

Einen neuen Aufbruch wagen – selbstbestimmt, solidarisch, emanzipatorisch

Vor zwei Jahren haben wir uns als Verband auf der Mitgliederversammlung in Kamen mit diesem Papier auf eine gemeinsame Programmatik bis 2020 verständigt. Strategien unterliegen Veränderungsprozessen, deshalb wird es in den kommenden Jahren darauf ankommen, in einem engen Dialog innerhalb des Verbandes bereits Erreichtes zu sichern und weitergehende Aufgaben zu beschreiben. In diesem Sinne stellen wir DAH reloaded nun unter das übergeordnete Ziel, Aids in Deutschland bis 2020 zu beenden.

Wir wollen gesellschaftliche Veränderungen erreichen. Leiten lassen wir uns dabei von den Realitäten des Lebens mit HIV heute und damit auch von den Realitäten der von HIV besonders bedrohten und betroffenen Gruppen. In Deutschland sind dies in erster Linie schwule Männer, Drogengebrauchende, Migrant(inn)en aus Ländern mit hoher HIV-Prävalenz und Sexworker/innen, die in Bezug auf ihre Gesundheit und die sozialen wie ökonomischen Bedingungen längst nicht die gleichen Chancen haben wie die sogenannte Allgemeinbevölkerung.

Die Grundlage unserer Arbeit ist das Konzept der Strukturellen Prävention, das es immer wieder neu mit Leben zu füllen und auf unsere jeweiligen Bedingungen anzuwenden gilt. In seiner Einheit von Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention und von Verhaltens- und Verhältnisprävention ist dieses Konzept noch immer tragfähig.

In diesem Papier

- skizzieren wir zunächst das Leben mit HIV heute (I),
- benennen Erfolge der Strukturellen Prävention sowie offene Baustellen (II),
- definieren mittelfristige Ziele (III)
- und sagen, wie wir diese Ziele erreichen wollen (IV).

I. Leben mit HIV heute

Das Leben mit HIV in Deutschland hat sich in den letzten Jahrzehnten mehrfach erheblich verändert. Als die DAH 1983 gegründet wurde, gab es noch nicht einmal einen Test für den Erreger, selbst sein Name war noch nicht HIV. Die betroffenen Szenen und Communities wie die Gesellschaft insgesamt reagierten mit Panik und Angst. Sterben an Aids war unter Schwulen, bisexuellen Männern und Drogengebrauchenden an der Tagesordnung.

Mit der Gründung der Aidshilfen, der Idee, durch „Safer Sex“, d.h. vor allem durch Kondomgebrauch, und „Safer Use“ die Übertragung des Virus einzudämmen, mit dem Engagement für die Akzeptanz und Gleichberechtigung unterschiedlicher Lebensweisen („Allianz der Schmuttelkinder“) und der Abwehr von Ausgrenzung und Absonderung der Infizierten setzte sich allerdings die Ansicht durch, dass Aids besiegt werden könne, ohne Freiheiten einer offenen Gesellschaft preiszugeben. Damit waren die Grundlagen einer Erfolgsgeschichte gelegt – Angst und Panik sind zwar nicht verschwunden, aber gesellschaftlich in eine Minderheitenposition gedrängt.

Mitte der 1990er Jahre veränderte die Einführung der Kombinationstherapien das Leben mit HIV dramatisch: Sie retteten und retten Infizierten und Kranken das Leben, aus einer tödlichen Krankheit wurde eine chronische Erkrankung. Die Medikamente senken zudem das HIV-Übertragungsrisiko so entscheidend, dass Menschen mit HIV mit einer funktionierenden Therapie heute nicht nur eine fast annähernd normale Lebenserwartung haben, sondern auch nicht mehr infektiös sind – eine ungeheure Entlastung für sie und ihre Partnerinnen und Partner. Heute wird sogar über das lange als unrealistisch oder gar undenkbar eingeschätzte Ziel einer HIV-Heilung ernsthaft gesprochen.

Wir haben deshalb von der „Normalisierung“ der HIV-Infektion gesprochen. Was wir dabei nicht gesehen haben: Die mit dem Virus verbundene Diskriminierung und Stigmatisierung bleibt. Dies hat das Projekt „positive stimmen“ im Rahmen des internationalen Stigma-Index gerade wieder deutlich gezeigt: Menschen mit HIV werden von Familien und Freundeskreisen ausgeschlossen, erleben Beleidigungen bis hin zu tätlichen Angriffen (auch innerhalb ihrer Szenen und Communities), werden von Arzt- und Zahnarztpraxen abgewiesen, ihr Recht auf informationelle Selbstbestimmung wird verletzt. Scham- und Schuldgefühle nach einer Ansteckung sind heute noch genauso vorhanden wie zu Beginn der Aidskrise, verinnerlichte Stigmatisierung führt häufig dazu, dass Menschen mit HIV sich gar nicht erst auf sexuelle Beziehungen einlassen, und wer positiv getestet wird, muss sich genau überlegen, wem er sich anvertrauen kann. Die Ausgrenzung und Diskriminierung wird dabei häufig auch auf Partner/innen, Angehörige, Freundinnen und Freunde übertragen. Ein weiteres Beispiel: Auch wenn heute schätzungsweise zwei Drittel der Menschen mit HIV in Deutschland im Erwerbsleben stehen, gibt es immer noch Mobbing und sogar Kündigungen wegen der HIV-Infektion – das Antidiskriminierungsgesetz bietet bei HIV und chronischen Erkrankungen keinen Schutz.

Die Tatsache der Nicht-Infektiosität unter funktionierender ART ist allerdings bei den meisten Menschen in unserer Gesellschaft noch nicht in den Köpfen, geschweige denn in den Bäumen angekommen – selbst bei vielen Menschen mit HIV und ihren Partner(inne)n nicht. In Prozessen um die Strafbarkeit der HIV-Übertragung bzw. -Exposition wird sie erst allmählich berücksichtigt. Die Gerichte weisen nach wie vor in aller Regel dem/der HIV-positiven Partner/in die alleinige Verantwortung für den Schutz vor HIV zu. Diese Botschaft ist so ungeheuerlich wie zu Beginn

der Epidemie – und Teil der Verhältnisse, die wir umwerfen müssen, um Aids zu besiegen. Dazu gehört, unsere Position, dass beide Partner/innen in einer selbstbestimmten sexuellen Begegnung die gleiche Verantwortung tragen und die Strafbarkeit kontraproduktiv für die Prävention ist, immer wieder neu und noch vehementer öffentlich zu vermitteln.

II. Erfolge der Strukturellen Prävention und offene Baustellen – einige Beispiele

Deutschland hat mit dem Modell der Arbeitsteilung zwischen der Regierungsorganisation Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung und der NGO Deutsche AIDS-Hilfe eine der niedrigsten HIV-Infektionsraten weltweit und wird international als Vorbild gesehen. Doch auch bei uns gibt es nach wie vor und immer wieder offene Baustellen.

Schwule, bisexuelle und andere Männer, die Sex mit Männern haben/LGBTI

Teil unserer Erfolgsgeschichte sind neben der Verteidigung der sexuellen Menschenrechte schwuler Männer (z. B. Verhinderung der flächendeckenden Schließung schwuler Saunen oder Darkrooms) auch Fortschritte in der rechtlichen Gleichstellung von Schwulen und Lesben (z. B. Abschaffung des § 175, Lebenspartnerschaftsgesetz).

Von einer vollständigen Gleichstellung kann allerdings keine Rede sein (z. B. Einkommensteuerrecht, Adoptionsrecht). Die Diskriminierung von Lesben, Schwulen, Bisexuellen, Trans*- und Inter*-Menschen ist nach wie vor weit verbreitet – auch bei uns und nicht nur in Ländern wie Russland oder Uganda. Psychische Störungen, Erfahrungen sexueller Gewalt und Rauschmittelkonsum kommen bei schwulen Männern überproportional häufig vor, und Vor-Ort-Arbeiter beobachten eine Tendenz zu riskanteren Applikationsformen wie intramuskulärem oder intravenösem Gebrauch. Außerdem sind Schwule sowie andere Männer, die Sex mit Männern haben, nach wie vor stärker von HIV und STIs bedroht.

Drogengebraucher/innen

Der Spritzentausch bzw. die Vergabe steriler Spritzen und die Substitution sind etabliert, auch Drogenkonsumräume gibt es in den meisten Bundesländern, und die Zustimmung des Bundestags zur diamorphingestützten Behandlung war ein Meilenstein in der Drogenpolitik. Der Anteil der auf Drogengebraucher/innen entfallenden HIV-Neuinfektionen sank von 15 Prozent Mitte der 80er Jahre auf drei Prozent in den letzten Jahren.

Sieht man genauer hin, entdeckt man große Lücken in der Fläche und auch Qualitätsmängel der Angebote, etwa der Substitution, und immer wieder scheitert die Einrichtung von Drogenkonsumräumen an den Protesten der Anwohner. Drängender als HIV sind für die meisten Drogenkonsument(inn)en aber die Hepatitiden: Schätzungsweise 50 bis 60 Prozent von ihnen haben eine Hepatitis B durchgemacht, drei bis fünf Prozent gelten als chronisch HBV-infiziert und stellen somit ein Reservoir für die Virusübertragung dar. Ähnlich sieht es bei der Hepatitis C aus: Bei einer bundesweiten Prävalenz von 0,4 Prozent bei Erwachsenen sind 60–80 Prozent der Drogengebraucher/innen infiziert.

Menschen in Haft

In vielen deutschen Gefängnissen können Gefangene eine Substitutionsbehandlung bekommen, in Baden-Württemberg laut Gesetz sogar eine Diamorphinbehandlung. Auch Impfungen gegen Hepatitis B sind oft möglich, in Nordrhein-Westfalen regelt ein „Kondom-Erlass“, dass Kondome anonym zugänglich sein müssen.

Viele Knäste verfahren nach dem Grundsatz, dass es innerhalb ihrer Mauern keine Drogen gibt, und missachten das Äquivalenzprinzip, das den Gefangenen die gleiche Versorgung wie außerhalb des Vollzugs zusichert. Die Spritzentauschprogramme als billigstes und effektivstes Mittel der Infektionsprophylaxe sind mit einer Ausnahme eingestellt, die Substitution wird in vielen Fällen verweigert, der Datenschutz missachtet, HIV-Tests finden ohne Einwilligung und Beratung statt. Das bedeutet: In deutschen Knästen werden Menschenrechte auf eklatante Weise verletzt.

Sexarbeiter/innen

Selbstbewusste Sexarbeiter/innen gehen informiert und selbstbestimmt mit den gesundheitlichen Risiken ihrer Arbeit um. Das Prostitutionsgesetz hat zudem die Weichen hin zu einer Anerkennung der Sexarbeit als Beruf gestellt, auch wenn die Möglichkeiten des Gesetzes (z. B. Krankenversicherung) für viele noch außerhalb ihrer Reichweite liegen.

Auf der anderen Seite stehen Armut-, Beschaffungs- und Zwangsprostitution sowie eine wieder zunehmende Tendenz zur Repression (auch international). Auch hier sind es oft Proteste der Anwohner/innen, die zur Schließung eines Straßenstrichs oder zur Einrichtung von Sperrbezirken führen. Unter solchen Bedingungen sind Sexarbeiter/innen – vor allem Frauen, viele von ihnen Arbeitsmigrantinnen – kaum für Angebote der HIV/STI-Prävention erreichbar, und ihr Risiko, Gewalt ausgesetzt zu sein, steigt.

Migrantinnen und Migranten

Migrant(inn)en haben sich selbst organisiert, leisten in Projekten des Aidshilfeverbandes wie PaKoMi und MuMM HIV-Prävention in ihre Communities hinein und vertreten ihre Interessen im Aidshilfe-Verband. Und 2011 hat eine HIV-positive Frau mit türkischen Wurzeln ihr Gesicht selbstbewusst auf den Plakaten der bundesweiten WAT-Kampagne gezeigt.

Zugleich sind Migrant(inn)en überproportional von HIV betroffen: Während knapp 19 % der Gesamtbevölkerung einen „Migrationshintergrund“ haben, lag der Anteil der Migrant(inn)en an den 2010 gemeldeten HIV-Neudiagnosen mit 27,8 % deutlich höher. Unterdessen lässt das Asylbewerberleistungsgesetz auch nach der Anhebung der Leistungen kein menschenwürdiges Leben zu. Flüchtlinge erleben demütigende Asylverfahren bis hin zur Retraumatisierung, dürfen nicht arbeiten und werden durch die Residenzpflicht an der Selbsthilfe und der Teilhabe am gesellschaftlichen Leben gehindert. Für Menschen ohne Papiere ist die Situation noch schwieriger: Ständig von Abschiebung bedroht, sind sie, wenn sie eine Behandlung brauchen, auf Ärzte/Ärztinnen angewiesen, denen Humanität über Recht oder eine Kostenerstattung geht.

Ältere Menschen aus unseren Communities

Vor allem in den Ballungsräumen gibt es für ältere Menschen mit HIV, ältere Schwule, Drogengebraucher/innen, Migrant(inn)en oder ältere Menschen, die durch andere gesellschaftliche Raster fallen, eine Vielfalt von Betreuungs- und Versorgungsprojekten, in denen die Lebensweisenakzeptanz an erster Stelle steht – angefangen beim Ambulant Betreuten Wohnen über WGs für schwule Demenzkranke bis hin zu Wohnprojekten für ältere Drogengebraucher/innen.

Außerhalb der Ballungsräume allerdings bleibt für diese Menschen oft nur der Weg in Pflege- oder Seniorenheime, die in der Regel weder auf ihre Lebensweisen noch auf HIV oder Hepatitis vorbereitet sind.

III. Unsere mittelfristigen Ziele (Horizont: 2020)

Unser Ziel ist, dass die Gesellschaft als Ganze und jede und jeder Einzelne informiert, selbstbestimmt und verantwortungsvoll mit den Risiken von HIV/Aids, Hepatitis und anderen sexuell und beim Drogenkonsum übertragbaren Infektionen umgehen kann (DAH-Leitbild).

Darüber hinaus setzen wir uns ein sehr konkretes Ziel: Bis 2020 soll in Deutschland niemand mehr an Aids sterben müssen. Alles, was es dazu technisch braucht, haben wir bereits: antiretrovirale Therapien, ein Netz von guten Testangeboten und ein dichtes Versorgungsnetz für Menschen mit HIV. Es ist keine Utopie, sondern eine realistische Möglichkeit: Wir können Aids beenden!

Notwendig sind dafür der politische Wille und entschlossenes Handeln auf allen Ebenen: von staatlichen Akteur_innen über Mediziner_innen bis hin zu Aidshilfen und der Selbsthilfe. Vorhandene Ressourcen gilt es zu bündeln.

Warum gibt es Aids in Deutschland noch? Der Hauptgrund ist die Diskriminierung von Menschen mit HIV. Ausgrenzung macht Angst vorm HIV-Test und verhindert damit häufig einen rechtzeitigen Therapiebeginn. Veraltete Bilder von HIV als rasch tödlicher Erkrankung tun ein Übriges und können zur selbsterfüllenden Prophezeiung werden.

Das hohe Ziel, Aids in Deutschland bis 2020 zu beenden, setzen wir uns, um so viele Menschen wie möglich – alle für die es möglich ist und die sich dafür entscheiden – vor den vermeidbaren Folgen einer HIV-Infektion zu schützen.

Um das Ziel zu erreichen, braucht es unseren vollen Einsatz gegen Diskriminierung und Ausgrenzung von Menschen mit HIV, das respektvolle Werben für Test und Therapie und einen Ausbau niedrigschwelliger Angebote – auch abseits von Ballungsräumen.

Wir dürfen und wir wollen niemanden zurücklassen! Das Ziel, Aids bis 2020 zu beenden, machen wir öffentlich in geeigneter Form deutlich und weisen in geeigneter Form auf Schlüsselfaktoren hin.

Zugleich setzen wir uns getreu diesem Ziel folgende Schwerpunkte:

Ausgrenzung und Diskriminierung von Menschen mit HIV aktiv entgegenreten

1. Die Kriminalisierung der HIV-Übertragung und -Exposition bei selbstbestimmten sexuellen Handlungen muss beendet werden.
2. Alle Menschen mit HIV sollen freien Zugang zur HIV-Therapie sowie zu Beratungs- und Versorgungsangeboten haben.
3. Jedem und jeder steht es zu, sich frei für oder gegen einen HIV-Test zu entscheiden. Beratung, Kostenfreiheit und die Möglichkeit zur Anonymität sind unverzichtbar.
4. Niemand darf zu einer HIV-Therapie gezwungen werden.
5. Menschen ohne Papiere müssen anonym und gleichberechtigt Zugang zur Versorgung und zu medizinischen Leistungen haben.
6. Diskriminierung von HIV-Positiven in der schwulen Szene und anderen Subkulturen gilt es zu beenden.

Menschenrechte der von HIV bedrohten Gruppen schützen

7. Wir setzen uns dafür ein, dass Prostitution vollständig als Beruf anerkannt wird und alle repressiven Maßnahmen gegen Sexarbeiter_innen eingestellt werden.
8. Das Asylbewerberleistungsgesetz, die Residenzpflicht und das Arbeitsverbot für Flüchtlinge und Asylbewerber_innen gehört abgeschafft. Die Bedürfnisse und Ziele von Migrant_innen wollen wir in Aidshilfen noch stärker berücksichtigen.
9. Wir treten für die Entkriminalisierung von Drogengebrauch ein.
10. Die vollständige gesetzliche Gleichstellung von Lesben, Schwulen und Bisexuellen und die gesetzliche und gesellschaftliche Anerkennung von Trans* und Intersexuellen ist überfällig. Dies müssen wir deutlich machen.
11. Die Anti-Diskriminierungsrichtlinie der EU muss vollständig in deutsches Recht umgesetzt werden, inklusive des Schutzes bei Diskriminierung aufgrund von HIV.

Lebensnahe Versorgung ausbauen

12. Lebensweisenakzeptierende, bedarfsgerechte und qualitätsgesicherte Versorgungsangebote für alle von HIV betroffenen oder bedrohten Menschen sind unverzichtbar und müssen ausgebaut werden.
13. Insbesondere brauchen schwule Männer und Drogengebraucher_innen eine szenenahe, integrierte HIV-, STI- und Hepatitis-Prävention und –Versorgung.
14. Niedrigschwellige Harm-Reduction-Angebote für Drogengebraucher_innen – inklusive Drug Checking – müssen flächendeckend zur Verfügung stehen, auch in Haftanstalten und in der Psychiatrie.

Selbstbestimmung fördern

15. Unsere Arbeit zielt darauf, dass Menschen ihr Risiko, sich mit HIV zu infizieren, ob bei sexuellen Kontakten oder beim Drogengebrauch, selbst einschätzen können.
16. Wir arbeiten darauf hin, dass Menschen mit einem positiven HIV-Testergebnis selbstbewusst, informiert und ohne Angst vor Diskriminierung und Ausgrenzung umgehen können.

Politische Rahmenbedingungen schaffen

17. Wir fordern eine nationale Hepatitis-Strategie, die den Lebensweisen der verschiedenen besonders stark betroffenen Gruppen gerecht wird und wirken mit unserem Aktionsplan darauf hin (im Schulterschluss mit weiteren beteiligten Organisationen).
18. Die Bundesrepublik muss ihrer Verantwortung im internationalen Engagement gegen HIV/Aids gerecht werden. Darauf weisen wir öffentlich hin.
19. Wir brauchen ein Präventionsgesetz auf Bundesebene. Dafür treten wir ein.
20. Als Verband wollen wir uns so entwickeln, dass wir strukturell, finanziell und personell in der Lage sind, die oben genannten Ziele zu erreichen.

IV. Wichtige Schritte, um diese Ziele zu erreichen

Aidshilfe als Kompetenzzentrum für Strukturelle Prävention, als Interessenvertretung, als Anbieterin sozialer Dienstleistungen und als lernende, gesellschaftsverändernde Organisation ist zukunftsfähig, wenn sie ihre einzigartige Qualität stärkt, weiterentwickelt und selbstbewusst vermarktet. Wir dürfen uns unserer Erfolge bewusst sein, müssen aber immer wieder neu

engagiert und deutlich wahrnehmbar für unsere Ziele eintreten: selbstbestimmt, solidarisch und emanzipatorisch.

Alle Veränderung aber beginnt mit Selbstveränderung. Wir werden daher auch unsere eigene Arbeit immer wieder kritisch an unseren Zielen und unserem Leitbild prüfen und uns dabei auch unbequemen Fragen stellen, z. B.: Warum haben sich so viele Aidshilfen aus der Knastarbeit verabschiedet? Warum gehen manche schwule Präventionsprojekte nicht in die schwule Szene? Mit welcher Haltung, mit welchem Ziel und wie betreiben wir Schoolwork? Sind Mitgliedsorganisationen, Landesverbände und der Dachverband wirklich offen für Partizipation von Menschen mit HIV und Menschen aus unseren Communities, ja, fördern sie sie sogar – und wie zeigt sich das?

Selbsthilfe auf allen Ebenen des Verbandes provozieren und fördern und ihre Teilhabe strukturell absichern

Im Aidshilfeverband nehmen wir Menschen an, wie sie sind („Normbrecher e.V.“), und akzeptieren ihre Entscheidungen. Unsere besondere Qualität und Stärke, die uns wesentlich von anderen Verbänden unterscheidet, ist: Diejenigen, um die es in der Prävention geht – Menschen mit HIV und Menschen aus den am stärksten von HIV betroffenen Gruppen – sind Teil der Organisation auf allen Ebenen. Aidshilfe braucht ihre Beteiligung an der Entwicklung und Umsetzung von Ideen, an Diskussionen und Entscheidungen. Dafür werden wir die nötigen Räume erhalten oder schaffen und auf allen Ebenen des Verbandes laut und deutlich aufrufen: Mischt euch ein, beteiligt euch! Aidshilfe braucht HIV-Positive, braucht schwule Männer, braucht Drogen gebrauchende Menschen, braucht Migrant(inn)en – als ehren- und hauptamtliche Mitarbeitende, als Teil von Selbsthilfe, die Verantwortung übernimmt, Entscheidungen trifft und unsere Organisationen gestaltet.

Kooperationen und Koalitionen eingehen

Viele Vereine, Organisationen und Menschen teilen unsere Ziele. Teil unserer Arbeit ist, diese Partner/innen zu erreichen und mit ihnen Strategien zur Verwirklichung dieser Ziele zu entwickeln. So tragen wir auch unsere Haltungen und Positionen in die Gesellschaft. Wir werden daher die Zusammenarbeit mit anderen Verbänden chronisch Kranker und Behinderter, innerhalb unserer Dachverbände BAG Selbsthilfe und Paritätischer und mit weiteren Partnern verstärken, um HIV und andere chronische Krankheiten im Paragrafen 1 des Allgemeinen Gleichbehandlungsgesetzes (AGG) zu verankern. In ähnlicher Weise werden wir uns mit Vertreterinnen und Vertretern aus Wissenschaft, Politik, der Leberhilfe und den Fachgesellschaften für eine nationale Hepatitis-Strategie einsetzen. Und nur gemeinsam mit Flüchtlings-, Migranten- und Menschenrechtsorganisationen sowie Politikerinnen und Politikern wird es uns gelingen, das Asylbewerberleistungsgesetz, die Residenzpflicht und das Arbeitsverbot für Asylbewerber/innen abzuschaffen.

Communitynahe HIV-Testangebote ausbauen, Informed Consent für Test und Behandlung sichern

Der Druck auf Menschen mit erhöhtem HIV-Risiko, sich testen und bei einem positiven Ergebnis gleich behandeln zu lassen, wird wachsen. Gegen diesen Druck werden wir auf nationaler wie internationaler Ebene vehement für unser Ziel werben, dass jede und jeder Einzelne informiert, selbstbestimmt und frei von Druck entscheiden kann, ob und wann er oder sie zum Test geht oder mit einer Behandlung beginnt – und zwar an erster Stelle zum eigenen Nutzen. Die Absicht, weitere Infektionen zu verhindern, darf nicht dazu führen, von diesem Ziel abzurücken.

Neue Testmöglichkeiten wie etwa die Selbstdiagnose, neue Präventionsmethoden wie PrEP prüfen wir kritisch und beziehen sie in unsere Arbeit ein, sofern sie diesem Ziel dienen. Darüber hinaus werden wir die Beratung als „strukturierte Lernsituation“, die auf unterschiedliche Weise und in unterschiedlichen Kommunikationsräumen die Reflexion des Risikomanagements ermöglicht und zugleich ein realistisches Bild des heutigen Lebens mit HIV vermittelt, stärken und weiterentwickeln. Und nicht zuletzt werden wir uns für die Ausweitung von Testangeboten im Kontext von Aidshilfe- Organisationen engagieren und daran mitwirken, communitynahe und niedrigschwellige Beratungs- und Testangebote zu etablieren und abzusichern.

An einer lebensweisenakzeptierenden und integrierten HIV-, STI- und Hepatitis-Prävention- und Versorgung mitarbeiten

Sexuell aktive Menschen können das Risiko sexuell übertragener Infektionen kaum vermeiden, sondern allenfalls reduzieren. Entscheidend sind daher die frühzeitige Erkennung und Behandlung. Ein wesentliches Instrument dafür sind szenenahe, niedrigschwellige Beratungs-, Test-, Impf- und Behandlungsangebote, für deren Ausbau und Finanzierung wir uns einsetzen werden. Auch die Zusammenarbeit mit Ärztinnen und Ärzten und Akteuren des Öffentlichen Gesundheitsdienstes werden wir ausbauen, um lebensweisenakzeptierende, die Selbstbestimmung respektierende, integrierte Präventions- und Versorgungsangebote zu etablieren.

Antidiskriminierungs- und Antistigmatisierungsarbeit leisten

Wir werden verstärkt Menschen mit HIV dafür gewinnen und dabei unterstützen, öffentlich mit HIV zu leben (etwa im Rahmen von Kampagnen) und so nicht nur emanzipatorisch zu agieren, sondern der Gesellschaft, unseren Communities und anderen Menschen mit HIV viele verschiedene Facetten des Lebens mit HIV heute zu zeigen. Wir ermutigen und unterstützen, sich gegen Diskriminierung und Ausgrenzung zu wehren. Durch Dokumentation und jährliche Veröffentlichung schaffen wir ein gesellschaftliches Bewusstsein für Diskriminierung und ihre Folgen. Und nicht zuletzt werden wir Ärztinnen/Ärzte und das medizinische Personal dabei unterstützen, Patientinnen und Patienten diskriminierungsfrei zu begegnen, und das Projekt Kommunikation in der Arztpraxis um entsprechende Module erweitern.

Internationale Verantwortung übernehmen und einfordern

Als große NGO in einem der reichsten Länder dieser Erde haben wir die Verpflichtung, unser Wissen und unsere Erfahrungen zu teilen, wenn Partnerinnen und Partner aus Projekten, Organisationen oder auch staatlichen Einrichtungen Interesse daran haben und gemeinsam mit uns Ansätze für ihre Situation entwickeln möchten. Wir werden nach Möglichkeit dort unterstützen, wo Menschen den Rückhalt brauchen, um sich selbst zu organisieren. Wir werden unsere eigene Regierung an ihre internationalen Verpflichtungen und die Menschenrechte als Grundlage erinnern. Wenn die internationale Gemeinschaft AIDS bis 2030 beenden will, braucht es dafür auch die materiellen Ressourcen. Und wir werden uns auf allen Ebenen des Verbandes noch stärker engagieren und beteiligen, wo immer wir gefordert oder eingeladen werden.

Voneinander lernen und die Standard- und Qualitätsentwicklung vorantreiben, um alle Ebenen des Verbandes zukunftsfest zu machen

Wir werden den Erfahrungsaustausch der Aidshilfe-Organisationen sowie der Verbandsebenen untereinander fördern, um unsere Argumentation gegenüber Zuwendungsgebern zu stärken sowie neue Finanzierungswege zu erschließen und so die finanziellen Grundlagen für den

Dachverband, die Landesverbände und die Mitgliedsorganisationen zu sichern. Außerdem werden wir unsere Arbeit so aufstellen, dass wir auf das von uns geforderte Präventionsgesetz vorbereitet sind. Dafür werden wir die Zertifizierung von Aidshilfe-Arbeitsbereichen diskutieren, um unsere Marke zu stärken und auch gegenüber zukünftigen Leistungsgebern von den guten Erfahrungen gemeinsamer Standard- und Qualitätsentwicklung profitieren zu können.

Lebensweisenakzeptierende Versorgung entwickeln, umsetzen und absichern

Wir wollen Aidshilfe als Anbieterin von alternativen Versorgungsstrukturen dort, wo diese finanzierbar sind, stärken und ausbauen. Wir können aber nicht überall spezifische Angebote bereitstellen und werden dort, wo dies nicht möglich ist, die Kooperation mit bestehenden Einrichtungen suchen, unsere Kompetenzen einbringen und dafür sorgen, dass Menschen vorbehaltlos aufgenommen und bestmöglich versorgt werden. Die Aidshilfe wird sich an der Entwicklung von Standards und der Begleitung von Veränderungsprozessen beteiligen, damit selbstbestimmtes Leben im Alter möglich wird, Sexualität und Drogenkonsum nicht tabuisiert werden und Räume geschaffen werden für andere Lebensweisen im Alter.

Für eine andere Asylpolitik und den Zugang zur Versorgung für Menschen ohne Papiere streiten

Damit Menschen ohne Papiere endlich einen gesicherten Zugang zu medizinischer Versorgung erhalten, werden wir uns gemeinsam mit anderen Organisationen für die Einführung einer anonymisierten Krankenkassenkarte oder vergleichbare Lösungen einsetzen. Wir unterstützen Migrant(inn)en, Flüchtlings- und Menschenrechtsorganisationen sowie Politiker/innen, die sich für eine Veränderung der Asylpolitik einsetzen, und beteiligen uns an Aktionen zur Abschaffung des Asylbewerberleistungsgesetzes, der Residenzpflicht und des Arbeitsverbots.