind überzeugt, daß es extrem wichtig ist, wenn sich user-groups aus der ganzen Welt treffen und die Themen diskutieren, die ihr tägliches Leben ausmachen. Da Junkie-Selbsthilfe von Regierungen nicht als

bedeutsam beurteilt wird, gibt es kein Geld oder nicht genug Geld. Wir fürchten, daß deswegen NAMA und viele andere Gruppen niemals an diesen wichtigen internationalen Treffen teilnehmen werden. NAMA schlägt vor, dies zu diskutieren. Selbsthilfegruppen werden weiter von den bedeutenden Konferenzen oder Treffen ausgeschlossen bleiben, bis wir Möglichkeiten herausfinden, hinzugelangen.“

Letztlich waren zu dem Treffen am 27. und 28. März Vertreter von Gruppen aus England, USA, Neuseeland, Australien und JES gekommen. Ja, es ist also wirklich ein weltweites Treffen gewesen, andererseits hat sich natürlich die düstere Prognose der NAMA-Leute bewahrheitet: wo sind die Südamerikaner, wo die spanischen und italienischen, wo sind alle europäischen Interessengruppen der Drogengebraucher? Wo waren die Amerikaner selbst, die nur von je einem Vertreter/in aus New York und San Francisco repräsentiert wurden und für ihr Spritzenaustauschprojekt verzweifelt nach Mäzenen suchten. Noch immer ist die Spritzenversorgung und auch der Tausch von gebrauchtem gegen neues Spritzenbesteck in den Staaten illegal, was eher in einen Ausrottungsfeldzug paßt als in die HIV-Vorbeugung.

Es kommt ja nicht überraschend: die Selbsthilfe der Drogenkonsumenten wird nicht nur bei der Bekämpfung der HIV-Infektion gering geachtet und gefördert, weltweit ist auch die Lebens- und Versorgungssituation für injizierende Drogenkonsumenten grundsätzlich die gleiche: verfolgt, verachtet, verelendet, von AIDS

bedroht, ausgebeutet, eingeknastet, benachteiligt. Die Hilfs- und Behandlungsangebote weichen je nach Kulturkreisen, Ländern und sogar Regionen weit voneinander ab – doch selbst da, wo weitsichtige Verwaltungen Maßnahmen der Harm-Reduction, der Schadensminimierung zulassen oder finanzieren, bleiben sie Angebote an Minderheiten, ist der schwarze Markt und seine Implikation „Kriminalität“, nicht zu vergessen die Prostitution, für die Masse der Gebraucher die tägliche Lebenspraxis. Die Vertretung der Interessen dieser Menschen, HIV-Positive, HIV-Negative, Junkies, Ex-Junkies, Substituierte und sonstige Konsumenten von Drogen und Süchtige mit einer Stimme erschien den Anwesenden als eine erstmalig reale gute Gelegenheit und als eine Chance für die Zukunft. Was heißt das?

Internationales Drogengebraucher-Netzwerk

Das heißt: im weltweiten Zusammenhang den Standpunkt der Millionen zählenden injizierenden und süchtigen Menschen – eine Minderheit auf der Suche nach ihren Rechten – benennen. Und zwar unüberhörbar dort thematisieren, wo Zweifel an der bisher verfolgten Linie der Drogenbekämpfung hingehören: in die Vereinten Nationen, in deren Unterorganisationen für Gesundheit, Jugend, Handel, Drogenkontrolle; in die Menschenrechtskonventionen und Menschenrechtsligen. Diesen als eine weltweite Stimme der Drogenkonsumenten gegenüberreten zu können, ist das Anliegen dieses Netzwerkes. Tatsächlich stellt es zur Zeit die Kombination der anwesenden Gruppen und Personen mit denen der europäischen Interessengruppen dar, deren am World-AIDS-Day 91 verabschiedeter Deklaration zur Lage und Forderungen Europäischer Drogengebraucher von den anwesenden Repräsentanten zugestimmt wurde. Sie ist damit wohl das erste Dokument, das die Sorgen und Forderungen so allgemeingültig ausdrückt, daß es von weltumspannender Bedeutung ist.

Auf der Basis der vorhandenen Organisationen und der zustande gekommenen Kontakte sollen bei ähnlichen Gelegenheiten wie dieser Konferenz gemeinsame Aussagen und Auftritte geplant und durchgeführt werden. Die nächsten Anlässe sind die Welt-AIDS-Konferenz 1992 in Amsterdam und 1993 in Berlin, die 4th Conference on Harm Reduction in Rotterdam im nächsten Jahr, die Positivenkonferenz in Mexico City in diesem Jahr. Wir geben keine Ruhe mehr: die Entkriminalisierung der Drogenproduktion, des Drogenhandels und des Drogenkonsums darf von jetzt an nicht mehr aus der Diskussion verschwinden. Die Diskriminierung von Drogenkonsumenten mit HIV und AIDS muß gestoppt werden. Alles gegen die Weiterverbreitung des Virus zu tun – das gehört zur weltweiten Agenda.

AIDS und Medien

Auf der mit 400 Teilnehmern bestbesuchten Veranstaltung „AIDS und Medien“ am Nachmittag des ersten Tages des 4. Deutschen AIDS-Kongresses vom 25. – 26. März in Wiesbaden standen der „Sensationsjournalismus“ und der „Sensationswissenschaftler“ im Mittelpunkt der Diskussionen.

AIDS wird von den Medien als schlagzeilenträchtiges Ereignis wahrgenommen: als prominenter Infizierter oder Toter; als Monster (Todesbombe); als unschuldiges Opfer (Kind); als Naturkatastrophe („ganze Landstriche entvölkert“); als potentieller Triumph der Forschung (Impfstoff gefunden) oder auch als Politikum (Kampf gegen AIDS).

Die tausend kleinen Schritte – verbesserte Therapiemöglichkeiten, Erfolge bei der Prävention, effektive Beratungs- und Versorgungsstrukturen für Betroffene – finden kaum die Aufmerksamkeit der Medienöffentlichkeit. Die Betroffenen werden als statistische Größe („schon“ oder „nur“ 50.000 Infizierte) oder als Dunkelziffer („aber die wirkliche Zahl liegt viel höher“) wahrgenommen.

Demgemäß waren auch die Erwartungshaltungen der Teilnehmer und Journalisten während des Kongresses spürbar: ständiges Lauern auf den Durchbruch, die Sensation, den Skandal.

Die Mischung macht's: Sex, Drogen, Rausch, Lust, Krankheit, Sterben, Tod. AIDS ermöglicht der „normalen“ Bevölkerung einen Einblick in die „schaurig-schöne“ Welt der Schwulenszene, der Prostitution, des Sextourismus, der Drogenszene. Heerscharen von Reportern machten sich auf in die Bars der Schwulen, filmten auf dem Straßenstrich und in Bordellen, brachten die Leser und Fernsehzuschauer mit grausigen Bildern elender Junkies zum selbstgerechten Erschauern und führten die entzückten Konsumenten in die geheimnisvolle Welt des Immunsystems, der Viren und der Labors der Wissenschaftler. Politiker und Experten streiten lautstark über den richtigen Weg der AIDS-Bekämpfung in den Medien.

Jeder Redakteur, Reporter, Kommentator fühlt sich berufen, über AIDS und die Betroffenengruppen zu berichten. Ein diffuses Gefühl von Betroffenheit und Angst, gepaart mit Neugier und Vorurteilen reichen oft aus, um sich als Experte zu fühlen. So kommt es auch nach zehn Jahren AIDS dazu, daß eine HIV-Infektion noch immer mit der AIDS-Erkrankung gleichgesetzt wird. Recherche wird oft für überflüssig



Hans Peter Hauschild und Moderatorin Barbara Ritzert

gehalten. Ein Beispiel anspruchsvollen Journalismus aus der jüngsten Zeit: „Die nackte Wahrheit über AIDS. Das nacktste Plakat Deutschlands will die Deutsche AIDS-Hilfe überall aufhängen lassen (10.000 Stück). Zwei junge Männer beim extremen Liebesspiel (Fellatio). Ministerien und Gerichte blasen Sturm gegen das eindeutige Bild. Der Chef der Deutschen AIDS-Hilfe Gerd Baumhauser: „Ich verstehe die Aufregung garnicht!“...“. Diese Meldung brachte die Illustrierte BUNTE im März dieses Jahres. Nichts an der Meldung stimmt.

Hinzu kommt häufig die Ignoranz der epidemiologischen und somit der gesellschaftlichen Realität. „So etwas“ – die Lebenswirklichkeit der Schwulen und Drogengebraucher nämlich – sei schädlich für die Auflage. Oder man redet sich mit einem „das interessiert unsere Leser nicht so sehr...“ heraus. Oder wie es Frau Kohlrusch, vormals bei der Bildzeitung und jetzt Chefredakteurin von SUPER! während der Podiumsdiskussion ausdrückte: „Vor lauter Angst, die HIV-Infizierten auszugrenzen, kommen sie fast gar nicht vor.“ Frau Kohlrusch hat damit den Punkt getroffen: es sind Angst, Unsicherheit, Unwissenheit und Vorurteile, die die Medien davon abhalten, sich mit den Lebensrealitäten der positiven und AIDS-kranken Männer und Frauen auseinanderzusetzen. Hinzukommt, daß zumindest die Betroffenen, die mit Namen und Gesicht an die Öffentlichkeit gehen, nicht dem erwarteten und gewünschten Bild des leidenden, hilflosen Opfers entsprechen. Es irritiert und verunsichert, daß sich Schwule und Drogengebraucher, Infi-

zierte und Kranke selbstbewußt artikulieren, Forderungen stellen, (gesundheits-)politische und gesellschaftliche Änderungen einklagen, ihre Dinge selbst in die Hand nehmen.

Der Einstieg in die Podiumsdiskussion war durch langatmige Vorträge geprägt: Vera Heitbrede von der PR-Agentur Mastermedia referierte eine quantitative Analyse von Veröffentlichungen zu AIDS in der Publikumspressen; Eva Kohlrusch darüber, wie man nach ihrer Meinung die Menschen dazu bringt, sich mit AIDS zu beschäftigen („Wer die große Masse erreichen will, muß sie bei ihren Gefühlen packen“); Dr. Elisabeth Pott trug die personal-kommunikativen Strategien zur Aufklärung der Allgemeinbevölkerung durch die BZgA vor.

So spitzte sich die Diskussion auf einen Streit zwischen Wissenschaftlern und Journalisten zu, die sich gegenseitig den schwarzen Peter zuschoben. Man solle bitte sorgfältiger recherchieren, so die Wissenschaftler, die den Medien Sensationsjournalismus vorwarfen. Man könne die Flut von Informationen und Forschungsergebnis nicht immer richtig bewerten, war die Antwort der Medienvertreter und beschuldigten ihrerseits die Wissenschaftler der Sensationslust. Hans Peter Hauschild, als einziger schwuler infizierter Mann auf dem Podium vertreten, beklagte, daß butterweiche Forschungsergebnisse viel zu rasch in die Blätter gebracht würden. Diese führten bei den Betroffenen zu Hoffnungen, die recht bald wieder zunichte gemacht und damit den psychischen Zustand der Betroffenen negativ beeinflussen.

Foto: Master Media

Waren Sie auch gerade in Urlaub?

Bonn (dpa) — Mit einer Spende über 30.000 Mark haben fünfzig Fernsehmoderatoren einen Aufruf zugunsten der Arbeitsgemeinschaft Deutscher AIDS-Stiftungen eingeleitet. „Tausende schwerkranke HIV-Infizierte sind dringend auf die finanzielle Hilfe privater Spender angewiesen, weil die Politik den Kopf in den Sand steckt“, sagte Holger Weibert von „Holgers Waschsalon“, Initiator des Spendenaufrufs Ende April in Bonn.

Hugo Egon Balder (Tutti-Frutti), Dagmar Berghoff (Tagesschau), Ulrich Wickert (Tagesthemen), Jörg Wontorra (Sportchau) und Petra Kelly (Fünf vor Zwölf) tragen gemeinsam mit vielen anderen Fernsehansagern und Redakteuren den Spendenaufruf. Als eigenen Beitrag haben alle ein Moderatorenhonorar gespendet. Unter dem Motto „Der letzte Spendenaufruf brachte 9.000 Mark, wahrscheinlich waren Sie gerade in Urlaub“ soll in Zeitungen und Fernsehen geworben werden.

Haft für AIDS-Spucker

Cincinnati — Zu zwanzig Tagen Haft verurteilte ein Gericht in Cincinnati, Ohio, den 40-jährigen aidskranken Steven O'Banion. Grund: Bei einem Handgemenge hatte O'Banion seine Gegner bespuckt, um sie, so seine Drohung, mit der Immunschwäche zu infizieren. Das Gericht sah darin eine „vollendete Körperverletzung“.

AIDS-Hospiz

Berlin — Für Mai ist die Gründung des „Lighthouse Berlin“ geplant, ein Projekt, in dem auch ein AIDS-Hospiz eingerichtet werden soll. Die Gründung einer entsprechenden Stiftung wird von der Berliner AIDS-Hilfe und dem Pflegeverein HIV e.V. betrieben. Vorgesehen ist, daß auch Betroffene in dem zu bildenden Stiftungsbeirat vertreten sein werden.

Alle 13 Minuten

New York (dpa) — Alle 13 Minuten infiziert sich ein Amerikaner mit HIV. Dies hat Gesundheitsminister Louis Sullivan bekanntgegeben. Eine Million US-Amerikaner seien bereits infiziert — einer unter hundert Männern, eine unter 800 Frauen. In den Millionenstädten des Landes sei die Ansteckungsgefahr weitaus größer.

Deutliche Kritik mußte sich Dr. Pott, aber auch Hans Mohl (ZDF-„Gesundheitsmagazin Praxis“) an den AIDS-Spots im Fernsehen anhören. Diese gingen an der Lebenswirklichkeit der angesprochenen Zielgruppen vorbei, so der einheitliche Tenor der Beiträge aus dem Publikum. („Die Leute liegen doch längst im Bett oder sind in der Disco, wenn die Spots zu mitternächtlicher Stunde laufen.“) Vehement eingefordert wurden TV-Spots für die Hauptbetroffenengruppen. Mit deutlicher Zurückhaltung schlug Dr. Pott vor, unter Umständen einen ersten Spot für Schwule im nächsten Jahr zu erstellen — als Versuchsballon, mit aller Vorsicht. Gerne sei sie aber bereit, betonte Dr. Pott, den Sachverstand der D.A.H. beratend bei der Entwicklung eines solchen Spots mit einzubeziehen.

Eher am Rande sinnierte Frau Kohlrusch gegen Ende der Veranstaltung darüber, ob es nicht einer Verbesserung der AIDS-Berichterstattung dienen könne, wenn es in den Redaktionen feste Zuschreibungen für das Thema AIDS gäbe und die damit betrauten Kollegen entsprechend aus- und fortgebildet würden. Es gibt aber auch eine fundierte, engagierte und kontinuierliche Berichterstattung über AIDS, wie er beispielsweise bei der Frankfurter Rundschau, der Ärzte-Zeitung oder dem ZDF zu finden ist.

Wie steht es aber um die Rolle der Medien bei der AIDS-Aufklärung. Können, sollen, müssen die Medien aufklärerisch wirken? Wie können sie das leisten? Inwieweit befördern die Medien Vorurteile gegenüber Randgruppen weiter und leisten sie weiterer Diskriminierung Vorschub? All diese eigentlichen, grundsätzlichen Fragen wurden höchstens kurz angerissen — der Diskussions- und Handlungsbedarf bleibt also nach wie vor vorhanden.

Michael Lenz

Die Renaissance eines Begriffes

Das Subsidiaritätsprinzip: eine neue Aufforderung zu aktivem Handeln

Wo von Selbsthilfe die Rede ist, wird häufig auch das „Subsidiaritätsprinzip“ erwähnt. Von den einen als Begrenzung behördlicher Handlungsbefugnis aufgefaßt, von den anderen als staatliches Sparinstrument gern benutzt, erfreute es sich zumindest in Kreisen sich fortschrittlich gebender Gesundheitspolitiker eher geringer Beliebtheit.

Ohne auf die Geschichte der Begriffsbildung näher eingehen zu wollen, bleibt festzuhalten, daß selten ein sozialwissenschaftlicher Terminus zu so mannigfaltigen Interpretationen und Bedeutungsvarianten erhalten mußte. Von den vielen Ausfüllungen kann Aids-Hilfe im Rahmen des Selbsthilfegedankens eine weitere und interessante Variante beisteuern.

Sicherlich geht die Forderung, daß „das, was die kleineren und untergeordneten Gemeinwesen leisten und zum guten Ende führen können“, die „weitere und übergeordnete Gemeinschaft“ nicht in Anspruch nehmen darf¹, von einem Gesellschaftsbild aus, das vom Klassengegensatz geprägt war und in dem politische Strukturen analog zum Staatsaufbau — Gemeinde — Bezirk — Land — Nationalstaat — gesehen wurden. So nimmt es kaum Wunder, daß dem Subsidiaritätsprinzip vorgehalten wird, mit ihm soll „die kollektive solidarische Hilfe (Selbsthilfe) und Interessenvertretung der durch die Struktur des Gesellschaftssystems Benachteiligten ‚geknackt‘ werden“².

Wie finden sich aber HIV-positive Schwule oder Junkies in der „kollektiven, solidarischen Hilfe und Interessenvertretung“ außerhalb von Aids-Hilfe — oder anders gefragt: Wieviel Solidarität hätte die „Gesellschaft“ für die von Aids betroffenen Menschen aufgebracht, wenn Aids-Hilfe nicht von Anfang an gesundheitspolitische und soziale Interessenvertretung gewesen wäre?

Aids-Hilfe begründet auf allen drei Präventionsebenen ihren Anspruch auf Handlungskompetenz und auf Einräumung des erforderlichen Handlungsspielraums mit der Erkenntnis, daß nichts und niemand die Gesundheits- und Lebensinteressen besser verfolgen kann, als die organisierte Solidarität der Betroffenen. Der Staat muß sich mit seinen — wie die Erfahrung zeigt — unzureichenden und zum Teil ungeeigneten Lösungsansätzen zur Aids-Prävention als selbst handelnde Instanz zurückhalten.

Es ist schlicht unvorstellbar, daß das, was in der Primärprävention — also bei den Bemühungen, die Ausbreitung der Infektion einzudämmen — als zielgruppenspezifisch und szenenah zu gelten hat, von staatlichen Gesundheitsämtern artikuliert werden kann, wenn schon die staatliche Förderung entsprechender Projekte freier Einrichtungen wie der D.A.H. sehr schnell auf Grenzen stößt, die von in althergebrachten Moralvorstellungen befangenen Bundestagsabgeordneten gesetzt werden. Die Diskussion um den Früheinsatz von AZT in der Sekundärprävention zeigt, wie wenig die Menschen mit HIV an der Beschreibung der sie betreffenden Forschungsziele mitwir-

ken können. Und auch die auffällige Zurückhaltung nicht nur des Staates sondern auch der „Solidargemeinschaft der Versicherten“ – sprich: der Krankenkassen – bei der Entwicklung und Finanzierung geeigneter, ganzheitlicher Krankenpflegekonzepte beweist, daß sich die kollektive Solidarität sehr rasch darauf reduziert, die Sozialversicherungsbeiträge nicht allzusehr ansteigen zu lassen.

Daß es trotzdem mühsam errungene und vergleichsweise kleine Erfolge gegeben hat, ist dem Umstand zu verdanken, daß „die kleineren Gemeinwesen“, also die Organisationen der schwulen Subkultur, die Gruppen und Versammlungen der Menschen mit HIV und Aids, die Organisationen der Junkies, Ex-User und Substituierten; daß sie engagierter, kompetenter, genauer und – aber darauf sollte es nicht ankommen – oft auch kostengünstiger auf die anstehenden Probleme reagieren konnten.

Trotzdem geht es ohne das entschiedene Engagement des Staates nicht. Er hat neben der sozialen Absicherung die Rahmenbedingungen zu schaffen, die das Eintreten der Betroffenen für ihre Belange, die Verfolgung ihrer Interessen nicht nur formal ermöglichen, sondern ihnen auch realistische Verwirklichungschancen einräumen. Wenn auf der Zweiten europäischen IHUE (International Union of Health Education) Gesundheitserziehungskonferenz im Juni 1990 in Warschau festgestellt wurde: „Any citizen has a potential for being a health advocate“³⁴, dann bedeutet das gleichzeitig die Aufforderung an die staatlichen Instanzen, dafür Sorge zu tragen, daß diese Anwaltschaft in eigener Sache auch wahrgenommen werden kann. Von Selbsthilfeeinrichtungen kann und darf daher politisches Wohlverhalten im Sinne einer Unterstützung der staatlich formulierten Ziele und Wege nicht verlangt werden, wenn die WHO-Idee der „advocacy“ nicht ins Absurde pervertiert werden soll.

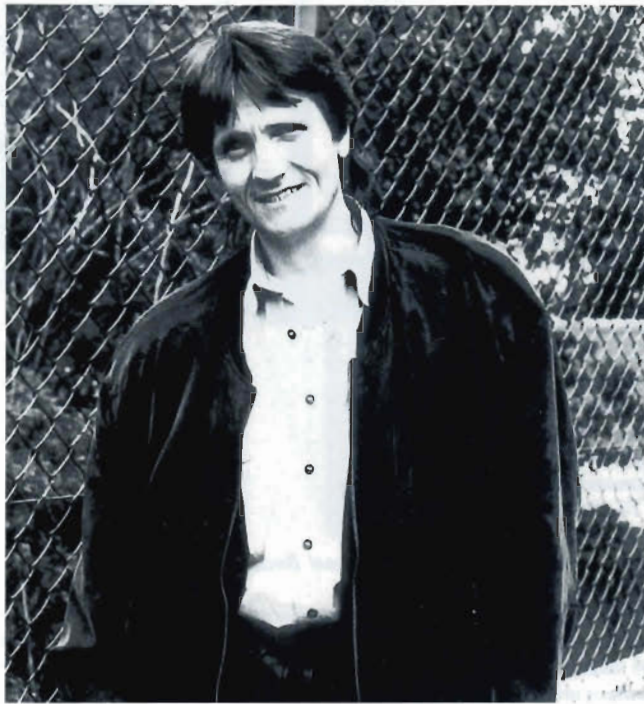
So gesehen, kann der Subsidiaritätsgrundsatz eine Renaissance erleben: nicht als Prinzip einer liberalistischen Vereinzelungsstrategie, als Strategie der Abwälzung von Verantwortung auf das Individuum, sondern als Ausdruck der individuellen Selbstverwirklichung – soweit es um Aids geht, sicherlich in einer Krisensituation, darum aber um so wichtiger.

¹¹ Enzyklika „Quadragesimo anno“, 1931, zit. nach Deppe: *Krankheit ist ohne Politik nicht heilbar*, Frankfurt 1987, S. 77

² Deppe, a.a.O., S. 81

³ *Resolutionsvorschlag der IUHE Task Force „Advocacy for Health“ zur 2. europäischen Gesundheitserziehungskonferenz, Warschau, 7.-9.6.1990*

Friedrich Baumhauer



Neu in den Vorstand der D.A.H. gewählt: Michael Hübner

Der Tagungsort war eine Reverenz an die mittlerweile 17 Aids-Hilfen in Ostdeutschland. Doch auch Weimar, die Stadt der deutschen Kultur und Geschichte, konnte nicht viele Delegierte locken. Nur 54 der 130 Mitgliedsorganisationen haben einen Vertreter zu dem Treffen im April geschickt, auf dem die Wahl des Vorstands für die nächsten zwei Jahre anstand.

Gaben in der zehnjährigen Geschichte der Aids-Hilfe Vorstandswahlen immer Anlaß zu heftigen politischen Debatten, so ging es in Weimar so harmonisch wie noch nie zu. Der Rechenschaftsbericht des amtierenden Vorstands wurde ohne Kritik verabschiedet. Auch vor Pressevertretern zog das Vorstandsmitglied Hans Peter Hauschild eine insgesamt positive Bilanz der Arbeit. Die Grundsätze der Aids-Hilfe als Fachverband im Gesundheitswesen und als Betroffenen Selbsthilfe seien mittlerweile von allen im Bundestag vertretenen Parteien akzeptiert, politische Kontakte konnten ausgebaut werden. So gab Hauschild sich optimistisch, daß die Bundesregierung auch in den nächsten Jahren den Etat der D.A.H. nicht kürzt.

Die Delegierten beschlossen, die Zahl der Mitglieder im Vorstand wieder von sieben auf fünf zu reduzieren. Auf der Versammlung vor einem Jahr in Berlin war der Vorstand aufgrund der Aufnahme der Aids-Hilfen der neuen Länder erweitert worden. Zwei neue Kandidaten gab es in diesem Jahr, vier Vorstandsmitglieder stellten sich der Wiederwahl. Während die neuen Bewerber sich in ihrer Vorstellung durch Fachkompetenz empfahlen – Bernd Vielhaber für den Pflegebereich und Michael

Hübner für die Drogenarbeit, warben die anderen Kandidaten mit umfassenden aids-politischen Konzepten. Neu gewählt wurde schließlich der 45jährige Michael Hübner aus Bonn.

Kontrovers wurde der Antrag der Frauenfachkommission auf Einrichtung eines Frauenreferates in der Bundesgeschäftsstelle diskutiert. Lesen Sie dazu auch das Interview mit der Berliner Beirätin Susanne Teichmann im Schwerpunkt auf Seite 32.

In einem Antrag der Aids-Pflegedienste, die sich mittlerweile zu einer Arbeitsgemeinschaft zusammengeschlossen haben, wurde gefordert, das bisher durch die Unterstützung des Pharma-Unternehmens Wellcome finanzierte Pflegereferat langfristig abzusichern. Zu Ermüdungserscheinungen kam es, als die Pflegebeauftragte Beate Steven diesen Antrag erläuterte. Viele Delegierte verließen während ihrer Rede den Saal oder vertieften sich in Privatgespräche. Nach mehreren Ordnungsrufen wurde der Antrag schließlich einstimmig angenommen.

Der Hamburger Beirat Werner Borsbach erläuterte das neue Selbstverständnis dieses bisher freischwebenden und ohne klare Kompetenzen ausgestatteten Gremiums als Interessenvertretung der Landesverbände. Für eine effektive Arbeit sei ein Beiratssekretariat nötig, so Borsbach, daß durch die regionalen Aids-Hilfen finanziert werden solle. Die Mehrheit der Delegierten votierte für diesen Vorschlag. Der Vertreter der Aids-Hilfe Halberstadt, Rolf Knappe, nannte dies einen „demokratischen Griff in die Tasche“; seine Aids-Hilfe verfüge über keinerlei Geldmittel.

Jürgen Neumann

Routine auf der Versammlung in Weimar

Auf der diesjährigen Mitgliederversammlung der D.A.H. wurde ein neuer Vorstand gewählt. Das Selbstbewußtsein der Aids-Hilfe ist gewachsen.

Im Osten weniger Homosexuellenfeindlichkeit?

„Einstellungen zu schwulen Männern in der ost- und westdeutschen Bevölkerung: Hat AIDS hier einen bedeutsamen Wandel bewirkt?“ lautet der Titel einer empirischen Erhebung von Dr. Michael Bochow. Sie wurde erstmals auf der „Zweiten Europäischen Konferenz über Homosexualität und HIV“ in Amsterdam am 14. Februar vorgestellt. Die Untersuchung besteht aus einer Repräsentativbefragung, die im Februar und März 1991 in beiden Teilen Deutschlands in 2.222 Interviews durchgeführt wurde. Die Interviews wurden während der Befragungsphase nicht als Interviews über Einstellungen zu homosexuellen Männern erklärt, sondern als Interviews zu bedeutsamen und immer wieder diskutierten Gegenwartsfragen. Angefangen wurde bewußt mit Fragen zur individuellen sozioökonomischen Situation in der Wahrnehmung der Befragten, mit Fragen zu Ausländern in Deutschland und zur Diskussion um eine neue Abtreibungsregelung.

Homosexuellenfeindlichkeit als Teil eines Einstellungssyndroms

Unsere Daten bestätigen die Existenz eines Einstellungssyndroms – eine Hypothese, die Lautmann und Wienold schon mit den Ergebnissen ihrer Erhebung von 1974 bekräftigen konnten. Individuelle Homosexuellenfeindlichkeit erweist sich nicht als isolierter Persönlichkeitsfaktor der einzelnen befragten Person, sondern ist verwoben in einen weiten strukturierten Kontext von Vorstellungen, Werthaltungen und Handlungsmustern, die sich gegenseitig stützen. Aus den vielen Aussagen der Befragung wurden unterschiedliche Skalen gebildet, die eine Synthese der Angaben der Befragten zu den angesprochenen Themenbereichen ermöglichen. Gebildet wurde jeweils eine Skala zur Geschlechtsrollenorientierung, zum Autoritarismus und Traditionalismus der Befragten (dies allerdings nur rudimentär), zur Diskriminierungsbereitschaft gegenüber homosexuellen Männern im beruflichen Bereich, zum Bedürfnis nach sozialer Distanz von homosexuellen Männern und zum Ausmaß der Pathologisierung von Homosexualität. Eine Kreuztabelle dieser Skalen untereinander und mit anderen strategischen Variablen der Erhebung bestätigt die Ausgangshypothese der Existenz eines Einstellungssyndroms in einer Weise, die trotz allem überrascht.



Dr. Michael Bochow

Foto: Kohler

Homosexuellenfeindlichkeit korrespondiert signifikant mit Ausländerfeindlichkeit und mit der Orientierung an traditionellen patriarchalisch geprägten Geschlechtsrollen. Homosexuellenfeindlichkeit steht zudem in einem konsistenten Zusammenhang mit der Pathologisierung von Homosexualität.

Homosexuellenfeindlichkeit und Sexualfeindlichkeit

Homosexuellenfeindliche Einstellungen und Werthaltungen, ambivalente Reaktionen auf sie oder Haltungen, die sich eher an einem normativen Egalitarismus und Universalismus orientieren, sind jedoch nicht nur Bestandteil des übergreifenden, komplexeren internalisierten Wertesystems, sondern auch deutlich abhängig von unterschiedlichen sexuellen Lebensstilen. Homosexuellenfeindlichkeit ist weniger im Bereich beliebiger, situativ bedingter und daher leicht zu ändernder Meinungen angesiedelt, sondern erweist sich als fest verankert in der individuellen Lebensgeschichte und psychosexuellen Identität. Der homosexuellenfeindlichere Teil der Befragten hat deutlich später mit dem Geschlechtsverkehr begonnen, er hat nach seiner subjektiven Einschätzung seltener Geschlechtsverkehr als andere Personen aus der gleichen Altersgruppe, er ist weniger zufrieden mit der Qualität des erlebten Geschlechtsverkehrs und er lebt monogamer als der Personenkreis, der sich als aufgeschlossener gegenüber homosexuellen Männern erweist. Homosexuellenfeindlichkeit kann damit auch als Ausdruck und Ergebnis einer allgemeineren Sexualfeindlichkeit angesehen werden. Folgerichtig plädieren die antihomosexuellen Personen auch in merkbar geringerem Umfang für eine ausführliche Berücksichtigung des Themas Sexualität im Schulunterricht, sie wollen dem Themenbereich Homosexualität in diesem Rahmen

ebenso geringere Aufmerksamkeit gewidmet wissen. Es zeigen sich eine stärkere Orientierung an traditionellen patriarchalisch bestimmten Geschlechtsrollen und größere Berührungängste mit dem Sexuellen bei den antihomosexuell eingestellten Personen.

Subjektive Deprivation

Die selbst vorgenommene Definition der eigenen sozioökonomischen Situation erweist sich ebenfalls als bedeutsamer Faktor. Den Befragten wurde der in Westdeutschland übliche Begriff der „Zwei-Drittel-Gesellschaft“ zunächst noch einmal erläutert; sodann wurde gefragt, ob sie sich eher den zwei Dritteln zuordnen würden, denen es mehr oder weniger gut geht, oder dem Drittel, dem es schlechter geht. In diesem Kontext zeigt sich ein deutlicher Zusammenhang zwischen dem Gefühl materieller Deprivation und der Einstellung zu homosexuellen Männern. Die Befragten, die von sich behaupten, daß es ihnen schlechter geht als der „Zwei-Drittel-Mehrheit“, sind zu einem signifikant höheren Teil homosexuellenfeindlich als der Personenkreis, der seine sozioökonomische Situation eher positiv beurteilt.

Politischer Konservatismus, religiöse Bindung und Homosexuellenfeindlichkeit

Die Aufgeschlossenheit gegenüber homosexuellen Männern folgt in Deutschland dem politischen Rechts-Links-Schema; das konservative Lager (CDU/CSU) sammelt den höchsten Anteil an homosexuellenfeindlichen Personen, die Wähler der Parteiengruppierung Grüne/Bündnis 90 sind dagegen nur zu einem vernachlässigenden Anteil antihomosexuell eingestellt. Die SPD erscheint sowohl in Ost- wie in Westdeutschland als wahre „Volkspartei“, indem die Gesamtheit ihrer Wähler, was die ver-

schiedenen Einstellungsskalen zu Homosexuellen und Homosexualität anbelangt, fast die Durchschnittswerte der Gesamtheit der Befragten aufweist. In Ostdeutschland ist das Einstellungsspektrum der Wähler von Grüne/Bündnis 90 und der PDS vergleichbar; PDS-Wähler sind zu einem deutlichen Anteil weniger schwulenfeindlich eingestellt als SPD-Wähler. Allein die FDP-Wähler entziehen sich (in den alten und den neuen Bundesländern) dem skizzierten Rechts-Links-Schema. Was das Ausmaß ihrer Homosexuellenfeindlichkeit anbelangt, situieren sich die FDP-Wähler in Westdeutschland zwischen SPD und Grünen, in den neuen Bundesländern zwischen SPD und PDS. Mitgliedschaft in einer Kirche und religiöse Bindungen haben einen ähnlich bedeutsamen Einfluß wie die Parteienpräferenz. Unter den weniger stark religiös gebundenen Mitgliedern der christlichen Kirchen und deutlicher noch in der Gruppe der Konfessionslosen ist der Anteil homosexuellenfeindlicher Personen wesentlich geringer als unter den stark religiös gebundenen Mitgliedern der Kirchen. Unterschiede zwischen Katholiken und Protestanten sind kaum bedeutsam. Unter den Befragten in der ehemaligen DDR sind allerdings nur 26 Prozent Mitglied in einer der beiden christlichen Kirchen, in Westdeutschland sind dagegen 87 Prozent in einer Kirche.

Einstellungsunterschiede

Unterschiedliche normative Orientierungen in der Bevölkerung der ehemaligen DDR und der Alt-BRD kommen hier zum Ausdruck und könnten auch ein Grund dafür sein, warum unter den Befragten aus Ostdeutschland der Anteil homosexuellenfeindlicher Meinungen etwas geringer ist als in Westdeutschland. Der geringere Anteil von konservativen, traditionalistischen Personen im ostdeutschen Sample ist fast durchgängig. Besonders deutlich wird dies bei den Aussagen zur Geschlechterorientierung und den Optionen, die von den Befragten für eine Neufassung des Abtreibungsparagrafen im Deutschen Strafgesetzbuch bevorzugt werden. Der Anteil der Personen, die sich in Ostdeutschland für das kommunale Wahlrecht für Ausländer aussprechen, ist deutlich höher (50,4 Prozent) als der in Westdeutschland (38,2 Prozent). Ein erneutes Verbot männlicher Homosexualität wird in der Alt-BRD von 13,4 Prozent gefordert, in der ehemaligen DDR von 9,7 Prozent. Auch bei der Frage zur Schutzaltersregelung für sexuelle Handlungen zwischen Männern und männlichen Jugendlichen zeigen sich Differenzen. 43 Prozent in Ostdeutschland meinen, daß eine Schutzaltersgrenze keinen Sinn hat, 37 Prozent äußern dies in Westdeutschland. Das geringere Ausmaß von homosexuellenfeindlichen Einstellungen in Ostdeutschland zeigt sich ebenfalls beim Vergleich der verschiedenen Skalen, die die soziale Stig-

matisierung und berufliche Diskriminierung von homosexuellen Männern und die Pathologisierung von Homosexualität zu messen versuchen. Dabei fällt auf, daß in Westdeutschland kaum Unterschiede zwischen den Geschlechtern bestehen, während in der ehemaligen DDR die Frauen sich fast durchgängig als „liberaler“, offener und homosexuellenfreundlicher erweisen.

Das Distanzierungsbedürfnis

Das Bedürfnis nach sozialer Distanzierung von homosexuellen Männern ist in der ehemaligen DDR allerdings ausgeprägter als in der Alt-BRD. 55 Prozent der Westdeutschen und 60 Prozent der Ostdeutschen signalisieren ein starkes Distanzbedürfnis gegenüber homosexuellen Männern, nur 29 Prozent der Westdeutschen und 22 Prozent der Ostdeutschen signalisieren, daß ein solches Distanzbedürfnis nicht besteht. Das Bemerkenswerteste an diesem Befund ist jedoch zweifellos der Umstand, daß sowohl in Ost- wie in Westdeutschland das Bedürfnis nach Distanzierung von homosexuellen Männern nach wie vor überwältigend ist und offenkundig der Anteil der Personen, die eine gewisse soziale Nähe zu homosexuellen Männern ohne Probleme ertragen können, in Westdeutschland wesentlich höher ist.

Trifft die Kontakthypothese zu?

Ungefähr die Hälfte der Befragten in West- und Ostdeutschland geht davon aus, daß sie in keinerlei sozialen Kontakten zu homosexuellen Männern steht (Westdeutschland: 48 %, Ostdeutschland: 44 %). Ein Großteil der angegebenen Sozialkontakte erfolgt im Dienstleistungsbereich, also im Bereich von Handel, Banken, Gaststätten, Reisebüros etc. (W.D.: 21 %, O.D.: 24 %), jeweils 12 Prozent der Befragten geben an, schwule Männer oder lesbische Frauen in ihrem Bekanntenkreis zu haben; der Anteil der Personen, die mit homosexuellen Männern oder Frauen befreundet sind, ist in Westdeutschland doppelt so hoch wie in Ostdeutschland (jeweils 10 und 15 Prozent). In der Literatur wird immer wieder behauptet, daß persönlicher Kontakt von Gruppen der Bevölkerungsmehrheit zu Minderheiten die Einstellungen der betreffenden Personen aus der Bevölkerungsmehrheit offener, akzeptierender oder weniger feindselig gestaltet. Dieser Befund hat sich als „Kontakt-Hypothese“ in vielen Untersuchungen niederschlagen. Unsere Daten liefern Belege für diese Hypothese, allerdings auch starke Gründe für eine entschiedene Modifizierung. Auf den ersten Blick sieht es so aus, daß die Intensität der sozialen Kontakte entscheidend ist. Personen mit schwulen Männern im Bekanntenkreis sind weniger akzeptierend als Personen, die mit schwulen Männern befreundet sind; noch weniger akzeptierend sind Personen, die schwule Männer unter ihren Arbeitskollegen haben;

Personen, die überhaupt keine schwule Männer kennen, sind am schwulenfeindlichsten.

Analysiert man die Faktoren, die die Wahrscheinlichkeit bei Heterosexuellen erhöhen, mit schwulen Männern befreundet oder bekannt zu sein, soziale Kontakte mit ihnen zu haben oder sie überhaupt nur als homosexuelle Männer wahrzunehmen, so zeigt sich, daß zumindest eine Differenzierung der „Kontakt-Hypothese“ notwendig ist. Heterosexuelle, die dichtere soziale und emotionale Beziehungen mit schwulen Männern haben, weisen andere sexuelle Biographien auf und folgen anderen normativen Orientierungen als Heterosexuelle ohne solche Kontakte. Sie haben früher mit dem Geschlechtsverkehr angefangen, sie haben mehr Sexualpartner gehabt, sie haben eine weniger rigide und traditionelle Geschlechterrollenorientierung, ihre Einstellung zum Schwangerschaftsabbruch und zum kommunalen Ausländerwahlrecht ist weniger konservativ und sie wählen in deutlich geringerem Umfang konservative Parteien. Hieraus ergibt sich für mich als Schlußfolgerung, daß es für einen bestimmten Personenkreis in der heterosexuellen Bevölkerungsmehrheit aufgrund seiner offenen psychosexuellen und psychosozialen Identität wahrscheinlicher ist, mit homosexuellen Männern intensive soziale oder emotionale Beziehungen zu haben als andere Gruppen der heterosexuellen Mehrheit. Es besteht eindeutig ein funktionaler Zusammenhang zwischen offeneren und mehr akzeptierenden Einstellungen und Werthaltungen zu homosexuellen Männern und dichteren sozialen und emotionalen Kontakten zu ihnen. Es ist aber sehr die Frage, welches die determinierenden und welches die abhängigen Variablen sind. Anders ausgedrückt: in vielen Fällen könnte sich als ausschlaggebend für akzeptierende Einstellungen nicht die Existenz von Kontakten zu schwulen Männern erweisen, vielmehr ist die Herstellung und Pflege von diesen Kontakten schon ein sehr voraussetzungsreicher Prozeß. Eine offener psychosoziale und psychosexuelle Identität könnte die Voraussetzung dafür sein, daß Menschen in höherem Maße universalistische und nonkonformistische Wertorientierungen teilen, die Minderheiten ein Recht auf Differenz zugestehen. Bestandteil dieser offeneren Identität wäre auch die Fähigkeit, die Differenz nicht nur auf der Ebene von Einstellungen und normativen Orientierungen hinzunehmen, sondern im täglichen Miteinander mit Minderheiten zu akzeptieren und zu leben.

Die Wirkung von AIDS

Treffen diese Überlegungen zu, so ergibt sich eine strategisch wichtige Schlußfolgerung für den gesellschafts- und bildungspolitischen Bereich. Wenn Schwulenfeindlichkeit biographisch so fest und tief veran-

kert ist, reichen einige farbenfrohe und wohlwollende Kampagnen zum Abbau von Schwulenfeindlichkeit und Schwulendiskriminierung nicht aus. Da Schwulenfeindlichkeit und -diskriminierung jedoch in fast allen unseren europäischen und nordamerikanischen Gesellschaften fest institutionalisiert sind, gibt es noch nicht einmal solche Kampagnen zur Entstigmatisierung von schwulen Männern und lesbischen Frauen. Die staatlichen AIDS-Kampagnen können diese Aufgabe noch weniger erfüllen. In vielen west- und mitteleuropäischen Ländern werden in den staatlichen AIDS-Aufklärungskampagnen Schwule noch nicht einmal als Hauptbetroffenengruppe erwähnt. In Deutschland besteht zum Beispiel eine Aufgabenteilung zwischen der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung in Köln, die für die „Allgemeinbevölkerung“ zuständig ist und den AIDS-Hilfen, die in erster Linie für Schwule und in zweiter Linie für Fixer zuständig sein sollen. Ohne immer schwule Männer oder drug-user beim Namen zu nennen, wendet sich der offizielle AIDS-Diskurs in Deutschland in durchaus gutgemeinter Absicht gegen die Ausgrenzung von „Betroffenen“. Welche Wirkungslosigkeit den Appellen von liberalen Politikern an den individuellen guten Willen zukommt, zeigt sich jedoch im folgenden Befund unserer Erhebung:

Im Zusammenhang mit der Frage nach der angemessenen Schutzaltersgrenze für sexuelle Handlungen zwischen männlichen Jugendlichen und erwachsenen Männern sprechen sich – wie schon berichtet – in Westdeutschland 13,4 Prozent der Befragten und in Ostdeutschland 9,7 Prozent der Befragten für ein Verbot von Homosexualität aus. Im Zusammenhang mit der Frage nach Maßnahmen zur Verhinderung der weiteren Ausbreitung von AIDS stimmen 31 Prozent der Westdeutschen und 27 Prozent der Ostdeutschen dem vorgegebenen Item „Wiedereinführung des Verbots homosexuellen Geschlechtsverkehrs“ zu. Dieses Beispiel zeigt einmal die Kontextabhängigkeit von Antworten in Meinungsumfragen. Auf der anderen Seite zeigt es deutlich, wie AIDS Schwulenfeindlichkeit verstärkt, aber nicht neu schafft.

Die Minderheit wird nur von einer Minderheit toleriert

Im Rahmen der Auswertungsarbeiten haben wir eine Skala konstruiert, die einen Querschnitt von Fragen und Aussagen durch das gesamte Erhebungsinstrument berücksichtigt und insgesamt das Ausmaß einer ablehnenden oder direkt feindseligen Haltung gegenüber homosexuellen Männern in der Bevölkerung abzubilden versucht. Die hieraus resultierenden Ergebnisse belegen eine nach wie vor erschreckende Virulenz von homosexuellenfeindlichen Einstellungen in der deutschen Bevölkerung und dokumentieren auch deren

unglaubliche Persistenz. Nimmt man die konstruierte Skala zum Maßstab, so zeigt sich, daß lediglich 8 Prozent der Befragten in West- und Ostdeutschland sich durchgängig nicht schwulenfeindlich äußern, ein weiteres Zehntel der Ost- und Westdeutschen kann nach dieser Skala als im wesentlichen frei von homosexuellenfeindlichen Einstellungen bezeichnet werden. Als militante Schwulenhasser erweisen sich unter den Westdeutschen 15 Prozent der Befragten, unter den Ostdeutschen 9 Prozent. Dieser Personenkreis schreckt auch nicht vor der Forderung nach der Kastration von homosexuellen Männern und einem erneuten Verbot gleichgeschlechtlichen Sexualverkehrs zurück. Faßt man die beiden Gruppen zusammen, die als deutlich homosexuellenfeindlich bezeichnet werden können, so ergibt sich das wenig optimistisch stimmende Ergebnis, daß im Jahre 1991, 22 Jahre nach der gesetzlichen Freigabe von einvernehmlichen gleichgeschlechtlichen sexuellen Handlungen unter erwachsenen Männern in der Bundesrepublik Deutschland, 53 Prozent der Westdeutschen und 45 Prozent der Ostdeutschen massive schwulenfeindliche Einstellungen und Haltungen erkennen lassen.

Strategien gegen AIDS und Einstellungen der „Allgemeinbevölkerung“

Die dokumentierten Einstellungen zu Fragen der AIDS-Politik stimmen nicht viel optimistischer. Während der letzten 7 Jahre haben sich in den verschiedenen westdeutschen Ländern Strategien der AIDS-Prävention entwickelt, die hier zu Zwecken der Verdeutlichung idealtypisch zwei „Lagern“ zugerechnet werden können (vgl. Becker/Clement 1990, S. 219-220). Das aufklärungsorientierte Lager setzt auf die individuelle Verantwortung und vertraut darauf, daß die informierten Bürger sich und ihre Sexualpartner schützen. Das kontrollorientierte Lager vertraut weniger auf die Wirkung individueller Verantwortung und setzt wesentlich mehr auf die kontrollierende Macht des Staates. Die Aussagen zu AIDS in unserer Befragung lassen sich zu einem guten Teil Kontrollstrategien bzw. auf Selbstverantwortung basierenden Strategien zuordnen. Bildet man in diesem Zusammenhang drei Gruppen, und zwar die Gruppe, die staatliche und gesellschaftliche Kontrollstrategien eindeutig bevorzugt, die Gruppe, die mehr auf die individuelle Einsicht und Selbstverantwortung setzt und eine Gruppe der Ambivalenten, so zeigt sich, daß die „liberale“ Gruppe, die auf die Selbstverantwortung setzt, die kleinste ist. Ihr gehören in Westdeutschland 29 Prozent der Befragten an, in Ostdeutschland 27 Prozent. Zur Gruppe, die eindeutig auf repressive Maßnahmen setzt, gehören in Westdeutschland 33 Prozent, in Ost-

deutschland 31 Prozent. Die Gruppe der Ambivalenten ist mit 42 Prozent in Ostdeutschland größer als in Westdeutschland (38 Prozent).

Politische Schlussfolgerungen

Homosexuellenfeindlichkeit ist auch in unseren liberalen, an den individuellen Menschenrechten orientierten bürgerlichen Gesellschaften tief verankert und zwar sowohl in der einzelnen Biographie von Individuen wie in den institutionalisierten Regelungen unserer Gesellschaft. Die strukturelle Homosexuellenfeindlichkeit hat nicht nur massive Auswirkungen auf die Einstellungen von Heterosexuellen, sondern auch auf die Sozialisationsbedingungen von schwulen und lesbischen Jugendlichen. Junge Schwule müssen ihr coming out and going public immer noch in einem „normativen Vakuum“ (Dannecker/Reiche 1974, S. 145) bewältigen, das immer heterosexuell ausgerichtet ist. Selbst bei den tolerantesten Lehrern und Eltern wird der Fall der Homosexualität immer noch als „the unfortunate exception“ (Herek, „Homophobia“ in „Encyclopedia of Homosexuality“ 1990, S. 553) gesehen.

Der strukturellen Homosexuellenfeindlichkeit unserer Gesellschaft muß ein strukturelles Gegenkonzept entsprechen. Auch Konzepte für AIDS-Präventionsstrategien, die eingeschränktere Ziele verfolgen, müssen dies im Auge behalten. Gegenüber den Geldgebern auf Bundesebene wird in diesem Zusammenhang auf Freiräumen beharrt, die Minderheiten zustehen, die dem mainstream der sogenannten Allgemeinbevölkerung zum Teil nicht folgen können, oder, und dies ist noch wichtiger, auch gar nicht folgen wollen. In vielen öffentlichen Verlautbarungen der AIDS-Hilfen klingt die Vorstellung einer schwulen Gegenkultur an, die das normative Vakuum ansatzweise ausfüllt, in das die heterosexuelle mainstream-Kultur Schwule und Lesben nach wie vor stößt. Im „wording“ der AIDS-Hilfen wird dies so nicht benannt, ich halte es aber aus sozialwissenschaftlicher Sicht für gerechtfertigt, diesen Begriff der Gegenkultur zu benutzen. In Deutschland, wo alles immer sehr grundsätzlich diskutiert werden muß, spielt dabei die Alternative „Integration“ und „Autonomie“ eine sehr wichtige Rolle. Für absolut notwendig halte ich persönlich – jenseits aller Polemik gegen „Integration“ oder „Separation“ –, daß Schwulen- und Lesbenpolitik nicht borniert und parochial, losgelöst vom jeweiligen gesellschaftlichen Kontext, konzipiert und umgesetzt wird. Schwulen- und Lesbenpolitik muß sich als anschlussfähig für eine universalistischen Normen verpflichtete Minderheitenpolitik verstehen, die das Recht auf kulturelle und politische Differenz ebenso betont wie das Recht auf Differenz in der sexuellen Orientierung.

Michael Bochow

Defizite festgestellt

Vom 20. – 23. Februar 1992 fand in Berlin das zweite Treffen der European AIDS Treatment Group (EATG) mit Teilnehmern aus 13 Ländern Europas sowie Vertretern der EG-Kommission und des Regionalbüros Europa der WHO statt.

Die Vertreter von AIDS-Hilfen und Selbsthilfegruppen trafen sich in Berlin, um Informationen auszutauschen und Perspektiven zur Lösung der drängenden Probleme bei der AIDS-Behandlung auf europäischer Ebene zu entwickeln.

Nach Auffassung der EATG haben Therapieforschung und Zulassungsverfahren auf nationaler Ebene bislang nicht zu den klinischen und therapeutischen Fortschritten geführt, die dem Ausmaß, dem Charakter und der Dringlichkeit der HIV-Epidemie angemessen wären. Dieses Versagen ist nach ihrer Auffassung zumindest teilweise auf das Fehlen von Mechanismen zurückzuführen, die auf nationaler und internationaler Ebene Produktivität und Effektivität der Therapieforschung verbessern könnten. Die Ziele der EATG sind daher:

1. Wirksame Behandlung und Zugang zu neuen, noch in Erprobung befindlichen Therapieformen für so viele Menschen mit HIV wie möglich so bald als möglich zu erreichen.
2. Es Menschen mit HIV zu ermöglichen, an Behandlungsentscheidungen und am Forschungsprozeß kompetent mitzuwirken.

Die EATG hat folgende Empfehlungen verabschiedet:

Forschungsprioritäten und Ethik: Wie in der European AIDS Treatment Agenda ausgeführt, geht die gegenwärtige Forschungs-



Teilnehmer des EATG-Treffens in Berlin

Fotos: Reinhard Lorenz

struktur in Europa an den Bedürfnissen der Menschen mit HIV vorbei. Dies bezieht sich auf den Zugang zu Medikamenten, ethische Standards bei der Durchführung von Studien und darauf, daß die für die Menschen mit HIV wirklich wichtigen Fragen nicht beantwortet werden. So wurde bislang Versuchen mit antiviralen Kombinationstherapien zu wenig Aufmerksamkeit geschenkt. Studien wie die geplante europäische D4T-Studie von Bristol Myers untersuchen wiederum nur den Einsatz als Monotherapie, anstatt die Kombination der neuen Substanz mit anderen Medikamenten zu überprüfen.

Forschungsprioritäten sollten sich an den von den Menschen mit HIV und AIDS identifizierten Bedürfnissen orientieren, um solche Probleme auszuschalten.

Zugang zu Informationen: Die Gruppe sieht es als ihre Aufgabe, Menschen mit HIV ungeachtet ihrer geographischen Herkunft und ihrer Zugehörigkeit zu bestimmten Bevölkerungsgruppen Informationen über Substanz und Therapieforschung zugänglich zu machen.

Häufig haben Menschen mit HIV in Europa nur sehr begrenzten Zugang zu derartigen Informationen, es sei denn über den sie behandelnden Arzt. Die Prioritäten liegen hier bei einem möglichst frühzeitigen Zugang zu Forschungsergebnissen und Informationen über laufende Therapiestudien. Die Gruppe beschloß, einen Informationsdienst und ein Verzeichnis der Studien und in Erprobung befindlichen Medikamente auf europäischer Ebene zu erstellen.

Zugang zu medizinischen Versorgungseinrichtungen: Aufgrund sozialer und geographischer Ungleichheiten ist die Zugangsmöglichkeit zu Behandlungen insbesondere für Frauen, Minderheiten, Häftlinge, Drogengebraucher und auch in ländlichen Regionen eingeschränkt. Die EATG ver-

langt für alle Menschen mit HIV gleichen Zugang zu angemessener Behandlung und medizinischen Versorgungs- und Betreuungseinrichtungen.

Zugang zu in Erprobung befindlichen Medikamenten: In Europa ist der Zugang zu in Erprobung befindlichen Medikamenten im Vergleich mit den USA sehr beschränkt. So gab es beispielsweise zum Zeitpunkt des Treffens der EATG noch immer kein Programm für einen erweiterten Zugang zu Hoffmann-LaRoche's ddC. Der fehlende Zugang durch Studien und Programme zur erweiterten Verfügbarkeit (expanded access) begünstigt die Entwicklung eines Medikamentenschwarzmarktes, auf dem keine Qualitätskontrolle stattfindet. Die Gruppe verlangt daher die Einrichtung eines Systems, das den Zugang zu noch in Erprobung befindlichen Substanzen ermöglicht, sobald es begründete Hinweise auf Sicherheit und Wirksamkeit der Substanzen gibt. Ein solches System sollte aktiv entwickelt und unterstützt werden.

Europaweite Kommunikation: Die Kommunikation zwischen AIDS-Hilfe-Organisationen sowohl innerhalb der einzelnen Länder als auch zwischen verschiedenen Ländern ist mangelhaft. Eine bessere Kommunikation untereinander ist unabdingbar, wenn der Einfluß von Menschen mit HIV auf den Forschungsprozeß vergrößert werden soll. Derzeit ist das einzige Forum, in dem eine Kommunikation von Betroffenen zu Problemen der Behandlung stattfindet, die European AIDS Treatment Group.

In die Leitung der EATG wurden gewählt: Jonathan Grimshaw (London), Marc Regnard (Paris) und Matthias Wienold (Berlin).

Kontakt zur EATG über das Medizin-Referat der D.A.H.

Stefan Dressler



frauen / d.a.h. aktuell 2/92



Frauen

Wieder Boden unter den Füßen

Das einzige, was ich fühlte, als ich erfuhr, daß ich „positiv“ bin, war nichts. Ich hatte überhaupt kein Gefühl. Ich war wie betäubt und ging direkt vom Gesundheitsamt ins Büro. Doch das ist lange her.

Mir kommen sieben Jahre vor wie eine Ewigkeit. Manchmal versuche ich mir vorzustellen, wie mein Leben aussehen würde, wenn ich mich nicht infiziert hätte, aber das ist unmöglich und auch sinnlos. Oft fühle ich mich wie gespalten; dann frage ich mich, warum es mir so schlecht geht. Eigentlich gibt es keinen vernünftigen Grund, mich schlecht zu fühlen. Meistens bin ich fit und außerdem gibt's genug Leute, denen es viel schlechter geht als mir. So oder ähnlich führe ich meine Selbstgespräche gegen die Traurigkeit und die Angst, um wieder festen Boden unter den Füßen zu bekommen. Denn manchmal bin ich drauf und dran, mein ganzes Leben in Frage zu stellen, mich nur noch als HIV-Positive zu sehen und mache mich dadurch von der Infizierung abhängig.

1985 wohnte ich in einem 20.000-Seelen-Nest in Süddeutschland und hatte gerade meine Ausbildung in einem kleinen Büro begonnen. Durch irgend jemanden — unsere Daten sind ja so geschützt — erfuhr mein damaliger Chef, daß mein Freund positiv war. Ich sollte ihm eine Erklärung zur Entbindung des Arztes von der Schweigepflicht unterschreiben, damit der bestätigt, daß ich negativ bin. Das konnte ich nicht. Daraufhin wurde mir fristlos gekündigt und das Büro mit Sagrotan desinfiziert. Wenn ich daran zurückdenke, packt nicht die kalte Wut. Mein Selbstbewußtsein war so angeknackst, daß ich mich nicht wehren konnte; ich wußte mir nicht zu helfen. Ich zog dann in eine andere Stadt und setzte dort meine Ausbildung fort. Heute weiß ich, daß ich mir so eine menschenunwürdige Behandlung nie wieder gefallen lassen würde.

Ich konnte mit niemanden über mich reden und kapselte mich meistens ab. Die nächste AIDS-Hilfe war achtzig Kilometer von meinem Wohnort entfernt. Andere Menschen machten mich total aggressiv. Das geht mir jetzt auch oft so. Jeder denkt, er hätte die größten Probleme und jammert rum, wie schlecht es ihm doch geht. Das bringt mich dann ganz schön auf die Palme. Aber leider nur innerlich. Es fehlt mir noch der Mut, das alles mal offen zu sagen.

Seit ich weiß, daß ich infiziert bin, kann ich besser beurteilen und entscheiden, was mir in meinem Leben und im Zusammenleben mit anderen wichtig ist. Es gibt in meinem Leben auch viele schöne Erfahrungen und Erlebnisse. Dazu gehört vor allem, daß ich jemanden habe, der mich so liebt, wie ich bin und ich nicht das Gefühl habe, daß es eine Rolle spielt, ob ich infiziert bin oder nicht. ■

Foto: Oliver Lehmann und Sönke Müller

Frauen sind anders

von Beate Leopold und Elfriede Steffan

Über die Notwendigkeit und Wirksamkeit frauenspezifischer Arbeitsansätze, dargestellt anhand des Bundesmodellprogramms „Frauen und AIDS“

Die in der Bundesrepublik Deutschland bestehenden sozialen Unterstützungsangebote für HIV-Infizierte und AIDS-Kranke wurden überwiegend von betroffenen homosexuellen Männern initiiert und orientieren sich demzufolge an deren Bedürfnissen. Aus dem steigenden Anteil betroffener Frauen sowie deren spezifischen Problemen im Sexualverhalten, in der sozialen Lage und der weiteren Lebensplanung ergibt sich die Notwendigkeit, auch für Frauen entsprechende Hilfsangebote zu entwickeln.

Eine modellhafte Erprobung frauenspezifischer Arbeitsansätze, sowohl in Einrichtungen für infizierte und erkrankte Frauen als auch für solche, die HIV-gefährdet sind, erfolgt im Rahmen des Bundesmodellprogramms „Frauen und AIDS“. Es umfaßt die Schwerpunktbereiche medizinisch-gynäkologische Versorgung und Forschung sowie psychosoziale Betreuung und besteht aus 20 Projekten in 13 Städten, davon 8 klinische und 12 präventive Einrichtungen. Wie alle Bundesmodellprogramme sollte auch dieses Programm Ende des Jahres 1991 auslaufen. Auch aufgrund der kurzen Laufzeit von nur drei Jahren konnte für zwei Drittel der Einrichtungen eine Weiterförderung für das Jahr 1992 ermöglicht werden.

Durch die Arbeit der Modellprojekte konnten genauere Kenntnisse über Gefährdungsmomente, konkrete Lebensverhältnisse und psychische Befindlichkeiten von Frauen gewonnen werden, die von HIV und AIDS bedroht und betroffen sind. Daran kann in der weiteren Projektarbeit und Entwicklung neuer Arbeitsansätze entsprechend angeknüpft werden.

Im psychosozialen Bereich des Modellprogramms liegt der Arbeitsschwerpunkt auf der Prävention. Untersuchungen zeigen, daß Personen in materiell und psychosozial abgesicherten Situationen ein geringeres HIV-Infektionsrisiko tragen. Erfolgversprechende Prävention mit gefährdeten Frauen muß daher auch die Verbesserung ihrer konkreten Lebensumstände beinhalten. Im Rahmen des Modellprogramms werden unter anderem Treffpunkte und Beratung, soziale Unterstützung, Therapie, kurzfristige Übernachtungsmöglichkeiten und Jobvermittlung für die in besonderem Maße von HIV bedrohten drogenabhängigen Frauen und für Prostituierte angeboten.

Abhängige Frauen brauchen (männer)unabhängige Angebote

Drogenabhängige Frauen sind besonders stark HIV-gefährdet. Einer Studie von Kleiber zufolge sind circa 30% der iv. drogenabhängigen Frauen, die sich langjährig das Geld für ihren Drogenkonsum über prostitutive Tätigkeiten beschaffen müssen, HIV-positiv. Die durchschnittliche HIV-Prävalenzrate bei Drogenabhängigen beträgt unter 20%.

Erklärungen für diese Unterschiede ergeben eine genauere Betrachtung des Lebens dieser Frauen zwischen Drogenszene und Beschaffungsprostitution. Innerhalb der Drogenszene steht die „Junkiehure“ auf der letzten Stufe der sozialen Rangleiter. Sie gilt als der „letzte Dreck“.





Wenn also Nadeln weitergegeben werden, ist sie die letzte in der Reihe, die Infektionsgefahr ist für sie am größten. Auch Frauen, die in festen Partnerschaften leben, bekommen in der Regel ihren Schuß, nachdem sich der Mann die Nadel gesetzt hat.

In sexuellen Beziehungen außerhalb der Prostitution denken Frauen in der Regel nicht daran, sich zu schützen. Sie versuchen im Gegenteil, durch die Unterscheidung von Prostitution (Arbeit mit Kondom) und sexueller Beziehung (Liebe ohne Schutz) die Prostitutionserfahrung aus ihrem sonstigen Leben zu verdrängen. Da der größte Teil der Beziehungen von drogenabhängigen Frauen innerhalb der Drogenszene angesiedelt ist, sind sie stark gefährdet.

Der Verbesserung der Lebenssituation drogenabhängiger Frauen kommt daher eine besondere Bedeutung zu. Nur selten wird in traditionellen gemischtgeschlechtlichen Beratungs- und Therapieangeboten an den momentanen Lebensbedingungen und konkreten Erfahrungen abhängiger Frauen, wie sexueller Gewalt in früher Kindheit, Prostitution, Vergewaltigung, Gewalterfahrungen auf dem Strich und in der Szene angeknüpft sowie ihre starken personalen Abhängigkeitsmuster berücksichtigt. An den meisten Frauen gehen die bestehenden Angebote im Drogenarbeitsbereich daher vorbei.

Modellprojekte wie etwa Frauenberatungsstellen und Übernachtungseinrichtungen für drogenabhängigen Frauen setzen an deren momentanen Lebensbedingungen an, tragen zur Befriedigung der Elementarbedürfnisse wie essen, schlafen, duschen und somit zur Verbesserung der konkreten Situation bei. Durch diese niedrigschwelligen, keine Therapiemotivation voraussetzenden Angebote konnten vorrangig Frauen erreicht werden, die bislang durch die Maschen des bisherigen Drogenhilfssystems fielen. Insbesondere Frauen, die sich per se durch gemischtgeschlechtliche Einrichtungen nicht angesprochen fühlen, nutzen solche Kontakt- und Beratungsangebote. Räume, die frei sind von Drogen, Gewalt und Männern sowie die Präsenz von Mitarbeiterinnen, deren Aufmerksamkeit nicht durch männliche Junkies gebunden ist, geben den Frauen Gelegenheit zur Regeneration und Reflexion ihrer Situation. In diesem Klima sind eher Gespräche über Sexualität, Verhütung und die Notwendigkeit der Kondombenutzung auch in privaten Beziehungen möglich. Häufig bemühen sich die Frauen um Entzugs- und Therapiemöglichkeiten.

Professionelle Prostituierte sind nicht die Sündenböcke der Nation

Professionelle Prostituierte stellen entgegen sich hartnäckig haltender Vorurteile epidemiologisch keine Hauptbetroffenengruppe dar. Sie sind genauso viel oder so wenig betroffen wie der Durchschnitt der weiblichen Bevölkerung in der Bundesrepublik. Allerdings unterliegen sie einem erhöhten Infektionsrisiko. Berechnungen eines Münchner Epidemiologen zufolge (vgl. Mielck, AIFO 4/90) könnte ein Freier im Durchschnitt einmal in 17 Jahren auf eine HIV-infizierte Prostituierte treffen. Umgekehrt kann eine Prostituierte durchschnittlich alle 500 Tage auf einen HIV-infizierten Freier stoßen.

Die im Bundesmodellprogramm angesiedelten Beratungs- und Unterstützungsangebote für Prostituierte verfolgen einen akzeptierenden Arbeitsansatz und wirken auf mehrfache Weise HIV-präventiv. Zum einen tragen sie durch Schuldnerberatung, Hilfe und Begleitung bei Ämtergängen, kurzfristige Wohnmöglichkeiten und Ausstiegshilfen zur Verbesserung der jeweiligen Lebenssituation der Frauen bei. Darüber hinaus wirken sie auf verschiedenen Ebenen der gesellschaftlichen Diskriminierung entgegen. Durch diese parteiliche Arbeit, die ohne „moralischen Zeigefinger“ konkrete Hilfe bei bestehenden Problemen anbietet und eine Lobby für Prostituierte errichtet, konnten viele Frauen erreicht und kontinuierliche Kontakte aufgebaut werden.

Zum anderen tragen sie zur Stärkung des Selbsthilfepotentials und Selbstbewußtseins der Frauen gegenüber uneinsichtigen, auf ungeschützten Geschlechtsverkehr bestehenden Freiern bei. Neben

dem Senken des Infektionsrisikos der Frauen kann die Konsequenz in der Durchsetzung des Kondoms auch Verhaltensänderungen bei Freiern bewirken. Sie erleben durch das gekonnte „an den Mann bringen“ des Kondoms dieses beim Verkehr als nicht störend. Männliche Vorurteile gegenüber der Kondombenutzung können so abgebaut und ihre generelle Kondomakzeptanz erhöht werden.

HIV-infizierte Frauen sind auch Frauen

Im medizinischen Bereich des Modellprogramms hat sich das „integrierte Programm psychosozialer Betreuung“ in mehrfacher Hinsicht als bedeutsam herausgestellt.

In den medizinischen Einrichtungen der beteiligten Kliniken sind direkt den gynäkologischen Ambulanzen oder Abteilungen zugeordnete Sozialarbeiterinnen- und Psychologinnenstellen geschaffen worden, um durch die Kooperation von Medizin, Psychologie und Sozialarbeit den Patientinnen auch in psychosozialer Richtung Hilfestellung geben zu können.

Aufgrund der bestehenden Klinikstruktur erweist sich die medizinische Versorgung akut abhängiger Frauen als besonders problematisch. Termin- und Anpassungsschwierigkeiten dieser Patientinnen erfordern eine größere Flexibilität in der Angebotsgestaltung ambulanter und stationärer Versorgung. Sowohl das notwendige Abweichen von starren Zeit- und Organisationsplänen als auch die Problemkombination von Abhängigkeit, Infektion und Entzug überfordert häufig das reguläre Klinikpersonal. Die Modellmitarbeiterinnen greifen hier vermittelnd ein und erhöhen so die Akzeptanz des Pflegepersonals gegenüber den HIV-Patientinnen.

Die häufig schwerwiegendste Problematik bei HIV-infizierten Frauen ist neben der eignen Erkrankung eine bestehende Schwangerschaft oder der Wunsch nach einem Kind. In einigen am Bundesmodell beteiligten Kliniken gewinnt insbesondere die Kinderwunschproblematik immer mehr an Bedeutung. Patientinnen gestehen sich einen bestehenden Kinderwunsch nicht ein, werden jedoch ungewollt schwanger oder Patientinnen kommen mit einem sehr intensiven Kinderwunsch in die Sprechstunde. Hier zeigt sich die dringliche Notwendigkeit einer qualifizierten psychologischen Schwangerschaftskonflikt- und Verhütungsberatung als regulärer Bestandteil der gynäkologischen Versorgung.

Durch das Zusammenwirken von medizinischer und psychosozialer Betreuung konnte die Compliance der Patientinnen erheblich verbessert werden. Untersuchungstermine werden sowohl regelmäßiger wahrgenommen als auch öfter nachgesucht. Die Klinik wird darüber hinaus nicht nur als Ort medizinischer Versorgung akzeptiert. Häufig wenden sich die Patientinnen auch bei sozialen und psychischen Problemen an die psychosozialen Fachkräfte der jeweiligen Einrichtungen.

Money makes the world go round...

Ende des Jahres 1992 läuft die Bundesförderung für das Modellprogramm „Frauen und AIDS“ wohl engültig aus. Was wird bleiben, außer den Erkenntnissen, daß frauenspezifische Präventionsarbeit notwendig wäre, daß spezielle Betreuungsformen für betroffene Frauen notwendig und sinnvoll sind? Verbal sind diese Modellprojekte von den Kommunen und zum großen Teil auch von den Ländern bisher hoch gelobt worden. Wenn es allerdings daran geht, diese Einrichtungen auch im vollen Umfang finanziell zu unterstützen, sind Zweifel an der Tragfähigkeit von Lobeshymnen immer angebracht.

Die bisherigen Bemühungen der Einrichtungen zeigen, daß insbesondere Projekte im Prostitutionsbereich nur geringe Chancen haben, in eine Regelfinanzierung überführt zu werden. Aber auch in allen anderen Bereichen sind viele Schwierigkeiten zu überwinden.

Die Autorinnen sind im Sozialpädagogischen Institut SPI, Berlin, tätig.



AIDS bei Frauen – Epidemiologie

Ende Februar betrug der Frauenanteil an den AIDS-Kranken in Deutschland 8%. Seit 1982 sind von den 7202 Erkrankten 625 Frauen.

Bei den festgestellten Infektionsrisiken dominiert bei den Frauen der intravenöse Drogenkonsum. Derzeit sind oder waren 50% (absolut 317) von ihnen drogenabhängig, Ende 1989 waren es 53%, Ende 1990 54%. Dieses Infektionsrisiko bedeutet jedoch nicht, daß sie sich ausschließlich durch Needle sharing infizierten; die heterosexuelle Übertragung ist nicht auszuschließen. Durch Bluttransfusionen infizierten sich 12% (absolut 75) der derzeit erkrankten Frauen. Bei 8% (absolut 48) konnte das Infektionsrisiko nicht ermittelt werden.

Ein über die Jahre kontinuierlicher Anstieg ist bei der heterosexuellen Übertragung zu verzeichnen. 27% (absolut 166) der an AIDS erkrankten Frauen infizierten sich über heterosexuellen Geschlechtsverkehr, Ende 1989 waren es 16%, Ende 1990 22%.

Von den dem AIDS-Zentrum des Bundesgesundheitsamtes gemeldeten 50.342 HIV-Infektionen konnten bislang insgesamt 15% (absolut 7666) Frauen zugeordnet werden. Bei 10% der gemeldeten Infektionen ist das Geschlecht unbekannt. Etwa drei Viertel der Infizierten machen keine Angaben über den möglichen Infektionsweg. Seriöse Aussagen über die tatsächliche Anzahl der infizierten Frauen wie auch über die Veränderung der Infektionsrisiken sind somit nicht zu treffen. ■

Gefahr in Verzug

von Jutta Birnbickel

Aufgrund eines positiven Testergebnisses ließ das Münchener Gesundheitsamt eine Frau in die Nervenheilstation einweisen.

Im Mai 1988 rief mich meine Mutter völlig aufgelöst in meiner Studienstadt an, um mir einen Brief vom Gesundheitsamt, wo ich öfter schon Blut gespendet hatte, vorzulesen. Aufgrund eines wichtigen Befundes bat man mich, schnellstens dort vorstellig zu werden. Meine Mutter rief zur Terminvereinbarung beim Gesundheitsamt an und wollte genau wissen, was Sache ist. Nach langem Zögern fragte der Leiter der Anstalt, mit wem ich Umgang hätte, worauf meine Mutter dann erzählte, daß ich mit einem Schwarzen befreundet sei. Dann meinte er nur, jetzt sei ihm alles klar – ich sei HIV-infiziert...

Zwei Tage darauf fuhr ich nach Hause. Die Tage davor war ich nicht voll da und lag die meiste Zeit absolut apathisch im Bett. In München empfingen mich zwei Freundinnen mit Schokolade, denn ich hatte seit Tagen keinen Bissen mehr runterbekommen. Dann schleppten sie mich gleich zur AIDS-Hilfe, mit denen sie einen Termin vereinbart hatten, um unser Vorgehen beim Gesundheitsamt zu beraten. Doch als wir da waren, interessierte sich keiner für uns. Daher zog ich es vor, zu gehen. Eine Mitarbeiterin holte mich ein und erbarmte sich schließlich unser und ließ einen Termin sausen. Aber sie meinte nur mit einem treudoofen Dackelblick, daß es schon nicht so schlimm werde. Den Maßnahmenkatalog erwähnte sie überhaupt nicht.

Am nächsten Tag hatte ich dann auch schon den Termin beim Gesundheitsamt. Mein Freund wartete unten und war völlig fertig. Der Leiter des Amtes bot mir einen Stuhl an – er selber thronte mächtig hinter seinem ausladenden Schreibtisch.

Leiter: Wir haben zwei Tests gemacht, die beide HIV-positiv waren. Was machen Sie?

Ich: Ich studiere Biologie im zweiten Semester.

Leiter: Dann wissen Sie ja über alles Bescheid, dann brauche ich ja nichts mehr erklären. Was werden Sie jetzt weiter machen?

Ich: Ich weiß es nicht. Es hat sowieso alles keinen Sinn mehr! Was passiert mit der Information, daß ich HIV-positiv bin?

Leiter: Das wird streng vertraulich behandelt und bleibt im Gesundheitsamt. Wer hat Sie infiziert?

Schweigen

Leiter: Von Ihrer Mutter weiß ich, daß Sie mit einem Schwarzen befreundet sind, wie ist sein Name?

Ich: Sag ich nicht.

Leiter: Aufgrund des Bundesseuchengesetzes sind Sie verpflichtet, den Namen zu sagen.

Schweigen

Leiter: Ich habe Mittel und Wege, alles aus Ihnen rauszubekommen, polizeilich sowie juristisch.

Ich: Dann müssen Sie ihn selber fragen.

Ich rannte zu meinem Freund runter und erzählte ihm, unter welchem Druck ich stehen würde. Er müsse selber entscheiden, ob er mitkommt oder nicht. Ich schärfte ihm ein, keine Namen zu nennen, als er sich entschloß, mitzukommen. Zunächst versuchte der Leiter mich aufzufordern, den Raum zu verlassen, da er meinem Freund für mich unangenehme Fragen stellen werde. Aber ich blieb.

Leiter: Nehmen Sie Drogen?

Mein Freund: Nein.

Leiter: Gehen Sie auf dem Strich?

Mein Freund: Nein.

Leiter: Was machen Sie? Wovon leben Sie?

Mein Freund: Ich studiere; das andere geht Sie nichts an.

Leiter: Dann muß ich annehmen, daß Sie auf den Strich gehen.

Mein Freund: Man könnte doch, wenn man gut Geld verdient, noch zusätzlich Geld verdienen, indem man auf den Strich geht.

Leiter: Wie sind die Namen ihrer bisherigen Freundinnen?

Mein Freund: In Afrika hatte ich keine Freundin und in Deutschland war ich mit Jutta befreundet.

Uns beiden wurde danach Blut abgenommen. Aufgrund meines recht fertigen Zustandes ging der Leiter gegen meinen Willen mit mir zur Nervenärztin ein Stockwerk tiefer.

Diese Ärztin war äußerst „mitfühlend“. Sie saß in einer Ecke. Mir bot sie den Stuhl in der anderen Ecke, fünf Meter von ihr entfernt, an.

Ärztin: Sie haben gerade erfahren, daß Sie HIV-positiv sind. Wie fühlen Sie sich?

Ich: Keine Antwort. (Zuerst hatte ich mir überlegt, an die Decke zu springen und zu brüllen, daß ich mich noch nie so gut gefühlt hätte. Doch dann beschloß ich, diese dämliche Frage nicht zu beantworten.)

Ärztin: Wollen Sie sich stationär behandeln lassen?

Kopfschütteln

Ärztin: Wollen Sie mit einem HIV-Positiven sprechen?

Kopfschütteln

Ärztin: Soll ich Ihre Mutter anrufen?

Kopfschütteln

Matros ging sie zum Leiter, während ich unter Aufsicht warten mußte. Sie kam zurück und meinte, meine Mutter sei nicht zu Hause. Gleichzeitig wurde die Polizei verständigt, da man mich für suizidgefährdet hielt. Die Ärztin ließ mich dann aber mit meinem Freund vorher gehen. Wir sind dann gleich anschließend mit meiner Freundin zur AIDS-Hilfe gegangen. Diesmal hatten wir Glück und landeten bei einem kompetenten Mitarbeiter. Er riet meinem Freund, vorübergehend nicht nach Hause zu gehen und vielleicht auch das Bundesland zu verlassen.

Am nächsten Tag kam ich erst morgens nach Hause, da ich bei meiner Freundin übernachtet hatte. Als es läutete, öffnete ich ahnungslos die Türe, weil ich dachte, daß es meine Mutter wäre. Aber zwei Polizisten standen mir gegenüber.

Polizist: Ist hier „mein Freund“? (Mein Freund hatte ja zum Glück im Gesundheitsamt seinen Namen nicht gesagt)

Ich: Nein.

Ich wollte die Tür wieder zumachen, doch die beiden drängten mich zurück und stürmten an mir vorbei.

Ich: Haben Sie einen Hausdurchsuchungsbefehl?

Polizist: Den brauchen wir nicht. Gefahr in Verzug.

Nachdem sie die Wohnung gründlich durchsucht hatten:

Polizist: Sie kommen jetzt mit auf die Wache. Nehmen Sie den Personalausweis mit!

Der Briefträger läutete und hat ein Päckchen, was ich holen will. Doch als ich runterrenne, hält mich einer der Polizisten fest.

Ich: Lassen Sie mich los. Ich habe schließlich nichts gemacht.

Der Polizist ließ nicht los und ich riß mich mit aller Gewalt frei, um das Päckchen entgegenzunehmen. Die Polizisten waren gleich hinter mir her und wollten mich sofort ohne Schuhe mitnehmen.

Auf der Wache:

Ich: Ich verweigere die Aussage.

Polizeioberbeamter: Von wem haben Sie AIDS?

Ich: Ich möchte mich über das Verhalten der beiden Polizisten beschweren, die mich festhielten, als ich ein Päckchen entgegennehmen wollte.

Polizeioberbeamter: Da können Sie doch froh sein, daß sie Sie festgehalten haben, sonst hätten sie auf Sie schießen müssen. Ich habe ein Schreiben vom Gesundheitsamt, womit Sie unverzüglich in die Nervenheilstation Haar eingeliefert werden sollen.

Ich rief von der Wache meine Mutter an, die berichtete, daß die Polizei am gestrigen Nachmittag bei uns war, aber nicht geläutet hatte. Auch der Leiter des Gesundheitsamtes rief meine Mutter gestern an, nachdem ich bei ihm war. Er meinte, daß ich nicht mehr suizidgefährdet sei und die Polizei wieder ausgeschaltet werden könne. Doch der Polizeiobermeister wies mich trotzdem in die Nervenheilstation ein.

In der Nervenheilstation angekommen, erzählte ich dem Einweisungsarzt meine Story. Ich kam aber trotzdem in die geschlossene Abteilung. Er könne an dieser Situation nichts ändern, da er keine Befugnis habe, meinte er. Die Zimmer wurden mit Kameras überwacht. Auch zum Telefonieren durfte ich die Abteilung nicht verlassen. Am nächsten Tag kam ein neuer Arzt. Ich erzähle, daß ich zum Richter will. Er meinte, wenn ich dem Richter vorgeführt werde, könne er sich nur auf das ärztliche Gutachten vom Gesundheitsamt stützen. Das bedeutet, daß ich die nächsten vier Wochen auf der geschlossenen Station bleiben müsse. Wenn ich jedoch unterschreiben würde, daß ich freiwillig hier sei, könne ich morgen nach einem Gespräch mit dem Psychiater und einer Untersuchung nach Hause gehen. Nach einer längeren Auseinandersetzung wurde ich fast gezwungen, zu unterschreiben. Natürlich hatte ich auch kein Interesse, noch länger dort zu bleiben und dann endgültig abzudrehen. Nach einem Gespräch mit dem Psychiater und einer fürchterlichen ärztlichen Untersuchung (der Arzt suchte verzweifelt geschwollene Lymphknoten und andere Sachen, an denen man HIV feststellen kann), wurde ich entlassen. Ich fuhr zur AIDS-Hilfe. Dort waren sie sehr schockiert, was in der Zwischenzeit alles passiert war. Über die AIDS-Hilfe fand ich einen sehr netten und fähigen Rechtsanwalt.

Wir haben dann Anzeigen gegen den Leiter der Gesundheitsbehörde, gegen die Polizei und gegen die Ärzte in Haar gemacht. Der Prozeß zog sich über ein halbes Jahr hin. Der Oberstaatsanwalt meinte dann im Schlußgutachten, daß rechtlich alles in Ordnung sei. Es sei jedoch in Frage gestellt, ob mit der nötigen Feinfühligkeit gehandelt worden sei.

Während ich aus Bayern weggezogen bin, lebt mein Freund noch heute – dem Gesundheitsamt nicht bekannt – in München. Wenn sie herausbekämen, wo er sich aufhält, würde er sofort aus Deutschland abgeschoben werden. ■

Aspekte der medizinischen Versorgung

von Matthias Wienold

Frauen werden entsprechend der Infektionswege in unterschiedliche Gruppen eingeteilt. Diese Zuschreibung ist recht willkürlich. So wird eine Übertragung durch lesbische Sexualkontakte nur dann als solche eingestuft, wenn eine Frau seit 1978 ein ausschließlich lesbisches Sexualleben hatte. Dies mag zwar nur für die Statistik von Bedeutung sein; wirft aber doch ein Licht auf die unzureichende Aufmerksamkeit, die den geschlechtsspezifischen Erkrankungen bei der Behandlung der HIV-Infektion bislang geschenkt wurde. Die zur klinischen Anwendung kommenden Therapien wurden fast ausschließlich an Menschen entwickelt, die sich durch besondere soziale Merkmale und ein bestimmtes Risikoverhalten auszeichnen. Ihre Anwendbarkeit auf Frauen muß daher überprüft werden. Die wenigen bekannten Fakten basieren zudem überwiegend auf Studien mit schwangeren Frauen und beziehen sich daher vorrangig auf Geburtshilfe und die medikamentöse Therapie in der Schwangerschaft.

Dabei hat die Erkrankung an AIDS für Frauen andere Verlaufsformen und bedingt eine differenzierte Therapie. Frauen nehmen Medikamenten anders auf, wobei zu berücksichtigen ist, daß die meisten Frauen mit HIV Drogengebraucherinnen sind oder substituiert werden. In den USA wurde ein deutlicher Geschlechtsunterschied in der Überlebenszeit von Menschen mit AIDS beschrieben. Hier fehlen dringend weitere Untersuchungen, da bisher nicht festgestellt wurde, ob biologische Gegebenheiten oder die medizinischen Angebote und ihre Nutzung dafür ausschlaggebend sind.

Es wird angenommen, daß die HIV-Infektion einem Einfluß auf Neubildungen im Bereich des Gebärmutterhalses, also auf Krebs und seine bösartigen Vorstufen haben kann. Dies gilt auch für Entzündungen des kleinen Beckens wie Eileiter- und Bauchfellentzündungen. Obwohl diese These inzwischen weithin akzeptiert ist, fehlen entsprechende Standards für die gynäkologische Versorgung von HIV-infizierten Frauen. Bei der folgenden Darstellung verschiedener Erkrankungen wird eine Standardisierung von Untersuchungen und Behandlungsmethoden vorgeschlagen, die bis zur weiteren definitiven Abklärung angewendet werden kann.

Erkrankungen des Gebärmutterhalses (Zervix uteri)

In der Forschung konnte ein Zusammenhang zwischen Wucherungen und Krebs im Bereich des Gebärmutterhalses und dem Nachweis des humanen Papillomavirus (Feigwarzenvirus) nachgewiesen werden. Viele Studien belegen, daß dieser Zusammenhang bei HIV-infizierten Frauen häufiger auftritt. Untersucht wurden jeweils Frauen aus HIV-Schwerpunktzentren, Methadon-Programmen und Fachkliniken für Gebärmutterhalsveränderungen.

Die Vorstufen von Neubildungen im Gebärmutterhals sind normalerweise in einem Routineabstrich an der Färbung sichtbar. Der Wert dieser Standarduntersuchungsmethode – der Abstrich nach Papanikolaou – für Frauen mit HIV ist jedoch fraglich, da er bei ihnen sehr häufig unauffällig bleibt. Eine beginnende bösartige Veränderung des Gebärmutterhalses (Cervicale Intraepitheliale Neoplasie, kurz CIN) kann hier jedoch auch durch eine Kolposkopie nachgewiesen werden. Dies ist die Scheidenspiegelung des Gebärmutterhalses durch eine Vergrößerungsoptik. Die CIN ist nach den Standards der Gynäkologie bereits eine behandlungsbedürftige Ver-



änderung. Bei Frauen mit reduzierten T-Zellen tritt die CIN häufiger auf.

Auch der Verlauf dieser gynäkologischen Erkrankung scheint von der HIV-Infektion beeinflusst zu werden. So belegte eine Studie an 114 Frauen, daß es nach einer operativen Entfernung des Gebärmutterhalskrebses bei HIV-positiven Frauen im Schnitt bereits nach einem Monat zu neuen Wucherungen kam, bei HIV-negativen Frauen jedoch erst nach neun Monaten. Zehn Monate vergingen bei positiven Frauen bis zum Tod, bei negativen betrug diese Spanne fast zwei Jahre. Hier zeigen sich die Unzulänglichkeiten der Vollbilddefinition. Neun von zehn positiven Frauen mit fortgeschrittenem Gebärmutterhalskrebs starben auch daran, tauchen jedoch in den AIDS-Statistiken nicht auf, da diese Erkrankung nicht als zum Vollbild gehörig definiert ist. Vor diesem Hintergrund scheint die Empfehlung des Centers for

Disease Control, der US-amerikanischen Bundesbehörde für Epidemiologie, daß HIV-positive Frauen sich einmal

jährlich einem Abstrich nach Papanikolaou unterziehen sollten, sehr konservativ zu sein. Zahlreiche Kliniken führen diesen Abstrich inzwischen zweimal durch. Obwohl die Kolposkopie dem

Abstrich überlegen ist, wird sie wegen ihrer Aufwendigkeit selten durchgeführt. Eine Indikation zu einer solchen Untersuchung sollte jedoch dann gegeben sein, wenn der

Abstrich schwer interpretierbar oder abnormal ist, selbst wenn lediglich Koilozyten, eine besondere Form veränderter Schleimhautzellen, oder entzündliche Veränderungen aufzufinden sind. Dies gilt besonders für Patientinnen mit einem fortgeschrittenen Immundefekt.

Nach Diagnose einer bösartigen Neubildung im Bereich des Gebärmutterhalses sollte die operative Entfernung des Tumors rasch und entschlossen durchgeführt werden. Die HIV-Infektion selber steht dabei einer operativen Behandlung nicht entgegen. Ob eine Ergänzung der operativen Therapie durch die Gabe von AZT angebracht ist, wird zur Zeit in Studien untersucht.



Gynäkologische Infektionen

Entzündungen des kleinen Beckens (Pelvic inflammatory disease, PID), können im Zusammenhang mit einer HIV-Infektion eine andere klinische Manifestation erfahren. Es kommt dabei zu schwereren Verlaufsformen mit einem vermehrten Auftreten von Abszessen und der Notwendigkeit einer nachfolgenden chirurgischer Behandlung. Auch eine weniger starke Vermehrung der weißen Blutkörperchen wird beobachtet. Untersuchungen zur PID lassen vermuten, daß bei Frauen mit einer Schwächung der Immunabwehr in jedem Fall eine stationäre Behandlung der PID notwendig sei. Dies erweist sich jedoch als nicht praktikabel. Da sich in den Studien zur PID kein Unterschied im Erregerspektrum zwischen positiven und negativen Frauen gezeigt hat, ergeben sich auch keine Konsequenzen zu einer spezifischen oder aggressiveren Therapie bei Frauen mit HIV. Sinnvoll ist eher, daß eine konsequente Behandlung nicht verzögert wird, damit weitere Komplikationen vermieden werden.

Die Entzündung der Scheide durch den Hefepilz *Candida* spricht in aller Regel auf eine breite Palette von Lokaltherapien an. Frauen mit HIV leiden oft unter einer rezidivierenden Candidiasis der Scheide, eine Entzündung also, die immer wieder neu zu einer klinischen Symptomatik führt. Noch vor einem Auftreten in der Scheide wird häufig ein Candidabefall des Mundraumes beobachtet. Auch das Fortschreiten der klinischen Manifestation durch *Candida* steht in einem Zusammenhang mit dem Abfall der T-Helferzel-





len. Auch bei Frauen mit normalen T-Helferzellzahlen kann eine Scheidenentzündung durch Candida auftreten, während der Befall des Mundraumes und vor allen Dingen der Speiseröhre erst bei deutlichem Immundefekt zu verzeichnen ist. Deshalb sollte auch bei infizierten Frauen eine Lokalthherapie der Standard sein. Eine systemische Behandlung mit Tabletten sollte erst dann durchgeführt werden, wenn ein häufiges Wiederauftreten zu verzeichnen ist und andere begünstigende Faktoren wie die gleichzeitige Einnahme der Antibabypille oder Antibiotika ausgeschlossen wurden. Vor allem amerikanische AutorInnen empfehlen, zunächst 400 mg Ketokonazol zwei Wochen lang täglich einzunehmen. Danach wird eine Intervalltherapie mit fünf tägiger Tabletteneinnahme während eines Monats für die Dauer eines halben Jahres empfohlen, unter sorgfältiger Überwachung der Leberfunktion. In der Bundesrepublik kommt es häufig zur Verordnung von Flukonazol, ohne daß hierfür eine Standardempfehlung bei Frauen mit Immundefekt besteht.

Zu einer Bildung von HIV-spezifischen Geschwüren an der Haut der Scheide und den äußeren Geschlechtsorgane kommt es selten. Dieses entspricht der Bildung von HIV-spezifischen Geschwüren im Mund, Rachen und Speiseröhrenbereich. Durch sorgfältige Diagnostik und versuchsweise Therapie auf Gonorrhoe, Herpes und Syphilis ist es möglich, solche Fälle einzugrenzen. Es ist bekannt, daß Herpes-Geschwüre bei einer Immunsuppression schlechter abheilen. Hier kann eine Dauertherapie mit Azyklovir angeraten sein.

Während unter der männlichen Bevölkerung in den USA die Rate der primären und sekundären Fälle von Syphilis in den vergangenen zehn Jahren deutlich zurückgegangen ist, hat es parallel dazu einen Anstieg der Fälle bei farbigen Frauen gegeben. Im Rahmen einer HIV-Infektion nimmt die Syphilis einen schnelleren Verlauf, es kommt zu einem verstärkten Auftreten der sekundären und tertiären Stadien. Zur Zeit gibt es keine einheitliche Empfehlung für die Behandlung der Syphilis bei gleichzeitiger HIV-Infektion. Oft wird jedoch empfohlen, höhere Dosen von Antibiotika zu geben, um das Fortschreiten zu einer tertiären Syphilis zu verhindern. Liegt jedoch das tertiäre Stadium schon vor, sollte auf jeden Fall mit parenteralem Penicillin – als Spritze oder Infusion – und nicht mit oralen Antibiotika wie Erythromycin oder Tetracyclin behandelt werden.

Empfängnisverhütung

HIV-Infektionen können durch die Verwendung von Kondomen verhütet werden, bei einer effektiven Verhütung von Schwangerschaften haben jedoch viele infizierte Frauen Vorbehalte gegen diese Methode. Es stellt sich ihnen die Frage, ob die Anwendung anderer empfängnisverhütender Maßnahmen eine Auswirkung auf den Verlauf der HIV-Infektion haben. Im Rahmen von wissenschaftlichen Studien wurde dies bisher nicht untersucht, es wurden jedoch Frauen orale Kontrazeptiva wie die Antibabypille verschrieben. Die bereits erwähnten geschlechtsspezifischen Unterschiede im Immunsystem lassen sowohl eine positive als auch eine negative Beeinflussung des Krankheitsverlaufes möglich erscheinen. Auch die vorhandenen Laborversuche an Zellsystemen und Versuchstieren lassen keinen endgültigen Schluß zu, da sie zu unterschiedlichen Ergebnissen kommen. Es scheint sich jedoch zu bestätigen, daß momentan nichts gegen eine orale Kontrazeption bei Frauen mit HIV spricht. Für den Einsatz von Implantaten und den Gebrauch von Injektionen zur längerfristigen Empfängnisverhütung gilt ähnliches. Auch hier gibt es keinen Beleg für einen negativen Einfluß auf den natürlichen Infektion. Umfangreichere Studien sind hier dringend erforderlich.

Orale Kontrazeptiva haben einen deutlichen Einfluß auf die Wirkung anderer Medikamente. Bei gleichzeitigem Gebrauch mit trizyklischen Antidepressiva kann es zu einer erhöhten Rate von Nebenwirkungen kommen, auch die Wirksamkeit von Benzodiazepinen (Valium, Lorazepam) wird durch die Beschleunigung des Stoffwechsels eingeschränkt. Die Zuverlässigkeit von oralen Kontrazeptiva wird durch die Therapie mit Antibiotika wie Tetracyklinen vermin-

dert. Rifampicin beispielsweise bewirkt einen beschleunigten Abbau unterschiedlichster Hormone mit Stereoidstruktur, zu denen auch die oralen Kontrazeptiva gehören. Umgekehrt gibt es keine Belege für eine Einschränkung der Wirksamkeit von Antibiotika unter der gleichzeitigen Einnahme von oralen Kontrazeptiva. Wechselwirkungen zwischen dem Gebrauch von AZT und oralen Kontrazeptiva sind nicht bekannt.

Gegen den Gebrauch der intrauterinen Spirale (IUD) bei Frauen mit HIV gibt es diverse Vorbehalte. Sie verursacht häufig verstärkte Menstruationsblutungen, was zu einer höheren „Infektiosität“ der Frauen mit HIV führen kann. Zudem kann der Plastikfaden, der durch den Mutterhals in die Scheide ragt, während des Geschlechtsverkehrs zu Verletzungen an der Eichel führen und dadurch eine Blut-zu-Blut-Übertragung von HIV begünstigen. Die IUD kann auch den Pfad für aufsteigende Infektionen ebnen und die Frau mit HIV empfänglicher machen für die oben genannte PID. Chirurgische Sterilisierung sollte auf der Basis einer HIV-Infektion weder empfohlen noch bei Wunsch abgelehnt werden.

Therapie der HIV-Infektion Standarduntersuchungen und Statuserhebungen

Zusätzlich zur Standarduntersuchung, die allgemein zur Statuserhebung bei Diagnose einer HIV-Infektion angestellt werden, sind spezifische Untersuchungen für Frauen mit HIV notwendig. Zur weiteren Beurteilung des Krankheitsverlaufes ist es angezeigt, diese Untersuchungen möglichst früh zu erheben. Eine vaginale Untersuchung, ein Abstrich und die serologischen Tests auf Geschlechtskrankheiten (Syphilis, Gonorrhoe, Chlamydien) sollten alle sechs Monate durchgeführt werden sollten. Der Abstrich kann auch in jährlichen Abständen erfolgen, wenn vorhergehende Abstrichuntersuchungen unauffällig waren. Voraussetzung ist, daß die Patientin den Arzt regelmäßig aufsucht und der Immunstatus sich nicht innerhalb des letzten halben Jahres deutlich verschlechtert hat.

Folgende Untersuchungen sollten in der erweiterten Standarduntersuchung enthalten sein:

- Eine gynäkologische Anamnese von Menstruation, Geburten und Fehlgeburten, Gebrauch von Kontrazeptiva, Geschlechtskrankheiten und Entzündungen der Scheide oder des kleinen Beckens. Hierzu gehört ebenso die Frage nach vorhergegangenen Abstrichergebnissen als auch die Frage nach sexueller Aktivität und Orientierung.

- Eine körperliche Untersuchung der Brüste, der äußeren Genitalien, des Scheidenkanals und des Muttermundes und der perianalen Region. Auch eine rektale und bimanuelle Untersuchung (um Veränderungen in der Trennwand zwischen Scheide und Analkanal beurteilen zu können, wird vorsichtig von Scheide und Anus ausgehend mit den Fingern gegeneinander getastet) sollte durchgeführt werden. Besonderes Augenmerk sollte auf das Vorhandensein von Geschwüren und Veränderungen der Schleimhaut wie Feigwarzen oder Dellwarzen gelegt werden. Candidainfektionen der Scheide sollten in ihrer Häufigkeit und ihrem Ansprechen auf antimykotische Behandlung festgehalten werden.

Zusätzlich sollte eine Mammographie bei Frauen zwischen 35 und 39 Jahren angefertigt werden. Zwischen 39 und 49 Jahren empfiehlt sich ein hierbei ein zweijähriger Rhythmus, bei Frauen über 50 Jahren eine jährliche Kontrolluntersuchung.

Geburtshilfe

Da im Rahmen der Schwangerschaftsvorsorge der HIV-Test von den führenden Fachverbänden empfohlen wird, erfahren eine Großzahl der Frauen während der Schwangerschaft zum ersten Mal von ihrem positiven Testergebnis. Aus diesem Grunde erhalten Frauen mit HIV auch häufig ihre ersten Untersuchungsergebnisse und Informationen zur HIV-Infektion während der Schwangerschaft. Die Standardvorgehensweise bei Laboruntersuchungen, Hauttests und Impfungen erfährt während der Schwangerschaft keine Änderungen.



Auch für die Therapie gilt, daß keine Abweichungen von der Standardtherapie nichtschwangerer Frauen erforderlich sind, es sei denn, daß es zu einer Beeinträchtigung des Foetus kommt. Ein Risiko für den Foetus ist nur bei einigen wenigen Therapieverfahren belegt. Als Basis einer prophylaktischen Therapie wird auch bei schwangeren Frauen der Immunstatus anhand der T-Helferzellen herangezogen. Da diese Zahl während der Schwangerschaft deutlichen Schwankungen unterliegt, ist es sinnvoll, sie alle 3 Monate zu kontrollieren.

Dabei ist es wichtig, die Grundlagen der prophylaktischen Therapie bei niedriger T-Helferzellzahl zu berücksichtigen. Unterhalb von 200/?l steigt die Wahrscheinlichkeit, eine Pneumocystis carinii Pneumonie (PcP) zu entwickeln. Bei etwa 10 % der Frauen mit HIV kommt es zu dieser Lungenerkrankung. Die PcP ist potentiell tödlich. Sie kann durch unterschiedliche Maßnahmen der medikamentösen Prophylaxe effektiv verhütet werden. Hier stehen Pentamidin-Aerosol und Trimethoprim/Sulfamethoxazol als wirksame Medikamente zur Wahl. Pentamidin als Aerosol hat gegenüber der Anwendung von TMP/SMX den Vorteil einer geringen Serumkonzentration. Dadurch kommt es zu einer nur sehr niedrigen Belastung des Foetus durch das Medikament, Nebenwirkungen treten selten auf. Bei dieser Form der Prophylaxe kann es jedoch zu Manifestationen der PcP außerhalb der Lunge kommen. TMP/SMX ist als Tablette erhältlich und somit eher verfügbar, da die Frau nicht an den Inhalator beim behandelnden Arzt gebunden ist, außerdem wirkt es auch auf PcP außerhalb der Lunge. Aufgrund der vorliegenden Literatur können die Vorbehalte gegenüber TMP/SMX ausgeräumt werden, durch eine Bilirubinotoxizität eine Hirnschädigung im Foetus und im Neugeborenen zu verursachen. In den Fällen, in denen eine solche Wirkung (Kernikterus) beobachtet werden konnte, wurde das Medikament erst nach der Geburt eingesetzt. Neuere Therapieschemata, in denen eine niedrigere Dosierung von TMP/SMX verwendet wird (3 x pro Woche), tragen weiter zur Sicherheit dieser Therapie bei.

Gegen das Virus selbst gerichtete Medikamente sind auch bei schwangeren positiven Frauen mit niedrigen T-Helferzellzahlen anwendbar. Die Zulassung für AZT ist für asymptomatische Menschen mit HIV unter 500 T-Helferzellen pro Mikroliter gegeben. Die entsprechenden Tierversuche zur Anwendung von AZT während der Schwangerschaft haben im großen und ganzen die zunächst gehegten Bedenken nicht bestätigen können. Im Rahmen einer einzigen Studie, in der Ratten und Mäuse während ihres Lebens kontinuierlich AZT erhielten, entwickelten 10 % der Tiere gutartige Tumoren der Scheide. Allerdings kommt bei diesen Tieren – im Gegensatz zum Menschen – das im Urin ausgeschiedene AZT mit der Vaginalschleimhaut in Berührung. Die Übertragbarkeit dieser Ergebnisse auf den Menschen erscheint deshalb fraglich.

Schwangere Frauen mit HIV, deren Immundefekt ausgeprägt ist (weniger als 200 pro Mikroliter T-Helferzellen) und bei denen dadurch ein erhöhtes Risiko an opportunistischen Infektionen besteht, sollten deshalb AZT einnehmen. Aus Sicherheitsgründen jedoch wird diese Empfehlung mit der Einschränkung versehen, daß AZT erst ab den 4. Schwangerschaftsmonat einzunehmen sei. Wenn das direkte Risiko des Auftretens einer opportunistischen Infektion durch den Immundefekt geringer ist (201 bis 500 pro Mikroliter T-Helferzellen), wird der Nutzen mit der Mutter zu erwägen sein.

Die notwendigen Maßnahmen unter der Entbindung werden durch eine HIV-Infektion bei der Mutter nur wenig beeinträchtigt, so wird es unterlassen, eine Kopfschwartenelektrode einzusetzen. ■

Dieser Artikel wurde angeregt durch einen im Oktober 1991 im 'Journal of the American Medical Association' veröffentlichten Artikel geschrieben: Minkoff, H. L.; DeHovitz, J. A.; „Care of Women Infected With the Human Immunodeficiency Virus“, JAMA, VOL 266, No. 16, S. 2253 – S. 2258.

Eine erweiterte Fassung dieses Beitrages wird in der nächsten Auflage der Loseblattsammlung „Therapien bei AIDS“, herausgegeben vom Medizinreferat der D.A.H., erscheinen.

Hilfe wird nicht gefordert

Warum brauchen wir eine frauenspezifische Beratung in den AIDS-Hilfen?

von Erika Parsa

Durch den Anstieg von HIV und AIDS bei Frauen besteht ein großer Handlungsbedarf, die gesellschaftliche, soziale und psychische Situation der Frauen in den Mittelpunkt zu stellen und zur Ausgangsbasis der Arbeit zu machen. Unterschiedliche Betroffenheit bei Männern und Frauen muß zum Ausgangspunkt unserer Arbeit als AIDS-Hilfe-Berater/innen gemacht werden, unterschiedliche Bedürfnisse zu erkennen und ernst zu nehmen. Dies beinhaltet auch die Auseinandersetzung mit sich selbst, den eigenen Bedürfnissen, Abhängigkeiten und gesellschaftlichen Sichtweisen und Befangenheiten. Die Tatsache, daß HIV als sexuell übertragbare Infektion auftritt, provoziert auch geschlechtsspezifische Reaktionen und Probleme bezüglich des Sexualverhaltens, der finanziellen Absicherung sowie der sozialen Einbettung. Durch Verschweigen der spezifischen Probleme von Frauen mit HIV und AIDS wird die Auseinandersetzung mit den an Frauen herangetragenen gesellschaftlichen Normen verhindert. Dieses Verschweigen verhindert deshalb auch die intensive Beschäftigung mit ihrer durch das Positiv-Sein oder durch die Krankheit AIDS beeinflussten Sexualität, Partnerschaft und Partnerwunsch, Kinderwunsch und Schwangerschaft und nicht zuletzt eben auch ein solidarisches Bündnis untereinander und mit anderen hauptbetroffenen Gruppen.

Infizierte Frauen treten bisher in den meisten AIDS-Hilfen allenfalls am Rande auf. Dies steht in keinem Verhältnis zu ihrer tatsächlichen Zahl. Gerade die Zahl der sexuell infizierten Frauen nimmt in der letzten Zeit stetig zu. Deshalb scheint es mir dringend geboten, auf die weibliche Seite der HIV-Infektion hinzuweisen: das Erleben und der Alltag unterscheiden sich gerade im Bereich der Wahrnehmung, der Sexualität und des Körpergefühls sowie der Verantwortung für Kinder oft von den Erfahrungen positiver Männer. Betroffene Frauen melden sich selten zu Wort, sie ziehen sich eher zurück. Ihre Wut, Ohnmacht und Hilflosigkeit bleiben somit den meisten Menschen verborgen. Frauen berichten immer wieder von Konflikten in ihrem Leben, von der Schwierigkeit, neben dem Einfühlungsvermögen in die Bedürfnisse anderer die eigenen hingegen nicht ausreichend befriedigen zu können. Eigene Erwartungen zu äußern und durchzusetzen, fällt schwer. Aggressionen werden wegen der Angst vor Liebesentzug nicht geäußert. In dieser Situation der Hilflosigkeit ist der Weg, Forderungen an die Öffentlichkeit zu stellen, oft nicht mehr gegeben. Die Frauen geraten schnell in einen Teufelskreis: auf der einen Seite Hilfe nicht zu fordern, auf der anderen Seite die gebotene Hilfe nicht wahrnehmen zu können. Die auf die weibliche Sozialisation begründeten Verhaltensweisen, nämlich, für andere da zu sein, machen es den Frauen schwer, für sich selbst etwas anzunehmen. HIV-infiziert oder AIDS-krank zu sein, bringt Frauen oft an die Grenze dessen, was sie aushalten können.

Die Angst vor möglichen Leiden und die Konfrontation mit dem Tod und somit eher zu sterben als die eigenen Kinder, die Erfahrung des Verlustes oder die Einschränkung der Sexualität, oftmals noch Isolation und Ausgrenzung, machen die infizierten Frauen ohnmächtig. Von AIDS betroffen zu sein, bietet nicht in jedem Fall die Gewähr, Zutrauen zu anderen Betroffenen zu finden, sich zu öffnen und dadurch Entlastung zu finden. Besonders da es sich um die verschiedensten Frauen handelt, fällt es den meisten schwer, sich untereinander zu verstehen und zu solidarisieren. Die Förderung von Frauen-Gesprächskreisen muß deshalb sehr behutsam erfolgen. Wenn Ähnlichkeiten in der sozialen Einbindung berücksichtigt werden, wird dies als hilfreich empfunden. Das Zusammensein von



Café „Posithiv“, Berlin

Frauen in ähnlicher Lebenssituation kann entlastend sein, weil es Frauen Bedeutung zurückgibt, ihre Fähigkeiten zu Kontakten untereinander stärkt, ihre Isolation verringert und eine spezifische Art der Solidaritätserfahrung ermöglicht. Deshalb müssen Freiräume geschaffen werden, die es den Frauen ermöglichen, sich auszuprobieren, sich gehen zu lassen, neue Wege zu beschreiten. Unterstützung von Selbsthilfegruppen und organisierte sowie finanzielle Hilfen werden notwendig, je deutlicher sich abzeichnet, daß infizierte Frauen im privaten und gesellschaftlichen Umfeld wenig Verständnis finden. Das wird besonders bei infizierten Müttern deutlich, wenn sie ihren Kindern möglichst lange die Krankheit verschweigen wollen, um ihnen Ausgrenzung zu ersparen.

Wir von den AIDS-Hilfen möchten Frauen Wege aufzeigen, um mit dem Befund „HIV-positiv“ zu leben. Infiziert zu sein, bedeutet allein noch keine Krankheit, sondern vor allem eine enorme psychische Belastung, eine ständige Situation der Bedrohung. Wir halten es deshalb für äußerst wichtig, die negativen sozialen Folgen der Infektion zu verhindern, wenigstens zu mildern; vor allem die Isolation aufzubrechen. Der Weg zu einem Beratungsgespräch kann der erste Schritt sein, die Isolation betroffener Frauen zu durchbrechen und andere betroffene Frauen kennenzulernen. Über weibliche Existenz nachzudenken, sich auszutauschen, Stärken und Schwächen zu klären, Unterstützung und Kritik zu geben, ist für viele Frauen eine neue Erfahrung und Bereicherung, wodurch Auseinandersetzungen geführt, Konflikte auszutragen, Positionen geklärt und gemeinsame Lösungen gefunden werden können.

Die Zahl der Frauen, die erkranken, steigt kontinuierlich. Ihr soziales Netz bricht zusammen, wenn sie sich aus Krankheitsgründen als Infizierte zu erkennen geben. Sie geraten in Panik. Krisen brechen aus, weil das Umfeld oft mit großer Irritation reagiert. In den aktuellen Krisensituationen müssen die Frauen erst einmal auf-

gefangen und stabilisiert werden, um dann langsam die Möglichkeiten subjektiver Verarbeitung und Strategien der Bewältigung zu entwickeln. Frauenberatung heißt auch, daß die Beraterin sich als Frau einbringt. Dann gibt es keine Hierarchie in der Beratung zwischen „gesund“ und „krank“; sondern Unterstützung von „Frau zu Frau“. Dadurch entstehen Übertragungsverhältnisse wie „eine Freundin“, „eine Schwester“ eine „gute Mutter“ gefunden zu haben, ohne daß dadurch der professionelle Rahmen gesprengt würde. Es ist eher so, daß anhand der jeweiligen, idealisierenden Übertragungen das offensichtlich wird, was der betroffenen Frau in ihrer eigenen Entwicklungsgeschichte gefehlt hat: Sorge für sich selbst zu erlernen oder – wo ihr der Schutzraum nicht zur Verfügung gestellt wurde – dieses Recht zur „Selbst-Sorge“ zu erkämpfen.

Als Fazit läßt sich sagen, daß trotz des wachsenden Einsatzes von Frauen für Frauen immer noch viele Defizite in der Arbeit der AIDS-Hilfen bestehen. Eine Lösung wäre der Ausbau von psychosozialer Einzelbegleitung, eine Erweiterung der psychosozialen Einbettungsmöglichkeiten und des Handlungsspielraumes für Frauen mit HIV und AIDS als Teil von AIDS-Hilfe. Wir dürfen nicht vergessen, daß immer mehr Frauen und Mütter an AIDS erkranken, und daß Drogengebraucherinnen nach jahrelanger Abhängigkeit endlich die Chance zum Ausstieg haben wollen. Diese Frauen sind auf handfeste, praktische Unterstützung angewiesen.

In meiner praktischen Arbeit in der von Männern „dominierten“ AIDS-Beratung, stoße ich aber immer wieder auf die scheinbar unüberbrückbaren Schranken geschlechtsspezifischer Sicht und Herangehensweisen. Deswegen müssen Menschen, die eine Beratung wünschen, wählen können, ob diese durch Männer oder Frauen geschieht, wobei auf die kontinuierliche Auseinandersetzung zwischen den Beratern und Beraterinnen nicht verzichtet werden darf. ■



Am nächsten Tag kam ich vollkommen unsicher zur Arbeit, aber Martina behandelte mich wie immer. Sie hat mich auch zu den nächsten Schritten ermutigt und mir öfters „in den Hintern getreten“. Ich hatte eine Stütze, auf die ich mich verlassen konnte. Ich war nicht mehr allein.

Eines Morgens, als wir gemeinsam frühstückeren, erzählte eine andere Kollegin von einer Talkshow am Abend vorher, in der sich auch Positive zu Wort gemeldet hatten. Sie zeigte dabei so viel Verständnis, daß ich mich entschloß, mit ihr zu sprechen. Sie umarmte mich mit den Worten: „Mensch, mein Kind.“ Sie hörte sich alles ruhig an. Es kam sehr viel Gefühl und Verständnis zu mir herüber. Die größte Überraschung war, daß sie uns kurz nach diesem Gespräch mitteilte, daß sie an Krebs erkrankt sei. Es ist wirklich wahr: wenn du über dich sprichst, dann fangen auch andere an, über sich selbst zu reden.

Am gleichen Tag noch redete ich mit einer weiteren Kollegin. Ihr schossen die Tränen in die Augen und sie sagte: „Ich dachte, ich wäre diejenige, die so große Probleme hat, aber gegen deine sind meine ja ärmlich.“

Bei meinen beiden männlichen Kollegen war es schwieriger. Der erste reagierte auf meine Mitteilung so: „Gestern Abend habe ich noch zu meiner Frau gesagt, nachdem ich einen Artikel im Spiegel über Aids gelesen habe, daß in meinem Bekanntenkreis keiner ist, der diese Krankheit hat.“ Daraufhin sprach er mit mir über den Tod seiner Mutter. Daran mußte er denken, als ich ihm von meiner Krankheit erzählte. Es ist schon eigenartig, was man alles erfährt, wenn es persönlich wird. Ich öffnete mich soweit vor ihm, wie ich es niemals für möglich gehalten hatte. Dennoch blieb ich unsicher, weil ich eine Reaktion erwartete, die zeigte, daß er mich akzeptiert. Das kam von ihm erst nach ein paar Tagen. Er ist mir gegenüber offener und freundlicher geworden, eher aus Respekt als aus Mitleid.

Nach und nach hatte ich nun alle eingeweiht. Es war ein anstrengender Tag, aber ich spürte Erleichterung, eine angenehme Leere und unheimlich viel Stolz. Ich hatte es tatsächlich geschafft. Und ich muß Martina dafür danken, daß sie mich so dabei unterstützt hat. Nun war nur noch mein Arbeitgeber über meine Schwerbeschädigung zu unterrichten. Nach Rücksprache mit der Berliner Aids-Hilfe, die mir zusicherte, daß mir trotz falscher Aussage im Personalbogen nichts passieren kann, sprach ich mit unserer Verwaltung über meine Schwerbeschädigung. Man wollte gar keine näheren Informationen von mir, sondern versicherte mir, daß dies keine Nachteile für mich hätte. Jetzt genieße ich die Vorteile des Schwerbeschädigtenstatus wie Kündigungsschutz und sechs Tage mehr Urlaub.

Die Reaktion von Frauen und Männern ist verschieden. Bei den Frauen kam viel mehr Gefühl rüber. Die Männer äußerten sich zunächst nicht, später eher zögernd. Einige Kollegen fragten mich, ob sie mit ihren Freunden darüber sprechen dürften. Das ist wichtig, denn so kommt das Thema Aids weiter an die Öffentlichkeit und die Leute fangen an, sich intensiver damit auseinanderzusetzen. Ich kann jetzt ruhiger und gelassener zur Arbeit gehen, brauche keine Angst mehr zu haben, wenn ich krank bin. Endlich keine Geheimnisse mehr an meinem Arbeitsplatz; ich bin freier geworden und dieser Zustand ist wundervoll.

Als nächstes werde ich mit meiner 11jährigen Tochter über meine HIV-Infektion sprechen. Ich glaube, dies wird der schwerste Schritt meines Lebens sein. Ich arbeite bereits mit meinen Gefühlen daran, diese Situation für uns beide so einfach wie möglich zu machen. Nachdem im Dezember vergangenen Jahres eine Freundin von mir gestorben ist, hatte ich zum ersten Mal die Gelegenheit, mit meiner Tochter über den Tod zu sprechen. Es war ein offenes, ehrliches, gefühlvolles Gespräch. Ich glaube, obwohl mein Mann und ich es vermeiden, in ihrer Gegenwart darüber zu sprechen, spürt sie, daß ich eine Krankheit habe, wenn auch nicht, welche.

Ich werde es ihr mitteilen, solange ich noch gesund bin. Diese Chance will ich ihr geben, aber auch mir. Noch habe ich die Kraft, sie in ihrer Trauer zu trösten. Ich weiß, daß dieser Schritt bald verwirklicht ist. Ich hoffe sehr, daß sie stark genug sein wird, damit zu leben.



frauen/d.a.h. aktuell 2/92



„Wie reagieren sie morgen im Büro?“

Ist es schon schwer genug, Angehörigen und nahen Freunden mitzuteilen, daß man selbst infiziert oder an Aids erkrankt ist, so scheint es oft schier unmöglich, sich auch am Arbeitsplatz zu offenbaren. Eine 30jährige Berliner, seit acht Jahren positiv, ging den umgekehrten Weg. Durch die verständnisvollen Reaktionen, die sie durch ihre Kollegen und ihren Chef erfuhr, fühlt sie sich ermutigt, auch den für sie schwersten Schritt zu wagen: ihrer Tochter zu erklären, daß sie positiv ist.

Nachdem ich an meinem Arbeitsplatz immer unzufriedener wurde, habe ich mit dem Gedanken an eine Kündigung gespielt. Ich überlegte, ein Studium oder eine andere Arbeit aufzunehmen. Dabei hatte ich aber immer das Gefühl, daß dies eigentlich nicht mein Wunsch ist. Es wäre ein Wegrennen gewesen, weil ich im Grunde meinen Arbeitsplatz überhaupt nicht verlassen wollte. Ich wußte, daß es an meiner Situation lag: der Infektion und an dem „Versteckspiel“ vor meinen Kollegen.

So faßte ich den Entschluß, meine Kollegen zu unterrichten – mit allen Risiken. Es war für mich immer ein großes Problem, mich vorstellen zu müssen, vor allem dann, wenn es mir körperlich und seelisch überhaupt nicht gut ging. Ich fand es fürchterlich, mir gegenüber den Kollegen plausible Gründe für mein Kranksein auszudenken.

Schon bei meiner Einstellung hatte ich meinen Chef über meine Infektion informiert und auch diesmal beriet ich mich mit ihm. Ich erzählte ihm von meiner Situation, meiner Unkonzentriertheit, meiner permanenten Angst, entdeckt zu werden. Wir erörterten mein Vorgehen, ob ich es besser jedem einzeln sage oder vor der ganzen Gruppe. Es machte mich sicherer, daß er mir seine Unterstützung anbot.

Immer und immer wieder habe ich mir jeden meiner Kollegen betrachtet, abgecheckt und mir ihre Reaktionen ausgemalt. Erleichtert wurde mir dies durch einige Gespräche über Aids in der Mittagspause. Ich wußte auch, daß dieses Thema auf meiner Arbeitsstelle aktuell werden würde, weil wir Entwicklungshelfer in betroffene Gebiete der Dritten Welt entsenden. Es zeigte sich, daß meine Kollegen informierter waren, als ich immer dachte. Bevor ich mich aber allen mitteilte, wollte ich zunächst einer Kollegin, zu der ich von Anfang an Vertrauen hatte, von meinen Problemen erzählen. Ich verabredete mich mit Martina (*der Name wurde geändert*) zum Kaffeetrinken. Zwei Stunden lang habe ich es nicht geschafft, zu reden. Martina spürte, daß ich etwas auf dem Herzen hatte, glaubte aber, daß ich meine Arbeitsstelle kündigen wollte. Aber als ich dies verneinte, kam sie von selbst auf Krankheit. Das erleichterte mir meine Offenbarung. Ihre Reaktion erstaunte mich. Sie sagte: „Na und? Andere haben Lepra, Tuberkulose, Krebs oder sonst irgendwelche Krankheiten“. Mein eigenes Gefühl war: „Mensch, bin ich die ganze Zeit blöd gewesen.“ Der Anfang war gemacht, endlich. Ich war erleichtert, aber schon kam der Gedanke: „Wie reagiert sie morgen im Büro?“



Foto: Ines de Nil

Die Lesbenburg ist clean

von Sylvia Schenz

Frage: „Was haben Lesben mit HIV zu tun?“

Ulrike: „Nischt! Wenn's ne richtige Lesbe ist, kann ich mir nicht vorstellen, daß da was passiert.“

Bine: „Alles Hysterie. Dieses Gerede davon... Kennst du ne positive Lesbe? – Ich nicht!“ (aus dem Video-Film „Du darfst“, Berlin 1991)

In der Auseinandersetzung mit AIDS wird von Schwulen, DrogenkonsumentInnen, bisexuellen Männern, Prostituierten und Strichern und mittlerweile auch von Frauen gesprochen. Der Blick auf Frauen reduziert sich jedoch auf ihre gesellschaftliche Funktion im Patriarchat: immer im Schatten des Mannes; Frauen als Instrument der Fortpflanzung; als Objekt der männlichen Begierde. Frauen als berufsbedingt Betroffene in den pflegenden und sozialen Berufen. Und schließlich die Frauen als Hüterinnen von Heim und Familie. Die Forschung zielt darauf ab, herauszufinden, welche Gefährdungen Frauen für den Mann darstellen.

Vergnügt sich eine Frau sexuell ohne Mann, ist sie zunächst aufgrund fehlender Informationen ihren irrationalen Ängsten ausgeliefert. Lesben werden, weil sie sich abweichend verhalten, bestraft mit Ignoranz und Diskriminierung. In den HIV-Statistiken werden sie unter der Rubrik Frauen geführt, da es niemand für nötig hält, Frauen nach ihrer sexuellen Orientierung zu fragen. Stellt sich während der Testberatung heraus, daß die Frau Lesbe und gleichzeitig Drogenkonsumentin ist, wird sie lediglich als Drogengebraucherin klassifiziert. Der sexuelle Aspekt wird schlicht übergangen. Dieses Vorgehen in den Forschungsetagen wird damit gerechtfertigt, daß lesbischer Sex kein Risiko einer HIV-Infektion in sich birgt, Lesben von AIDS also gar nicht betroffen sein können.

Lesbische Sexualität wird in der Öffentlichkeit nur mit schmusigen Blicken und sanftem Streicheln assoziiert. Und das ist ja bekanntermaßen völlig safe. Die unterschiedliche Bewertung männlicher und weiblicher Sexualität wird durch die Debatte um AIDS nur allzu deutlich. Dieser propagierten Sicherheit steht entgegen, daß weltweit in drei Fällen eine HIV-Übertragung durch lesbischen Sex nachgewiesen wurde. Auch hier wurde nicht erforscht, ob etwa Menstruationsblut im Spiel war und welche Praktiken ausgeübt wurden. Eine Forschung durch Lesben oder andere Frauen ist hier nötig.

Anfangs war den Lesben die Meinung, sie lebten in einer AIDS-freien Burg, ganz willkommen. Während AIDS die Schwulen dazu brachte, ihre sexuelle Emanzipation einzuklagen, konnten die Lesben eine Debatte über Sex und weitere Tabus noch einmal verhindern. Glück gehabt – gehen uns doch aus Angst, auch noch in den eigenen Reiben bloßgestellt zu werden, unsere sexuellen Phantasien und Bedürfnisse nur allzu schwer über die Lippen. Lesben waren auch erleichtert, zu dieser Debatte nicht gezwungen zu sein, weil sie die Gefahr witterten, ebenso wie die Schwulen pathologisiert zu werden. So lehnte etwa eine amerikanische Blutbank vor einigen Jahren Lesben als Blutspenderinnen ab.

Zunächst beschränkten sich viele Lesben darauf, den Kampf der Schwulen um bessere soziale Bedingungen und medizinische Versorgung zu unterstützen. Häufig waren sie als freiwillige Helferinnen in der Betreuung, als Aufklärerinnen und bezahlte Mitarbeiterinnen in den AIDS-Anlaufstellen anzutreffen. Doch auch diese nicht ganz uneigennützig solidarisierte Lesben noch lange nicht, AIDS aus dem Blickwinkel der eigenen Betroffenheit zu betrachten.

Hier offenbart sich eine quasi religiöse Moralvorstellung: „eine richtige Lesbe kriegt kein AIDS“. Dieser in der Szene kursierende Glaube ist nur die Spitze des Eisbergs und findet sich in den unterschiedlichsten Vermeidungsstrategien immer wieder. Eine richtige Lesbe nimmt keine Drogen, eine richtige Lesbe hat keine heterosexuelle Vergangenheit. Sie hat ihre Geilheit vollkommen im Hintergrund zu halten und darf sich nicht an pornographischen Bildern

erfreuen. Dieser kleine Einblick in die „Moralbibel“ der Lesben macht deutlich, wie enorm die Widerstände sind, sich mit Sex – und AIDS – auseinanderzusetzen. Besonders bei One-Night-Stands fällt es Lesben schwer, Safer Sex anzusprechen. Sie haben Angst, sich einer Diskussion auszusetzen, die das eigentliche Ziel, nämlich den Sex, verhindert.

Frage: „Was hältst du von Safer Sex?“

Petra: „Ich weiß nicht, ich kann dazu nichts sagen. Ich bin kein Mann, hab keinen Schwanz und hab mir noch nie'n Kondom übergezogen.“

Margret: „Ich versuch's schon, aber manchmal überfällt's mich unvorbereitet.“

Diane: „Mit Handschuhen und so. Ich bin doch keine Krankenschwester.“

Es ist an der Zeit, wahrzunehmen, daß jede Lesbe neben den bereits positiv getesteten eine potentielle Virus-Trägerin ist. Selbstverantwortung muß jede einzelne übernehmen, anstatt darauf zu warten, daß dies von uns, den infizierten Lesben in bekennerrinnenhafter Offenbarung geleistet wird. Auch wenn es noch keine lesbenspezifische Forschung gibt, so wissen wir doch, daß auch in unseren Adern Blut fließt und auch in unserer Scheidenflüssigkeit das Virus gefunden wird. Das Übertragungsrisiko von Frau zu Frau ist zwar wesentlich geringer, aber auch in verkehrsberuhigten Zonen besteht ein Restrisiko.

Gewiß mag bei einigen Lesben bei Safer Sex eine unangenehme Erinnerung an die Empfängnisverhütung ihrer heterosexuelle Vergangenheit entstehen. Doch auch diese Grenze muß überschritten werden, wollen wir mit unseren Liebsten mit einem weniger angstbesetzten Gefühl ins Bett steigen.

In der D.A.H. hat sich im Herbst letzten Jahres eine Arbeitsgruppe „Lesben und AIDS“ gebildet. Neben Informationsveranstaltungen – begrenzt auf den Berliner Raum – wollen wir unsere Belange in der AIDS-Debatte auf den verschiedenen Ebenen eingefordert und berücksichtigt wissen. Hierbei sind wir jedoch auf die Unterstützung einer jeden angewiesen. Wendet euch mit euren Ängsten und Schwierigkeiten, ob telefonisch oder persönlich, an die AIDS-Hilfen. Bombadiert sie mit Fragen, fordert adäquate Information, macht euch bemerkbar. Wahrscheinlich stoßt ihr überwiegend auf MitarbeiterInnen, denen die lesbenspezifische Problematik nicht vertraut ist. Ändern wird sich daran nur etwas, wenn wir unseren Bedarf deutlich machen.

Im letzten Jahr habe ich mit einer Lesbengruppe den Videofilm „Du darfst“ produziert – ein Film über Lesben, Moral, HIV und Safer Sex. In einem Wechsel von Spielszenen und Informationsteilen beleuchtet das Video den Umgang der Lesbenszene mit HIV. Der HIV-Test mit seinen politischen und gesellschaftlichen Konsequenzen wird aufgegriffen, auch die möglichen Interpretationen des Testergebnisses.

In diesem Video stellten wir anderen Lesben die Fragen: „Was haben Lesben mit AIDS zu tun?“ und „Was hältst du von lesbischem Safer Sex?“

In „Szene, Test & Safer Sex – Ein Spiel in sieben Variationen“ begegnen sich zwei Lesben im Zeitalter von AIDS. Hier geht es um selbstverständlich praktizierten Safer Sex wie auch um die Auswirkungen eines positiven Testergebnisses auf eine Beziehung.

Eine positive Lesbe und ihre Partnerin berichten über ihre Erfahrungen in der Szene und in der Beziehung, über Sex und Safer Sex.

Am Schluß und als Höhepunkt von „Du darfst“ ist ein Safer-Sex-Porno zu sehen, in dem die unterschiedlichsten Praktiken wie oraler und analer Sex, Benutzung von Sex-Spielzeug und Fisten gezeigt werden. Es ist ein Versuch, lesbischen Safer Sex in seiner Vielfalt und Lust zu zeigen, um Lesben zum Experimentieren und zum Entdecken ihrer eigenen Sex-Phantasien anzuregen.

Dieses Video kann über Sylvia Schenz in der D.A.H. gegen eine Gebühr von 150 Mark angefordert werden. ■



Schwulenmütter oder beste Freundinnen?

Über die Motive von Frauen in der AIDS-Arbeit

von Beate Steven

Frauen lassen sich überall dort finden, wo Mitmenschlichkeit zum Beruf gemacht und das Helfen professionalisiert wird: in der Pflege, der psychosozialen Betreuung, der Kinderversorgung, Hauswirtschaft und Sexualaufklärung. Daran hat auch das „AIDS-Geschäft“ nichts geändert, obwohl es in Deutschland noch



Foto: Oliver Lehmann und Sönke Müller

überwiegend Männer sind, von denen eine HIV-Infektion oder die Erkrankung an AIDS bekannt ist.

Vor diesem epidemiologischen Hintergrund wie auch angesichts der gesellschaftlichen Diskriminierung von Menschen mit HIV und AIDS, die auch vor unterstützenden Institutionen wie der AIDS-Hilfe und ihren HelferInnen nicht Halt macht, stehen Frauen mehr als Männer unter dem Rechtfertigungszwang, ihr Interesse und Engagement für die AIDS-Arbeit sowie ihre Qualifikation glaubhaft vermitteln zu müssen.

Natürlich ließe sich die Frage: „Warum arbeiten Frauen im AIDS-Bereich?“ einfach mit der Gegenfrage beantworten: „Warum sind Männer Gynäkologen?“ Damit wären bereits Form und Tenor dieser Diskussion festgelegt. Allerdings scheint diese polemische Reduktion eines komplexen – und möglicherweise nur biographisch individuell zu beantwortenden – Sachverhaltes dem Kern näherzukommen als der sachliche Zugang. Die Bedingungen, unter denen Frauen im AIDS-Bereich arbeiten, sind weder inhaltlich noch strukturell einfach – oder gar „frauenfreundlich“, wie es der emanzipato-

rische Ansatz der AIDS-Selbsthilfe-Bewegung vermuten lassen könnte.

In über 90% der 130 AIDS-Hilfen sind Frauen hauptamtlich beschäftigt, sie stellen gut ein Drittel der ehrenamtlichen MitarbeiterInnen. Frauen sind als Beraterin, Betreuerin, Pflegerin, Ärztin, Sozialarbeiterin oder Referentin und Verwaltungskraft in AIDS-Hilfs-Organisationen zu finden. Sie kooperieren mit schwulen Kollegen und ordnen sich einer Thematik unter, die überwiegend noch „zielgruppenspezifisch schwul“ ausgerichtet ist – nur etwa 20% der Mitarbeiterinnen in AIDS-Hilfen sind eigens mit frauenspezifischen Angeboten betraut.

Frauen müssen sich in eine Atmosphäre des „Wir-Gefühls“ integrieren, die mehr durch schwule Sexualität als durch eine gemeinsame Arbeitsgrundlage geprägt ist. Was können die Beweggründe sein, in einer überwiegend männlich-schwul dominierten Arbeitswelt zu arbeiten? Ist es Frauen im AIDS-Bereich überhaupt möglich, ihre eigene Identität und ihre berufliche Position zu stärken? Gibt es eine Gegenleistung, die sie dafür erhalten?

Arbeit ist ein Tauschgeschäft: Geld oder Liebe?

Was bewegt Menschen dazu, zu arbeiten? Im soziologischen Sinne nicht viel: Arbeit ist die Ware, die gegen materielle Entlohnung – als Existenzgrundlage – eingetauscht wird. Dies ist ein bewußt pragmatischer und rational erfaßbarer Vorgang.

Auch eine psychologische Betrachtungsweise spiegelt dieses Tauschgeschäft wider, nur läßt sich der Warenwert nicht mehr so leicht fassen: die Entlohnung erhält eine andere Qualität. Sie muß mehr als materielle Bedürfnisse abdecken; sie dient der Erfüllung meist unbewußter Sehnsüchte.

Soziale Arbeit, die auf einer „Helfer-Hilfsbedürftigen-Beziehung“ aufbaut, wirbt nicht mit dem Versprechen, eine adäquate Entlohnung zu bieten; wohl aber ist hier strukturell immer die Möglichkeit angelegt, „Erfolg ohne Arbeit“ zu erzielen – als ideeller Lohn für die Ausbeutung des idealistischen Engagements. Nirgends mehr als in der sozialen Arbeit läßt sich der Narzismus pflegen, wird die eigene Person durch Interessantheit, Bestätigung, Zuwendung und Kontakte aufgewertet. Dieses Tauschprinzip funktioniert dann nicht mehr, wenn die materielle oder ideelle Entlohnung nicht im angemessenen Verhältnis zum Geleisteten steht. Das ist bei Frauen in der AIDS-Arbeit oft der Fall, wenn sie aus dem meist schwulen Beziehungsgeflecht der Mitarbeiter und auch der Klienten ausgeschlossen sind.

Männer sind die besseren Frauen: „Schwule diskriminieren Frauen am Arbeitsplatz nicht.“

Schwule Männer können Ausgrenzung und Ächtung am eigenen Leibe erfahren haben – diese bittere Erfahrung muß jedoch durchaus nicht in mehr Toleranz und Offenheit gegenüber Andersartigem münden. Frauen als nicht potentielle Liebhaberinnen stehen in diesen gruppenspezifischen Zusammenhängen am Ende der Bedeutungskette in einem Team in der AIDS-Arbeit und sind trotzdem von Spott und Unterdrückung in der Auseinandersetzung um Macht und Einfluß nicht ausgenommen. Die Zusammenarbeit mit Schwulen bietet keinen „Schutzraum“ für Frauen und hält auch nicht mehr Möglichkeiten zur beruflichen Selbstverwirklichung bereit als sogenannte normale Arbeitsfelder.

In schwulen Arbeitszusammenhängen zeichnen sich, wenn auch auf andere Weise, die bekannten gesellschaftlichen Bilder mit sämtlichen verfügbaren Vorurteilen ab. Es kommt zu abwertendem Verhalten gegenüber Frauen und ihren Lebensweisen – gleich ob sie lesbisch, bi- oder heterosexuell sind, ob sie Kinder haben oder nicht. Hierarchien und Machtpositionen, die nicht unbedingt rational begründet und nachvollziehbar sein müssen, bestimmen auch hier die Arbeitsstrukturen. Die Kompetenz und Erfahrung von Frauen wird per se kritisch beurteilt und im Kampf um Einfluß hintangestellt.

Frauen müssen besser sein als Männer: Homosexualität und HIV-Infektion als Qualifikationsmerkmal

Die Diskussion um die sogenannte Betroffenenkompetenz und ihre Verankerung im Handeln und in Entscheidungsprozessen ist keineswegs neu. Bereits in den siebziger Jahren stand diese Frage im Rahmen drogenpolitischer Diskurse im Mittelpunkt: müssen Drogenberater über Drogenerfahrungen und ein Leben mit Abhängigkeit und den damit verknüpften sozialen Bedingungen verfügen oder nicht? Und auch in den ersten Selbsthilfegruppen von Frauen mit Krebs wurde zehn Jahre später die Forderung nach der Kompetenz der Betroffenen als anfänglich wichtigste Forderung an das Medizin- und Gesundheitswesen gerichtet. Auch hier wurde in aller Konsequenz die Beteiligung an der Gestaltung von Pflege- und Therapieplänen sowie am Informationsfluß über Medikamente gefordert.

Gestützt durch Erkenntnisse aus der humanistischen Psychologie ist es längst anerkannt, daß mit Hilfe der aus persönlicher Erfahrung entwickelten Einstellungen, Normen und Werte mehr Glaubwürdigkeit und Überzeugungskraft für andere erzielt wird. Verborgene Verhaltensmotive, Ängste und Wünsche bei „Klienten“ werden von Helfenden mit ähnlichen Lebenserfahrungen sensibler wahrgenommen. Mehr Offenheit gegenüber dem zu entwickeln, was Lebenswelt genannt wird, scheint unabdingbar für die Präventions-, Versorgungs- und Betreuungsarbeit im AIDS-Bereich zu sein.

Die Frage allerdings bleibt, und sie ist legitim, inwieweit „Betroffenenkompetenz“ eine ausreichende Grundlage für Stellenbesetzungen und weitreichende Entscheidungen sein kann. Hier sind Frauen in der Regel aufgrund ihres Geschlechtes ausgeschlossen, es sei denn, sie sind HIV-positiv.

Die Problematik einer Vermischung von privaten und beruflichen Rollen ist hinlänglich bekannt: Ergebnis ist die mangelnde Fähigkeit, Überlastung zu vermeiden, Abgrenzungen vorzunehmen und konstruktive Strategien zur Problemlösung zu erarbeiten, die sich auf ein soziales Netz beziehen und Kompetenz und Hilfe von außen zulassen. Daher muß dieses Denk- und Arbeitssystem in einem Bereich, der viel fordert und nicht über allzu viele Ressourcen verfügt, zumindest kritisch betrachtet werden.

„Betroffenenkompetenz versus Fremdkompetenz“ ist eine Diskussion in der AIDS-Arbeit, die auf interessante Weise bisher männlich besetzte Intellektualität um die bislang den Frauen zugeschriebene Welt der Erfahrung und Intuition erweitert. Dennoch hat diese Diskussion noch keinen ganzheitlichen Ansatz geschaffen, in dem sich auch Frauen wiederfinden können.

Sexualität ist eine Überlebensstrategie im Alltag: das Überleben in einem sexualisierten Arbeitsbereich

In einer von Beziehungs- und Lieblosigkeit geprägten Welt mutet gelebte Liebe und Sexualität im „Arbeitsfeld AIDS“ revolutionär an.

Tatsächlich könnte man sie in die bürgerlich-protestierende Tradition der Frühromantik einreihen, die Liebe und Versöhnung als machtvolleres Prinzip ansieht; jenseits aller gesellschaftlichen Barrieren und ungeachtet der staatlichen Reglementierungen durch Moralkodexe und Rechtsinstitutionen wie die Ehe. Private Gedanken und Gefühle sollten auf der gleichmäßigen Teilhabe an der Macht basieren und somit einer Annäherung zwischen den Menschen den Weg bereiten, um sie lebendig und offen für andere zu machen. Liebe und Sexualität als Weg zum Überleben vor dem Hintergrund von Zerfall und Einsamkeit, Sterben und Tod ist ebenfalls in der Kultur und den Lebensverhältnissen des Menschen weder neu noch an die Bedingungen der Gegengeschlechtlichkeit geknüpft.

Dennoch gilt dieser Weg nicht für alle und verheißt nicht die Freiheit für jeden: selbstverständlich gehört zur Auseinandersetzung mit AIDS auch die Diskussion um Spielarten der Liebe und Sexualität. Doch gerade dieser Aspekt erhält schnell eine Eigendynamik, die zum Selbstzweck wird. AIDS-Arbeit gerät nur zu oft zur Kontaktsuche innerhalb der schwulen Szene und wird die öffentliche Bühne für Liebesdramen aller Art – in denen die Frauen höchstens als Zuschauerinnen oder Beraterinnen geduldet werden. Dies erlegt ihnen einmal mehr Passivität in den ansonsten von den Männern bewegten Prozessen auf, darüber hinaus sehen sie sich mit einem zweifelhaften Voyeurismus konfrontiert, dem sie sich im Alltag kaum entziehen können.

Auch hier finden sich Frauen erneut nur vor die Wahl gestellt, ihre eigene Sexualität zu neutralisieren oder sich fremden, nicht selbständig gewählten Formen männlicher Sexualität anzupassen. Beides kommt einer Abwertung der eigenen Attraktivität und Erotik gleich. Das wäre die nicht untypische weibliche Synthese der Verdrängung: die bedrängenden, in die Isolation führenden, aber scheinbar nicht zu verändernden Verhältnisse mit der Notwendigkeit verknüpfen, darin eigene Überlebensstrategien zu entwickeln.



Gefährdete Jungfrauen

Das Risiko, sich bei ungeschütztem Sexualverkehr mit einem positiven Partner zu infizieren, ist zwischen heterosexuellen Frauen und Männern ungleich verteilt. Zu diesem Ergebnis kommt eine Studie, die das Europäische Zentrum für AIDS-Epidemiologie im französischen Saint-Maurice jüngst durchgeführt hat. Welche Praktiken besonders infektionsträchtig sind, wollte man durch die Befragung ermitteln. An der Untersuchung nahmen 563 Paare aus neun europäischen Ländern teil, von denen jeweils ein Partner HIV-infiziert war. Bei 400 Paaren war dies der Mann. Befragt wurden nur Paare, die nachweislich keinen anderen Risikofaktoren als dem heterosexuellen Beischlaf ausgesetzt waren.

Die Partnerinnen infizierter Männer steckten sich besonders häufig an, wenn ungeschützter Analsex zu ihren sexuellen Praktiken gehörte. Auch die Defloration scheint ein hohes Risiko zu bergen. Für die Frauen, die ihren ersten Sexualkontakt mit einem infizierten Mann hatten, lag die Ansteckungsrate bei 40 Prozent.

Männer tragen ein hohes Risiko, wenn sie während der Menstruation mit einer positiven Frau schlafen. Insgesamt ist das Ansteckungsrisiko für Frauen jedoch höher: 20 Prozent der Frauen, aber nur 12 Prozent der Männer haben sich bei ihrem Partner infiziert. Die Forscher führen dies unter anderem darauf zurück, daß infizierte symptomlose Männer fünfmal infektiöser seien als Frauen. Im fortgeschrittenen Stadium scheint es allerdings keine Unterschiede in der Infektiosität mehr zu geben.

Lediglich 4 Prozent gaben an, sie würden bei jedem Verkehr Kondome benutzen. Bei keinem dieser 24 Paare kam es zu einer Infektion des Partners. ■

Für die zwischen den Frauen und schwulen Männern im AIDS-Bereich stattfindende Anziehung und Abgrenzung jedoch gibt es keine Lösung. Schubladendenken und Spott ersetzen hier die ansonsten geforderte Toleranz und verhindern Entwicklungen, die zu gegenseitigem besseren Kennenlernen führen könnten.

Hin- und hergerissen zwischen richtiger Arbeit und falschen Männern: die Arbeit mit AIDS verhindert Tabus

Es gibt keine Gründe für eine Verherrlichung schwuler Arbeitsstrukturen im Spannungsfeld der Selbsthilfe und Professionalität. Frauen müssen sich unliebsame Fragen nach der Motivation ihrer Wahl des Arbeitsbereiches AIDS sowie der Art ihres Engagements gefallen lassen. Haben es Frauen nicht durch jahrelange weibliche Sozialisation gelernt, Erfolg zu vermeiden und gleichzeitig diese Selbstentwertung durch „dienende“ und zuarbeitende Tätigkeiten zu entschärfen – vertraut und geübt und das Gefühl erzeugend, gebraucht, geliebt und anerkannt zu werden. Oder haben es die Frauen, die so gerne mit Schwulen arbeiten, nicht geschafft, ihre Sehnsucht nach einem lustvollen und freien Sexualleben auch zu verwirklichen? Suchen sie nicht die Nähe von schwulen Männern, um der Notwendigkeit zu entgehen, sich den „richtigen Männern“ zu stellen und mit diesen den Kampf um Partnerschaft auszufechten, die dann diesen Namen wirklich verdient?

Objektiv betrachtet, erscheinen die Frauen als die idealen Helferinnen in der AIDS-Arbeit: sie verfügen über Erfahrung und Kompetenz im sozialen Engagement und sind Fachfrauen in Fragen „Sexualität-Angst-Schuld“ – durch die ihnen seit Jahrzehnten aufgetragene Verhütung ungewollter Schwangerschaften.

Gleichzeitig profilieren sich Frauen immer mehr; der Anspruch auf gesellschaftliche Aufwertung wird zumindest in der AIDS-Arbeit dadurch erfüllt, daß sich eine gesellschaftlich als fragwürdig angesehene Tätigkeit – die Beschäftigung mit Außenseitern – durch eine gesellschaftlich hoch angesehene – die Beschäftigung mit der Politik – koppelt und damit der sinnstiftende Gehalt der Arbeit verdoppelt wird. Frauen müssen sowohl nach außen als auch innerhalb der eigenen Kreise gegen die ihnen zugeschriebene Unfähigkeit zur Leistung, Arbeit und Karriere ankämpfen. In der AIDS-Arbeit scheinen sich die Rollen umgekehrt zu haben. Das würde bedeuten, andere Arbeits- und Lebensformen ausprobieren und schaffen zu können.

Doch in dieser Wahrnehmung ist Wunschdenken enthalten; schwule Männer wurden und werden von Frauen idealisiert wahrgenommen – entsprechend ihrem Bedürfnis nach Partnerschaftlichkeit und dem Wunsch, nicht permanent Sexualobjekt zu sein. Schwule schaffen sich hingegen Bilder von Frauen, die entweder für die gewählte sexuelle Präferenz keine Bedrohung darstellen oder die umgekehrt immer wieder als die – negative – Bestätigung für die Richtigkeit der Wahl ihrer schwulen Lebensweise herhalten müssen.

So sind die Rollen nur scheinbar umgekehrt; sie sind keiner Aufweichung gegenseitiger Vorurteile gewichen: Frauen werden auf ihre traditionellen Verhaltens- und Erscheinungsformen von schwulen Männern nicht weniger als von heterosexuellen festgelegt. Attraktivität ist genauso wichtig, weibliche Stärke, Aggressivität und Unangepaßtheit stoßen nicht weniger auf Protest und Ablehnung. Während sich Frauen ständig mit dem Vorwurf auseinandersetzen müssen, nicht ohne subjektiv personalisierte Arbeitsbeziehungen funktionieren zu können, erleben sie in der AIDS-Arbeit schwule Kollegen, die offenbar keine Probleme mit dieser Einstellung haben und sie zur Grundlage qualitativ guter Arbeit erklären.

Das Beschäftigtsein in und mit der AIDS-Arbeit ist also eine Mogelpackung. Die Chance für Frauen kann dennoch darin liegen, eigenständig Leit- und Vorbilder aufzubauen und ihre AIDS-Arbeit als Teilhabe am politischen Geschäft der Gesundheitsversorgung anzusehen. ■

Aktuell

Impressum

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

Redaktion: Michael Lenz, Jürgen Neumann, Sönke Müller

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

Redaktionsanschrift: Deutsche AIDS-Hilfe, Redaktion Aktuell, Nestorstr. 8-9, 1000 Berlin 31

Telefon: 030 - 89 69 06 - 26 oder 25

Telex: 186576 aids d

Telefax: 030 - 89 69 06 42

ISSN: 0937-1923

Autoren dieser Ausgabe: Friedrich Baumhauer; Jutta Birnbickel; Michael Bochow; Stefan Dressler; Brigitta Einberger-Spiegel; Daniel Fechter; Luitgard Fleischer; Werner Hermann; Götz-Armin Joas; Beate Leopold; Ingo Ilja Michels; Erika Parsa; Sylvia Schenz; Heiko Schorch; Christine Schweser; Elfriede Stefan; Beate Steven; Bernd Weste; Matthias Wienold; Martin Zimmer
Layout: Carmen Janiesch

Titelfoto: Sönke Müller und Oliver Lehmann

Fotos: Renate Altenrath; Jürgen Baldiga; Friedrich Baumhauer; Rolf Fischer; Barbara Krumme; Oliver Lehmann; Reinhard Lorenz; Klaus Lucas; Master Media; Sönke Müller; Ines de Nil; Erika Parsa; Florian Wüst

Satz: Reinhold Speckels und Thomas Kubitzky, Berlin

Druck: Oktober-Druck, Berlin

Auflage: 5.000

Aktuell erscheint fünfmal jährlich. Einzel exemplar: DM 5,00, im Jahresabonnement: DM 37,50. Abo-Coupon in diesem Heft – für D.A.H.-Mitglieder kostenlos.

Aktuell Nr. 3 1992 erscheint voraussichtlich im August.

Beiträge, die namentlich gekennzeichnet sind, geben nicht unbedingt die Meinung der Redaktion wieder. Die Redaktion behält sich vor, Leserbriefe gekürzt zu veröffentlichen. Jeglicher Nachdruck von Beiträgen, auch auszugsweise, ist nur nach vorheriger Genehmigung durch den Herausgeber und nur mit Quellenangabe gestattet. Mitgliedern der Deutschen AIDS-Hilfe steht der Nachdruck der Beiträge mit Quellenangabe in Vereinspublikationen frei.

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

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

Spendenbescheinigungen werden auf Wunsch zugesandt.

Weg von der Opferrolle

Auf der Mitgliederversammlung der Deutschen Aids-Hilfe im März in Weimar wurde mit großer Mehrheit für die Einrichtung eines Frauenreferates votiert. Die Frauenfachkommission der D.A.H. sieht es als eine der Aufgaben der neuen Referentin an, die Interessen der Aids-Hilfe-Mitarbeiterinnen zu vertreten, für ihre Gleichstellung zu sorgen und dem Sexismus der Mitarbeiter entgegenzutreten. In der Debatte wurde den Frauen der Kommission daraufhin vorgeworfen, zu sehr mittelschichtorientiert zu sein und die Belange der infizierten Frauen zu wenig zu berücksichtigen. Auf besonders heftige Kritik stieß es, daß in der Vorlage der Kommission drogengebrauchende Frauen mit keinem Wort erwähnt wurden. Wir wollten an dieser Stelle den verschiedenen Standpunkten über die künftige Frauenarbeit der D.A.H. Raum geben. Leider haben die Frauen der Fachkommission darauf verzichtet, diese Diskussion hier weiterzuführen.

Susanne Teichmann, Mitglied im Beirat der D.A.H. für Berlin und Kritikerin des Antrags, beschreibt, warum viele Frauen in Aids-Hilfen Schwierigkeiten haben. Das Gespräch führte Jürgen Neumann.

Susanne, Du bist schon seit sieben Jahren in der Aids-Hilfe aktiv. Wieso?

Das kann ich ganz kurz sagen. Zu der Zeit habe ich in der Alternativen Liste Politik gemacht und im ASTA geholfen, das Schwulenreferat aufzubauen. Ich hatte viele schwule Freunde, die dabei waren, die Aids-Hilfe zu gründen. Durch diese Freunde bekam ich Interesse an Aids-Politik. Das ist geblieben; Ende 1987 habe ich mich aus der Alternativen Liste zurückgezogen, seitdem ist die Arbeit in der Aids-Hilfe mein einziges politisches Engagement.

Was waren das für Frauen, die in der Anfangszeit in die Aids-Hilfen kamen?

Das war damals ja hauptsächlich eine schwule Organisation. Ich kann mich nur noch an ganz wenige Frauen erinnern. Das waren in der Regel Frauen, die in einer ähnlichen Situation waren wie ich, eben mit Schwulen befreundet. Das änderte sich dann langsam, weil die Drogengebraucher ins Blickfeld gerieten und sich auch Frauen an die Aids-Hilfe wandten, die sich über die Nadel infiziert hatten. Es gab heftige Auseinandersetzungen darüber, ob auch wir den Weg: „Aids geht alle an“ beschreiten sollten. Politisch schien es uns opportun, dafür zu sorgen, daß es aufgrund von Aids nicht zu einer zusätzlichen Diskriminierung von Schwulen kommt. Ein Standpunkt war, in der Öffentlichkeit nicht so sehr zu betonen, daß zumeist Schwule von Aids betroffen waren. Das hat dazu geführt, daß wir insgesamt mehr in den heterosexuellen Raum hineingeschaut und auch für diese Personengruppe Kampagnen gemacht haben. Dadurch wurden dann auch Frauen angesprochen. Außerdem ergab sich ja auch tatsächlich die Notwendigkeit, ehrenamtliche Mitarbeiterinnen zu gewinnen, weil die Arbeit allein durch Schwule nicht zu bewältigen war.

Haben sich diese Frauen von denen unterschieden, die durch ihre schwulen Freunde in die Aids-Hilfen kamen?

Ich hatte immer den Eindruck, sie wollen einfach helfen; oder sie sehen in der Aids-Hilfe eine Möglichkeit, „Mutter“ zu sein oder ihren „Sozialarbeitertouch“ unterzubringen. Und es ist ja auch nie klar von seiten der Aids-Hilfe und den Betroffenen gesagt worden, was sie von diesen Frauen erwarten und was nicht. Man hat sich nie gegenseitig die Grenzen gezeigt. Insofern würde ich den Frauen keinen Vorwurf machen, daß sie, wie wir das oft böse sagen, von ihrem Helfersyndrom nicht runtergekommen sind. Das kann man ihnen nicht allein in die Schuhe schieben.

Gilt das auch für die hauptamtlichen Mitarbeiterinnen?

Im hauptamtlichen Apparat wissen die nichtinfizierten Frauen zumeist, daß sie nicht gleichberechtigt sein können, wenn Entscheidungen zu treffen sind, die die Interessen der Betroffenen berühren. Aber natürlich wollen sie dort mitbestimmen, wo es um ihre Arbeit geht. Ein Quotenprinzip allerdings gilt für die Aids-Hilfe nicht. Es



werden vorrangig Menschen aus den Hauptbetroffengruppen eingestellt. Wir haben auch infizierte und erkrankte Mitarbeiter. Dies wird ebenso von den Kolleginnen akzeptiert wie das Grundprinzip von Selbsthilfe- und Betroffenenorganisation.

Im ehrenamtlichen Bereich ist das anders. Dort ist der Frauenanteil wesentlich höher als bei den Hauptamtlichen. Es gäbe wohl Schwierigkeiten, wenn die jetzt plötzlich ihr Interesse für die Politik der Aids-Hilfe anmeldeten und dort über Fragen der Selbstorganisation mitentscheiden wollten. Aber so läuft es ja nicht, die Leute arbeiten halt in dem Bereich, für den sie sich beworben haben und das genügt ihnen. Der Laden ist groß und die Probleme so vielfältig, daß die meisten ehrenamtlichen Mitarbeiter, ob Männer oder Frauen, gar nicht über alles, was Aids-Hilfe ist, Bescheid wissen wollen. Insofern tauchen diese Konflikte nur zum Teil auf.

„Frauen, die sich nur als Helferinnen begreifen, haben kein Recht zur Mitsprache.“

Schwule infizierte Männer deklarieren ihre Arbeit ja als originäre Selbsthilfe. Wie ertragen es Frauen, daß sie in der Regel nur Helferinnen sind und nicht direkt betroffen, daß ihnen die Männer die Betroffenenkompetenz voraushaben?

Entweder man nimmt es hin oder man versucht, sich das Recht zum Mitreden herauszunehmen, weil man ja auch durch die tägliche Arbeit kompetent wird. Meine persönliche Meinung ist ja eine ganz andere: Frauen, die sich nur als Helferinnen begreifen, sollen auch nur diese Rolle ausfüllen. Ich denke, daß sie kein Recht haben, sich zu beschweren, wenn ein positiver Schwuler ganz offensichtlich eine größere Kompetenz in Fragen seiner eigenen Krankheit Aids hat. Und da haben sie im Konfliktfall und im Zweifelsfall Fragen zu stellen, aber ich würde ihnen schlichterding eine Kompetenz absprechen, hier mitzubestimmen. Außerdem ist es in der Aids-Hilfe nicht von Bedeutung, ob ich eine Frau bin. Wenn ich mich dort hineinbegebe, wo es um Schwule und Drogengebraucher geht, finde ich den Anspruch, die sollen mich jetzt bitte schön als Frau mit meinen Verletztheiten und meiner tausendjährigen Opferrolle ernst nehmen, irgendwie komisch.

Woher nimmst Du Dir das Recht, mitzureden?

Ich bin keine Helferin. Meine Freunde sterben weg, Aids greift direkt und schmerzhaft in mein Leben ein. Ich verfolge also meine eigenen Interessen in der Aids-Hilfe. Ich lasse mich auf die Probleme ein, die die anderen dort haben und versuche, bei der Lösung zu helfen. Dies allerdings mache ich als Frau.

In der Bundesgeschäftsstelle der D.A.H. wird ein Frauenreferat eingerichtet, das Bewerbungsverfahren läuft. Sollte sich die Referentin um die Belange und Interessen der Mitarbeiterinnen in Aids-Hilfen kümmern und für ihre Gleichstellung sorgen?



Überflüssig. Dafür gibt es einen Betriebsrat. Wenn der sich nicht für mich einsetzt, dann muß ich eben selbst dafür kandidieren und mir Bündnisgenossinnen suchen. Für Ehrenamtler gibt es in der Berliner Aids-Hilfe die Mitarbeiterversammlungen, wo auch die Frauen zusammenkommen können, wenn sie denn wollen.

Aids ist nach wie vor eine Männerkrankheit. Von 8.000 Kranken sind 700 Frauen; bei den Infizierten sieht es vielleicht ein wenig anders aus, aber die Relationen haben sich nicht grundsätzlich verändert. Was hat das für Auswirkungen auf die Situation und auf die Bedürfnisse von infizierten Frauen?

Frauen haben sicherlich, einfach weil sie in der Minderheit sind, Probleme mit einer hauptsächlich schwul besetzten Aids-Hilfe. Sie stoßen auf Unverständnis, auf Ablehnung oder auch auf Unsicherheiten. Das macht es natürlich nicht leicht, als infizierte Frau aufzutreten und zu fordern: ich will auch teilhaben, ich habe ein Recht auf selbstbestimmte Angebote. Aber das gilt für die Drogengebraucher genauso. Bei Frauen kommt noch etwas anderes hinzu. Warum soll ich mich als vereinzelt Frau mit irgendeiner anderen vereinzelt Frau solidarisieren? Oder als – wie auch immer – heterosexuell infizierte Frau mit einer drogengebrauchenden? Das sind zwei verschiedene Lebenswelten, Frauen sind nicht als Kollektiv betroffen. Solch einen Anspruch halte ich für falsch. Es ist Frauen nicht möglich, ihre eigenen Interessen zu vertreten, wenn man sie in dieser Weise gleich macht.

„Wer sich nur als Opfer sieht, wird auch nur als Opfer betrachtet.“

Solange die Frauen ihren Lebensweg, ihre Lebenssituation und damit auch die Ursache ihrer Infektion nicht offen machen – auch vor sich selbst –, solange können sie auch gar nicht selbstbewußt schwulen Männern gegenüberreten. Die haben ja, zumindest viele von ihnen, gelernt, was es heißt, infiziert und schwul zu sein. Irgendwann mußten die Kerle sich mal eingestehen, daß das passive Arschficken „das gefährlichste“ ist und die Jungs, die positiv waren, hatten halt, wenn man so will, in der Szene genau dieses Mal im Gesicht. Sie stehen mittlerweile dazu, daß sie sich diesem Risiko ausgesetzt haben. Wer sich wie viele Frauen nur als Opfer sieht, wird auch nur als Opfer betrachtet.

Ich hoffe, Frauen haben eine Chance in der Aids-Hilfe. Aber sicher nicht dadurch, daß man Frauenreferate einrichtet. Deswegen nicht, weil ich befürchte, daß dann wiederum die Frauen nur in ihrer Allgemeinheit betrachtet werden. Von den Befürworterinnen dieses Referates ist ja betont worden, daß sie ihr Augenmerk auf die „weibliche“ Betroffenheit durch Aids richten wollen. Die gibt es nicht. Nehmen wir etwa eine drogengebrauchende Frau, die jahrelang der Anschaffungsprostitution nachgegangen ist und vielleicht im Knast war. Damit sie ihren eigenen Weg neu finden kann, muß sie erstmal zu ihrem früheren Lebensweg stehen. Wenn sie das noch nicht geschafft hat und in irgendwelchen Gruppen mit Frauen zusammensitzt, die aus einer ganz anderen gesellschaftlichen Situation in die Infektion hineingekommen sind, dann werden die sich ständig blockieren mit ihren Ängsten und Unehrllichkeiten voreinander und vor sich selber. Das geht nicht. Ich glaube auch, daß das Angebot der betreuten Gruppen dazu führen kann, die Abhängigkeit von der Opferrolle und das Gefühl von Hilflosigkeit zu zementieren. Warum ist es bis heute nicht möglich, daß Frauen aus einer betreuten Gruppe in die Selbsthilfe wechseln? Andererseits sind Frauen, die in Selbsthilfe arbeiten, wie etwa die aus dem Café „Positiv“ nicht willens, in betreute Gruppen zu gehen. Die sagen ja, daß sie nicht „betüddelt“ werden wollen. Wir in der Aids-Hilfe sind über Betüddelung nicht weit hinaus gekommen und müssen uns jetzt fragen, was wir eigentlich für ein Frauenbild haben.

Was könnte denn das Frauenreferat dazu tun, daß Frauen in die Offensive gehen?

Erstmal und vor allem anderen sollte die Referentin sich Klarheit verschaffen über ihr Arbeitsgebiet. Wir wissen nicht, wieviel infizierte Frauen es überhaupt gibt. Noch weniger wissen wir darüber, warum es sie gibt. Alle reden davon, daß die Zahl der sexuell infizierten Frauen stark steigt. Tatsächlich ist es so, daß mehr Frauen, die

einen solchen Infektionsweg angeben, zu den Aids-Hilfen kommen. Aber auch das kann unterschiedliche Ursachen haben. Aids-Hilfe ist bekannter geworden, der Name ist inzwischen vertrauter, die Hemmschwelle, mal dort anzurufen oder auch mal reinzugehen, ist niedriger geworden. Aber alles das wissen wir nicht genau. Nun frage ich mich: wo sind die Männer? Es ist ja ein verblüffendes Phänomen, daß sie nirgends zu finden sind. Wir wissen lediglich, daß Männer sich durch heterosexuellen Sex nicht so schnell infizieren wie Frauen. Aber von irgendwem müssen die Frauen das ja nun auch haben. Also, woran liegt es, daß es so aussieht, als würden nur bei den Frauen die Neuinfektionen steigen? Da gibt es ja auch schon einige Thesen, etwa, daß die Männer irgendwann mal Drogen gebraucht haben, das aber den Frauen verschweigen. Oder daß die Dunkelziffer hier höher ist, weil die Männer nicht so häufig zum Test gehen.

Wie sicher ist es denn, daß gerade Infektionen auf heterosexuellem Wege zunehmen? Es ist ja immerhin so, daß etwa drei Viertel der Menschen, die sich einem Test unterziehen, keine Angaben über den Infektionsweg machen.

Das ist es ja: ich persönlich will das nicht dramatisieren. Ich halte diese Aussage für unbewiesen. Damit will ich aber nicht sagen, man soll das nicht ernst nehmen. Aber wenn wir an diesem Problem weiter so herumrumpeln, ohne die Ursache zu wissen, machen wir ein neues Arbeitsfeld auf, das nur ein Flop werden kann. Hier darf es nicht um politisch gefärbte Meinungen oder persönliche Glaubenssätze gehen. Nach der bisherigen Konzeption des Frauenreferates glaube ich nicht, daß es zu den Aufgaben der Referentin gehören soll, sich hier Klarheit zu verschaffen, ich habe aber gute Hoffnung, daß in der weiteren Ausgestaltung noch einiges möglich ist.

Was kann eine Frauenreferentin im Bereich der Prävention tun?

Prävention ist nur sinnvoll, wenn sie zielgerichtet ist. Wenn ich nicht weiß, woran es liegt, daß Frauen sich infizieren, ist doch wohl auch fraglich, was Prävention bringen könnte. Warum sollte man Frauen die Verantwortung dafür aufdrücken, ihren Kerlen Gummis überzuziehen, ohne daß man genau weiß, sind sie nun bedroht oder nicht? Das ist völlig schwachsinnig. Meine These ist, sie sind es nicht, also drücken wir es ihnen auch bitte schön nicht auf, nur weil wir hysterisch sind. Ich mag Gummis auch nicht.

Die Frankfurter Psychologin Sophinette Becker kritisiert, daß die Aids-Hilfe sich allmächtig wähnt und jeden Verfolgten dieser Erde vertreten will. Übernimmt sie sich nicht, wenn sie die Schwulen, die Drogengebraucher, die Prostituierten, die Stricher und jetzt auch noch die heterosexuell infizierten Frauen als Klientel begreift?

Aids-Hilfe übernimmt sich sowieso und ständig. Ich glaube, daß es doch ganz üblich und verständlich ist, daß viele heterosexuelle Frauen sich im Zweifelsfall an ihre bezirklichen Gesundheitsämter wenden, weil das ihrer Lebenssituation viel mehr entspricht. Es wäre sinnvoll, mit diesen anderen Ansprechpartnern zusammenzuarbeiten und sich darum zu kümmern, daß die ihre Arbeit gut machen. Vielleicht sollten wir eher mal sagen: du kriegst bei uns eine Telefonberatung und bei anderen Problemen gibt es dieses oder jenes Amt, da können wir dich guten Gewissens hinschicken, weil wir wissen, was die für eine Arbeit machen. Und wir schicken dich nicht deswegen dahin, weil wir dich loswerden wollen, sondern weil die viel besser darauf eingerichtet sind, mit deinen spezifischen Problemen in deiner Familie und in deinem Alltag als heterosexuelle Frau umzugehen.

Aber diese Fragen werden auch heute noch immer taktisch gehandhabt. Wenn durch die Medien geistert, daß Frauen in größerem Maße infiziert sind, da kann sich ja nun die Aids-Hilfe auch nicht zurückhalten. Das nutzt dann ja auch dem Namen Aids-Hilfe, wenn man sich nicht nur um die Schmuttelkinder kümmert. Wir dürfen aber auch nicht vergessen, daß Aids-Hilfen in kleinen Städten oder auf dem Land ganz anders strukturiert und viel mehr durch Frauen bestimmt sind. Dort kann man viele Arbeitsgebiete nicht delegieren, weil die Gesundheitsämter oder sonstigen Institutionen derart konservativ sind, daß es verantwortungslos wäre, Menschen mit HIV und Aids dort hinzuschicken.

Susanne, vielen Dank. ■

Frauen und AIDS in Afrika

von Luitgard Fleischer

Durch AIDS werden komplexe, bereits bestehende schwierige Probleme in Afrika zusätzlich verstärkt. Ungleichheiten, Mangelsituationen und Ungerechtigkeiten in der bestehenden sozialen Ordnung, in Gesundheitssystemen, im Erziehungs- und Wirtschaftssektor werden wie mit einem Vergrößerungsglas deutlich und unübersehbar. In der Konfrontation mit AIDS werden die afrikanischen Gesellschaften herausgefordert, den status quo zu hinterfragen auf dem die Erziehung der Jugend, die Stellung der Frau, die Krankenversorgung und die Menschenrechte aufgebaut sind.

Armut ist weiblich – dies zeigt sich erschreckend in den armen Ländern. Frauen haben dort eine kürzere Lebenserwartung als Männer, sind öfter unterernährt, haben weniger leichten Zugang zu Ausbildung und entsprechend weniger Chancen auf dem Arbeitsmarkt.

Demgegenüber sind die Forderungen, die an Frauen gestellt werden, sehr hoch. Von ihnen wird erwartet, daß sie einer genügend großen Zahl von Kindern (möglichst Söhnen) das Leben schenken und sie selbst ernähren und erziehen. Viele Frauen in den ländlichen Regionen sind für die Subsistenzwirtschaft und die Ernährung der ganzen Familie zuständig. Gleichzeitig haben sie kaum Rechte und sind in wichtigen Entscheidungsstrukturen nicht vertreten. Sie besitzen zudem selten Land und haben somit meistens keinen Anspruch auf Kredite. Auch die Gesundheitsversorgung der eigenen Familie liegt in den Händen der Frauen: das bedeutet die Gesunderhaltung der Kleinkinder und die Pflege der Kranken und Alten. Heute obliegt es oft den alten Frauen, die AIDS-Waisen zu versorgen, da eine Vielzahl der Frauen der mittleren Generation bereits der AIDS-Epidemie zum Opfer gefallen ist.

Darüber hinaus lastet ein hoher moralischer Anspruch auf den Frauen in Afrika. Sie werden verantwortlich gemacht, wenn eine Ehe unfruchtbar bleibt. Sie werden mit der Doppelmoral belegt, die den Männern erlaubt polygam zu sein, den Frauen jedoch eheliche Treue vorschreibt. Auf dieser Gedankenbasis keimt dann die Überzeugung, daß moralischer Zerfall von Gesellschaft und Familienstruktur mit der Emanzipation der Frauen einhergeht. In vielen afrikanischen Gesellschaften werden sexuell übertragene Krankheiten und damit auch AIDS als „Frauenkrankheiten“ gesehen, da die männliche Bevölkerung der Ansicht ist, daß eine Ansteckung nur über eine Frau – und nicht umgekehrt – erfolgt. Doch oft genug wird eine Frau von ihrem Mann, der als Wander- oder Saisonarbeiter monatelang von zu Hause fort in der Stadt ist und dort andere Beziehungen pflegt, bei dessen Rückkehr angesteckt.

Frauen sind in afrikanischen Ländern von AIDS besonders hart betroffen, auch wenn sie zahlenmäßig genauso oft infiziert und krank sind wie Männer. Doch sind sie einer viel größeren Infektionsgefahr ausgesetzt und sind sie dann erst einmal infiziert oder krank, erfahren sie viel weniger Hilfe und Unterstützung, da in den vorhandenen Gesellschaftsstrukturen niemand ihre Pflege übernehmen kann. Durch zu kurz aufeinanderfolgende Schwangerschaften, Fehlgeburten und Mangelernährung sind Frauen oft anämisch und brauchen häufiger Bluttransfusionen. Sind diese nicht auf HIV-Antikörper getestet, wird die als lebensrettend angesehene Transfusion für Frauen zur Todesfalle.

Aus Mangel an Arbeitsmöglichkeiten und aufgrund ihres niedrigen sozialen Status landen viele Frauen in der Armut prostitution, um ihre Kinder ernähren zu können. Mädchen werden von ihren Lehrern gefügig gemacht, mit dem Versprechen guter Noten; sogenannte „Sugar Daddies“ (reiche, ältere Herren) bezahlen Ausbildung und Studium für sexuelle Dienste; Vorgesetzte befördern Frauen, wenn diese Bereitschaft zum Sex signalisieren und beweisen. Sexuelle Beziehungen sind eine Währung geworden für sozialen und wirtschaftlichen Aufstieg für Frauen. Gleichzeitig ist jedoch

ein ganz hoher Prozentsatz der Prostituierten HIV- infiziert, wodurch die Krankheit noch weiter ausgebreitet wird.

Es sind Frauen, die ihre am Vollbild AIDS erkrankten Söhne und Töchter, Männer und Brüder pflegen. Doch sterben ihre Männer, stehen sie ohne Besitz vor dem Nichts. Sind sie selbst infiziert, geben sie die Infektion in 30 bis 40 Prozent an ihre Kinder während der Schwangerschaft oder Geburt weiter. Wird dann ihre eigene Krankheit manifest, werden sie oft genug von ihren Männern und deren Familien verstoßen. Von der Krankheit geschwächt, können sie auch ihrer Arbeit in der Landwirtschaft nicht mehr nachkommen und sind jeglicher Existenzgrundlage beraubt.

„Die Zeit ist gekommen, daß wir nicht nur nein sagen zu unerwünschtem Sex, zu ungeschütztem Sex, zu unerwünschter Schwangerschaft – es wird Zeit, daß wir nein sagen zu Ungleichheit, zu Diskriminierung und zu Mangel an Wahlmöglichkeiten“, fordert somit Jonathan Mann 1989, ehemaliger Direktor des „Global Programme on AIDS“ der WHO).

Die gravierenden Unterschiede in der Informationsmöglichkeit und den Gesundheitshilfen, die wir auf der Sonnenseite unseres Planeten genießen und dem, was ärmeren Ländern an Möglichkeiten der Versorgung von Kranken, der Eindämmung der Krankheit und dem Aufbau tragender Wirtschaftsstrukturen zur Verfügung steht, müssen beseitigt werden. Armut und Krankheiten der Armut sind eng verknüpft mit der ungerechten Verteilung der Güter dieser Welt, mit unserer Weltwirtschaftsordnung, mit Bürgerkriegen und Flüchtlingsströmen und mit Menschenrechtsverletzungen. Durch AIDS ist dieses Nord/Süd-Gefälle noch größer geworden. ■

Die Autorin ist Mitglied der AG „AIDS und Internationale Gesundheit“ der Caritas Würzburg.



AIDS-krank ghanaische Frau mit ihren beiden Kindern: Der Junge ist 8 Jahre alt und gesund, das kleine 4jährige Mädchen ist ebenfalls krank. Durch Syndikate angeheuert, verbrachte sie mit vielen anderen Ghanaerinnen einige Jahre an der Elfenbeinküste im „Sextrade“ mit der Hoffnung, nach Rückkehr ihrer Familie ein Haus bauen zu können.
Fotos: Barbara Krumme



Diese kranke junge Frau verdiente noch einen Teil ihres Lebensunterhaltes durch den Verkauf von Seife am Straßenrand. Ansonsten sorgte ihre Schwester für sie, die auch auf dem Bild zu erkennen ist. Eine intakte Familienstruktur im ländlichen Afrika fängt Kranke und Hilfsbedürftige auf. Dieses Versorgungsnetz ist in vielen Großstädten nicht mehr ausreichend funktionsfähig.

Angst vor dem Ehemann

von Christine Schweser

Die Autorin arbeitete neun Monate als Ärztin bei dem deutschen Notarztkomitee 1990/91 in einem ländlichen Krankenhaus im Nordosten Ugandas. Dort gehört neben der anhaltenden Bürgerkriegssituation die HIV/AIDS-Problematik zum Alltag bei den Sprechstunden in der Ambulanz und bei den Visiten auf den Stationen.

Jeanette, eine circa 30jährige Hebamme, die im Krankenhaus arbeitet, kommt auf mich zu mit der Bitte um ein persönliches Gespräch. Ich weiß von meinen Teamkollegen, daß ihre Nebenfrau – von der bekannt ist, daß sie an AIDS erkrankt ist – im Sterben liegt. (Männer können in der ugandischen Tradition, offiziell akzeptiert, mehrere Frauen haben.) Jeanette ist mir bei der Arbeit durch ihr schwankendes Engagement aufgefallen. Normalerweise kann ich mich auf ihre fachliche und persönliche Kompetenz verlassen. Doch in letzter Zeit wirkt sie sehr zerstreut, manchmal ist sie auch recht ruppig bei der Betreuung der Patientinnen.

Jeanette berichtet, daß ihre Nebenfrau aufgrund der AIDS-Erkrankung zunehmend schwächer wird. Jeanette hat nun große Ängste, selbst infiziert zu sein. Ihr Mann hat im Zusammenhang mit der AIDS-Erkrankung der Nebenfrau auch einen HIV-Test gemacht. Mit negativem Ergebnis, wie er behauptet, was sie ihm aber nicht glauben kann. Sie selbst fühlt sich wiederholt schlapp, leicht fiebrig und hat häufig Kopfschmerzen. Ihre drei Kinder, besonders das Jüngste, erkranken ebenfalls immer wieder an Hautausschlägen und Durchfällen.

Im Gespräch spüre ich, daß Jeanette durch ihre große Angst, sich über ihren Mann angesteckt zu haben, stark verunsichert ist. Sie kann sich ihrem Mann weder mit ihren Ängsten anvertrauen, noch kann sie sich ihm verweigern, wenn er mit ihr schlafen will. Ich höre die Hoffnung heraus, daß sie vielleicht noch nicht angesteckt sei und sie sich dann von ihrem Mann – wegen seiner vermutlichen HIV-

Infizierung – trennen oder von ihm geschützten Sexualverkehr fordern könne. Mir fällt auf, wie schwer es für Jeanette ist, mit dieser Ungewißheit zu leben. Daraufhin biete ich an, ihr Blut abzunehmen und es nach Kampala zu einem differenzierten Test zu schicken, weil wir im Krankenhaus nur die Möglichkeit zu einem nicht ganz zuverlässigen Suchtest auf Antikörper haben. Doch offensichtlich ist das eigentliche Problem, daß Jeanette in ihrer Beziehung nicht offen über Sexualität und AIDS reden kann. Es wäre sicher besser, den Mann von Jeanette in dieses Gespräch mit einzubeziehen. Solange dies aber nicht möglich ist, dürfte es schwer für sie sein, mit der Bewältigung eines positiven Testergebnisses zurechtzukommen. Und auch ich sehe meine Grenzen, sie dabei zu begleiten, weil ich in einem anderen kulturellen Hintergrund aufgewachsen bin und nur einen Zeitvertrag als Ärztin habe und sie dann beim Weggehen mit ihrer Situation alleinlassen muß. Außerdem weiß ich, daß es keine Lösung ist, wenn Jeanette sich von ihrem Mann trennt, ohne daß ihm bewußt wird, daß es letztlich auf sein verantwortliches Verhalten mit ankommt. Doch wird es ihr überhaupt gelingen, sich von ihm zu trennen ohne ihre soziale und materielle Sicherheit aufgeben zu müssen?

Kurz darauf ging Jeanettes Blutprobe auf dem Weg nach Kampala verloren. So versuchte ich, ihr trotzdem Mut zu machen, sich für ihre Interessen einzusetzen, um das Verhältnis zu ihrem Mann ändern zu können. Auch gab ich ihr für ihren Schutz Kondome. Doch dann nach einigen Monaten, als ich wieder hier in Deutschland war, erfuhr ich, daß Jeanette ihr viertes Kind erwarte. Offensichtlich war sie noch immer mit ihrem Mann zusammen, auch eine ausreichende Verhütung schien ihr ebenso wenig möglich.

Für mich war diese Begegnung ein Beweis dafür, wie schwierig es für Frauen in Uganda ist, in ihrer schwachen Stellung zu Männern lebensbedrohende Probleme zu lösen. Doch ich bewunderte den Mut dieser Frauen, trotzdem Eigeninitiative zu ergreifen und Entscheidungen zu fällen. Vielleicht ist die zunehmende Zahl der Frauengruppen ein Ausweg aus dieser Situation und eine Möglichkeit, wie Frauen sich in der Gemeinschaft bei ihren Problemen unterstützen und weiterhelfen können. ■

Service

Treffen für Frauen

Seit vier Jahren finden jeweils im Frühjahr und Herbst bundesweite Treffen für positive und aidskranke Frauen im Tagungshaus Waldschlößchen statt. Frauen von 18 bis 40 Jahren aus allen Ecken der Republik, mit den unterschiedlichsten Berufen und aus allen sozialen Schichten kommen hier zusammen. Auf den Treffen bieten Gesprächsgruppen zu selbstbestimmten Themen den Rahmen für vielfältiges Miteinander. Das Spektrum reicht von „Wie plane und gestalte ich meine und meiner Kinder Zukunft?“ über „Wie sage ich's meinem Partner oder meiner Partnerin?“ bis zur „positiven Identität und Selbstdarstellung“.

Damit dem Zusammenfinden von Frauen aus so unterschiedlichen Bereichen und Gegenden seine Beliebtheit genommen und dem sehr großen Informationsdefizit entgegengewirkt wird, hat jedes der Treffen einen aktuellen Schwerpunkt. Sowohl beim Vortrag über Verfahren der Naturheilkunde oder neuer medizinischer Erkenntnisse als auch bei den Workshops zur Entspannung oder Selbstwahrnehmung werden frauenspezifische Herangehensweisen und Fragestellungen besonders berücksichtigt. Die vier Frauen, die das letzte Treffen vorbereitet haben, sind sich bewußt, daß bundesweite Treffen nicht die Information, Kommunikation und die Organisation „zuhause“ ersetzen können, hoffen aber, Initiativen hierfür freizusetzen und ein Forum für Frauen bieten zu können.



Das nächste Frauentreffen findet vom 23. – 25. Oktober statt. Positiventreffen für Frauen und Männer wird es vom 28. Juni – 2. Juli und vom 26. – 30. August geben. Darüber hinaus bietet das Bildungswerk Aids und Gesellschaft eine Reihe von Veranstaltungen an, die auch für infizierte und erkrankte Frauen interessant sind.

Information und Anmeldung:

Bildungswerk Aids und Gesellschaft
Waldschlößchen
W-3407 Reinhausen
Tel: 0 55 92 – 17 38, Fax: 17 92

Die Deutsche Aids-Hilfe veranstaltet eine breite Palette von Workshops, Seminaren, Treffen und Veranstaltungen für Menschen mit HIV und Aids, die bei einer Auseinandersetzung mit der Infektion oder der Erkrankung hilfreich sein können. Dazu gehören Massage-, Tanz- und Mal-Workshops ebenso wie Informationsveranstaltungen zu rechtlichen, medizinischen und sozialen Aspekten. Auch Treffen, die der Erholung und der Entspannung dienen, sind im Angebot. Diese Veranstaltungen richten sich in der Regel an Männer und Frauen.

Ausschließlich positive Frauen können an dem „Kreativworkshop positive Frau – Experimente mit der Videokamera“ vom 4. – 6. Dezember im Waldschlößchen teilnehmen. Nähere Informationen über diese und andere Veranstaltungen gibt es über die: Seminarorganisation der D.A.H.
Nestorstr. 8-9
1000 Berlin 31
Tel: 030 – 89 69 06 48, Fax: 89 69 06 42

Nachweis von psychosozialen Beratungsstellen für Frauen mit HIV und Aids:

Kuratorium für Immunschwäche (KIS)
Mozartstr. 3
W – 8000 München 2
Tel: 089 – 53 12 33, Fax: 53 28 51

Feministisches Frauen-Gesundheitszentrum
Bamberger Str. 51
1000 Berlin 31
Tel: 030 – 2 13 95 97

Pro Familia – Bundesverband
Cronstettenstr. 30
W – 6000 Frankfurt/M
Tel: 069 – 55 09 01, Fax: 55 27 01

Nachweis von Ärzten, die Erfahrungen in der Behandlung von Frauen mit HIV und Aids haben:

Deutsche Arbeitsgemeinschaft der niedergelassenen Ärzte (DAGNÄ)
Korbacher Str. 365
W – 5100 Aachen
Tel: 02 41 – 9 46 69 50

Unbürokratische Hilfe in sozialen Notlagen:

Deutsche Aids-Stiftung „Positiv leben“
Pipinstr. 7
W – 5000 Köln 1
Tel: 02 21 – 24 35 35, Fax: 23 76 57

Heterosexuell infizierte Frauen:

Abseits e.V.
Teichstr. 65
1000 Berlin 51
Tel: 030 – 490 33 72, Fax: 6 93 97 52
Der Verein richtet sich an heterosexuelle Männer und Frauen, die von HIV und Aids betroffen sind.

Lesben:

Lesbengruppe in der D.A.H., Sylvia Schenz,
Adresse siehe oben.

Kinder:

Kinder-Aids-Hilfe
Kasernenstr. 20
W – Düsseldorf 1
Tel: 02 11 – 32 67 02

Arbeitskreis zur Förderung von Pflegekindern (Aids und Kinder)

Geisbergstr. 30
1000 Berlin 30
Tel: 030 – 2 11 10 67

Das Kuratorium für Immunschwäche (KIS) bietet Paaren, bei denen der Mann positiv ist, Hilfestellung bei der Realisierung ihres Kinderwunsches. Eine Gruppe von derzeit elf betroffenen Paaren tauscht sich in vierjährlichen Treffen über diese spezielle Problematik aus. Dr. Hans Jäger und die Psychologin Ulrike Sonnenberg-Schwan organisieren die Betreuung. Adresse siehe oben.

Literaturempfehlungen:

Hans Jäger (Hrsg.): Frauen und Aids. Somatische und psychosoziale Aspekte, Springer, Berlin, Heidelberg, New York 1989

Diana Richardson: Frauen und die Aids-Krise, Orlanda-Frauenverlag, Berlin 1987

Ines Rieder, Patricia Ruppelt (Hrsg.): Frauen sprechen über Aids, Fischer, Frankfurt/M 1991

Melitta Walter: (Hrsg.): Ach, wär's doch nur ein böser Traum! Kore-Verlag, Freiburg 1987

Melitta Walter: Frauen-Sexualberatung, in: Beratungsführer zu Aids, Hrsg. Siegfried R. Dunde, Hippokrates Verlag „frauen Aids“. Broschüre. Berliner Aids-Hilfe 1990

„Frauen positiv“. Broschüre. Deutsche Aids-Hilfe, Berlin 1992

Weitere Informationen:

D.A.H. – Frauenreferat
Nestorstr. 8-9
1000 Berlin 31
Tel: 030 – 8 96 90 60

Dieses Referat wird momentan eingerichtet und ist voraussichtlich ab Sommer 1992 besetzt. Über die D.A.H. ist auch die Frauenausschusskommission zu erreichen.

Länderspiegel

VORSPRUNG DURCH TECHNIK

089 / 52 78 84 Jaqueline 

Heißblütig mißbraucht

*Münchener Werbeagentur legt Freier herein
— und alle finden es gut*

Jaqueline stöhnt: „Heute hab' ich was ganz besonderes mit Ihnen vor: ich will Sie brutal mißbrauchen!“ Im Hintergrund knallt eine Peitsche, ein Mann schreit. Doch dann kommt Jaqueline zur Sache — aber nicht so, wie es der Anrufer erwartet hätte. Sie fordert ihn auf, Verantwortung zu tragen, wenn er zu einer Prostituierten geht, keinen ungeschützten Verkehr zu riskieren, auch wenn die Versuchung noch so groß sei.

Jaqueline, die in großformatigen Zeitungsinserten und auf Plakatwänden um Freier wirbt, ist keine Prostituierte. Es gibt sie gar nicht. Sie ist das Produkt der renommierten Münchener Werbeagentur Wüschner und Rohwer, die ansonsten Werbekonzepte für Kartoffelknödel, Autoreifen und Brillengestelle entwickelt. Zwei Mitarbeitern dieser Agentur, Wolfgang Scheck und Dirk Steiger, waren die Aids-Aufklärungsmaßnahmen leid, die mit erhobenem Zeigefinger den Gebrauch von Kondomen anraten. Sie machten der Münchener Aids-Hilfe das Angebot, eine Kampagne für Freier zu entwerfen, die witzig und lustbetont ist. Herausgekommen ist eine Anzeigenserie mit sechs verschiedenen Anmach-

Sprüchen. „Safe aber saftig“ verheißt Jaqueline, oder auch ganz schlicht „Gewerbliches Stellenangebot“. Diese Anzeigen wurden zum Teil ganzseitig in Münchener Tageszeitungen, in Szenemagazinen, aber auch im Spiegel und im Stern geschaltet — kostenlos.

Hauptsächlich Männer wurden neugierig, etwa 300.000 wählten seit Ende letzten Jahres Jaquelines Nummer. Am Ende der automatischen Ansage wird auf das Beratungstelefon der Münchener Aids-Hilfe hingewiesen, für den Fall, das jemand Fragen zu Aids hat. Die Anrufer konnten auch


selbst auf das Band sprechen. Das taten viele: einfach nur, um zu sagen, daß sie diese Kampagne für gelungen halten — aber auch, um ihre sexuellen Phantasien loszuwerden. Anfangs riefen auch einige Huren an, in heller Empörung, weil sie eine abgefeimte Konkurrentin witterten, die es geschafft hatte, die Reglementierungen zu umgehen, denen Inserate unterliegen, die käuflichen Sex anbieten. Die meisten Zeitungen veröffentlichen entsprechende Anzeigen nämlich nur in eigens dafür vorgesehenen Rubriken, und dies auch nur dann, wenn sie eine bestimmte Größe nicht überschreiten.

Bisher wurden Freier von Präventionskampagnen selten angesprochen. Staatliche Aufklärungsmaßnahmen weisen in aller Regel der Prostituierten die Verütungspflicht zu, während Aids-Hilfen und Hurenorganisationen häufig etwas moralisch das Bild des verantwortungslosen Freiers zeichnen, der gegen Aufpreis Prostituierte zum Verkehr ohne Gummi zu überreden sucht. Als Erfolg werten alle an der Aktion Beteiligten, daß die Botschaft an den Mann gebracht wird, ohne ihm Angst einzujagen. Werbefachmann Steiger verbuchte eine unerwartet starke und derart positive Resonanz, wie er sie bei einer auch noch so gelungenen Knödelwerbung noch nicht erlebt hat. Er spielt daher bereits mit dem Gedanken an eine neue Kampagne.

Das Beratungsangebot der Münchener Aids-Hilfe wurde seither jedoch kaum häufiger wahrgenommen, so Geschäftsführer Thomas Niederbühl. Das sei auch nicht Ziel der Kampagne gewesen. Eher wollte man die Möglichkeit, sich vor Aids zu schützen, noch einmal ins Bewußtsein rufen. Durchaus beabsichtigter Nebeneffekt: die Werbe-firma konnte ihr soziales Engagement unter Beweis stellen und die Aids-Hilfe brachte sich über Wochen hinaus ins Stadtgespräch.

Jürgen Neumann

NACHHILFE IN FRANZÖSISCH

089 / 52 78 84 Jaqueline 



Solidarität nur noch eine Farce?

In der schwulen Szene werden Positive und Kranke vielfach ausgegrenzt.

Das „Caldo“ am Rande der City von Hannover. Das geschmackvolle Café wird seit Jahren auch von Schwulen besucht. Sie genießen hier nicht nur Cappuccino und Shrimpsalat, sondern vor allem die liberale Atmosphäre. Bisher war Matthias Stammgast hier. Im Caldo verabredete er sich gern, kam auf ein zufälliges Gespräch.

Heute kommt Matthias, um sich ein wenig von der Hektik des Tages zu entspannen. Er setzt sich an einen der Tische, bestellt ein Glas Sekt. Einige der Männer am Nebentisch kennt Matthias flüchtig. Als sich diese Runde auflöst, kommt einer der Gäste zu ihm. Matthias hat ihn schon öfter im Caldo gesehen, auch schon mit ihm geredet, über einen Film, die Arbeit, eine Reise im vergangenen Sommer. Doch diesmal bleibt es nicht bei den üblichen Kneipengesprächen. Ganz unvermittelt hört Matthias die laute Frage: „Sag mal, stimmt das, was ich gehört habe? Dein Test ist positiv? Mensch, wie fühlst du dich denn jetzt?“

Matthias hat das Gefühl, daß diese Anteilnahme Heuchelei ist. Er erstarrt. Plötzlich ist die freundliche Atmosphäre eiskalt, die Stimmen schrill. Matthias spürt, daß die übrigen Gäste sich schnell abwenden – oder haben sie das nicht bereits getan, als er das Caldo betrat?

Er dreht sich um, verläßt das Café, läuft Stunden durch die Stadt. Erst Monate später – bereits erkrankt – kommt er in die AIDS-Hilfe. Ein Szenelokal in Hannover hat er seitdem nicht mehr besucht. Von seinem Tod erfuhren seine Bekannten durch eine Anzeige in der Zeitung.

Der „Vulkan“, eine Schwulendisco, bei vielen Schwulen beliebt, weil die Musik heiß und die Stimmung gelöst ist. Hier kann man schnell und oft auch unverbindlich Kontakte knüpfen. Tanzen und Flirten – genau darauf hat Stefan an diesem Wochenende Lust. Dafür hat er sich sorgfältig gestylt, sein Outfit ist ziemlich verrückt und gewagt. Nachdem er ausgiebig getanzt hat, will er an der Theke etwas bestellen. Er sieht heute wohl besonders gut aus, viele Männer sehen ihm nach, machen ihn an. Stefan genießt den Abend. Er steht an der Theke und trinkt sein Bier. Sein Nebenmann kann seine Blicke kaum von ihm wenden. Da hört er, wie dessen Begleiter sagt: „Der ist ja wirklich verdammt geil – aber laß lieber die Finger von ihm, du weißt schon... der ist positiv. Das weiß hier jeder.“

Das „Factory“ ist Hannovers größte Schwulendisco. Das Publikum ist buntgemischt, von soft bis hart. Für Christian ist es wichtig, daß er hier auch Lederkerle treffen kann. In den anderen Lederlokalen kann er nicht tanzen, deshalb hat sich von Anfang an im Factory wohlfühlt. Auch heute hat er sich in seine Lederklamotten geworfen. Beim Rundgang durch die Disco bleibt er in der Nähe der Tanzfläche stehen. Obwohl die Musik laut dröhnt, schnappt er doch einige Sätze aus einem Gespräch auf, das von einem neben ihm stehenden Pärchen geführt wird. Es geht um Männer. Stefan wird hellhörig, als einer der beiden sagt: „Die Ledertanten sollten doch alle gleich ins „Positivencafé“ oder die AIDS-Hilfe verschwinden, die sind sowie samt und sonders verseucht. Was nützt mir ein richtiger Kerl, wenn er AIDS hat.“

Tatort ist hier die hannoversche Szene, doch überall in deutschen Städten werden HIV-infizierte Schwule immer häufiger von anderen Schwulen aus Kneipen und gewohnten Treffpunkten vertrieben – der Umgangston ist mal deutlicher, mal mühsam verschleiert. Die jahrelangen Aufklärungskampagnen über die AIDS-Erkrankung scheitern an ewig Unbelehrbaren, an ängstlicher Beschränktheit und eifrig gehätschelten Vorurteilen. Schönheit, ewige Jugend und Erfolg hatten schon immer eine ungebrochene Bedeutung unter den meisten Schwulen. Jetzt haben sie ein weiteres Selektionsinstrument: wer positiv oder gar sichtbar krank ist, fällt durch das Raster.

Infizierte und Erkrankte leiden und sterben an der Infektion, aber auch an Einsamkeit und Ausgrenzung. Die gern beschworene Solidarität unter Schwulen gerinnt angesichts dieser Entwicklung immer häufiger zur Farce. Und es ist makaber, von Mitbürgern oder Politikern verständnisvolle Unterstützung zu erwarten, wenn Schwule sich gegenseitig ins Ghetto treiben.

Die systematische Isolierung von positiven Schwulen hat mittlerweile zu sozialen Katastrophen geführt. AIDS-Hilfen stellen immer wieder fest, daß HIV-Patienten erst dann Beratung und Hilfe suchen, wenn die Krankheit bereits ausgebrochen ist. Lange Zeit versuchen Positive, ihr Testergebnis zu verdrängen und zu verheimlichen, schlagen sich allein mit Depressionen und Todesängsten durch bedrückende Tage und endlose Nächte. Im fortgeschrittenen Krankheitsstadium können dann gerade Probleme mit dem Testament oder dem Erbrecht kaum noch befriedigend gelöst werden. Dabei kann frühzeitige psychologische Unterstützung den Verlauf der Krankheit positiv beeinflussen und die Leiden zumindest lindern.

Es bleibt die lastende Gewißheit: bis heute stehen wir alle einer Infektion hilflos gegenüber. Und es zeichnet sich die beschämende Tatsache ab: auch Schwule haben vor lauter Hilflosigkeit jede Solidarität vergessen.

Bernd Weste

Stationäre Pflege in Berlin

Das Auguste-Viktoria-Krankenhaus will eine Ghettoisierung für Langzeit-Patienten mit AIDS vermeiden

Seit 1988 werden im Auguste-Viktoria-Krankenhaus (AVK), im örtlichen Bereich Leonorenstraße, Station L1 (im folgenden der Einfachheit halber Leo genannt) Patienten mit AIDS versorgt. Die Leo ist innerhalb des AVK die Abteilung für chronisch kranke Patienten. AIDS-Patienten werden nach abgeschlossener Akutbehandlung und der danach notwendigen intensiven Pflege innerhalb des AVK von den Stationen 30 B und 30 C, örtlicher Bereich Rubensstraße, in die Leo verlegt.

Die Indikation für eine Verlegung ist gegeben, wenn

- die Patienten oder Bezugspersonen einverstanden sind
- die Akutbehandlung abgeschlossen ist
- die intensive Pflege und Versorgung weiterhin notwendig ist
- die Versorgung zu Hause nicht oder nur mangelhaft möglich ist
- AIDS-Patienten obdachlos sind.

Als 1988 die Notwendigkeit der Unterbringung der beschriebenen Patienten-Gruppe nötig wurde, war in der Leo die Station L1 bereit und engagiert, die AIDS-Patienten zu übernehmen. Die Abteilung für chronisch Kranke ist Teil des Krankenhauses und kein Heim oder ähnliches, auch wenn die meisten Patienten ältere Menschen sind. Getreu dem Konzept des Schöneberger Modells, das eine Ghettoisierung der AIDS-Patienten vermieden werden soll, werden die Patienten mit und neben anderen auf der Station versorgt. Es stehen mehrere Betten für chronisch kranke AIDS-Patienten zur Verfügung. Gemessen am zeitweiligen Bedarf ist das Angebot manchmal nicht ausreichend.

Die Leo und insbesondere die Versorgung der AIDS-Patienten dort ist eng an das Behandlungskonzept und das Team der Stationen 30 B und 30 C Rubensstraße gebunden. Bei Verlegungen der Patienten finden regelmäßige Besprechungen zwischen dem Team der Leo, dem Sozialdienst beider örtlichen Bereiche und den Psychologen statt. Die Patienten werden weiterhin von den Psychologen der Rubensstraße im Wochenturnus versorgt.

Die Berliner AIDS-Hilfe ist mit zwei Mitarbeitern im AVK vertreten. Patienten, die einen Besuch, eine Beratung oder Betreuung wünschen, werden von ihnen aufge-



Fotos: Rolf Fischer

sucht. Nach einer Verlegung in die Leo werden sie bei Bedarf von der BAH ebenfalls weiter betreut. Jeden Sonntag findet in der Rubensstraße eine von der BAH organisierte Kaffeerunde, das „Café Viktoria“, auf den Stationen 30 B und 30 C statt. Die Patienten der Leo können daran teilnehmen, die Fahrt wird organisiert.

Die tolerante und entspannte Atmosphäre der Stationen 30 B, 30 C und Leo ist vor allem durch das Interesse und Engagement des Personals für die AIDS-Patienten möglich.

In der Leo werden alle verordneten Therapien fortgesetzt, insbesondere rehabilitative Maßnahmen. Die enge Kooperation zwischen den interdisziplinären Teams der Rubens- und Leonorenstraße bietet auch die Gewähr dafür, daß bei notwendigen Akutbehandlungen eine Rückverlegung in die Rubensstraße erfolgen kann. Bei einer

möglich gewordenen häuslichen Versorgung werden Patienten aus der Leo auch entlassen.

Nach unserem Wissen gibt es in Berlin – außer im AVK – keine Betten für AIDS-Patienten in Abteilungen für chronisch Kranke. Bei dem großen Anteil der AIDS-Kranken in Berlin (laut BGA-Statistik werden von allen in der Bundesrepublik gemeldeten AIDS-Fällen cirka 20 Prozent in Berlin und cirka 10 Prozent im AVK behandelt) ist der Bedarf an chronischen Betten insgesamt groß, das Angebot jedoch zu gering. Das AVK mit seinen chronischen AIDS-Betten füllt deshalb eine notwendige Lücke in der Versorgung aller der Patienten, wo eine entsprechende häusliche und intensive Pflege nicht möglich ist.

Brigitta Einberger-Spiegel

Das Rad nicht neu erfinden

Anfang April trafen sich zum dritten Mal VertreterInnen ostdeutscher AIDS-Hilfen (OAH) in Neubrandenburg. Für die noch recht junge Selbsthilfebewegung im Osten Deutschlands besteht ein großes Interesse am Informationsaustausch, denn schließlich will nicht jede OAH das Rad neu erfinden. So finden diese intensiven Werkstattgespräche zweimal jährlich wechselnd in den Städten statt, in denen eine AIDS-Hilfe arbeitet.

Das Hinüberwechseln in das System der Bundesrepublik schlägt sich auch in der AIDS-Hilfe-Arbeit nieder. Viele Probleme treten zeitgleich in fast allen Gruppen auf. Dazu gehört die unsichere Finanzierung der Arbeit und der Personalstellen ebenso wie Schwierigkeiten mit den angemieteten Räumen, da mittlerweile viele Alteigentümer Rückübertragungsansprüche anmelden.

Da die epidemiologische Situation in Ostdeutschland längst nicht mehr so günstig ist wie noch vor Jahren – das Landeskondom der DDR, die Mauer, ist inzwischen geplatzt – darstellt, werden AIDS-Hilfen zunehmend von Infizierten und Erkrankten aufgesucht und herausgefordert. In Neubrandenburg wurde unter Mit-

wirkung der Pflegebeauftragten Beate Steven mit der Erarbeitung des Ausbildungskonzepts für Berater und Betreuer begonnen.

Wegen der geringen Mittel und einer sinnvollen Einteilung der eigenen Kräfte bei den anstehenden Arbeiten können sich die Ost-AIDS-Hilfen gemeinsam auch keine eigenen Schulungen leisten. In der Vergangenheit wurde aber deutlich, daß es nicht ausreicht, durch die D.A.H. die Schulungen anzubieten. Als sich die OAH's gründeten, wurde der Fehler gemacht, Interessierte zu Ausbildungsseminaren für Berater zu schicken, ohne vorher ihre Voraussetzungen und Motive zu klären. Auch die Erfordernisse vor Ort wurden nicht genügend berücksichtigt.

Die Diskussion zeigte, daß hier ganz verschiedene Erwartungen bei den Teilnehmern des Treffens bestehen. Die Grenzen der Belastung bei Betreuern zwischen dem Anspruch, ständig erreichbar zu sein und der unzumutbaren Selbstaufgabe gerade bei der Sterbegleitung bis hin zur Sterbehilfe, wurden kontrovers diskutiert. Einerseits drängt es, ein Ausbildungskonzept für Betreuer unter der Berücksichtigung ostdeutscher Gegebenheiten zu erstellen, auf der anderen Seite wird Zeit benötigt, damit dieses Konzept solide und tragfähig ist. Da dieses umfassende Thema nicht in einem Treffen bewältigt werden konnte, wurde vereinbart, daß in kurzem Abstand Interessenten auf einem Workshop zusammen-

kommen und am begonnenen Ausbildungskonzept weiterarbeiten. Wer daran mitarbeiten möchte, kann über das Referat Ost der D.A.H. näheres zu diesem Folgetreffen erfragen.

Vertreter aus Sachsen berichteten, daß sich die dortigen Gruppen regelmäßig zu einem Koordinierungstreffen zusammenschließen. Dort haben die AIDS-Hilfen in Chemnitz, Dresden, Leipzig und Zwickau ihre künftige Politik definiert. Sie wollen vorrangig für Frauen, Drogengebraucher, schwule Männer und Menschen in Haft tätig werden und damit verhindern, daß durch AIDS Identitäten von Individuen und Gruppen brüchig werden. In Sachsen soll ein Netzwerk der Selbstorganisationen von Menschen mit HIV und AIDS aufgebaut werden, um die Isolation des einzelnen aufzubrechen und Bevormundung und Vereinnahmung durch andere entgegenzutreten. Im Krankheitsfall ist eine an den Bedürfnissen des einzelnen orientierte Betreuung zu gewährleisten, fordern die Sachsen. Dabei sollten stationäre und ambulante Betreuungsangebote gleichrangig nebeneinander stehen. Jeder Betroffene muß selbst die Möglichkeit der Wahl eines für ihn angemessenen Betreuungsangebotes haben.

Das nächste Werkstattgespräch wird im Herbst in Magdeburg stattfinden.

Heiko Schorch

ABONNEMENT D.A.H.-AKTUELL

Ich möchte D.A.H.-Aktuell für ein Jahr abonnieren. Danach läuft das Abonnement weiter, wenn es nicht ausdrücklich drei Monate vor Ablauf gekündigt wird.
Rechtshinweis: Diese Bestellung kann innerhalb einer Woche (Datum des Poststempels) widerrufen werden.

An die

Deutsche

AIDS-Hilfe e.V.

– Abonnement –

Nestorstr. 8 – 9

1000 Berlin 31

Von diesem Rechtshinweis habe ich Kenntnis genommen
D.A.H.-Aktuell soll geschickt werden an:

Unterschrift _____

Name, Vorname _____

Organisation _____

Straße/Postfach _____

PLZ, Ort _____

Telefon: _____

Auf jeden Fall die Zahlungsweise angeben:

5 Ausgaben jährlich für DM 37,50 (Institutionen DM 75,00)

bis auf Widerruf kostenlos (nur für Schulen, Krankenhäuser, Gesundheitsämter, Redaktionen und vergleichbare Institutionen)

Den Gesamtbetrag für das Abonnement habe ich heute bezahlt:

mit beiliegendem Verrechnungsscheck

durch Überweisung an die Deutsche AIDS-Hilfe e.V. auf das Konto 0203 500 500 bei der Deutschen Apotheker- und Ärztebank eG, Berlin (BLZ 100 906 03)

Datum: _____ Unterschrift _____

Überall Erfolg

Das Konzept der Modefirma Benetton ist aufgegangen. Der italienische Konzern veröffentlichte in einer Anzeigenserie schockierende Bilder menschlichen Leidens mit dem Slogan „United Colours“. Ein Foto zeigte den Tod eines aidskranken jungen Amerikaners (siehe *Aktuell* Nr. 1, 1992).

Gerade an diesem Bild entzündete sich in den Medien eine Auseinandersetzung über die moralischen und ethischen Grenzen der Werbung, wie sie in Deutschland wohl beispiellos ist. Dabei waren positive Stimmen eher die Ausnahme. Doch darauf kam es nicht so sehr an, wie der Kolumnist des Berliner Tagesspiegels, Harald Martenstein, aufzeigte: „Natürlich werden die üblichen moralischen Bedenken vorgebracht. Diese Stimmen sind von den Werbeleuten längst vorbedacht und eingeplant, die Kritiker gehören zum Spiel. Sie sind, im besten Fall, postmoderne Clowns, im weniger günstigen Fall sind sie Trottel. Sie verstärken die Botschaft und kapieren es nicht. Überdies befinden sie sich im Unrecht. Denn mit Hilfe auffälliger Bildsignale Geld zu verdienen, gehört in der Medienbranche zum Alltag. Wer kann ausgerechnet den Werbeleuten, die von allen geistigen Berufen seit jeher die realistischsten moralischen Ansprüche an sich stellen, so etwas zum Vorwurf machen?“

So gesehen konnte es die Modefirma kaum beeindrucken, daß im

März das Landgericht Frankfurt – ebenso wie wenige Tage später auch in Italien – die weitere Werbung mit dem Foto untersagte, bei Androhung eines Ordnungsgeldes von einer halben Million Mark. Diese einstweilige Verfügung erging auf Antrag der Zentrale zur Bekämpfung des unlauteren Wettbewerbs, die das Anstandsgefühl der Allgemeinheit „objektiv“ für verletzt hielt. Die mit der Werbung angesprochenen Gefühle würden „in schamloser Weise“ ausgenutzt. Einer weiteren Verwilderung der Wettbewerbssitten werde die Zentrale mit allen Mitteln entgegentreten.

Martenstein sieht indes andere Grenzen: „Das Problem der Benetton-Leute liegt darin, daß alle Effekte sich abnutzen. Wie läßt das Aidsfoto sich steigern? Durch KZ-Aufnahmen? Am Ende der Bilderflut steht die Sehnsucht nach dem einfachen Leben.“ Ähnlich muß auch der Textilhersteller Esprit gedacht haben, der in einer schnell aufgelegten Plakatserie die Benetton-Kampagne plagierte – mit den weltverbessernden Philosophien pubertierender Jugendlicher und schlichter Erwachsener. Diese Angstreaktion des Konkurrenten ist allemal ein Indikator für den Erfolg von Benetton.

Nutznießer dieses Erfolges war auch das *Aktuell*. Von der letzten Ausgabe unseres Magazins mußten wegen der großen Nachfrage tausend Exemplare nachgedruckt werden. Wir führen dies nicht zuletzt auf unser Titelbild zurück, das die Benetton-Werbung persiflierte.

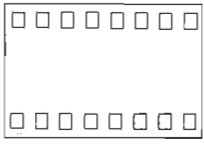
Jürgen Neumann

was würdest du tun?

steckt den
menschen das
herz in den
kopf

andreas multerer. 32. hemsbach

ESPRIT



berlin

Und Kain liebt Abel doch

„My brother's keeper“, Dokumentarfilm (USA 1991) von Joe Berlinger und Bruce Sinofsky

Man kann es kaum glauben: mitten in einem Land, das sich noch immer als Vorreiter der westlichen Industriegesellschaft sehen möchte, wird man mit dem Mittelalter konfrontiert. Nicht Computer und Uhren diktieren den Tagesablauf, sondern die Ernte und die Kühe, die in aller Herrgottsfrühe gemolken werden wollen.

In einer verlassenen Ecke des Staates New York leben vier Brüder, die, seit sie denken können, zusammen eine recht heruntergekommene Farm bewirtschaften, zusammen leben, arbeiten und in einem Bett schlafen. Die Nachbarn haben dies auch nie anders gekannt, und so stört sich keiner an den „boys“. Schließlich bestehen deren einzige Kontakte zur Außenwelt in den Einkäufen in der Stadt und sporadischen Besuchen ihres Cousins.

Als eines Tages ein Bruder verschwindet, ändert sich dies schlagartig: der mysteriöse Tod – als Täter kommt nur einer der Brüder in Frage – alarmiert die Polizei, und aus dem stillen Tod im verlassenen Winkel wird ein spektakuläres Medienereignis.

Der Dokumentarfilm von Joe Berlinger und Bruce Sinofsky spürt die Hintergründe des nun einsetzenden Skandals auf. In minutiös einfühlsamen Gesprächen nähern sich die Filmemacher den fünfzigjährigen Sonderlingen in ihrer Nische, der gottgegebenen Idylle, geprägt von harter Arbeit inmitten ihres dreckigen und chaotischen Hofes. In eindrucklichen Bildern offenbart sich eine faszinierende Natur sanfter Hügel und eine vergessene bäuerliche Kultur. Das steht in krassem Widerspruch zum Verbrechen des Brudermordes, den die sensationsgeile Presse dem amerikanischen Durchschnittsmenschen als psychopathische Tat serviert. Die verschrobene underdogs, fast gänzlich analphabetisch und scheu, werden zu Wesen, die sich ihre eigene Welt bewahren wollen. Die Tat, halb unbewußt begangen, zeigt eine Facette, die den Fakten widerspricht: der Getötete wurde von Krankheit und Verstümmelung erlöst.

Doch in der Verhandlung des Geschworenengerichts, die alle Fernsehserienpersiflagen als Realität entlarvt, prallen Welten aufeinander. Der dumpfe Landmensch, der vor Nervosität nicht zu sprechen wagt, trifft auf den Juristen einer Bürokratie, die nur Schuld und Unschuld verwaltet und für die Homosexualität Teil des Verbrechens ist. In harten Schnitten kontrastieren hier die sich selbst als vorverurteilend entlarvenden Gutachter ohne Emotionen und der „edle Wilde“, der eigentlich als nicht verhandlungsfähig abgeurteilt werden soll. Zwei nicht zu vereinbarende Rechtsbegriffe müssen kollidieren.

Berlinger und Sinofsky ergreifen Partei: sie zeigen den Verteidiger, wie er die Dorfbewohner zur Solidarität mobilisiert. Denn vor Gericht wird die stille Übereinkunft der Hinterwäldler gebrochen, die Andersartigkeit der Täter zu ignorieren. Und die moralische Unterstützung scheint hilfreich zu sein. Das Geschworenengericht entscheidet für nicht schuldig.

Der sehenswerte Film präsentiert sich als Plädoyer für eine Welt hinter der offiziellen Kulisse des „all american dream“ und setzt mit den Mitteln des Dokumentarischen der oberflächlichen Berichterstattung einer puritanisch gesinnten Moral etwas entgegen: Respekt und subtile Annäherung an Schicksale, die sich der einfachen Bewertung entziehen.

Götz-Armin Joas



ale

Der Reiz am Sezieren

„Swoon“ (USA 1991) von Tom Kalin

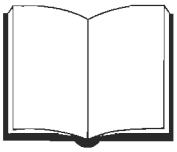
Was fasziniert einen jungen zeitgenössischen Filmemacher daran, einen berühmten Kriminalfall aus dem Jahr 1924 zu verarbeiten?

Die Vorlage ist spannend, das Milieu dekorativ und nostalgisch: Ein schwules Paar – zwei Harvard-Studenten aus begütert-jüdischen Elternhaus – plant kühl und berechnend das perfekte Verbrechen: die Entführung und Ermordung eines kleinen Jungen. Der Stoff wurde schon als meisterhaftes klaustrophobisches Salonstück in einer durchgängigen Einstellung von Hitchcock in „Rope“ 1948 verfilmt. Auch Regisseur Richard Fleischer bediente sich der spektakulären Geschichte 1957 in „Compulsion“. Doch nicht nur das Motiv Homosexualität und die kalte Brutalität der beiden Täter genügen dem Regisseur – Tom Kalin versucht eine weitergehende Analyse: Die zwanghafte Beziehung der begabten Dandys, in der sich der zurückhaltende Nathan Leopold durch die Mithilfe an dem Mord den Sex des dominanten Richard Loeb erkaufte, ist für ihn die Grundlage und wird ästhetisch zelebriert. Darüber hinaus protokolliert Kalin den Sensationsprozeß, in dem das Paar ihre Tat mit penetranter Arroganz stolz präsentiert und dabei der homophoben Justiz und der sensationsgierigen Öffentlichkeit in die Hände spielt.

Was konventionellen Mustern eines law-and-order-Krimis entgeht, gerät bei Kalins Rekonstruktion zur Vervollständigung: die gesellschaftlichen Zwänge, die die beiden als Juden und Schwule doppelt stigmatisieren und sie ihre Form von Reaktion finden lassen, entwickelt der Film weiter. Anstatt mit ihrer Verurteilung abzubauen, schildert Tom Kalin, wie sich die Ordnung im Vollzug an ihnen rächt. Wenn auch Genets Gefängnisatmosphäre reizvolle Bildvorlagen beigesteuert haben mag – die Zwangsläufigkeit der psychologischen und physischen Zerstörung ist schonungslos.

Stilistisch nutzt Kalin die Möglichkeiten, die ein reiner Schwarzweißfilm ihm bietet. An die experimentellen Stilleben der Zwanziger Jahre angelehnte Bildkompositionen werden historisch inszeniert und einmontiertes Dokumentarmaterial verhilft dem Film zu einer Art Authentizität. Details wie ein Telefonhörer entstammen jedoch unlegbar der stilisierten Studioatmosphäre und schaffen dadurch Distanz. Der Fall wird wie auf dem Seziertisch in teils unterkühlten Kompositionen, teils in dramatischen Spielszenen bloßgelegt, und die kunstvoll eingestreuten Tableaus hinterlassen einen bitteren Nachgeschmack. Damit schafft Tom Kalin eine gelungene Analyse des Verbrechens und seiner Charaktere, die auch ästhetisch fasziniert.

Götz-Armin Joas



buchbesprechung

Kein Standardwerk

Freilich, alles andere als eine multidisziplinäre Darstellung dieses umfangreichen Themas wäre ohnehin töricht. Aber womit haben wir es zu tun? Bedauerlicherweise schon wieder mit einem Sammelband, und zwar nicht mit dem besten. Beinahe jedes Kapitel weist seine Mängel auf. Das beginnt schon mit Kapitel 1 „Klinische Grundlagen“, wo sich in die ansonsten hervorragende Darstellung von Rasokat und Steigleder ein gravierender Druckfehler in die CDC-Klassifikation gleich zweimal eingeschlichen hat: Kaposi-Sarkom und primäres Lymphom seien bei Patienten, die älter als 60 Jahre sind, ein diagnostisches Kriterium, heißt es da (S. 12). Das Gegenteil ist richtig, wie auch in dem Buch „Haut- und Schleimhautveränderungen bei HIV-Infektion und AIDS“ derselben Autoren im selben Verlag nachzulesen ist. Diesmal also Druckfehlerleuchtefeien, die leider auch noch anderweitig auftauchen und so manchen zitierten Autorennamen entstellen.

Es schließt sich eine Reihe von Beiträgen zu Themen an, deren Behandlung man in diesem Buch erwartet: neurologische und neuropsychiatrische Syndrome, morphologisches Korrelat und Pathogenese der HIV-Infektion, chronische Enzephalitis, HIV-assoziierte Demenz und sogenannter AIDS-Demenz-Komplex (wobei das begriffliche Durcheinander hier allerdings nicht geklärt wird); es gibt ein Kapitel zu Neubildungen, zerebrovaskulären Komplikationen, Veränderungen am Rückenmark und anderen Erkrankungen. Auf alle Kapitel einzugehen, die von unterschiedlichen Autoren stammen und auch unterschiedlich gut oder schlecht sind, ist hier kaum möglich. Konzeptionelle Tiefpunkte des vorliegenden Buches werden insbesondere im Kapitel „Opportunistische Infektionen des Gehirns“ deutlich, wo merkwürdigerweise auch die Lues abgehandelt wird und sich in der Einzeldarstellung verschiedener, unumstritten zu den opportunistischen Infektionen des Gehirns zählenden Krankheiten, so daß sich dem Leser kein klares Bild von deren Häufigkeit und Stellenwert im Rahmen einer AIDS-Erkrankung ergibt. Merkwürdig auch der Minimalexkurs zu HIV-2 am Ende eben jenes Kapitels, dem leider jeder Überblick fehlt.

Manch Gutes ließe sich zu dem konzisen Kapitel von E.-M. Fabricius zu neuroophthalmologischen Erkrankungen bemerken; Verwirrendes bieten wieder die Kapitel „Diagnostische Verfahren“ (Maleß) und „Diagnostische Strategien“ (Möller/Backmund). Vermittelt Maleß noch den begründeten Eindruck, daß es sich beim EEG um ein relativ einfach zu handhabendes und insbesondere für eine Verlaufsbeobachtung gut geeignetes (und den Patienten schließlich nicht allzu sehr strapazierendes) Verfahren handelt (S. 127), so notieren die Herausgeber schlicht: „Das EEG ist von geringer Bedeutung.“ (S. 158) In einem Symposiumsband hätte man derartige Widersprüchlichkeiten erwartet. In einem Band, der schon durch seinen Titel einen systematischeren Anspruch erhebt, wäre eine etwas gründlichere Diskussion und vor allem auch Wertung unterschiedlicher Standpunkte hilfreicher als die bloße Aneinanderreihung verschiedener Auffassungen.

Gänzlich wundersam ist, was letztlich die Multidisziplinarität des Werkes ausmacht. Ich meine nicht den Beitrag zu neuropädiatrischen Aspekten, sondern die Kapitel, hinter denen dieser (leider viel zu kurze) Beitrag versteckt ist. Ein Kapitel zu Hygienemaßnahmen ist angesichts der immer noch bestehenden Unsicherheiten auf diesem Gebiet sinnvoll. Hinweise auf jene kaum bekannte BGA-Liste der Desinfektionsmittel aber nutzen weniger als der Abdruck einer

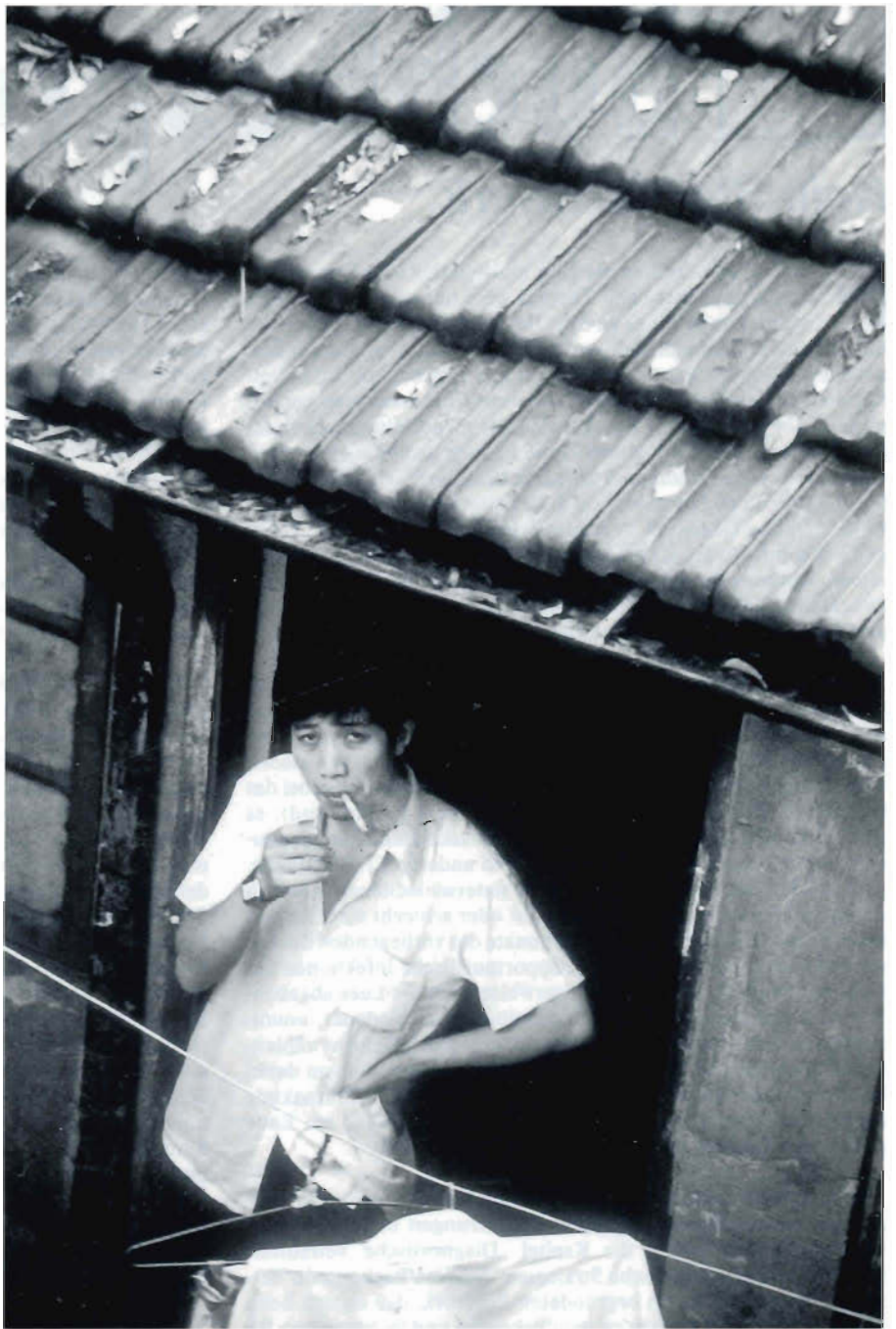
übersichtlichen Tabelle, die man hier vermißt. Ausführungen zu Hygienemaßnahmen in Entbindungsabteilungen (S. 174) sind für einen Neurologen oder Psychiater nicht von größerem Interesse als es etwa vergleichbare Bemerkungen zu stereotaktischen Hirneingriffen für Gynäkologen in einem Buch zur Geburtshilfe wären. In Kapitel 17 „Psychosoziale Aspekte“, wird ohne jedes erkennbare Konzept aneinandergereiht, was sich auch nur irgendwie unter diesem Thema einbauen läßt. Daß sich beispielsweise M. M. Schneider mit psychosozialen Aspekten von Hämophilie und HIV-Infektion auseinandersetzt, will sich in das durch den Titel des Buchs abgesteckte Gebiet nur schwerlich einpassen. Da man bei fast allen Beiträgen zu Kapitel 17 die Fußnote „Gefördert aus Mitteln des BMJFFG“ findet, wird man den Eindruck nicht ganz los, es handle sich hier um einen Forschungszwischenbericht entsprechender Projekte der psychiatrischen Klinik der Universität München.

Kompakt und für Ärzte sehr verständlich, aktuell und übersichtlich, aber leider – wie so oft bei diesem Thema – auch sehr einseitig aus ärztlicher Perspektive ist der Beitrag zu allgemeinen Rechtsgrundsätzen. Im Beitrag „Männliche Homosexualität und HIV-Infektion“ findet sich übrigens eine Definition homosexueller Subkultur von G. Reisbeck, mit der es dann auch gleich gut sein soll. Diese Definition ist nur deshalb so bemerkenswert, weil sie, ersetzt man homo- durch hetero-, auch mühelos heterosexuelle Subkultur definiert: „Die homosexuelle Subkultur ... besteht aus mehreren Segmenten, die von den Homosexuellen unterschiedlich intensiv frequentiert werden. Sie reicht von den privaten Freundes- und Bekanntenkreisen über die Räume, die primär zur Anbahnung sexueller Kontakte genutzt werden (wie Lokale und bestimmte öffentliche Treffpunkte) bis zu den Freizeit- und kulturellen Einrichtungen (Lokale, Restaurants, Diskotheken, Saunen, Clubs, Vereine, Buchhandlungen) und den Institutionen der politischen Schwulen- (lies: Hetero-)bewegungen im engeren Sinne (Organisationen, Medien etc.).“ (S. 192). Auch dies ist offensichtlich ganz im Sinn des vorliegenden Bandes, im Sinne von Multidisziplinarität und Multiqualität also.

Arnulf A. Möller, Herbert Backmund (Hrsg.): HIV-Infektion und Nervensystem. Eine multidisziplinäre Darstellung. Thieme-Verlag, Stuttgart – New York 1991

Stephan Dressler

爱 死 病



Die Liebesterbenkrankheit

Schwule und Aids in China —
ein Reisebericht

Die Gesamtzahl der HIV-Infektionen in China wurde im letzten Jahr mit 705 angegeben, 212 mehr als im Jahr zuvor. Nach Berichten der halbamtlichen Nachrichtenagentur „China News Service“ haben 15 der 30 chinesischen Provinzen HIV-Infektionen gemeldet. Gesundheitsminister Chen Minzhang erklärte, daß Infektionen seit 1985 registriert werden. Mehr als 300.000 Menschen unterzogen sich seither einem HIV-Test. Aus der südwestchinesischen Provinz Yunan wurden die meisten Infektionen gemeldet. In Yunan soll sich der Drogenkonsum in den letzten Jahren stark ausgebreitet haben. Die Provinz grenzt an Burma, das als Hauptanbauland für Mohn gilt.

„Do you speak english?“ Nein, nicht schon wieder. Ich bin hier, um Chinesisch zu lernen und nicht, um mein Englisch zu verbessern. Dafür wäre China auch der denkbar ungünstigste Ort. Aber auch in anderer Hinsicht ist China einer der ungünstigsten Orte auf der Welt. Wie hält man es als schwuler Mann auch nur ein Jahr in diesem Land aus, in dem es nach offiziellen Berichten keine Homosexualität gibt, ganz zu schweigen von Schwulen?

Ich stehe hier am Bund, der Uferpromenade am Whangpoo in Shanghai und denke mir, daß die offiziellen Stellen wohl keine Augen im Kopf haben. Ansonsten könnten sie sehen, daß hier unzählige Schwule rumlaufen. Manche Frau wirkt im Vergleich zu ihnen geradezu maskulin.

Da ich ja auch nur aus Fleisch und Blut bin, überlege ich mir die ganze Zeit, wie ich einen von ihnen ansprechen kann, ohne die Aufmerksamkeit von zwei Millionen Chinesen zu erregen, die ebenfalls am Bund spazieren. Das wird kaum gelingen, weil ich auffalle wie ein Affe im Zoo. Blonde Haare, weiße Haut und eine viel zu große Nase. Auch in Shanghai, der Ausländerhochburg, wo ich jetzt seit einem halben Jahr Deutschunterricht für Studenten gebe, fallen Ausländer auf. Auf 14 Millionen Chinesen kommen hier gerade 20.000 Ausländer. Ich drehe mich inzwischen auch schon nach Fremden um. Am Nachmittag hatte ich mich nach einem blonden Mann umgeschaut und dann festgestellt, daß ich mir selbst in einem Spiegel nachstarrte. Wenn dann aber doch eine Unterhaltung zustande kommt, werden die Schwierigkeiten nicht kleiner. Mein Chinesisch ist nicht so gut, daß ich ein tiefergehendes Gespräch gestalten könnte, und das Englisch der Chinesen ist so schlecht, daß die Unterhaltung nach „How are you where do you come from Germany very good what you do in China“ fast immer endet.

Ich bin hier, um den Samstagabend auf die typisch chinesische Art zu verbringen: flanieren; sehen und gesehen werden. Die Chinesen nennen dieses Freizeitvergnügen „sich amüsieren“. Für einen Berliner eine seltsame Vorstellung von Amusement.

What are you looking for? Ein junger Mann spricht mich an. Ich bin sicher, daß er schwul ist. Die übliche Konversation beginnt – wobei er englisch spricht und ich chinesisch. Aber wir verständigen uns. Ob wir nicht etwas spazieren sollten. Natürlich, hier stehenzubleiben ist ganz unmöglich. Kaum unterhält man sich mit einem Chinesen, bildet sich ringsherum eine Mensentraube, die ganz Ohr ist. So etwa muß sich Madonna fühlen, wenn sie durch die Stadt geht. Nun bin ich nicht Madonna, aber trotzdem... Wir gehen also los, bei eisiger Kälte. Zwar zeigt das Thermometer zwei Grad an, aber die extrem hohe Luftfeuchtigkeit läßt die Kleidung sofort klamm werden. Ich trage zwei lange Unterhosen übereinander, vier Pullover und eine Lederjacke. Ich muß die erotische Ausstrahlung eines Walrosses haben. Aber es hält verhältnismäßig warm.

Mein Begleiter heißt Song Chao. Ich dürfe ihn aber CC nennen, gestattet er. Er hat Modedesign bei einem französischen Professor studiert. Ob wir noch einen Tee trinken gehen? Gerne, aber wo, jetzt um zehn Uhr abends? Shanghai, die Weltstadt, ist schon wie ausgestorben. In ein internationales Hotel können wir nicht gehen, weil ich keine Devisen besitze. Ich verdiene hier nur das chinesische Volksgeld. Ein Teehaus kommt auch nicht in Frage; dort würde ich wieder Massenaufläufe hervorrufen, was für ein romantisches Gespräch ja nicht gerade förderlich ist.

Er läßt mich ein, mit zu ihm zu kommen. Er wohnt bei seinen Eltern; immerhin hat er ein eigenes Zimmer. Wir wandern durch Gassengewirr und immer, wenn ich denke, langsam ist doch die Welt zu Ende, tut sich eine neue Gasse vor mir auf, und wir landen in einem neuen Hinterhaus mit weiteren Hinterhöfen. Hier finde ich allein nie wieder raus. Nun kommen wir an ein Scheunentor – der Eingang zur Wohnung. Die Küche liegt gegenüber in der Gasse, im Freien. Die Toilette ist um die Ecke, für das ganze Viertel. Aber ich darf sie nicht benutzen, ich könnte ja gesehen werden. Dafür darf ich jetzt meine Mütze wieder absetzen, die in den Gassen meine blonden Haare verdecken sollte. Ich komme mir vor wie ein Schwerverbrecher auf dem Weg zu einem Banküberfall. Tatsächlich bin ich kurz davor, mich nach den Gesetzen dieses Landes strafbar machen.

Der Vater hustet in seinem Bett, als wir kommen. Wir gehen, besser, wir steigen in sein Zimmer. Es gleicht einem größerem Hochbett und ist so niedrig, daß ich nicht stehen kann. CC stellt Musik an, damit die Nachbarn meine Stimme nicht hören und merken, daß ein Ausländer zu Besuch ist. Es ist Chinesen verboten, Ausländer in ihren Wohnungen zu empfangen. Früher haben hier noch CC's fünf Geschwister gewohnt. Der verwöhnte Europäer fragt sich, wo denn nur. CC ist der einzige in der Familie, der noch nicht verheiratet ist. Seine Mutter hält ihn für einen Pechvogel. Wir sitzen nebeneinander und unterhalten uns. Langsam entdecke ich meine Liebe zu chinesischem Pop, er hat so etwas Sanftes. CC möchte die Welt sehen, nicht aus dem Fernsehen, sondern selbst. Er bietet mir eine Marlboro an. Die müssen ein Vermögen gekostet haben; ich kann sie mir bei meinem Gehalt nicht leisten. Er hat sie auf dem Schwarzmarkt bekommen, da bekommt man alles. Alles!

CC hatte noch nie einen Freund, dafür aber eine Alibifrau. In China muß ein Mann eine Frau vorweisen können, um als richtiger Mann zu gelten. Das wird jedoch immer schwieriger: sechs Männer müssen sich um etwa vier Frauen streiten – Tendenz steigend. Es wird erwartet, daß die chinesische Bevölkerung zum Beginn des neuen Jahrtausends zu 75% aus Männern besteht. Rosige Aussichten für Schwule. CC zeigt mir Bilder von seinen Freunden und rutscht immer näher. Ich weiß nicht, ob ich mich darauf einlassen soll. Darf ich, oder komme ich damit in Teufels Küche? Er sieht gut aus, Chinesen sind nicht ohne. Mit der Zeit stellt man sich ja auf seine Umgebung ein. Man nimmt die Unterschiede wahr und die Menschen sehen nicht mehr alle gleich aus.

Ich muß gehen. Morgen früh muß ich unterrichten. Er bringt mich zum Bus, erklärt mir, wie ich ihn anrufen muß. Es ist ein Uhr, kein Mensch auf der Straße. Wir sehen aus wie zwei Leute, die zufällig an derselben Haltestelle stehen, sich nie gekannt haben und nie kennen werden. Ich verfluche innerlich diesen Staat und diese ewigen Zwänge. Sehnsucht nach Deutschland kommt in mir auf. Aber die erlischt auch schnell wieder. Er nimmt allen Mut zusammen und umarmt mich. Ich weiß kaum, wie ich reagieren soll. Ich gebe ihm einen Kuß. Er erwidert ihn. Innerlich jubeln alle Engel und singen Halleluja. Zwar ist er ein wenig scheu, aber er küßt gut. Der Bus kommt. Ich fahre ab.



Heute habe ich Material von der Deutschen Aids-Hilfe bekommen, damit ich meinen Unterricht zu diesem Thema vorbereiten kann. Die öffentliche Aufklärung über Aids in den bunten Schaukästen auf der Straße ist recht bizarr. Faßt man in China einen Aidskranken an, so hat man die Krankheit auch schon. Hier ist der Mensch vom Moment der Infektion an krank. Vorsicht bei Ausländern! Die sind alle aidskrank. Alle! Die gemeinsame Benutzung von Eßstäbchen bringt den Tod sofort ins Haus, der Aufenthalt mit einem Ausländer im Schwimmbad ist wie „Virus on the rock's“. Die offiziellen Zahlen über Aids in China schwanken. Vor einem Jahr war von 200 bis 400 Kranken die Rede. Aids sei von Ausländern ins Land geschleppt worden oder über die berühmte Drogengrenze in Yunan ins Land gekommen, hieß es in den Zeitungen. Jeder Ausländer, der länger als ein Jahr in China bleiben will, muß einen negativen Test vorlegen, der von einem einheimischen Krankenhaus durchgeführt werden muß.

Ich habe eines dieser Krankenhäuser kennengelernt. Bei einer Injektion mit Antibiotika kamen mir aus der Metallverpackung der „supersterilen“ Mehrwegkanülen Kakerlaken entgegen. Alles eine Geldfrage, wie der Arzt sagte. Recht hat er.

Ich beginne den Unterricht mit einer Materialsammlung. Wie wird nach eurer Meinung Aids übertragen? Im Schwimmbad. Im Restaurant. Benutzung derselben Eßstäbchen. Im Gespräch. Sex. Händeschütteln. Wer hat Aids? Alle Amerikaner und fast alle Deutschen. Ausländer sowieso. Warum? Weil die immer Sex haben!

Sex ist hier ein besonders schwieriges Thema. Sex existiert in der Öffentlichkeit nicht. Sex ist anscheinend etwas Schlechtes. Wie machen die wohl die vielen Kinder? Woher wißt ihr, daß die Ausländer immer Sex haben? Aus dem Fernsehen. Kein Wunder bei diesen westlichen Serien. So etwas Schlechtes zeigt hier nicht mal RTL im Vormittagsprogramm. Wir putzen uns die Zähne nur mit Brandy und liegen den ganzen Tag im Bett, tätigen unsere Geschäfte mit den entsprechenden Partnern, mit denen wir auch Sex haben.

Ich verteile die Broschüren der D.A.H., erkläre unbekannte Wörter. Der erwünschte Aha-Effekt tritt sofort ein. Was gedruckt ist, ist richtig. Warum wissen wir in China das alles nicht? Weil die Wissenschaft hier nicht so gut ist wie im Ausland. Es kommt keiner auf den Gedanken, daß Informationen bewußt manipuliert werden können. Ich soll das Informationsblatt an die Erziehungskommission schicken, schlägt ein Schüler vor. Die wissen das bestimmt nicht, und dann könnte man ja bessere Aufklärung an den Universitäten betreiben. Was wißt Ihr sonst noch über Aids? Langes Schweigen. Plötzlich eine Frage aus der hintersten Reihe. Hast Du Aids? Nein. Bist du infiziert? Wunderbar, da hat jemand den Unterschied erkannt. Nein. Ob ich das chinesische Wort für Aids kenne? Nein. „ai-si-bing“. Ai für Liebe, si für sterben, bing für Krankheit: Aids, die Liebesterbenkrankheit. Für eine lautliche Übertragung des Wortes Aids gut getroffen.

Großes Erstaunen über die offiziellen Zahlen. Es bricht eine Diskussion auf Chinesisch aus, die ich anschließend übersetzen lasse. Vielen ist es peinlich, über Aids zu reden, aber sie sind froh, daß sie etwas darüber erfahren. Etwas Angst ist weg. Es kommen viele Fra-



gen. Ob ich Positive kenne? Ob ich Homosexuelle und Drogenabhängige kenne? Wie ist die Umgangssprache? Mir steigt die Röte ins Gesicht. Ich kann doch jetzt nicht Schwule, Fixer, bumsen, blasen an die Tafel schreiben. Dann mache ich es doch. Die Wörter werden mit Begeisterung gelernt und benutzt. Ich rutsche, ohne es recht zu wollen, in Sexualkundeunterricht für Fortgeschrittene. Was ist das, Blasen? Was ist das, Arschficken? Mein Gott, worauf habe ich mich hier eingelassen? Aber als aufgeklärter Mensch lasse ich mich nicht aus der Ruhe bringen, zumindest tue ich so. Meine Studenten, alle fünf bis zehn Jahre älter als ich, sind ganz Ohr. Geschlechtsorgane werden an die Tafel gemalt und beschriftet, in Hochdeutsch und in Umgangssprache. Hoffentlich kommt jetzt nicht meine 50jährige jüngerliche deutsche Kollegin in die Klasse. Nein, Glück gehabt – Pausengong.

In meinem Büro wartet mein Chef auf mich. Warum ich heute morgen einen Text über Aids kopiert hätte? Ich wolle das doch

wohl nicht im Unterricht machen. Zu spät, der Unterricht ist schon gelaufen. Mein politischer Chef ist entsetzt. Ich muß mir eine Standpauke über den chinesischen Sozialismus anhören, daß es solche dekadenten Krankheiten wie Aids in einem gesunden Arbeiter- und Bauernstaat nicht gibt. Die offiziellen Zahlen seien von den Klassenfeinden falsch in Umlauf gebracht worden. Ich solle mich in aller Form von dieser Stunde distanzieren und einen Brief an meine Klasse schreiben. Mein Unterricht werde weiterhin geprüft.

Nach der Pause berichte ich meiner Klasse, was vorgefallen ist. Ich habe zum Glück den Sohn eines hohen Kadern der Uni als Schüler. Ich verlasse mich auf diese Beziehung. Es hat wirklich nie Schwierigkeiten gegeben. Man muß halt nur den richtigen Leuten genehm sein.

Ich korrigiere die Aufsätze von letzter Woche. Das Telefon schellt. CC hat eingekauft und möchte für mich kochen. Ich hole ihn am Tor zum Ausländerghetto ab, damit er nicht kontrolliert wird. Ausländer werden in China zu ihrer „eigenen Sicherheit“ in sogenannten Expertenwohnhäusern untergebracht; damit sie nicht umgebracht und bestohlen werden. Jeder Chinese, der mich besuchen will, muß vorher seinen Paß an der Pforte abgeben. Die Dauer des Besuches wird genau festgehalten. Wer allerdings in Begleitung eines Ausländers kommt, wird nicht kontrolliert. Wir sollen ja nicht merken, daß hier über uns Buch geführt wird.

Ich freue mich, CC zu sehen. Er begibt sich sofort in meine Küche und verwandelt sie erst einmal in einen Schlachthof. Zwei Tauben werden geköpft und ein Fisch aufgeschlitzt. Nach dem Essen wird die Musik laut gestellt und scheppert furchtbar unerotisch aus meinem Gelin-Kassettenrecorder. Das Geräusch, daß wir abgehört werden, hält sich standhaft, obwohl das in China auch verboten ist. Wir rücken enger aneinander. Wie gehabt in zwei langen Unterhosen, vier Pullovern und Lederjacke. Auch hier gibt es keine Heizung und es zieht aus allen Löchern. Wir sitzen auf dem Sofa und er erzählt mir von der Welt. Von China. Wie schwer es in China für Schwule ist. Die Tradition. Die Staatsmacht. Sie läßt so etwas nicht zu. Man muß immer verdeckt leben. Besonders, wenn man etwas mit Ausländern hat. Und er hat Angst vor Aids. Ob wirklich alle Ausländer Aids

haben? Mein Gott, nicht schon wieder. Aber woher soll er es denn auch wissen. Nein, nicht alle Ausländer haben Aids. Nur manche. Ich erkläre ihm die Infektionswege. Er ist beruhigt. Ich bin verunsichert. Mehr als Schmusen läuft nicht. Es ist schon zu spät, um zehn Uhr müssen Chinesen unser Ghetto verlassen. Ob wir uns morgen wiedersehen? Im Peace-Hotel? Wir essen dann zusammen. Ich werde ihn einladen. Ich habe immer noch mehr Geld als ein auf Arbeit wartender Chinese.

Der Unterricht klappt heute gut. Ich freue mich auf den Abend. Stelle mich unter die Dusche und lege Parfüm auf. In der Kälte sind die überfüllten Busse angenehm. Irgend jemand fummelt an meinem Arsch herum. Na, da ist das Portemonnaie nicht. Hat er es endlich gemerkt? Ich kann mich nicht umdrehen, weil es so voll ist. Mein Geld kann er wohl nicht wollen, denn dort, wo er jetzt hingreift, trägt man wirklich kein Geld. Endlich kann ich mich umdrehen. Ein junger Chinese guckt mich halb ängstlich, halb herausfordernd an. Das ist in Shanghai eine übliche Anmache, weil es so zufällig aussieht. Die Linie 88 ist dafür bekannt. Wenn ich mich darauf einlasse, droht mir die Ausweisung aus diesem Land. Es mag ja etwas Ehrenhaftes haben, aus einem sozialistischen Land ausgewiesen zu werden, wie es eine Kollegin gestern ausdrückte. Aber eigentlich möchte ich hier bleiben. Für die Chinesen ist es viel unangenehmer, erwischt zu werden. Sie werden in Haft genommen, in Arbeitslager gesteckt oder in die Psychiatrie eingewiesen. Für die meisten Chinesen ist Homosexualität völlig unbekannt, man stößt auf gänzlich Unverständnis oder ruft ein herzhaftes Lachen hervor. Männer zusammen leben? Männer zusammen ihre Sexualität ausleben? Hahaha.

In der Stadt treffe ich einen Schüler von mir. Er spricht mich auf den Unterricht zu Aids an; er fand es gut, mehr Informationen zu bekommen. Er hatte auch schon vorher davon gehört. In Yunan soll es so etwas geben. In Shanghai soll es sogar Männer geben, die sich Kleider von Frauen anziehen und dann mit Frauen verwechselt werden. Er fände das unnatürlich. Ob er welche kennt? Nein, Schwule kenne er nicht. Aber ein Freund von ihm kenne einen, der einen kennt, der...

Was Aids betrifft, kläre hier die Regierung nach seiner Meinung falsch auf. Sie habe Angst, daß Chinesen zu viele Kontakte zu Ausländern aufnehmen. Das sei nicht gut für die Volksmoral. Sowieso sei Sex hier in China ein Tabuthema. Sex fände in der privatesten Privatsphäre statt. Selbst da wüßten manche nicht, wie das geht. Nach außen hin zeige sich China aufgeklärt, aber im Inneren ginge es völlig prude zu. Er habe gehört, es komme in China auch zu sehr vielen Vergewaltigungen, worüber man aber nicht spreche.

Er selbst würde ja lieber so leben wie die Ausländer. Vor der Ehe mal einige Sachen ausprobieren. Aber das könne er hier nicht – es

gäbe zuviele Menschen. Das ist in China die übliche Standardentschuldigung. Der Konfuzianismus wurzelt noch tief in den Menschen, trotz Befreiung, trotz Sozialismus.

Ich muß weiter. Er will mich begleiten und weiterreden. Wir verschieben es auf ein anderes Mal. Ich kenne diese Gespräche. Sie



haben alle den gleichen Tenor: probieren gerne, aber Angst vor den Konsequenzen. Kann ich verstehen.

CC wartet schon im Hotel. Formale Begrüßung. Er ist nervös. Ich schiebe es auf die ungewöhnliche Atmosphäre. Wann sind Chinesen schon mal in Hotels, die sich nur Ausländer leisten können. Wir bestellen westliches Essen. Ich freue mich auf eine Pizza Shanghai, die erste Pizza seit einem halben Jahr. Besser kann der Abend ja nicht werden – CC und Pizza.

Er erzählt, daß er beim deutschen Konsulat war. Er will in Deutschland studieren. Mir schwant Schlimmes. Die Pizza kommt. Der Donnerschlag auch. Ob ich ihm eine Finanzbürgschaft in Höhe von 40.000 DM unterschreiben kann. Er legt mir das Formular vor. Wie er denn studieren will? Er kann doch gar kein Deutsch. Das will er dann in Deutschland lernen. Das Drama nimmt seinen Lauf. Will er nur etwas von mir, weil ich ein Ausländer und dazu „reich“ bin? Er will mit mir leben. Er liebt mich. Er will mich heiraten. Das kann man doch in Deutschland. Ich muß lachen. Er liebt mich doch so. Bis zum Ende seines Lebens will er bei mir bleiben. Ich versuche ihm klarzumachen, daß ich keine Bürgschaft unterschreiben kann. Als Student habe ich soviel Geld nun wirklich nicht.

Warum passiert mir das nun wieder? Ich bin schon tausendmal gewarnt worden. Er macht mir Vorhaltungen. Ich wolle ihn nur ausnutzen. Jetzt reicht. Wer will hier wen ausnutzen? Wir Ausländer seien nur scharf auf Sex. Das sitzt. Ich frage mich, ob das stimmt. Nein. Noch habe ich andere Vorstellungen von Beziehung und Sex. Aber das zu erklären, scheitert an der Sprachbarriere. Ich bestelle mir noch einen Kaffee. Sein Professor hätte ihn mitgenommen. Als Schwuler kann man in China nicht leben. Er steht auf und geht. Ich sitze da. Wenn ich reich wäre... illusorisch. Warum ändert ihr denn nichts an der Situation in China. Hätte ich wirklich anders gehandelt, wenn...

Ich zahle, stehe auf und gehe, traurig und hilflos.

Martin Zimmer

Der Autor hat ein Pseudonym gewählt, da er befürchtet, bei einer Veröffentlichung unter seinem richtigen Namen Schwierigkeiten zu bekommen, ein weiteres Mal nach China zu reisen.





Die Frühstücksdirektorin geht

Ein Interview mit Micaela Riepe, der am 1. April ausgeschiedenen Leiterin des Prostitutionsreferates. Das Gespräch führten Jürgen Neumann und Sönke Müller.

Wie ist es zur Einrichtung des Prostitutionsreferat gekommen?

Micaela: Das Referat wurde 1986 gegründet. Zu diesem Zeitpunkt glaubte man, HIV könne sich bei weiblichen Prostituierten schnell ausbreiten, auch wenn es damals noch keinen Hinweis auf Huren mit HIV gab.

Wie bist Du Hure geworden?

Ich habe mit 22 angefangen in einer Bar zu arbeiten. Ich suchte damals einen Job und wollte viel Geld verdienen, was nur im Barbereich möglich war. Mit 24 habe ich dann angeschafft und das habe ich sechs Jahre während meines Studiums gemacht.

Das hört sich einfach an, hattest Du keine moralischen Probleme?

Ja sicher, aber für mich war Sexualität und Erotik immer ein Bereich, der selbstverständlich war, in dem ich viel Erfahrung gesammelt habe. Natürlich hat es noch lange gedauert, Sex als Dienstleistung für Geld anzubieten. Aber Anschaffen war trotzdem nie etwas Unmoralisches für mich.

In was für einer Bar hast Du denn gearbeitet?

Das war eine Bar mit englischer Atmosphäre. Da gab es Frauen, die zum Animieren vor dem Tresen saßen, sie gingen aber auch mit den Gästen nachhause oder ins Stundenhotel. Ich habe anfangs immer nur hinter der Bar gestanden, erst später habe ich mich vor den Tresen gesetzt. Erst ohne Anfassen, dann mit Anfassen und so ging es dann immer weiter bis hin zu dem Entschluß, daß ich sagte, gut ich will mehr Geld verdienen. Ich bin dann mit einer Kollegin und einem Freier auf Partie gegangen, damit ich das erste Mal nicht alleine war.

Kann man damit sehr viel Geld verdienen?

Ja, damals ging das. Das war eine bestimmte Form von Prostitution, von erotischem Theater. Es hatte ein Flair wie in den 50iger Jahren, wo es eben nicht sofort darum ging, Sex zu haben, sondern wo andere Formen des sich Kennenlernens gefragt waren. Es war natürlich auch eine starke Personality-Show der Frau, die um einen Kunden wirbt, bevor sie ihr Geschäft mit ihm macht. Ich denke aber, daß die Zeit der Barprostitution, so wie ich sie erlebt habe, vorbei ist. Schon Anfang der 80er Jahre hat sie ihren Niedergang erlebt und seit ich bei der D.A.H. arbeite, gibt es sie so gut wie gar nicht mehr.

Wie hast Du selbst damals die Notwendigkeit des Prostitutionsreferates beurteilt?

Obwohl ich keine Panikfrau bin, beunruhigte mich damals das Klima, das unter Huren und Freiern herrschte — viele hatten Angst, sich trotz Kondom oder sogar durch Küssen und soziale Kontakte anzustecken. Auch wenn ich selbst ohne Gummi angeschafft habe, fand ich, daß AIDS im heterosexuellen Bereich zu hochgespielt wurde. Als ich dann von der Ausschreibung der Stelle las, dachte ich, daß dies eine gute Möglichkeit ist, eine vernünftige AIDS-Aufklärung für Huren und Freier gegen die Panikmache in den Zeitungen zu machen.

Ging Deine Auffassung über den Inhalt der Stelle mit der Auffassung der BZgA konform?

Grundsätzlich teilten wir die Auffassung, daß klare Information die beste Prävention ist. Daß jedoch männliche und weibliche Prostituierte bei den Gesundheitsämtern reihenweise auf HIV getestet wurden, um ihre Bockscheine zu bekommen, empfand ich als Diskriminierung. Dies wurde von der BZgA so nicht gesehen.

Was ist passiert, wenn eine Frau den Test verweigerte?

Wenn eine Frau das verweigert hätte, hätte sie natürlich recht bekommen. Doch sind Frauen, die anschaffen gehen, in den allermeisten Fällen schon immer beim Gesundheitsamt registriert gewesen, weil das häufig die Voraussetzung für das Anschaffen war. Ohne Gesundheitskarte nahmen die Bordelle sie nicht. In München und Stuttgart werden Frauen, die nicht regelmäßig einmal wöchentlich zur Untersuchung auf Geschlechtskrankheiten gehen, sofort der Polizei vorgeführt. Ausnahmen gibt es da nur in Hamburg, Bremen oder Frankfurt. Diese Zwangsmaßnahmen bestanden schon vor AIDS. Von den Frauen in dieser Situation auch noch einen zusätzlichen Test auf HIV zu ihrem angeblich eigenen Schutz zu verlangen, war insofern relativ einfach. Damals hatten die Huren überhaupt keine Vorstellung über mögliche Konsequenzen wie Berufsverbot oder polizeilicher Verfolgung. In München hat zum ersten Mal eine Hure — noch vor Schwulen oder Drogengebranchern — für zweieinhalb Jahre im Gefängnis gesessen, weil sie angeschafft hatte und HIV-positiv war.

Wie hat sich diese Situation in der Arbeit bemerkbar gemacht?

Ich komme aus einem sehr privilegierten Bereich der Prostitution und habe diese ganze Form von Diskriminierung, die ich eben geschildert habe, nicht persönlich erlebt. Ich wußte zwar während meines Anschaffens, daß es da harte Sachen im Milieu gibt, aber ich

„Für mich waren die Freier nie Sündenböcke.“

habe mich nicht groß darum gekümmert. Doch muß man feststellen, daß Prostituierte — anders als Schwule oder Drogengebraucher — in einer besonderen Art und Weise von Diskriminierungen betroffen waren. Dagegen habe ich auch in der Öffentlichkeit gekämpft und argumentiert. Eine wesentliche Forderung war, den Beruf der Hure als einen wirklichen Beruf anzuerkennen, wozu Gesetze geändert werden müssen. Würden die Arbeitsbedingungen so gestaltet werden, daß jeglicher gesellschaftlicher Zwang wegfiel, könnte die Prävention auf fruchtbaren Boden fallen. Die Hure kann fordern: Ich arbeite nur mit Kondom; ich bin durch niemanden erpreßbar; ich bin ökonomisch unabhängig; ich muß nicht jeden Freier nehmen.

Was hast Du konkret unternommen, um diese Ziele zu erreichen?

Ich habe seit 1987 Expertenhearings organisiert, indem ein Gesetzesentwurf zustande gekommen ist, der diese Arbeitsbedingungen der Huren und Stricher ändern sollte. Schon 1984 hatten die Grünen Frauen eine Initiative für ein Antidiskriminierungsgesetz ins Leben gerufen. Die Organisation Hydra hatte dagegen protestiert, da Frauen, die anschaffen gehen, darin überhaupt nicht erwähnt waren. Dann erhob sich im Lande eine ziemlich heftige Prostitutionsdebatte, ob jetzt Prostituierte Verräterinnen seien, im Sinne von Mittäterinnen im Patriarchat, oder ob sie geschundene und unterdrückte Frauen seien, denen nun wieder das Mitleid und die Fürsorge der Feministinnen gebührt. Im Zusammenhang mit dem Gesetzesentwurf haben wir diese Debatte wieder aufgenommen. Eine entschiedene Forderung war, den Paragraphen, der die Förderung der Prostitution definiert, zu streichen.

Welche Erfolgsaussichten hat dieser Vorstoß in der Gesellschaft?

Wir haben eine ganze Menge Erfolg gehabt. Die Akzeptanz in der Gesamtgesellschaft, auch die Durchsetzung der Anerkennung der Prostitution bei der Bundesregierung ist sicher nach wie vor schwierig, da hier eher das Interesse herrscht, die Prostitution zum Verschwinden zu bringen. Anschaffen zu gehen bedeutet ja nicht, daß Frauen unheimlich geil auf viele Männer sind. Anschaffen bedeutet ja nicht, daß Frauen das unter Zwang tun oder weil ihr Kerl sie prügelt. Anschaffen bedeutet ja nicht, daß Frauen das machen, weil sie abends nicht schlafen können, sondern es bedeutet wirklich, Geld damit zu verdienen — es ist ein Job, ein Beruf. Frauen und Männer, die anschaffen gehen, müssen Steuern bezahlen, aber sie haben keinerlei soziale Rechte. Wir sind nicht der Auffassung, daß die Prostituierten nun alle abhängige Arbeitsverhältnisse bekommen sollen; daß es nur noch große Clubs und Puffs und Bordelle gibt, wo die Huren und Stricher für irgendwelche Chefs arbeiten. Wir denken natürlich an ganz vielfältige Formen von Arbeitsmöglichkeiten,

auch an unternehmerische Formen. Doch dafür brauchen wir zunächst einmal die Genehmigung, ein Gewerbe anmelden zu dürfen.

Hat sich die Situation seit Deinem Antritt in der D.A.H. denn zum Positiven gewendet?

Ich denke schon. Auch im Bereich der Prävention hatten wir ja sehr früh auf allen Ebenen im politischen Leben einen Konsens, daß die Freier in die Verantwortung zu ziehen sind: Nicht die Huren, sondern die Freier müssen das Kondom akzeptieren.

Das ist moralisch sicher gerechtfertigt, ist es aber auch praktikabel?
Das Kondom muß immer noch auf seinen Schwanz, da ist also bei aller Berufstätigkeit und aller Anerkennung als Beruf nichts daran zu rütteln. Die Art und Weise, wie es übergezogen wird, in welcher Situation und mit welcher Verführung es angebracht wird, das hat etwas mit der Professionalität der Frau oder des Mannes zu tun, aber der Freier muß es an seinem Schwanz akzeptieren. Auch das Freiersein muß sozial akzeptiert werden, so wie der Freier sich selbst als „Freier mit Kondom“ sehen muß.

Wie würdest Du diese ganzen Kampagnen von Hydra und Frauenorganisationen gegenüber Freiern bewerten? Sieht es dort nicht oft so aus, daß nur der Freier an der Übertragung schuld ist.

Richtig ist, daß sich in einer Gesellschaft häufig Gruppen verfeindet gegenüberstehen, wie Freier gegen Huren oder Huren gegen Polizei und Gesundheitsamt. Doch so kann keine Auseinandersetzung stattfinden. Für mich sind die Freier nie die Sündenböcke gewesen. Sie sind eine Gruppe, die in ihrer Eigenart angesprochen werden muß. Das habe ich auch immer wieder bei meinen Plakaten versucht. Ich habe dort Frauen abgebildet, die sexy und attraktiv waren – so wie ein Freier sich eine Hure wünscht. Ihn dazu zu bewegen, daß Freiertum aufzugeben, halte ich für falsch. In diesem Bereich, wo Werbung bisher verboten war, ist es sehr schwierig, gute Präventionskampagnen zu machen, weil es keine Vorbilder gibt. Das ist eine große Schwierigkeit meiner Arbeit gewesen.

Wie sieht es in der Drogenbeschaffungsprostitution aus?

Schlecht. Wir haben bisher von dem professionellen Bereich der Prostitution bei Männern und Frauen geredet. Bei denen, die anschaffen gehen, um sich die Drogen zu finanzieren, sieht es natürlich ganz anders aus, auch was HIV angeht. Ich denke, daß die meisten Huren, die positiv sind, Drogengebraucherinnen oder Sexualpartnerinnen von Drogengebern sind.

War das ein Arbeitsschwerpunkt?

Nein, eine meiner ersten Forderungen im Zusammenhang mit Drogen und Prostitution war Methadon für alle, die es wollen. Das war 1987 eine ziemlich revolutionäre Forderung, die die DAH nicht vertreten hat. Frauen, die anschaffen gehen, um sich Drogen zu finanzieren, könnten dann professionell anschaffen, wenn sie Methadon bekommen. Aber ich denke, daß ungefähr drei Viertel aller Frauen, die sich wegen Drogen prostituieren, bei einer Substitutionsbehandlung oder legaler Vergabe von Heroin das Anschaffen aufgeben würden. Das Problem ist nur, daß in der zwanzigjährigen Geschichte der Drogenarbeit keine Auseinandersetzung mit der Prostitutionserfahrung der drogengebrauchenden Menschen geführt wurde. Und jetzt sollen im Zusammenhang mit HIV und AIDS – wovon sie ja nun im Gegensatz zu den professionellen Frauen stark betroffen sind – plötzlich all die vernachlässigten Probleme bearbeitet werden. Tatsache ist, daß in den Drogenberatungsstellen und den Therapieeinrichtungen bisher nicht über Sex und Prostitutionserfahrung geredet wird. Inzwischen sieht es ein bißchen anders aus: Es gibt Initiativen von Frauen, wie das Cafe Olga in Frankfurt oder in Hamburg die Initiative Strichpunkt, die sich um drogengebrauchende Frauen, die auf den Strich gehen, kümmern. Dies hat es vorher nicht gegeben, in die Drogenberatung ging man nur, wenn man clean werden wollte.

Hast Du unter dem Dach der D.A.H. alle Projekte verwirklichen können?

Das kann ich eindeutig bejahen. Es gab keine Behinderungen meiner Arbeit. Ich habe mich in meiner Arbeit auf die Hurenorganisationen und auch auf fortschrittlichen Gesundheitsämter, die wirklich mit Männern und Frauen in der Prostitution zusammen arbeiten, konzentriert. Dabei gab es keine Kritik. Leider habe ich in der

Stricherarbeit viel zu wenig tun können. Hier muß auch von seiten der D.A.H. dringend etwas unternommen werden.

Die AIDS-Hilfe hält ja immer das Fähnlein der Betroffenenkompetenz hoch. Wie wichtig war das in Deiner Arbeit?

Sehr wichtig. Ich wäre in der Szene sicher nicht anerkannt gewesen, wenn ich nicht angeschafft hätte. Von daher könnte die AIDS-Hilfe diese Stelle vielleicht jetzt mit einer Frau besetzen, die keine Prostitutionserfahrungen hat, aber am Anfang wäre das nicht gegangen. *Wußte man bei der BZgA oder beim Gesundheitsministerium, daß du Hure bist?*

Ich habe daraus keinen Hehl gemacht, habe das aber nicht in jedem Gespräch gesagt. Ich erinnere mich an ein Gespräch mit einer FDP-Abgeordnetenschar, wo gefragt wurde: „Ja, aber Frau Riepe, woher können Sie denn das alles so genau wissen?“ Da war das natürlich ein Totschlagargument. Aber gerade die zwölf Jahre Arbeit im Milieu waren die wesentliche Grundlage für die Arbeit im Bereich Prostitution, wobei mir mein Soziologiestudium eine weitere große Hilfe war.

„Ich glaube, daß ich ein Mensch für den Anfang bin.“

Nun hast Du gekündigt. Die Stelle wird nicht neu besetzt, das Referat als solches wird aufgelöst. Liegt jetzt die Arbeit brach oder ist sie erledigt?

Ich denke, die Arbeit im Bereich Prostitution, so wie ich sie gesehen habe, ist nicht beendet. Das ist vollkommen klar. Die D.A.H. und die Hurenorganisationen müssen jetzt eine andere Form finden, die Arbeit fortzuführen. Die Entscheidung der AIDS-Hilfe, sich jetzt einem anderen Schwerpunkt zuzuwenden, nämlich dem der Arbeit für und mit Frauen, ist eine politische Entscheidung, die ich so akzeptiere.

Die Du auch mitträgst?

Hätte ich sie wirklich mitgetragen, hätte ich die Arbeit fortgeführt. Mein Engagement galt immer Frauen und Männern, die anschaffen gehen; umzusatteln auf reine Frauenarbeit entspricht nicht meinem Interesse. Wenn ich aber an AIDS-Arbeit im Globalen denke, halte ich die Einrichtung des Frauenreferates für sinnvoll.

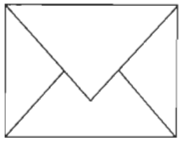
Gab es noch andere Gründe?

Der wesentliche Grund, war sicher, daß das Referat Prostitution nicht mehr den Stellenwert haben sollte, den es in der Vergangenheit hatte. AIDS und HIV und das Sterben an AIDS, daß ist mir in die Knochen gefahren und ans Herz gegangen. Ich habe den Anfang der Geschäftsstelle, die Aufbruchstimmung, die Menschen, die diesen Aufbruch getragen haben, gekannt und war eng mit ihnen verbunden. Da waren Menschen versammelt, die sehr viele Impulse gaben, die sehr viel für diese Organisation geworben haben und mich immer wieder fasziniert haben. Als dann einige starben, kam ich mir vor wie eine Übriggebliebene, eine Überlebende. Mein Engagement galt den Menschen in der AIDS-Krise, Menschen die jetzt tot und nicht ersetzbar sind. Ich hätte gerne etwas von der Stimmung aus dieser Zeit hinübergerettet, was mir aber nicht gelang. Es arbeiten ja jetzt auch Leute in der Geschäftsstelle, die unseren Erfolg als selbstverständlich sehen und die nicht mehr nachvollziehen können, wieviel Arbeit und Kraft er gekostet hat.

Bitterkeit?

Nicht Bitterkeit, sondern eher ein Gefühl von Traurigkeit. Bitterkeit hat es in der Auseinandersetzung um die politischen Inhalte gegeben. Was meine Traurigkeit ausmacht, ist vielmehr, daß sich Menschen in der AIDS-Krise überfordern und das nicht ausreichend verarbeiten. Oft kommt es dabei auch zu Konkurrenzkämpfen und Profineurosen. Ich habe während der fünfeinhalb Jahre Arbeit hier die Solidarität und die Verbundenheit immer als einen ganz wesentlichen Motor für die Arbeit begriffen und dieser Motor läuft nicht mehr. Die Arbeit begründet sich heute auf Notwendigkeit, auf Professionalität, auf persönlichem Engagement; aber auch auf Möglichkeiten, sich über die Arbeit zu profilieren, Karriere zu machen. Da habe ich mich entschlossen, zu gehen. Ich glaube, daß ich ein Mensch für den Anfang und nicht für die zweite Phase bin. Ich baue lieber auf, Routine und Geschäftsmäßigkeit langweilt mich.

Micaela, wir danken Dir für das Gespräch. ■



l e s e r b r i e f e

Ekelhaft und fehl am Platz

„Es geht um Gut und Böse – Schwule und Drogen“, Aktuell Nr. 1, März 1992

Sehr geehrter Herr H. P. Hauschild!
Als ich Ihren Artikel gelesen habe, ist mir einfach schlecht geworden. Da Sie ja auch noch im Vorstand der D.A.H. sind, kommt es mir so vor, als könnten Sie über die Artikel im Aktuell frei bestimmen und Ihren „privaten Mist“ zu jeder Zeit abdrucken. Wen interessiert es schon, was HPH privat für ein Sexleben führt?

Als Schwuler finde ich mich in diesem Artikel in keiner Weise wieder, was aber nicht heißen soll, daß ich ein „Kleiderschrank-Schwuler“ bin oder mal nur am Wochenende! Ich bin schwul in all meinen Eigenschaften. Wenn ich dann solch einen Artikel lese, kommt einem der Gedanke, daß alle Schwulen mit Drogen ihre richtigen Orgien feiern und zu jeder Gelegenheit Drogen gebrauchen, um nichts zu verpassen. Da frage ich mich nur, was sollte ich verpassen? Oder was habe ich schon alles verpaßt? Das ist bestimmt kein Beitrag zur Akzeptierung niederschwelliger Drogen.

Dieser Artikel ist einfach äußerst ekelhaft, widerwärtig und in einer Zeitschrift wie dem Aktuell absolut fehl am Platz.

Bernhard Wilhelm Benning, Frankfurt/M

Aufbauend

Recht herzlichen Dank für Eure so besonnen kommentierende Berichterstattung zur Benetton-Werbung. Eine Wohltat angesichts allgemeiner besinnungsloser (und mitunter auch heuchlerischer) Empörung. Und weil ich schon dabei bin (am Euch Loben): Dank auch für das Gespräch mit Sophinette Becker in der Dezember-Nummer. Aufbauend und anregend! Ich hab's mit Genuß gelesen.

Claus Gillmann, Köln

Mal ein geiler Frauenmund?

Den Artikel „Schwule und Drogen“ fand ich sehr gut. Besonders der Abschnitt „In jedem Fall beieinander bleiben“ findet meine Zustimmung. Obwohl ich als Aidskranker auf Drogen wie LSD verzichte, denn es ist doch eine Reise, die nicht mehr rückgängig zu machen ist, wenn sie angetreten wird. Vor diesem Trip hättet Ihr ruhig noch eingehender warnen sollen. LSD sollte Mann/Frau nur nehmen, wenn es einem gut geht, also keine Probleme wie Krankheit oder Geldsorgen da sind.

Mir fällt auf, daß im Aktuell viel über männlichen Sex geschrieben wird. Es wäre doch wirklich mal an der Zeit, Ausdrucksformen zu finden, die auch mich als Hetero mit Aids ansprechen. Ich hab ja schon das Gefühl, als hätte ich ein anderes Aids. Aids gehört nun mal den Schwulen nicht allein. Gut finde ich, daß Ihr endlich einen Schwerpunkt „Frauen und Aids“ erscheinen laßt. Vielleicht bildet Ihr auch mal einen geilen Frauenmund ab?

Michael Hering, Berlin

Nicht ausgeklammert

„Querdenkerin auf Abruf“, Aktuell Nr. 1, März 92

In den letzten Jahren hat sich das Betreuungskonzept der Berliner AIDS-Hilfe kontinuierlich den jeweiligen Bedürfnissen und Anforderungen der Betroffenen angepaßt und sich prozeßhaft verändert. So ist es längst nicht mehr so, daß unsere Betreuer „nur“ Gesprächspartner sind. Bedingt durch das veränderte Krankheitsbild und die wesentlich längeren Phasen der Pflegebedürftigkeit ist es vielmehr so, daß unsere ehrenamtlichen Betreuer immer wieder auch praktisch tätig werden. Diese sogenannten lebenspraktischen Hilfen werden von uns bewußt nicht ausgeklammert. Andererseits ist das Konzept der „emotionalen Unterstützung“ so angelegt, daß es auch von AIDS-Patienten in Anspruch genommen werden kann, die noch nicht oder nur in geringem Maße pflegebedürftig sind, jedoch in der Bewältigung der sozialen und psychischen Folgen der Krankheit Unterstützung wünschen.

Nicht zuletzt wird unser Betreuungsangebot auch häufig von schwerpflegebedürftigen Patienten angefragt, deren pflegerische Versorgung durch eine Sozialstation durchgeführt wird. Von konkreten Hilfen im Behördenschlingel, über die Nachtwache am Krankenbett, bis hin zur Organisation von Trauerfeiern und Regelung des Nachlasses reicht das Aufgabenspektrum unserer ehrenamtlichen Mitarbeiter, dies allerdings in Abhängigkeit von den unterschiedlichen zeitlichen Möglichkeiten.

Die Vorstellung der Pflegereferentin der D.A.H., Lücken in der pflegerischen Versorgung durch ehrenamtlichen Engagement schließen zu wollen, halten wir zum gegenwärtigen Zeitpunkt für politisch gefährlich und inhaltlich wenig durchdacht.

Ehrenamtliche Arbeit ist von ihrem Ansatz her zeitlich und inhaltlich begrenzt: Menschen, die über ein ausgefülltes Berufs- und Privatleben verfügen, welches ihnen letzten Endes Hintergrund und Kraft für die Tätigkeit gibt, sind mit einem zeitlichen Engagement von acht bis zehn Stunden bis an die Grenzen ihrer Belastbarkeit gefordert. Auch in Hinblick auf Selbstverpflichtung, Zuverlässigkeit und Betreuungsgarantie kann eine notwendige pflegerische Versorgung nur im Rahmen bezahlter, professioneller Hilfe erfolgen. Hinsichtlich der Anmerkung von Frau Steven, daß sich die Berliner AIDS-Hilfe in ihren Schulungen zu sehr mit den „Befindlichkeiten“ von ehrenamtlichen Mitarbeitern beschäftige, möchten wir betonen, daß wir auch in Zukunft gedenken, diese „Befindlichkeiten“ von Mitarbeitern sehr erst zu nehmen. AIDS-Hilfe-Arbeit heißt für uns immer, in der persönlichen Auseinandersetzung mit sich, mit anderen und mit existentiellen Lebensthemen gefordert zu sein. Um eine solche Arbeit langfristig sensibel, verantwortlich und zuverlässig leisten zu können, müssen wir unsere eigenen „Befindlichkeiten“ und Belastungen, die aus dem alltäglichen Leben mit dem Virus und der Krankheit resultieren, ernst nehmen. Nur wer seine eigenen „Befindlichkeiten“ wahrnehmen und ernst nehmen kann, ist auch in der Lage, sich auf die „Befindlichkeiten“ anderer, erst recht Kranker und Sterbender, einlassen zu können.

Wie wirbt die Telefonseelsorge Berlin doch so schön um ehrenamtliche Mitarbeiter: Wer hören will, muß fühlen!

Für die Berliner AIDS-Hilfe: Grit Mattke und Charly Lemmen

Wir trauern um Autoren, Künstler und Denker.

**AIDS bedeutet einen unersetzlichen Verlust
für die schwule Literatur**

Reinaldo Arenas
Jean-Paul Aron
Allen Barnett
Joseph Beam
Eberhard Bechtle
Michael Bennet
Copi
Conrad Detrez
Robert Ferro
Michael Fischer
Michel Foucault
John Fox
Hervé Guibert
Pierre Guyotat
Keith Haring
Guy Hocquenghem
Peter Hugar
Bernard Marie Koltès
Robert Mapplethorpe
Dimitri Papakonstantinou
Kurt Raab, Kuno Raeber
Vito Russo
Andreas Salmen
Ronald M. Schernikau
Manfred Semmelbauer
George Stambolian
Pier Vittorio Tondelli
George Whitmore
und unzählige andere.

Sie waren schwul und starben an AIDS.

Für uns, ob als Leser oder als Buchhändler, und darüber hinaus für das kulturelle Leben insgesamt bedeutet dieser bisher kaum kommentierte Tod der ersten vom Stonewall-Aufstand 1969 beeinflussten Generation schwuler Kulturschaffender einen unersetzlichen Verlust.

Wir stellen dies mit einem Gefühl der Ohnmacht und der Bitterkeit fest. Wenn wir jedoch gleichzeitig sehen, daß immer weniger statt mehr getan wird, um das Sterben aufzuhalten und um wenigstens das Leben und das Sterben der „Positiven“ unter uns so würdig wie möglich zu gestalten; wenn wir sehen, daß die öffentliche Hand zu einem Zeitpunkt, wo es tatsächlich ernst wird in diesem Land, die Einrichtungen ambulanter schwuler Hauspflege und Sterbebegleitung nicht mehr finanziert, so sind wir entsetzt und zornig.

Wir rufen alle verantwortungsbewußten Verlage, Buchhandlungen und die Leser auf, sich im Sinne der Verstorbenen zu verhalten und das zu tun, was sich anbietet: Geld zu geben — etwa an die Deutsche AIDS-Stiftung „Positiv leben“ in Köln bei der Westdeutschen Landesbank, BLZ 370 500 00, Konto 5000, oder an eine der zahlreichen regionalen AIDS-Initiativen.

Arbeitsgemeinschaft „Die schwulen Buchläden“

**Erlkönig, Stuttgart; Lavendelschwert, Köln;
Männerschwarm, Hamburg; Max & Milian, München und
Prinz Eisenherz, Berlin**



„Moult a appris qui connu ahan“
Vers 2524 des Rolandliedes

Aufrecht ist

Konrad Martin, Michaël' Pulter

* 23. Mai 1956 † 19. April 1992

den letzten Weg allen irdischen Lebens gegangen.
Darum trauert nicht, sondern wendet Euch den Lebenden
zu, die der Hilfe und Zuneigung bedürfen.

Auf ausdrücklichen Wunsch des Verstorbenen sollen
keinerlei Kränze oder Blumen auf das Grab.
Anstelle dessen wird um eine Spende für HIV e.V. Berlin
gebeten. Konto: 610 004 476, BLZ: 100 500 00,
Berliner Sparkasse.

Die Beisetzung findet nur im engsten Kreise statt.



Mitte Februar starb Andreas Salmen an den Folgen von Aids. Der Mitbegründer von ACT UP war eine herausragende Persönlichkeit in der Selbsthilfebewegung der Menschen mit Aids. Als Journalist und Autor bezog Andreas Salmen in kritischer Solidarität zur Aids-Hilfe eine oft unbequeme Stellung in aids-politischen Debatten.

An dieser Stelle wollten wir in einem Nachruf sein Leben und Werk würdigen, doch wenige Wochen nach seinem Tod nahm sich sein Freund Michael Fischer das Leben, auch er als Redakteur der Positiven-Zeitung „Virulent“ an zentraler Stelle tätig. Über unsere Trauer um Andreas Salmen und Michael Fischer hinaus bedrückt es uns, daß hier unsere Versuche, Lebensmöglichkeiten auch unter dem Zeichen von Aids zu schaffen, wirkungslos blieben. Der Tod von beiden wirft Fragen auf, die den Kern der Aids-Hilfe berühren. Wir haben darauf noch keine Antwort. In der Dezemberausgabe von Aktuell wird es im Schwerpunkt um Selbstmord und Sterbehilfe gehen.

Schätze in Alben und Archiven

*Fotos für Ausstellung
„Zehn Jahre schwuler
Alltag und AIDS“
gesucht*

Die D.A.H. bereitet eine Fotoausstellung vor, um die Geschichte und die Kultur der öffentlichen und privaten Auseinandersetzung von Schwulen mit AIDS seit dem ersten Auftreten der Krankheit in Deutschland vor zehn Jahren zu dokumentieren. Diese Auseinandersetzung wurde zunächst von Einzelpersonen getragen, die selbst oder deren Freunde erkrankten und um ihr Überleben kämpften. Viele dieser schwulen Männer sind in den letzten Jahren an den Folgen von AIDS gestorben. Wir wollen durch eine „Ahnentafel“ an sie erinnern. In den Archiven von professionellen Fotografen und in den Fotoalben fotografischer Laien hoffen wir auf viele Fotos: es geht um die ersten Initiativen zur Selbsthilfe bis hin zur AIDS-Politik, um das Aufblühen schwuler Kultur – trotz oder wegen AIDS. Kranksein, Sterben und Trauer gehören ebenso dazu wie die Veränderung von schwulem Sex und schwuler Liebe.

Die Ausstellung soll zum ersten Mal auf dem Treffen „Homolulu 1992“ Anfang Oktober in Berlin präsentiert werden. Anschließend können die Exponate übers Land ziehen und als Wanderausstellung von den regionalen AIDS-Hilfen – ergänzt durch eigene Beiträge – gezeigt werden. Es ist geplant, ein Buch oder einen Katalog zu dieser Ausstellung herauszugeben. Wer Fotos zur Verfügung stellen kann, sende sie bitte an die D.A.H., Stichwort „Fotoausstellung“.

