Deutsche AIDS-Hilfe
Aktuell
Nr.1 März 1991

Schwerpunkt:

AIDS IN DER „DRITTEN WELT“

Seite 36

Inhalt

Zeitgeschehen 4

4 Auch Nahrungsmittelhilfe wird beantragt – die Verelendung der Menschen mit HIV und AIDS nimmt zu
6 Symposium zu AZT – via Satellit übertragen
6 Querdenkerin auf Abruf – die Pflegebeauftragte der D.A.H.
7 Quo vadis Pflege? Die Bedingungen werden schwieriger
8 Impfstoff in Sicht – gp160
9 Vielversprechend – Kombinationstherapie aus AZT und Zovirax
10 pro und contra – war die Bonner Positivenversammlung ein Elitetreffen?
12 Die Würde des AIDS-Kranken ist antastbar – „Dignity" dokumentiert Diskriminierungen
13 Gleichberechtigt in Europa? Internationales Schwulen- und Lesbentreffen
14 Argumente für eine „Normalisierung" der AIDS-Debatte
16 Drogenstudie zu safer use und safer sex vorgestellt

Schwerpunkt 18

AIDS in der „Dritten Welt"

19 Tropfen auf dem heißen Stein: die Hilfsmöglichkeiten der D.A.H. sind begrenzt
20 Zahlenspiele: Infektionsraten und Entwicklungshilfe
21 Das Haus brennt: AIDS-Konferenz in Senegal
24 Die HIV-Epidemie: Ansätze zur Intervention
26 Ghana: Ein Silberstreifen Hoffnung
28 Uganda: Hilfe für Waisenkinder
29 Sambia: die Positivengruppe in Lusaka
30 Sierra Leone: AIDS-Hilfe Freiburg unterstützt Projekte
31 Lateinamerika: Menschenrechtsverletzungen
32 Brasilien: Für die Reichen AZT, für die Armen Aspirin

Seite 18

Dokumentation 34

Grundlagenpapier zum Strafvollzug

Länderspiegel 36

36 Schwule flüchten in bayerisches Asylantenheim
38 Betreutes Wohnen in Hessen gesichert

Bild und Wort 39

39 Zum Tode von Hervé Guibert
40 Die großen Themen menschlichen Lebens – Benetton wirbt mit dem Foto eines AIDS-Toten
42 Buchbesprechung

Seite 39

positivnegativ 43

43 „Hochgradig positiv" – Rausschmiß von HIV-infiziertem Fußballer
44 Es ist soweit: Schwule gehen zum Standesamt
45 „Es geht um Gut und Böse" – Schwule und Drogen
48 „Nichts ist mehr wie früher" – ein Interview
51 Ausblick auf die nächsten Schwerpunkt-Themen

Impressum 5

Die Zweite Seite

Die Vereinigung der Farben

Darf man mit dem Sterben Aidskranker für Pullover werben? Das Urteil der britischen Öffentlichkeit war ganz eindeutig: als geschmacklos, obszön und anstößig wurde die jüngste Werbekampagne der Modefirma Benetton bezeichnet. Tatsächlich läßt die Anzeige wohl kaum einen Betrachter unberührt. Schon seit einigen Jahren werben große Unternehmen zunehmend mit Szenarien, die mit dem eigentlichen Produkt kaum noch etwas zu tun haben. Doch nun Aids als wirksamer neuer Werbeträger? Auch in der Geschäftsstelle der D.A.H. war man irritiert und suchte nach einem angemessenen Umgang mit dieser PR-Kampagne. Presse und regionale Aids-Hilfen traten an uns heran und fragten, ob wir nicht einen Boykott der Firma erwägten.

So wurden die Kollegen und Kolleginnen zusammengerufen. Nach welchen Kriterien soll man nun diese Werbung bewerten, ohne gleich in eine fundamentale Kapitalismuskritik und Moraldiskussion zu verfallen? Ein Kollege kam gerade von der Beerdigung eines Freundes, der an Aids gestorben ist. Dort hatte er, selber positiv, mit dem Freund des Verstorbenen über die Anzeige geredet. Zu seinem Erstaunen hat der sie richtig gut gefunden. Ein anderer Kollege aber war der Meinung: hier wird eine raffinierte Werbestrategie auf dem Rücken Betroffener gefahren.

Doch gerade Positive und Kranke fühlen sich von der traditionellen Reklame mit ihren jungen, vor Gesundheit strotzenden Schönheiten provoziert, gab eine Kollegin zu bedenken. Auch die D.A.H. benutzt solche Werbekonzepte, nicht ohne Grund werben wir für den Gebrauch von Kondomen nicht mit einem kaposiübersäten Kranken, sondern mit muskulösen Männern und schönen Frauen in erotischen Situationen. Das von Benetton verwendete Foto kehrt die Schönheitsideale um und beleuchtet die Schattenseiten menschlichen Lebens. Auch wenn die D.A.H. eher davor zurückscheut, das Leiden darzustellen, weil sie Kraft geben will zu einem Leben mit Aids, so muß sie doch anerkennen, daß auch dieses Bild eine Seite von Aids darstellt, die man nicht mit einem Tabu belegen darf.

Wenn wir schon kaum etwas gegen den Tod an Aids ausrichten können, so zeigt dieses Foto doch, wie wir uns das Sterben wünschen: Ein Aids- Kranker stirbt im Kreise seiner nächsten Angehörigen. Tatsache bleibt, daß es hierzulande Aids-Kranke gibt, die ihren Tod in sozialer Verelendung, vereinsamt und alleingelassen erleiden. Wenn die Werbung von Benetton zu solch einer Auseinandersetzung führt, können wir nur davon profitieren. Auch die Idee zu unserem Titelbild wurde in dieser Runde beigesteuert: wenn Benetton mit Aids „wirbt", warum sollte die Aids-Hilfe es dann nicht mit Pullovern tun? Mehr zu diesem Thema erfahren Sie auf Seite 41.

Unverständnis, wenn nicht Zynismus, wird der Slogan „United Colours" jedoch dort auslösen, wo ganze Regionen durch Aids in ihrer Existenz bedroht sind. Petra Narimani, in der D.A.H. zuständig für internationale Kontakte, bekommt in ihrer Arbeit ständig vor Augen geführt, wie ungerührt die reichen Industriegesellschaften die Katastrophe in der sogenannten Dritten Welt hinnehmen, an deren Ausmaß sie beteiligt sind. Mit der Situation in diesen Ländern und den bescheidenen Versuchen, die Not zu lindern, beschäftigt sich unser Schwerpunkt ab Seite 18.

Die Redaktion

Auch Nahrungsmittelhilfe wird beantragt...

Die materielle Verelendung der Menschen mit HIV und AIDS nimmt zu. Die Stiftung „Positiv leben" versucht, die Not zu lindern.

Als Martin Behrens an AIDS erkrankte, verließ er seine Heimatstadt, seine Bekannten und Freunde, da nur in der entfernt gelegenen Großstadt eine angemessene medizinische Versorgung möglich war. Außerdem suchte er die Anonymität der größeren Stadt. Kurze Zeit nach dem Umzug verschlechterte sich sein Zustand. „Ich wußte nicht mehr ein noch aus", schreibt er später an „Positiv leben". „Da habe ich, um mir Luft zu verschaffen, mit meinen alten Bekannten und Freunden telefoniert." Am Ende des Monats kam eine Telefon-Rechnung von 480 DM. Martin konnte sie nicht bezahlen. Nur die Übernahme der Telefonkosten durch die Stiftung verhinderte die Sperrung seines Telefon-Anschlusses und damit den Verlust einer wichtigen Kommunikationsmöglichkeit.

Ein typischer „Fall" für die Deutsche AIDS-Stiftung „Positiv leben". Im Jahre 1991 hat sich die Gesamtzahl der bei „Positiv leben" gestellten Anträge auf Einzelfallhilfe um fast 50 Prozent gegenüber dem Vorjahr erhöht. Während 1990 665 Anträge gestellt wurden, waren es im gerade beendeten Jahr 978.

Knapp die Häfte der Anträge wurden für Erkrankte gestellt, die andere Hälfte für „nur" Positive. Somit wurden Hilfen für mehr als 1.200 Menschen mit HIV und AIDS beantragt, denn oftmals ging es um die Unterstützung für mehrere Betroffene.

Diese Zahlen stehen einerseits für viele Einzelschicksale, Probleme, Kämpfe und Hoffnungen HIV-positiver und an AIDS erkrankter Menschen; sie stehen aber auch für ein soziales Problem – die zunehmende materielle Verelendung vieler Menschen mit HIV und AIDS. Auf beide Aspekte soll hier zumindest ein Schlaglicht geworfen werden.

Die Einzelfallhilfe von „Positiv leben"

Der Schwerpunkt der Arbeit von „Positiv leben" liegt in der unmittelbaren finanziellen Hilfe im Einzelfall. Seit 1987 wurden mehr als 3.000 Anträge auf Einzelfallhilfe gestellt. Die folgenden Angaben beruhen auf der Auswertung der ersten 500 Anträge des Jahres 1991 für insgesamt 637 betroffene Menschen erbeten. Von 90 % der Anträge, die von Beratungseinrichtungen für die Betroffenen gestellt wurden, kamen etwa 60 % von AIDS-Hilfen. „Ich betreue als Sozialarbeiterin eine Mutter mit einem 2 1/2 jährigen Kleinkind. Beide sind HIV-positiv, das Kind bekommt regelmäßig Immunglobuline. Ein Antrag auf Auslegeware wurde vom Sozialamt abgelehnt. Das Kind spielt nach wie vor hauptsächlich auf dem Fußboden, der gerade im Winter kalt ist. Die Mutter hat nicht die Möglichkeit, die Auslegeware von ihrer Sozialhilfe anzusparen."

Die Kosten von vierhundert Mark für einen Teppichboden wurden übernommen und somit – hoffentlich – dazu beigetragen, daß zusätzlich schwächende Erkältungskrankheiten vermieden werden.

Der nächste Antrag belegt die Notwendigkeit schneller, unbürokratischer Entscheidungen auf eine Weise, die zur Realität der Stiftungsarbeit gehört. Er wurde von einer AIDS-Hilfe im Rhein-Main-Gebiet gestellt:

„... es geht um unseren Klienten Tom Mansfield, ein Amerikaner, der seit mehreren Jahren in der Bundesrepublik lebt. Im Herbst letzten Jahres zeigten sich bei ihm massive Krankheitssymptome, die auf eine AIDS-Erkrankung hinwiesen ... Fortan verschlechterte sich sein Gesundheitszustand derart, daß er am 9. Januar als Notfall in das Krankenhaus eingewiesen werden mußte. Die Prognosen der Ärzte sind denkbar schlecht ... Herr Mansfield äußerte den Wunsch, seine Mutter nochmals sehen zu wollen. Dieser Wunsch entspricht nach Rückfragen auch dem der Mutter und wird zudem von Seiten der AIDS-Hilfe sowie der behandelnden Ärzte auf das Dringlichste unterstützt. Jedoch stehen dem finanzielle Probleme entgegen, da Herr Mansfield über keine finanziellen Mittel verfügt und seine Mutter in Boston, USA, von der Sozialhilfe lebt. Dementsprechend möchte ich Sie in seinem Namen bitten, die Kosten in Höhe von DM 1.127,90 für eine Flugreise Boston / Frankfurt / Boston von Frau Mansfield zu übernehmen. Folgekosten entstehen nicht, da privat für Unterbringung, Lebenshaltung und Reise in der Bundesrepublik gesorgt ist."

Am 7. Februar wurde der Antrag vom Vorstand der Stiftung bewilligt. Am 8. Februar buchte Frau Mansfield ihren Flug. Vom 9. bis zum 19. Februar war sie in Frankfurt. Am 12. Februar verstarb ihr Sohn.

Im Einzelfall schnell und unbürokratisch helfen zu können, ist sicher die Stärke der beiden deutschen AIDS-Stiftungen, der Stiftung „Positiv leben" und der Nationalen AIDS-Stiftung. Dies gilt auch für Leistungen wie etwa Erholungsreisen, die für Außenstehende auf den ersten Blick als „Luxus" erscheinen mögen, für Menschen mit HIV und AIDS aber auch deshalb wichtig sind, weil sie die Teilnahme am normalen Leben ermöglichen.

AIDS im Vergleich zu anderen chronischen Krankheiten

Viele Millionen Menschen sind in der Bundesrepublik direkt oder indirekt von chronischen Erkrankungen betroffen. Ohne die Probleme der an anderen Krankheiten leidenden Menschen relativieren oder gar verharmlosen zu wollen – individuelles Leiden ist weder objektivierbar, noch kann es an anderem individuellem Leiden gemessen werden –, bleibt anzumerken, daß AIDS ein besonderes gesundheitliches Problem darstellt.

Neben dem Problem gesellschaftlicher Ausgrenzung treten, teilweise hierdurch bedingt oder verstärkt, auch materielle Notlagen auf, für die es auch AIDS-spezifische Gründe gibt.

Im Gegensatz zu anderen chronisch Erkrankten sind die von AIDS betroffenen Menschen in aller Regel sehr jung. Erschreckend deutlich wird diese Tatsache durch den Vergleich der Altersgruppen der beim Bundesgesundheitsamt (BGA) registrierten AIDS-Erkrankten mit der Sterbefall-Statistik für Krebs. Während mehr als 70 % der an Krebs verstorbenen Menschen zum Zeitpunkt ihres Todes bereits das 65. Lebenjahr überschritten hatten, sind fast 60 % der an AIDS erkrankten Menschen beim Ausbruch der Krankheit noch keine 40 Jahre alt.

Hier wird aber nicht nur eine besondere individuelle Tragik deutlich, dieser Vergleich verweist auch auf ein besonderes sozialpolitisches Problem. Denn das Versorgungssystem in der Bundesrepublik ist weitgehend von der Notwendigkeit zur Sicherung im Alter bestimmt. Menschen, die jung erwerbsunfähig werden, sind letztlich nicht vorgesehen.

So ist es auch nicht verwunderlich, daß das Durchschnittsalter der Antragstellerinnen und Antragsteller bei der Stiftung, also der materiell besonders schlecht gestellten Betroffenen, nochmals deutlich unter dem ohnehin sehr niedrigen Durchschnittsalter der an AIDS erkrankten Menschen liegt. Dabei liegt das Durchschnittsalter der Frauen wiederum unter dem der Männer.

Viele der an AIDS erkrankten Menschen erhalten, wenn überhaupt ein Rentenanspruch entstanden ist, so geringe Renten, daß Anspruch auf ergänzende Sozialhilfe besteht.

Auf das Versorgungsniveau der Sozialhilfe herabgedrückt

Dabei wird es nicht verwundern, daß vor allem Hilfen für die Wohnung, die Erhaltung eines minimalen Lebensstandards und für dringend benötigte Erholungs- und Kurmaßnahmen beantragt werden. Erschrecken dürfte es aber, daß sich immerhin 6,3 % der AntragstellerInnen wegen Nahrungsbeihilfen an die Stiftung wenden.

Ein recht bezeichnendes Licht auf die Lebenssituation vieler Menschen, die sich an „Positiv leben" wenden, wirft auch die Tatsache, daß 70 % der antragstellenden (Ex)-Drogengebraucher entweder von Sozialhilfe leben oder im Strafvollzug einsitzen; niemand von ihnen erhält Unterstützung durch die Eltern

Nach wie vor kommt die große Mehrzahl der an AIDS erkrankten Menschen aus den gesellschaftlichen „Randgruppen" der Drogennutzer oder der Schwulen. Die individuelle Lebensgeschichte vieler Betroffener hat dazu geführt, daß Bindungen zu Eltern und Familie häufig schon viele Jahre vor der Erkrankung zusammengebrochen sind. Damit fällt für viele an AIDS erkrankte Menschen das traditionell erste soziale Netz, die Familie, aus. Dieser Verlust kann keineswegs in allen Fällen durch andere soziale Netze ausgeglichen werden, bei Drogennutzern noch weit seltener als bei Schwulen.

Geringe Lebenserwartung

Im Gegensatz zu den an anderen chronischen Krankheiten leidenden Menschen bleibt den an AIDS erkrankten wenig Hoffnung auf Heilung oder eine längere Lebensspanne ohne nennenswerte Verschlechterung der gesundheitlichen Situation. Im Gegenteil, sie sind sich ihres viel zu frühen Todes ziemlich gewiß.

Dies läßt die Frage stellen, ob eine Gesellschaft, die sich auf humane und christliche Werte beruft, nicht zu besonderer Hilfeleistung verpflichtet ist. Neben der Sicherung eines minimalen Lebensstandards sollte dies auch die Bereitschaft einschließen, in der einen oder anderen Situation auch einmal den vielleicht letzten „kleinen Luxus" zu ermöglichen.

Diese Beispiele aus der Arbeit der Stiftung belegen zumindest zweierlei:

Erstens: Die Arbeit der beiden AIDS-Stiftungen ist für viele Menschen mit HIV und AIDS unverzichtbar. Oft können nur durch die Stiftungen akute materielle Notlagen abgewandt oder kleine Verbesserungen ermöglicht werden.

Zweitens: Die Arbeit der Stiftungen ist auch aus sozialpolitischer Sicht notwendig. Denn ihre Hilfen schaffen keineswegs Privilegien für Menschen mit HIV und AIDS, wie gelegendlich behauptet wird. Sie mildert allenfalls Schwächen unseres Sozialsystems, das nicht auf die Sicherung und Versorgung junger Menschen ausgerichtet ist. Aber auch dies hilft Menschen in realen Notlagen und ist daher zwingend geboten.

Ulrich Heide, Geschäftsführer der Deutschen AIDS-Stiftung „Positiv leben"

Die Namen der Betroffenen wurden geändert

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 e.V., Redaktion Aktuell, Nestorstr. 8-9, 1000 Berlin 31
Telefon: 030 – 89 69 06 – 26 o. 25
Telex: 186 576 aids d
Telefax 030 – 89 69 06 42
ISSN: 0937-1923
Autoren dieser Ausgabe: Friedrich Baumhauer; Volker Beck; Klaus-Dieter Beißwenger; Martin Blaue; Hans Peter Hauschild; Ulrich Heide; Christine Höpfner; Oliver Kanene; Barbara Krumme; Michael Lämmert; Dirk Ludigs; Petra Narimani; Sabine Neymeyer; Norbert Schmacke; Axel Schock; Michael Schuhmacher; Beate Steven; Matthias Wienold
Graphische Gestaltung: Eric Gabriel, Berlin
Titelfoto: Sönke Müller und Oliver Lehmann
Fotos: Friedrich Baumhauer; Michael Bidner; Bindrim/Laif; Therese Frare; Reinhard Lorenz; Klaus Lucas; Sönke Müller; Torsten Schmidt; Michael Taubenheim
Satz: Reinhold Speckels, Berlin
Druck: Oktober-Druck, Berlin
Auflage: 5.000
Aktuell erscheint fünfmal jährlich. Einzelexemplar: DM 5,00, im Jahresabonnement: DM 37,50. Abo-Coupon in diesem Heft – für D.A.H.-Mitglieder kostenlos.
Aktuell Nr. 2 1992 erscheint voraussichtlich im Mai.

Beiträge, die namentlich gekennzeichnet sind, geben nicht unbedingt die Meinung der Redaktion wieder. Die Redaktion behält sich vor, Leserbriefe gekürzt zu veröffentlichen. Jeglicher Nachdruck von Beiträgen, auch auszugsweise, ist nur nach vorheriger Genehmigung durch den Herausgeber und nur mit Quellenangabe gestattet. Mitgliedern der Deutschen AIDS-Hilfe steht der Nachdruck der Beiträge mit Quellenangabe in Vereinspublikationen frei.
Eigentumsvorbehalt: Die Zeitschrift bleibt solange Eigentum des Absenders, bis sie dem Gefangenen persönlich ausgehändigt wird; auf § 31 Abs.3 StVollzG wird besonders hingewiesen. Hiernach kann der Anstaltsleiter Schreiben anhalten, wenn sie grobe, unrichtige oder erheblich entstellende Darstellungen von Anstaltsverhältnissen enthalten. Wird die Zeitschrift dem Gefangenen nicht persönlich ausgehändigt, wobei eine „Zurhabennahme" keine persönliche Aushändigung im Sinne dieses Vorbehalts darstellt, ist sie dem Absender unter Angabe des Grundes zurückzusenden.

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

Satelliten-symposium

„Alles zum Thema AZT" ist das Motto des 4. Deutschen AIDS-Kongresses in Wiesbaden. Dazu finden Live-Übertragungen in anderen deutschen Städten statt.

Am 28. 03. 1992 findet um 9.30 Uhr bis 13.30 Uhr ein Satellitensymposium zu AZT in den Rhein-Main-Hallen in Wiesbaden statt. Es wird durch die Deutsche Wellcome GmbH, Burgwedel, unterstützt. Das Programm wird als Live-Videoübertragung in den Städten Berlin, Hamburg und München zu sehen sein. Interessierte können am Ende der Veranstaltung Fragen an die einzelnen Referenten in Wiesbaden stellen. Der Eintritt ist frei. Auch ein kleiner Imbiß wird im Anschluß gereicht.

Das Programm umfaßt folgende Punkte:

Einführung/Ausführung/Concordestudie – Prof. Brede, Chairman
AZT aus der Sicht der D.A.H. – Dr. Wienold
Neuro-AIDS aus Frankfurter Erfahrungen – PD. Dr. Enzensburger
Neuro-AIDS aus Münchener Erfahrungen – Prof. Einhäupl
Neuro-AIDS aus Düsseldorfer Erfahrungen – Dr. Arendt
AZT in der Praxis – Dr. Weitner
Clinical and practical experiences with AZT in the USA – Prof. Conant
AZT im Frankfurter HIV-Modell – Prof. Rübsamen-Waigmann
AZT in der Öffentlichkeit – Dr. Rödder
Disussion und Zusammenfassung – Prof. Brede

Übertragungsorte:

Berlin: Klinikum Steglitz, Hörsaal Ost, Hindenburgdamm 30, 1000 Berlin 45, Moderator: Dr. Manfred Zeitz, FU Berlin

Hamburg: Großer Saal der Kassenärztlichen Vereinigung, Humboldtstr. 56, 2000 Hamburg 76, Moderator: N.N.

München: Sophiensaal, Sophienstr. 6, 8000 München, Moderator: Dr. Reinhard Engst, TU München

Alle Veranstaltungen fangen um 9.15 Uhr an, Einlaß ist um 8.45 Uhr.

Querdenkerin auf Abruf

Seit Oktober letzten Jahres ist Beate Steven die Pflegebeauftragte der D.A.H. Ob ihre Arbeit auch im nächsten Jahr finanziert werden kann, ist allerdings ungewiß.

Schon als sich vor über vier Jahren die ersten Selbsthilfeprojekte zur häuslichen Pflege Aidskranker gründeten, wurde die D.A.H. gedrängt, diesen Arbeitsbereich auch in der Struktur der Geschäftstelle zu berücksichtigen. Diese Pflegestationen betrachtet Beate Steven als ihre eigentlichen, ihre „moralischen" Arbeitgeber.

Mit freundlicher Unterstützung der Deutschen Wellcome GmbH – Hersteller des Medikaments AZT – konnten ab 1. Oktober 1991 zwei Pflegebeauftragte ihre Arbeit beginnen. Die zweite Stelle ist zur Zeit nicht besetzt, da Beate Stevens Kollege durch seine Erkrankung an Aids die Arbeit nicht fortführen kann.

Die 32jährige Pädagogin arbeitete nach dem Examen zu ihrer zweiten Ausbildung als Krankenschwester im Berliner Auguste-Viktoria-Krankenhaus, überwiegend auf der Aids-Station. Auch am Aufbau der Hauspflegestation HIV e. V. war sie beteiligt.

Mit Beate Steven verfügen die Pflegedienste über eine Koordinatorin, die ihren Verhandlungspartnern auf Seiten der Krankenkassen, der Wohlfahrtsverbände und der Politik an fachlicher Kompetenz ebenbürtig ist. Moderat und verbindlich im Ton, neigt sie in der Sache trotzdem nicht zu Kompromissen. Dabei weiß sie, daß die Pflege Aidskranker auf Dauer nur so gut sein kann, wie es das System der gesundheitlichen Versorgung generell ist. Wenn sie ihre Kritik an diesem System auch mit norddeutschem Understatement formuliert, so hält sie die Zustände doch für skandalös. Als besonders unzureichend empfindet sie die Ausbildung des Pflegepersonals, die nach ihrem Dafürhalten durch ein Hochschulstudium abgelöst werden sollte.

Lobbyarbeit für Kranke und Sterbende kann nach Beate Stevens Auffassung nicht nur auf die Geldgeber der Pflegeprojekte beschränkt bleiben. Sie beobachtet mit Unmut, daß einige Aids-Hilfen Pflege und Versorgung bisher nicht als neuen Arbeitsschwerpunkt neben den traditionellen Aufgabenfeldern Prävention und Beratung wahrnehmen. Da viele Pflegedienste zu organisatorischer Eigenständigkeit gezwungen sind und daher von den Aids-Hilfen abgekoppelt werden, gerät die Pflege zunehmend aus dem Blickfeld der Aids-Hilfen. Ein konkretes Hilfsangebot kann aber nicht allein den Pflegediensten überlassen sein.

So hält sie auch das Konzept der ehrenamtlichen „Begleitung" Aidskranker, das pflegerische Tätigkeiten und Hilfe im Haushalt bewußt ausklammert, für nicht mehr zeitgemäß. Als die Berliner Aids-Hilfe, die nach einem solchen Konzept arbeitet, Begleiter suchte, nahm sie an einer entsprechenden Ausbildung zum „Buddy" teil. Sterbemeditationen und die Aufarbeitung von Trauergefühlen, Hauptinhalte dieses Seminars, sind in ihren Augen zwar durchaus nützlich für die eigene Befindlichkeit, werden aber den Bedürfnissen Kranker nach praktischer Unterstützung nicht gerecht. Nachdem sie diese Kritik anmeldete, habe man ihr zu verstehen gegeben, daß sie zu hohe Ansprüche an eine solche Tätigkeit stelle. Daraufhin sei sie hinauskomplimentiert worden.

In den nächsten Monaten will Beate Steven dem Gesundheitsministerium ein Konzept für neu einzurichtende Bundesmodellprogramme im Pflegebereich vorlegen. Darüberhinaus wird sie sechs Seminare für Pflegepersonal anbieten. Zwei Plakate, die die Arbeit der Pflegedienste in der Öffentlichkeit darstellen sollen, werden im Laufe des Jahres entwickelt. Dies ist möglich, weil die Stelle der Pflegebeauftragten auch mit Mittel zur Finanzierung von Projekten ausgestattet ist.

Ob wieder ein dritter Geldgeber gefunden werden kann, der die Stellen auch über das erste Jahr hinaus finanzieren wird, ist noch ungewiß. So hängt die Fortsetzung ihrer Arbeit auch davon ab, welche Prioritäten die Mitgliederversammlung der D.A.H. Mitte März in Weimar setzen wird. Wenn es ein Skandal ist, daß dieser Staat sich offenkundig weigert, die Aufgaben der D.A.H. im Brennpunkt der Aids-Krise auf Bundesebene zu fördern, weil sie über die Verhütung von Neuinfektionen hinausgehen, so wäre es ein weiterer, wenn es die Aids-Hilfe nicht schafft, die Kontinuität dieser Arbeit aus eigener Kraft zu gewährleisten.

Jürgen Neumann

Beate Steven

ACT UP-Demonstration während der Bundespositivenversammlung

Quo vadis Pflege?

Die Zeichen stehen auf Sturm: nach Beendigung des Bundesmodellprogramms im Dezember letzten Jahres sehen sich die AIDS-Spezialpflegedienste in der Bundesrepublik kaum mehr in der Lage, ihre Arbeit fortzuführen, da die Finanzierung nicht gesichert ist. Dies betrifft vor allem die Dienste in den Städten Berlin, Köln und Hannover, doch auch die als finanziell abgesichert geltenden Pflegedienste, wie beispielsweise Frankfurt und München, tun nicht mehr, als ihren Status quo zu halten. Von einer Expansion, Leistungsüberprüfung und Qualitätskontrolle kann jedoch auch bei ihnen nicht die Rede sein, und das bei bei steigenden Erkrankungszahlen und der Notwendigkeit, aufgrund des sich ständig verändernden Krankheitsbildes auch das Pflegekonzept flexibel und für Ergänzungen offen zu halten.

Die Schere zwischen Angebot und Nachfrage öffnet sich also immer weiter; auch die ländlichen Regionen, die bisher mit ihrem Angebot schwerpunktmäßig Beratungs-, Betreuungs- und Koordinationsaufgaben erfüllten, stellen eine zunehmende Pflegenachfrage fest: nicht selten haben schwerstkranke Patienten den Wunsch, an ihren Heimatort zurückzukehren, um dort sterben zu können. Auf solche Pflege- und Betreuungsfälle sind jedoch die wenigsten niedergelassenen Ärzte und Sozialstationen eingerichtet. Hier ist das nötig, was auch in den Ballungsräumen längst noch nicht überflüssig geworden ist: Aufklärung, Bildungsarbeit, Anleitung und Supervision für diejenigen anzubieten, die mit der Versorgung von AIDS-Kranken befaßt sind.

Denn dabei steht nach wie vor die Berücksichtigung psychosozialer Bedürfnisse im Mittelpunkt, auch wenn dies weder beachtet, noch bezahlt und einer qualitativ hochwertigen und umfassenden Pflege als originäre Aufgabe abgesprochen wird.

Inhalte und Formen der ambulanten Pflege wurden bislang nur durch den Leistungsträger Krankenkasse bestimmt, was den fortwährenden Protest der Pflegedienste hervorruft. Seit vier Jahren setzen sich die Pflegedienste mit europäischen und angelsächsischen Pflegetheorien auseinander, deren Umsetzungen in innovative, patientenbezogene Pflegekonzepte von den Krankenkassen zu keinem Zeitpunkt ernsthaft in Erwägung gezogen worden sind, da es ihnen ausschließlich um die niedrigste Kostenkalkulation in der ambulanten AIDS-Pflege.

Dabei werden von seiten der Krankenkassen Vergleiche angestellt, die in ihrer Logik nicht haltbar sind: verglichen werden die finanziellen Aufwendungen des Pflegesatzes im Krankenhaus mit den Kosten einer ambulanten 24-Stunden-Pflege. Hier werden Ausgaben gegenübergestellt, die ein unterschiedliches Leistungsspektrum aufzeigen, denn der Pflegesatz im Krankenhaus berücksichtigt nur einen vergleichsweise geringen Teil für die Aufwendung „reiner Pflege".

Die Diskussion wird von den Kostenträgern mit einer Doppelzüngigkeit und Menschenverachtung betrieben, die jegliche Verhandlung ad absurdum führt. Den AIDS-Spezialpflegediensten wird einerseits vorgehalten, sie initiierten eine „Luxuspflege" und „zockten" das Geld ab, andererseits legt man ihnen durch Betriebswirte aufgestellte Hochrechnungen vor, was alles an Einnahmen erwirtschaftet werden könnte. Weiterhin spricht man ihnen Ernsthaftigkeit, Kompetenz und Unterstützungswürdigkeit ab, weil sie sich schließlich aus der Selbsthilfe entwikkelt haben. Doch werden sie trotzdem mit den Maßstäben jeder anderen Sozialstation gemessen, weil sie ja nun schließlich „professionell" arbeiten. Während man den Pflegediensten in Aussicht stellt, ihre international anerkannten Pflegestandards und -konzepte auch für andere Sozialstationen verbindlich zu machen, bleiben trotzdem die Zuwendungen für Fortbildungen und Supervision, die Voraussetzung für AIDS-Pflege sind, so niedrig bemessen, daß sie nicht einmal die Raummiete für eine Veranstaltung abdecken würden.

Der AIDS-Pflege geht es, unabhängig von ihrem Standort – stationär, teilstationär und ambulant – in erster Linie um die Existenz.

So lange es keine etablierte Pflegewissenschaft und Pflegeforschung gibt, eine unabhängige Instanz, die selbstverständlich analytisch und innovativ arbeitet, Qualitätsmaßstäbe vorgibt und zur Leistungskontrolle anhält, und so lange Pflege keine politische Lobby hat, wird keine Veränderung der Verhältnisse von „unten" nach „oben" stattfinden können. Die AIDS-Pflegedienste, exemplarisch für andere engagierte häusliche Krankenpflegeanbieter, reiben sich in dem Alltagsgeschäft der Patientenversorgung, dem Organisationsmanagement ihrer eigenen und kooperierenden Dienste, in der politischen Repräsentation nach außen sowie in den Verhandlungen um ihre finanziellen Grundlagen auf – und erhalten keine Anerkennung, weder von formaler Seite noch durch die Betroffenen.

So hat inzwischen im Raum Kiel das Mobile AIDS-Pflegeteam seine Arbeit einstellen müssen, die beiden Berliner Pflegedienste, HIV e.V. und ad hoc e.V. rechnen weiterhin damit, Ende Februar Konkurs anmelden zu müssen. Der Ambulante Pflegedienst Hannover weiß nicht, ob er sich über die Jahresmitte hinaus finanziell erhalten kann und der Stuttgarter Regenbogendienst sieht keine andere Lösung, als seine Auflösung vorzunehmen.

Von den sechzehn Pflegediensten, die sich in einer Arbeitsgemeinschaft, der AGAV (Arbeitsgemeinschaft ambulante Versorgung in der D.A.H.) zusammengeschlossen haben, arbeiten nur noch dreizehn, davon ist allein der Münchener Pflegedienst zunächst finanziell abgesichert, für alle anderen bleibt die Zukunft ungewiß.

Inzwischen ist die Resignation, hervorgerufen durch das ständige Hin und Her zwischen den Kostenträgern und den Pflegediensten so groß, und die Erfolgsaussichten werden mittlerweile aus Erfahrung als so gering eingeschätzt, daß einige Pflegedienste einfach eine Entscheidung wollen, egal, ob diese zu ihren Gunsten oder Ungunsten ausfällt.

Sie können diesen politischen Kampf um eine bessere Versorgung nicht allein ausfechten.

Eine Vertretung der HIV-Positiven und AIDS-Kranken durch die regionalen AIDS-Hilfen, insbesondere die Unterstützung bei der Neugründung eines hauswirtschaftlichen und pflegerischen Dienstes, wird immer wieder eingefordert. Werden hier die AIDS-Hilfen nicht schnell aktiv, besteht die Gefahr, die Chance zu verschenken, auf die AIDS-Pflege Einfluß zu nehmen. Da sich inzwischen auch die Wohlfahrtsverbände aus der ambulanten AIDS-Pflege zurückziehen, gewinnen zunehmend die privaten Anbieter von häuslicher AIDS-Pflege an Terrain. So werden sie für die Spezialpflegedienste eine immer bedrohlichere Konkurrenz. Die

▶

Geringe Schuld

Fulda. (dpa) – Das von der AIDS-Aktionsgruppe ACT UP angestrengte Verfahren gegen den Fuldaer Bischof Johannes Dyba wegen Beleidigung, wurde Mitte März eingestellt. Dyba hatte nach einer ACT UP-Demonstration vor dem Dom der Bischofsstadt die Teilnehmer als „Chaoten und drei Dutzend hergelaufene Schwule" bezeichnet, diese Aussage jedoch zwei Monate später wiederrufen. Er bedauerte seinen umstrittenen Zeitungsartikel, denn er habe ihn in Rage unmittelbar nach den Tumulten niedergeschrieben.

Der ermittelnde Oberstaatsanwalt Harald Weiß-Bolandt sah in Dybas Äußerungen zwar den Tatbestand der Beleidigung erfüllt, hielt aber diese Reaktion auf die Tumulte „angesichts der Provokation" für verständlich. Da der Bischof jedoch seine Stellungnahme bedauert habe, fehle wegen der „geringen Schuld" ein öffentliches Interesse an der Strafverfolgung.

Friedrich Baumhauer, Justiziar der D.A.H., hält es für bedenklich, wenn ein öffentliches Verfolgungsinteresse nicht angenommen werde, wenn sich ein exponierter Bischof an der Diskriminierung Schwuler beteiligt.

Geringer Erfolg

Bonn. – Die 1,5 Mio. Mark teure Anzeigen- und Spendenkampagne der BzgA zum World-AIDS-Day 1991 erbrachte lediglich einen Spendenerlös von 9.000 Mark. Dies veranlaßte den SPD-Sozialpolitiker Hermann Haack, der Gesundheitsministerin einen leichtfertigen Umgang mit Steuergeldern vorzuwerfen. Auch der Geschäftsführer der AIDS-Stiftung „Positiv leben", Ulrich Heide, erklärte, er habe schon vorab darauf hingewiesen, daß es besser sei, das Geld den AIDS-Stiftungen direkt zur Verfügung zu stellen, da er mit einem geringen Spendenaufkommen rechne.

Das Gesundheitministerium bezeichnete daraufhin diese Vorwürfe als „ungeheuerlich". Sowohl die AIDS-Stiftungen als auch die D.A.H. seien an den Planungen und an der Erarbeitung des Konzeptes beteiligt gewesen. Es sei unfair, diese Aktion zu kritisieren, nur weil sie einen spärlichen Erlös erbracht habe. Außerdem sei das Hauptziel der Kampagne gewesen, „um breites Verständnis" für Positive und Erkrankte zu werben. Fünf Menschen mit HIV und AIDS, abgebildet auf einem Foto, haben unter dem Motto: „Für uns ist jeder Tag ein AIDS-Tag – der Herausforderung gemeinsam begegnen„ in den bundesweit erschienen Anzeigen von ihrer Situation berichtet.

Unterdessen hat Ministerin Hasselfeld erklärt, sie würde sich dafür einsetzen, daß auch über 1994 hinaus Bundesmittel für „den Kampf gegen AIDS" bereitstünden, obwohl eigentlich die Länder für diese Aufgabe zuständig seien.

Erfahrungen haben gezeigt, daß private Pflegeanbieter oft kein ganzheitliches Pflegekonzept umsetzen und zudem kaum festangestellte Pflegefachkräfte, dafür aber wesentlich mehr Honorar-, und ungelernte Kräfte beschäftigen. So können sie die AIDS-Spezialpflegedienste in ihren Kalkulationen unterbieten und trotzdem mehr AIDS-Patienten pflegen.

Für die Spezialpflegedienste hat aber eine hochwertige Pflege, die für die Betroffenen ein entscheidender Faktor für deren Lebensqualität ist, nach wie vor höchste Priorität. Ziel muß es daher sein, daß Patienten und Spezialpflegedienste gemeinsam die Pflege gestalten.

So hat das Bundesweite Positiventreffen in Göttingen vom 24. – 26. Januar 1992 die ambulante Pflege zu seinem Thema gemacht und einen Forderungskatalog erstellt, der deutlich eine Pflege skizziert, die den Rahmen für alle Anbieter stecken soll: Lebensstil- akzeptierende Pflege, die bei ihrer Planung und Durchführung eine gleichberechtigte Teilnahme der Betroffenen und ihrer Freunde und Angehörigen vorsieht. Gewünscht wird eine Pflege, die wesentliche Aspekte einer helfenden Beziehung berücksichtigt und sich nicht hinter ihrem funktionalen Angebot versteckt. Dazu zählt die Bereitschaft, sich dem anderen auf einer menschlichen Ebene zuzuwenden und dabei auch sein Sterben nicht auszuklammern.

Die Form der bundesdeutschen Pflege muß von den Betroffenen intensiver sowohl bezüglich Inhalt als auch Qualität kontrolliert werden; dieses Prinzip muß auf allen Ebenen der Pflege Eingang finden.

In diesem Sinne haben die AIDS-Spezialpflegedienste Traditionen aufgebrochen, die einer Pflege des 20. Jahrhunderts nicht mehr angemessen waren. Pflege ist Verhandlungssache; und sie ist als das dynamische Ergebnis dieser Verhandlung zu begreifen.

Darüber hinaus ist die Pflege, gesellschaftspolitisch gesehen, auch eine Kulturaufgabe. Von daher müssen von der Bundesregierung finanzielle Mittel zur Unterstützung der AIDS-Spezialpflegedienste bereitgestellt werden. Denn die AIDS-Spezialpflegedienste haben maßgeblich die Standards für eine qualifizierte häusliche Krankenpflege im Bereich der Schwerstkrankenpflege gesetzt und sind aus dem Spektrum der Krankenpflegeanbieter für Menschen mit HIV und AIDS nicht mehr wegzudenken. Es gilt, diese Standards zu halten und zu verbessern. Die Anschlußfinanzierung durch Länder, Kommunen und Krankenkassen darf nicht länger durch Art und Umfang der Verhandlungen hinausgezögert werden und damit die Pflegetätigkeit verhindern.

Beate Steven

Impfstoff in Sicht

Die Suche nach einem Impfstoff gegen das humane Retrovirus HIV wird mit je zwei unterschiedlichen virologischen und klinischen Ansätzen vorangetrieben:

– Man kann einen Impfstoff entweder aus dem viralen Gesamtkomplex HIV entwikkeln

– oder aus Bestandteilen des Viruskomplexes (zum Beispiel den Oberflächeneiweißen gp120 oder der Kernhülle p24).

– Der klinisch therapeutische Nutzen einer Impfung kann entweder im Schutz vor einer Infektion liegen

– oder als Therapie bei bereits bestehender Infektion eingesetzt werden (Postexpositionsprophylaxe).

Immuno – ein Wiener Pharmauntenehmen – beabsichtigt nun, nachdem bereits erste Versuche zur Verträglichkeit an seronegativen Probanden abgeschlossen sind, in einer an unterschiedlichen Zentren in Europa geplanten Studie das Potential ihres Impfstoffes rgp160 als Immuntherapie bei seropositiven Menschen zu untersuchen.

Was wissen wir über rgp160?

Im Dezember 1990 begannen erste Versuche mit rgp160 an HIV- negativen Versuchspersonen, die untersuchten, welche Dosis des Impfstoffes zu einer Immunantwort führt und wie verträglich der Stoff ist. Die vorläufigen Ergebnisse bestätigten die Wirksamkeit (meßbare Immunantwort) und Sicherheit des rgp160 in einer Dosis von 50µg.

Darüberhinaus wurden auch zwei Schimpansen, die mit HIV infiziert waren, mit dem Impfstoff behandelt. Die Überlegungen zu dieser Vorgehensweise der „Impfung nach Infektion" leiten sich von anderen Infektionskrankheiten ab, bei denen diese Verfahrensweise einen klinischen Nutzen erbringt, etwa Tetanus, Tollwut und Hepatitis.

Nach der Impfung entwickelten beide Schimpansen hohe Antikörpertiter gegen die V-3 Schleife von HIV-I (die V-3 Schleife liegt auf dem gp120-Molekül und soll die Hauptrolle in der Auslösung einer effektiven Immunantwort spielen) sowie einen Anstieg der gesamten neutralisierenden Antikörper. Die Impfung wurde gut toleriert und führte nicht zur Beeinträchtigung anderer Immunfunktionen.

Obwohl über die Wirkung des Immunorgp160 an HIV-positiven Menschen bisher noch keine Untersuchungen vorliegen, lassen sich aus den vorliegenden Ergebnissen zu einem ähnlichen gp160-Impfstoff Parallelen ziehen. Dr. Robert Redfield vom Walter Reed Army Institute, der US Bundeseinrichtung für die medizinische Versorgung von Militärangehörigen, berichtet

über die Impfung von 30 Freiwilligen mit asymptomatischer HIV- Infektion (*Redfield, R., et al., A phase I evaluation of vaccination with recombinant gp160 in patients with early immunodeficiency virus infection, New England Journal of Medicine, 324: 1677-1684, 1991*). 63% der Probanden zeigten sowohl eine humorale (antikörpervermittelte) und zelluläre Steigerung der Immunantwort gegen HIV-Hüllproteine. Das Immunsystem reagierte zudem mit einer spezifischen humoralen und zellulären Reaktion auf den Impfstoff. Der Grad der Immunreaktion war mit dem Grad der Immundefizienz assoziiert: 13 von 16 Patienten mit »600 T-Helferzellen/l zeigten eine Immunantwort und nur 6 von 14 mit «600. In den der Impfung folgenden zehn Monaten fielen die T-Helferzellen um 7% bei den Nonrespondern (keine Immunantwort), während die Zellen bei den Respondern (positive Immunantwort) stabil blieben.

Immuno ist sich der Bedeutung der Beteiligung der Betroffenen an der Studie und der Information über die Vorgehensweise bewußt, weshalb die Etablierung einer Beratergruppe vorgesehen ist. In die bisherigen Beratungen zum Design der Studie war ein Vertreter der Deutschen AIDS-Hilfe eingebunden. Es ist aber vorgesehen, auch andere europäische Selbsthilfegruppen in den Beraterstab einzubeziehen.

Ethische Vorbehalte

Weil dieses nun der erste multizentrische europäische Versuch mit einem Impfstoff am Menschen sein wird, sollten einige grundsätzliche Überlegungen zu Impfstudien angestellt werden.

Die Mechanismen der Krankheitsentwicklung bei HIV sind noch nicht vollständig entschlüsselt. Würde nicht die Möglichkeit der Entwicklung von Autoimmunphänomenen bis zur Widerlegung dieser These eine Studie überhaupt verbieten? Immunologen haben herausgefunden, daß einige Aspekte des Fortschreitens des Immundefektes bei der HIV-Infektion durch Phänomene erklärt werden können, die zu einer Zerstörung des Immunsystems durch eine fehlgesteuerte Immunantwort auf HIV- Hüllbestandteile vermuten lassen (vgl. **Aktuell** Nr. 5, Dez 1991, S. 14). Eine Impfung könnte demzufolge sogar zu einem schnelleren Fortschreiten der Zerstörung des Immunsystems führen.

Dem steht gegenüber, daß unsafe Sex zwischen HIV-Positiven – die theoretisch auch zu einer Erhöhung der „Viruslast" führt – entgegen allen Mutmaßungen zur Superinfektion in der Praxis nicht zu einer beobachtbaren Beschleunigung des Krankheitsverlaufs führt.

Die Vorteile einer solchen Impfung liegen nach genauem Abwägen auf der Hand, deshalb wäre es unsinnig, die Studie überhaupt abzulehnen. Da jedoch die StudienteilnehmerInnen ein Gesundheitsrisiko eingehen, müssen strengste ethische Standards berücksichtigt werden:

– Die StudienteilnehmerInnen müssen Zugang zum Fortgang der Studie und Erklärungen zu den wissenschaftlichen Kriterien und Meßmethoden haben.
– Dazu gehört auch der Einblick einer Sprechergruppe in die "blinden" Studiendaten. Diese SprecherInnen sollten an den Entscheidungen über die Studie beteiligt werden.
– In den jeweiligen Landessprachen müssen Informationen für die StudienteilnehmerInnen zugänglich sein. Hierzu müssen Telefondienste und gedruckte Information finanziert werden.
– Ein Ansprechpartner beim Sponsor der Studie muß für die Belange der StudienteilnehmerInnen zur Verfügung stehen.

Nur der schnelle und ungehinderte Informationsfluß kann die Basis eines vertrauensvollen Umgangs zwischen StudienteilnehmerInnen und ForscherInnen sein.

Wer wird an Impfstudien beteiligt sein?

Offensichtlich gibt es von staatlicher Seite nach wie vor Vorbehalte gegen eine Förderung klinischer Studien bei Medikamenten. Die Finanzierung wird also von der pharmazeutischen Industrie übernommen. Das bedeutet, daß wir im direkten Dialog mit den Herstellern eines Wirkstoffes unsere Interessen durchsetzen müssen.

Bei Impfstudien wird es zu einer lebhaften Diskussion um Ein- und Ausschlußkriterien für die Teilnahme kommen. Hierbei müssen wir darauf achten, daß nicht auf der Basis von Vorurteilen und Vorbehalten gegen bestimmte Gruppen HIV- positiver Menschen Ausschlußkriterien formuliert werden, die an der Lebensrealität vorbeigehen. So ist die alleinige Zugehörigkeit zur Gruppe der über Drogengebrauch infizierten Menschen sicher kein akzeptables Ausschlußkriterium. Auch die vom Medical Research Council in Großbritannien beschlossene Ausklammerung von „Frauen mit reproduktiver Kapazität" scheint unsinnig und bevormundend. Heutzutage können Frauen über ihre „Reproduktionskapazität" selber entscheiden.

Intensiv muß auch die Frage der Plazebokontrolle diskutiert werden. Zwar scheint es sinnvoll zu sein, auch geringfügige Wirkungen (erwünscht und unerwünscht) festzustellen, weshalb eine Kontrollgruppe notwendig ist. Besteht der Impfstoff selber jedoch aus der eigentlichen Impfsubstanz und einem Immunstimulanz, ist ein Vergleich dieser beiden Substanzen nur möglich, wenn auch die Vergleichsgruppe das Immunstimulanz erhält. Der Vergleich mit einer anderen Impfung wie einer Hepatitisimpfung kommt wegen der hohen Prävalenz der Hepatitis in den Betroffengruppen nicht in Frage.

Es muß auch festgeschrieben werden, daß Menschen in einer Kontrollgruppe bei erwiesener Effektivität des Impfstoffes auch vor dessen Zulassung die Möglichkeit zur Impfung erhalten.

Wird es sich lohnen, an der Studie teilzunehmen?

Niemand kann vorhersagen, ob diese Studie Erfolg haben wird. Wahrscheinlich wird man sich allerdings auch nichts vergeben, wenn die Impfung einen Nulleffekt hat. Die Risiken sind klar, denn eine Beschleunigung des Krankheitsverlaufes ist zumindest theoretisch vorstellbar. Auch bleibt unbenommen, daß Studien, in denen gleichzeitig unterschiedliche Impfstoffe untersucht werden, eine sinnvolle Alternative wären. Aber wie lange sollen wir auf solche Studien warten? Riskieren wir nicht, daß solche Studien hierzulande undurchführbar werden, wenn Sicherheitsgarantien verlangt werden, die dann wiederum nur auf den Ergebnissen der Versuche mit Menschen in anderen Ländern basieren können?

Die Teilnahme an einer klinischen Studie wird immer eine individuelle Entscheidung sein. Deshalb müssen die Belange der StudienteilnehmerInnen zur Geltung kommen.

Matthias Wienold

Zweimal Einhorn

Kombinationstherapie AZT/Zovirax zeigt erneut gute Erfolge

In einer europäisch-australischen Studie wurde erneut die Frage nach der Wirksamkeit einer Kombinationstherapie von AZT (Handelsname Retrovir) und Azyklovir (ACV, Handelsname Zovirax) im Rahmen der HIV-Infektion untersucht. Bereits seit 1987 weiß man, daß AZT die Vermehrung von HIV hemmen kann. Schon länger ist die hemmende Wirkung von Azyklovir auf die Vermehrung von Herpesviren (zu denen die Erreger des Herpes, der Windpocken und Gürtelrose und das Zytomegalievirus (CMV) gehören) auch in klinischen Versuchen belegt.

▶

Untersucht man die Wechselwirkungen zwischen unterschiedlichen Viren, so läßt sich zumindest auf theoretischer Ebene die Vermutung belegen, daß sich bestimmte Prozesse in der Vermehrung einzelner Virusarten gegenseitig ergänzen und zu einer Beschleunigung der Virusvermehrung führen. Diese Überlegungen waren seit Beginn der wissenschaftlichen Analysen der Vorgänge in der Krankheitsentstehung von AIDS in der Diskusasion und haben 1988 dazu geführt, daß erstmalig Kombinationen von AZT und Azyklovir am Menschen untersucht wurden. 1989 bei der 6. Internationalen AIDS-Konferenz in Montreal wurden dann die Ergebnisse einer Studie aus Australien vorgestellt, die AZT (1200mg/Tag) mit Azyklovir (4g/Tag) in Bezug auf ein Fortschreiten des Immundefektes und den Ausbruch von AIDS untersuchte. Leider waren jedoch die Daten enttäuschend, konnten sie doch keine deutlich positiven Einflüsse aufzeigen. Auch weitere Studien brachten in der Folgezeit keine eindeutig positiven Ergebnisse. Aufgrund der theoretischen Überlegungen hielt jedoch die Diskussion an, es wurde eine großangelegte Studie begonnen.

Ende Dezember wurde eine Studie abgebrochen, die zum Ziel hatte, die Wirkung der Kombination auf die Vorbeugung einer Zytomegalievirus-Erkrankung zu untersuchen. Die Studie wurde deshalb gestoppt, weil in der ACV/AZT genauso viele Erkrankungen an CMV auftraten wie in der Plazebogruppe. Demgegenüber stand jedoch, daß die Patienten in der ACV/AZT vergleichsweise länger überlebten. Nach zwei Jahren in der Studie waren von den Patienten in der Kombinationstherapie- gruppe 10 % gestorben, während es in der Gruppe, die nur AZT erhielt 20 % waren. So zumindest die Angaben einer Londoner Klinik auf der Basis einer vorläufigen Analyse der vorliegenden Patientendaten von 300 Studienteilnehmern mit fortgeschrittener HIV-Infektion (<150/ mm^3).

Die Wellcome Foundation – inzwischen äußerst vorsichtig in der Bewertung sensatineller Ergebnisse – weist korrkterweise darauf hin, daß die Veröffentlichung dieser Daten jedoch mit sehr viel Vorsicht zu genießen ist. Wurde doch das eigentliche Studienziel verfehlt und die Ergebnisse zur Überlebenszeit nur als „Zufallstreffer" erzielt. Die Frage bleibt bislang unbeantwortet, ob bei der Zuordnung der Patienten in die ACV/AZT und die Plazebogruppe überhaupt die notwendige Berücksichtigung nach der Prognose der Überlebenszeit vorgenommen wurde. Die bisherigen Daten lassen darüber keinen Aufschluß zu, so daß bis auf weiteres davon ausgegangen werden muß, daß die Ergebnisse ungültig sind. Zufallsergebnisse können zum Beispiel dadurch hervorgerufen werden, daß in der einen Gruppe die vorab schon „krankeren" Patienten eingeschleust wurden oder Patienten waren, die Krankheiten hatten, die von der Therapie nicht beeinflußt werden. Bis die genauen Daten bekannt sind (mit der Veröffentlichung wird erst in frühestens vier bis sechs Monaten gerechnet) weiß also einmal wieder niemand nichts.

Matthias Wienold

p o s i t i v e n t r e f f e n

Werkeln am eigenen Glashaus

War die Bonner Bundespositivenversammlung im Dezember eine Eliteveranstaltung?

„AIDS hat ein Gesicht, die Herausforderung sind wir", hob Hans-Peter Hauschild in seinem Vorwort zum Tagungsführer von „R(h)ein positiv" nochmals heraus. Der Journalist Klaus Lucas stellte bereits vor dem Treffen in *magnus*, einem schwulen Magazin, genau dieses „Wir" in Frage. Nicht die wirklich großen Themen seien ins Programm aufgenommen worden, sondern Punkte, die haarscharf an den zentralen Diskussionspunkten vorbeizielten.

Dieser Frage müssen sich die Veranstalter, aber auch die TeilnehmerInnen stellen. Die Themen des Treffens waren ja nicht Festlegungen der Organisatoren, sondern Quintessenz einer Umfrage, die im Vorfeld bundesweit unter Positiven und Positivengruppen durchgeführt worden ist.

Was sind also die wirklichen Themen der Positiven in Deutschland? Auffallend und für die Veranstalter enttäuschend war, daß von den 250 angemeldeten Frauen und Männern nur 150 wirklich den Weg nach Bonn fanden. Es wäre spannend zu wissen, ob das vorab versandte Programmheft mit seinen Programmpunkte zu einer solchen Entscheidung beigetragen hat. Die Organisatoren konnten deutlich feststellen, daß das Interesse der TeilnehmerInnen nicht in erster Linie den angebotenen Themen und Workshops galt, sondern daß der Erfahrungsaustausch, das Kennenlernen und Miteinandersein wichtige Teile dieser Versammlung waren. Dazu hat auch die gute Atmosphäre im Tagungshaus beigetragen. Dies war nicht selbstverständlich, wenn man weiß, daß der Träger des Hauses das Erzbistum Köln ist. Und doch waren gelebte Homosexualität und Drogengebrauch während der Tagung kein Thema der Auseinandersetzung mit der Hausleitung und den dort arbeitenden Menschen. Selbstverständliches Miteinanderleben hat in diesem Rahmen vorbildlich funktioniert.

Die TeilnehmerInnen dieses Treffens waren kein repräsentativer Querschnitt durch die deutsche Positivenlandschaft. Viele der anwesenden Menschen mit HIV und AIDS kamen aus organisierten Gruppen oder sind selbst Funktionäre in AIDS-Hilfen und Positivencafés. Die allermeisten von ihnen haben wesentliche Schritte in der persönlichen Auseinandersetzung mit der Infektion, ihrem Alltag in der AIDS-Krise und auch in ihrer Emanzipation als infizierter oder erkrankter Mensch hinter sich. Diese TeilnehmerInnen bestimmten auch den Verlauf der Workshops und Diskussionsgruppen. Und so ist es nicht erstaunlich, wenn die häufig von außen geforderte harte politische Auseinandersetzung mit den Realitäten nicht ganz so heftig ausfiel, wie sich das mancher – auch von seiten der Organisatoren – gewünscht hätte.

Für sozial Verelendete oder Vereinsamte sieht die gesellschaftliche Situation anders aus, als für die Positiven auf der Versammlung, die sich bereits persönliche und gesellschaftliche Freiräume erstritten haben. Und hier wird Selbsthilfe und Selbstorganisation zu einer „elitären" Veranstaltung. Wer große Probleme mit der eigenen Infektion, mit der Erkrankung und der Selbstbehauptung hat, war in Bonn nur selten zu sehen. Die teilnehmenden DrogengebraucherInnen und Exjunkies waren wohl diejenigen, die durch Substitution oder einen relativ gut organisierten Drogengebrauch genügend Freiraum für die eigene Auseinandersetzung haben.

So ist es nicht verwunderlich, daß die brisanten Themen wie Obdachlosigkeit, Diskriminierung, Verelendung, legalisierter Drogengebrauch, Pflege und Sterben nicht so heftig angegangen wurden, wie sie sich als Realität für viele Positive darstellen. Dafür sind die Schritte in Richtung Gesundheitsbewegung deutlicher ausgefallen. Das Thema „Hepatitis" mag noch als vorsichtiges Signal verstanden werden – die Auseinandersetzung um die Ausweitung der Aufgaben der AIDS-Hilfe- Bewegung sind bereits im vollen Gange.

In einer Selbsthilfebewegung, die zu einem guten Teil trotzdem Stellvertreterarbeit bleibt und die Diskussion über Stellvertreterpolitik noch lange nicht beendet ist, in einer Organisation, die durch staatliche Mittel und ein großes Potential an hauptamtlichen MitarbeiterInnen gestützt wird, bleiben vielleicht die am härtesten Betroffenen trotz aller Diskussionen und Beteuerungen nur Patienten, Klienten und Betreute.

Es läßt sich nicht leugnen, daß das immer wieder eingeforderte eigenständige „Selbsthilfe-Wir" noch nicht das ist, was es sein müßte, um erforderlichen politischen und moralischen Druck zu erzeugen. Die mit bezahlten Stellen und gesicherten

sozialen Positionen lebenden Vertreter der Selbsthilfeorganisationen sind nicht die überzeugende Basis für ein selbstbewußtes „Wir", daß all das Elend, die Not und Verzweiflung miteinschließt.

Auch wenn in den vergangenen zwei Jahren vielerorts Positive und Kranke ihr Recht auf Mitgestaltung eingefordert haben und erhalten haben, bleibt noch vieles zu tun.

Hinzu kommt, daß durch die Verbesserung der Situation einiger Menschen mit HIV und AIDS auch eine unvermeidliche Loslösung von der ursprünglichen Basis erfolgt. Mit der Substitution löst sich jeder Drogengebraucher aus seiner Herkunftsszene, mit der erfolgreichen Auseinandersetzung mit der eigenen Infektion entsteht ein Selbstbewußtsein, daß sich von dem vieler anderer unsicherer, ängstlicher und mißtrauischer Menschen mit HIV und AIDS unterscheidet. Schwierig ist und bleibt das Selbsthilfe-Wir in der Kombination von DrogengebraucherInnen und Schwulen. Bei allen Gemeinsamkeiten, die beide Gruppen verbinden, gibt es nach wie vor soviel Trennendes, das die Zusammenarbeit an vielen Stellen unmöglich macht.

Aber auch die immer noch schmerzhaft spürbare Trennung von infizierten und erkrankten Schwulen und negativen und nichtgetesteten schwulen Männern behindert eine Solidarität der ganzen Gruppe. Auch in Bonn war das wieder deutlich spürbar. Hier gibt es weiterhin Berührungsängste und es wird noch viel Überzeugungsarbeit zu leisten sein.

Und was hat Bonn letztlich gebracht? Bonn ist wichtig gewesen, wie schon Frankfurt wichtig war. Ein bundesweites Treffen der Menschen mit HIV und AIDS, eine Demonstration der Gemeinsamkeit, eine Diskussion um wichtige Themen und letztlich die Forderungen, die auf dem Abschlußplenum vorgetragen und verabschiedet worden sind. Und genauso wie in Bonn aus den Erfahrungen von Frankfurt Veränderungen im Ablauf und in der Organisation des Kongresses vorgenommen werden mußten, so wird die Folgeveranstaltung im September in Hamburg aus den Erfahrungen und Ergebnissen der Bonner Positivenversammlung lernen und Konsequenzen ziehen müssen.

Schon jetzt setzt eine Diskussionen über die inhaltliche Gestaltung des Hamburger Treffens ein. Dort sollten auch diejenigen, denen es am schlechtesten geht, für eine Mitarbeit an der Versammlung gewonnen werden müssen. Diese Aufgaben können jedoch nicht allein von einer Bundesgeschäftsstelle oder Vorbereitungstreffen geleistet werden. Hier sind vor allem die örtlichen AIDS-Hilfen, die lokalen Schwulen- und Positivengruppen, die in JES organisierten DrogengebraucherInnen und Exjunkies gefordert. Überzeugungsarbeit muß da geleistet werden, wo noch am ehesten die Kontakte hergestellt werden können. Die oftmals theoretisch geführte Diskussion über den Umgang mit Patienten und Klienten muß hier ins Praktische gewendet werden. Wenn auf der örtlichen Ebene ein Umdenken möglich ist, so kann eine Positivenversammlung davon auch profitieren. Unsere Veranstaltungen werden immer den Hauch des Elitären behalten, solange nicht vor Ort alle Möglichkeiten genutzt werden, auch den letzten verängstigten Schwulen zu erreichen, oder jeden noch so abgedrehten Junkie in die Arbeit einzubeziehen – von der Integration der positiven Bluter einmal ganz abgesehen. Und wenn es nicht gelingt, vor allem auch die Schwulengruppen in unsere Emanzipationsarbeit einzubinden, so werden wir letztlich weiter am eigenen Glashaus basteln.

Überzeugende politische Arbeit ist nur dann möglich, wenn auch die Freiheit für politisches Handeln besteht. Möglichst vielen Menschen mit HIV und AIDS zu dieser Freiheit des politischen Handelns zu verhelfen, ist eines der Ziele der Deutschen AIDS-Hilfe. Das muß aber auch bedeuten, daß wir den Mut haben, auch all die miteinzubeziehen, die jetzt noch mit gebundenen Händen dastehen.

Michael Schuhmacher

p o s i t i v e n t r e f f e n

R(h)ein positiv – Elitetreffen?

oder Pferch für die gegängelten Betroffenen-Schäfchen der D.A.H.?

Sind die Bundespositivenversammlungen tatsächliche Reflexion des AIDS-Prozesses? Können sie unsere Selbsthilfe voranbringen? Ich finde ganz entschieden: Ja! Und zwar in qualitativ reifendem Ausmaß, wenn ich die Entwicklung von der Frankfurter zur Bonner Versammlung einer kritischen Überprüfung unterziehe:

Die Verteilung der Betroffenen auf den Versammlungen nach Geschlecht und Lebensform entsprach beide Male der tatsächlichen Verteilung von AIDS in Deutschland. Dies führte in Frankfurt noch zu heftigen Auseinandersetzungen zwischen Schwulen und DrogengebraucherInnen oder Schwulen und sexuell infizierten Frauen. In Bonn ging man sich zwar auch auf die Nerven; die Einsicht, gemeinsam handeln zu müssen, ist jedoch dem mühevollen Prozeß gewichen, dies auch zu wollen und in Taten umzusetzen. Auf diesem Treffen diskutierten die Schwulen ihren Drogengebrauch; die Junkies waren so gesprächsbereit über ihre Sexualität, wie ich das in acht Jahren AIDS-Hilfe-Arbeit noch nie erlebt habe.

Gudrun Schaich-Walch (SPD) auf der Politikerbefragung zur Positivenversammlung

In Bonn haben wir die Begegnung mit BundespolitikerInnen in Diskussionen gesucht; in Frankfurt war solch ein Kontakt lediglich auf dekorative Empfänge beschränkt. Politische „Aktion" erschöpfte sich so nicht nur in der „schrillen" Form der Straßendemonstration, sondern umfaßte auch einen tiefergehenden Austausch von Argumenten.

War in Frankfurt noch unsere „Rückkehr" als politische Positive in die AIDS-Hilfe das beherrschende Thema, so war es in Bonn nicht mehr strittig, daß die AIDS-Hilfe uns gehört, daß wir die Subjekte sind. Der Selbsthilfe-Alltag wurde differenziert reflektiert: Ist die Politisierung für uns alle gut – oder quälen sich nicht viele mit einem Politik-Syndrom als Lebensersatz herum? Dies scheint die Überlebensfrage der AIDS-Hilfe als Selbsthilfeorganisation zu werden, wenn sie demnächst in ihr zweites Jahrzehnt geht.

Mein Ziel auf den Versammlungen ist es, daß unsere *Aneignung des AIDS-Geschehens* gelingt; Selbsthilfe benötigt die Selbstreflexion immer neu als Initialzündung. Bundestreffen bieten die Chance, Diskussionen aus unterschiedlichen Gruppen und Regionen zusammenzuführen. Hier können wir lernen, zu handeln, statt behandelt zu werden, uns zu beteiligen, statt mitmachen zu dürfen – so daß alles in allem das Ghetto des Verschweigens und der Verdrängung durchbrochen wird. So wird AIDS-Hilfe als Gesamtkunstwerk und als regionales Teilstück kritisch überprüft: bleiben wir, die wir AIDS gewissermaßen „sind", als lebendig pulsierender Herzschlag in ihrem Kern – oder werden wir als Personen mit unseren Ansprüchen am Rande der AIDS-Hilfe stehen, wenn wir uns nicht in ihren Reigen mischen, werden gar gefürchtet als die Möglichkeit der Infektion?

Denn Selbsthilfe ist nicht Traumtänzerei, sondern die interessengeleitete Bearbeitung von Realität. Wie soll aber etwas von der AIDS-Hilfe-Utopie wahr werden, wenn sich niemand traut, voranzugehen? Mein Votum also gilt der Elite, ohne darin eine moralisch wertende Kategorie zu sehen. Allein die Anwesenheit der Medien bei den Versammlungen bedeutete für

▶

viele HIV-Infizierte eine harte Probe. Manchem entspricht die öffentliche Bütt in vielen Lebenslagen, so auch bei der Auseinandersetzung mit seinem HIV. Für andere ist ein privateres Umgehen besser. Und viele sind schlicht extrem bedürftig, so daß zwar AIDS-Hilfe-Service wie Ferienfreizeiten, Sozialberatung und Feste zum wichtigen Teil ihrer Bewältigungsstrategie geworden sind, nicht aber die öffentliche politische Tagung. So skandalös ich die wachsende Verelendung unter uns Menschen mit AIDS in diesem reichen Landes finde, so wenig schlimm finde ich es, daß nur ein Teil am AIDS-Zirkus in unserer Selbsthilfe-Manier persönlich teilzuhaben wünscht.

Wenn wir öffentlichen Positiven unsere Rolle als Meinungsbildner, Lobbyarbeiter und Themenvorantreiber gut spielen, wäre dies ein wunderbares Lehrstück für eine nicht-wertende Elite, die es nicht nötig hat, ihr eigenes Voranpreschen den Zurückgezogeneren moralisch vorzuhalten. Warum sollten wir also darüber klagen, daß nicht für alle öffentliches Handeln auch persönliches Glück bedeutet? Ich wünsche mir, daß wir einander verschiedene Wege zugestehen. Dies ändert nichts daran, daß ich für den öffentlichen und politischen Weg, den ich eingeschlagen habe, auch werben will. Denn Demokratisierung des Gesundheitswesens und der gesamten Gesellschaft kommt nur als BürgerInnenbeteiligung bei der eigenen Problemlösung und als Solidarisierung mit den leidenden „anderen" voran.

Die Zurückgezogeneren profitieren ebenso wie wir, die „Elite" der Macher von klug veranstalteter Politik in Sachen Versorgung, Forschung, Kriminalisierung, Diskriminierung. Die Mutlosen erleben spätestens über die Medien, daß offenes Auftreten nicht das Leben kosten muß; auch wenn sie selbst dadurch nicht öffentlich werden, kann das für sie Entlastung bedeuten.

Am Rande der Tagung fragte mich ein Mitglied des Bundestages, ob wir denn auch die Betroffenen tatsächlich seien oder nur die immer selben Funktionäre und Profis. Ihm und allen Zweiflern sei auf den Weg gegeben, daß nichts im hektischen Getriebe des D.A.H. so ausschließlich von infizierten und kranken Menschen geplant und veranstaltet wird wie die Positivenversammlung.

Opfer werden nicht Helden, weil sie leiden. Darum bewirkt die wachsende Verelendung nicht unmittelbar, daß das Engagement dagegen wächst. Sich als HIV-Infizierter so offen einzubringen, setzt neben dem zur Tat drängenden Leidensdruck auch *verbundene* Wunden, *akzeptable* Wohnverhältnisse und einen *liebevollen* Freundeskreis voraus. Um so mehr freue ich mich, daß auch Obdachlose, Verarmte und Verwirrte den Weg nach Frankfurt und Bonn fanden. ***Hans Peter Hauschild***

Die Würde des AIDS-Kranken ist antastbar...

„Dignity" – eine Antwort auf die Diskriminierung von HIV-Positiven und AIDS-Kranken.

Patricia, Fixerin aus Saarbrücken, spricht ohne Bitterkeit über ihre Geschichte, als hätte sie sich damit abgefunden. Vor fünf Jahren, erzählt die junge Frau, ließ sie in zwei verschiedenen Abteilungen der Homburger Universitätsklinik einen HIV-Test durchführen – in der Gynäkologie und bei dem für den AIDS-Bereich zuständigen Dr. Pees. Dort holte sie sich ihr Ergebnis – es ist positiv – auch ab. Die gynäkologische Abteilung leitete Patricias Testergebnis mangels Adresse brieflich an das Gesundheitsamt weiter, von dort ging das Schreiben an die Polizei. „Irgendwann," so Patricia, „standen dann zwei Polizisten vor der Haustür und erklärten meinen Eltern, daß ich positiv sei."

Patricia: steckbrieflich gesucht.

Damit nicht genug. In einer Saarbrücker Polizeiwache tauchte ein Fahndungsplakat auf, daß unter dem Foto der Fixerin gleich vor einer möglichen AIDS-Ansteckung warnte. Nach einer Flucht nach Amsterdam, wurde Patricia bei ihrer Rückkehr in eine geschlossene Therapie eingewiesen: „Dort brach innerhalb kürzster Zeit die Krankheit aus, ich bekam überall Pilze, mein Zustand ging von LAS über ARC direkt ins Vollbild, ohne daß sich jemand darum kümmerte, die hätten mich krepieren lassen."

Mehrfach versuchte Patricia mit ihrer Geschichte an die Öffentlichkeit zu gehen, niemand schien sich dafür zu interessieren. Bei der saarländischen AIDS-Hilfe ist der Fall zwar bekannt, doch, so Mitarbeiter Detlef Wagner, Konsequenzen hatte das nicht.

Patricas Fall ist spektakulär, aber kein Einzelfall. Hundertfach begegnen die AIDS-Hilfen landauf, landab der Diskriminierung von HIV-Positiven und an AIDS Erkrankten. Die Reaktion darauf ist oft vom persönlichen Engagement und den örtlichen Möglichkeiten abhängig. Eine systematische Erfassung der Diskriminierung gibt es nicht, auch keine konkreten Zahlen über Art und Ausmaß dieser Verletzungen der Würde des (kranken) Menschen.

Das soll jetzt anders werden. Auf der Bonner Positivenversammlung Ende Dezember wurde ein bundesweites Projekt vorgestellt und diskutiert, daß systematisch die Fälle von Diskriminierung erfassen und auswerten soll. Initiator Thomas Klinke vom Frankfurter AIDS-Archiv zählt dabei auf die Mitarbeit der AIDS-Hilfen. Per Fragebogen sollen die Diskrimierungen erfaßt und in Frankfurt gesammelt, spektakuläre Fälle an die Öffentlichkeit gebracht werden. „Dignity" – Würde – so der Name des Projektes, der für den HIV-positiven Nürnberger Frank Schwarz gleichzeitg Programm ist. Er will mit „Dignity" die Würde von HIV-Positiven und AIDS-Kranken wiederherstellen, eine Würde, die tagtäglich verletzt wird, „wenn mir bei einem fränkischen Landarzt ein Sitzplatz im Wartezimmer aus „Rücksicht" auf die anderen Patienten verweigert wird." Das seien Diskriminerungen, sagt Schwarz, die viele Betroffene über sich ergehen ließen, weil immer auch eine Portion eigenes Schuldbewußtsein dabei sei.

In frühestens einem Jahr erwarten die Macher von Dignity erste Ergebnisse. Auf dem Bonner Treffen blieb jedoch auch manche Frage noch unbeantwortet, vor allem, ob die erwartete Zuarbeit der lokalen AIDS-Hilfen funktionieren kann, ob es möglich ist, die alltäglichen Fälle zu sammeln. Viele Opfer haben kein Interesse, über ihre Erlebnisse überhaupt zu sprechen; gerade die kleinen AIDS-Hilfen könnten sich überfordert fühlen. Ein Essener Vertreter äußerte gar die Befürchtung, daß hier nur eine weitere AIDS-Institution wuchere, die den Gruppen vor Ort Kompetenzen streitg machen will. Solche Einwände nimmt Thomas Klinke sehr ernst: „Entweder", sagt er, „es funktioniert mit dem Rückhalt der AIDS-Hilfen oder überhaupt nicht."

Dirk Ludigs

Gleichberechtigt in Europa?

Lesben und Schwule aus der ganzen Welt trafen sich in Berlin.

Als sich die International Lesbian and Gay Association (ILGA) entschloß, ihre 13. Europakonferenz in Berlin zu veranstalten, war Berlin noch eine geteilte Stadt. „Doch die Schwulen- und Lesbenbewegung war immer schon vereinigt. Wir freuen uns, daß in diesem Punkt die Heterowelt der Lesben- und Schwulenbewegung einmal nacheifert", entgegnete John Clark, Generalsekretär der ILGA auf die Artigkeiten der Berliner Gesundheitssenatorin Stahmer und ihres Amtskollegen, Familiensenator Krüger.

Die ILGA mußte im letzten Jahr feststellen, daß man als kleine weltweite Organisation einen langen Atem braucht, wenn man auf internationalem Parkett gegen die Ignoranz streitet. So scheiterte die Akkreditierung der ILGA als NGO (nicht-staatliche Organisation) bei den Vereinten Nationen vor allem am Widerstand von Diplomaten aus dem arabischen Raum. Auch gelang es nicht, in den Dokumenten der KSZE-Konferenz in Moskau die Ächtung der Diskriminierung aufgrund der sexuellen Orientierung als Menschenrechtsverletzung festzuschreiben. Obwohl Diplomaten verschiedener Staaten in ihren Reden das ILGA-Anliegen unterstützten, fand sich kein Staat, der den Mut zu einem Vorstoß in dieser Sache hatte.

Nicht nur die gastgebende Stadt machte für alle TeilnehmerInnen erfahrbar, wie tiefgreifend die politischen Umwälzungen in Osteuropa die Welt verändert haben. Die Situation in den ehemals real-sozialistischen Ländern spielte eine wichtige Rolle auf der Konferenz. Aus mehreren Staaten des früheren RGW waren TeilnehmerInnen angereist. Sie berichteten meist über enorme Schwierigkeiten ihrer Organisationen, die etwa in Rußland oder Serbien faktisch aus der Illegalität heraus arbeiten.

Deutlich wurde auch, daß die osteuropäischen Gesellschaften sehr unterschiedliche Wege einschlagen. Im Prager Parlament diskutiert man bereits über die verfassungsrechtliche Gleichberechtigungsgarantie für Lesben und Schwule. Unabhängige Abgeordnete haben den Kampf um die Übernahme der dänischen Homo-Ehe-Gesetzgebung begonnen. Die CSFR hatte schon gleich nach der Wende die strafrechtliche Gleichstellung von Homo- und Heterosexualität vollzogen.

In Rußland und den anderen GUS-Staaten hingegen wird Homosexualität weiter nach der stalinistischen Gesetzgebung von 1933/34 verfolgt. Die Streichung des § 121 des russischen Strafgesetzbuches war auch die zentrale Forderung, mit der sich die Konferenz an die Öffentlichkeit wandte. Die 160 Teilnehmer der Konferenz marschierten in einem Protestzug zum russischen Botschaftsgebäude Unter den Linden. Mit einem Sprechchor „One-Two-One, njet! Homosex, da; Homosex, da, da, da!" verschafften sie ganz multilingual der Forderung nach Legalisierung homosexueller Handlungen und der russischen Lesben- und Schwulenorganisationen vor laufenden Fernsehkameras Gehör, während im Botschaftsgebäude eine Delegation dem zuständigen Beamten das Anliegen der ILGA vortrug. Neben den ILGA-GeneralsekretärInnen Lisa Power und John Clark übergab Selman Arikboga für die „Schwule Internationale" eine Unterschriftensammlung zur Abschaffung des § 121.

Damit Jelzin und die zuständigen Herren im Kreml aber auch dann vom internationalen Interesse an der russischen Homosexuellengesetzgebung hören, wenn die ILGA-Schreiben schon in Berlin im Papiarkorb landen, nahm Olga Shuk, Präsidentin der St. Petersburger Tschaikowski-Stiftung, so der Tarnname der dortigen Homo-Organisation, Kopien der Dokumente gleich mit nach Rußland. Sie berichtete, daß nach ihren Informationen gegenwärtig 1.000 Schwule in russischen Arbeitslagern interniert seien. Andere würden in psychiatrischen Anstalten festgehalten.

Neben der Situation in Rußland und Osteuropa bestimmte ein Diskussionsvorschlag des Schwulenverbandes in Deutschland (SVD) die inländische Berichterstattung über die Berliner Konferenz. Der SVD hat einen Entwurf für eine „EG-Richtlinie zur Bekämpfung der Diskriminierung aufgrund der sexuellen Orientierung" dem EG- Arbeitsausschuß der ILGA zur Diskussion vorgelegt. Auf vergangenen Konferenzen hatte die ILGA bereits gefordert, eine Harmonisierung des Rechts auf dem Niveau der fortschrittlichsten EG-Staaten, Dänemark und die Niederlande, vorzunehmen. Hiervon ausgehend formuliert der Richtlinienentwurf vom Eheschließungsrecht über gleiche strafrechtliche Schutzaltersgrenzen bis hin zur Aufhebung der britischen Sections 29 der Gemeindeverordnung und 25 des Strafgesetzbuches einen detaillierten Antidiskriminierungskatalog. In einigen Punkten geht er über die rechtlichen Garantien in Dänemark und Holland hinaus: So sollen das Adoptions- und Sorgerecht für lesbische Mütter und schwule Väter gesichert und homosexuelle Gefangene, Beschäftigte bei kirchlichen Arbeitgebern, schwule Soldaten und Offiziere vor Diskriminierung geschützt werden.

Der Prozeß der europäischen Einigung wird von der Neuen Linken in den meisten europäischen Ländern wegen seiner Auswirkungen auf den Nord- Süd-Konflikt kritisiert und abgelehnt. In Dänemark beispielsweise erzielt bei den Wahlen zum Europäischen Parlament die Partei der EG-Gegner regelmäßig beachtliche Prozentzahlen. So ist innerhalb der ILGA ungeklärt, wie weit das EG-Mandat geht: Legt man die Kompetenzen der Europäischen Institutionen eng aus und beschränkt sie praktisch auf das Arbeitsrecht oder geht man davon aus, daß schlechterer Standard bei den Bürgerrechten von Homosexuellen in einzelnen Mitgliedsstaaten die Freizügigkeit der schwulen und lesbischen ArbeitnehmerInnen einschränkt und deshalb ein Verstoß gegen den EG-Vertrag darstellt?

Seit Maastricht ist der Prozeß der Europäischen Vereinigung in ein Stadium getreten, das eine Umkehrbarkeit sehr unwahrscheinlich macht. Die Einführung einer gemeinsamen Währung wird die Mitgliedsstaaten binnen kurzem zu immer neuen Zugeständnissen gegenüber der europäischen Administration in Brüssel nötigen. Deshalb ist die Lesben- und Schwulenbewegung gut beraten, wenn sie diesem Prozeß nicht hinterherläuft, sondern schon jetzt mit einer Kampagne für schwul/lesbische Gleichberechtigung in der EG beginnt.

Die Chancen auf EG-Ebene sind besser als man vielleicht glauben mag. Bereits in der Anlage zur „Empfehlung zum Schutz der Würde von Frauen und Männern am Arbeitsplatz" der EG-Kommission heißt es: „Es läßt sich nicht bestreiten, daß Belästigungen aufgrund ... der sexuellen Orientierung die Würde der betroffenen Personen am Arbeitsplatz beeinträchtigen. Auch Homosexuelle ... sind sexuellen Belästigungen ausgesetzt." So sind die Mitgliedsstaaten dazu angehalten, bei ihren Maßnahmen gegen die sexuelle Belästigung auch gegen die Diskriminierung von Lesben und Schwulen vorzugehen. Aufgrund eines Besuches einer ILGA-Delegation im Dezember 1990 hat die Kommissarin für soziale Angelegenheiten, Vaso Papandreou, eine Studie über die Situation von Lesben und Schwulen in der EG in Auftrag gegeben, die 1992 der Öffentlichkeit präsentiert wird.

ILGA-Demonstration vor der russischen Botschaft Unter den Linden.

Welche Konseqzenzen daraus gezogen werden sollen, müßte die Lesben- und Schwulenbewegung der EG-Mitgliedsstaaten bis dahin allerdings geklärt haben.

Volker Beck

Argumente für eine „Normalisierung" der AIDS-Debatte

Während in der Anfangsphase der gesellschaftlichen Auseinandersetzung mit der AIDS-Problematik die „Traditionalisten" im Gesundheitswesen mit ihrer Forderung nach Anwendung der vorfindlichen Muster (Seuchengesetz mit namentlicher Meldepflicht, Reihentestungen, Anwendung des Strafrechts) sich nicht wirklich durchsetzen konnten (selbst in Bayern konnte Gauweiler sein politisches Programm nicht bruchlos in die Realität umsetzen), mehren sich seit dem letzten Jahr wieder die Stimmen, die eine Abkehr von der „Sonderbehandlung" des AIDS- Problems fordern. Hierbei werden die folgenden zentralen Argumente entwickelt.

Der berechtigten Angst vor Diskriminierung HIV-Positiver und AIDS- Kranker müsse durch Antidiskriminierungsgesetze und sozialrechtliche Absicherung begegnet werden, sie dürfe aber nicht die erforderliche epidemiologische Arbeit samt Erfassung der Intimpartner/innen behindern.

Die anfänglich berechtigte Skepsis gegenüber dem HIV-Test aufgrund methodischer Unzuverlässigkeit des Testsystems könne nicht aufrechterhalten werden, da die Sensitivität und Spezifität der Tests enorm hoch geworden ist.

Die Fortschritte in der medikamentösen Sekundärprophylaxe und der Therapie von der HIV-Infektion und ihrer Folgeerkrankungen erzwängen ein Umdenken in der Test- und Präventionsstrategie, weil

– AZT bei HIV-Infizierten zu einer Verlängerung der Überlebenszeit führen kann,
– Pentamidin-Inhalation zur Prophylaxe der Pneumocystis-Carinii- Pneumonie wirksam eingesetzt werden kann,
– Behandlungsmöglichkeiten für andere opportunistische Infektionen wie den Cytomegalie-Befall des Auges gegeben sind.

Die Gefahr der wechselseitigen Infektion von Patienten und medizinischem Personal erfordere die Anwendung des HIV-Tests in breitem Umfang im Gesundheitswesen.

Die besondere Behandlung des HIV-Problems bedeutet de facto eine Ungleichbehandlung gegenüber anderen ähnlich bedeutsamen Erkrankungen/Gesundheitsfragen, was z. B. sexuell übertragbare Erkrankungen insgesamt oder die Situation von Krebskranken anbelangt.

Es sei vor Überleitung auf den nächsten Abschnitt dieser Überlegungen schon darauf hingewiesen, daß die Befürworter eines Umdenkens in der AIDS-Diskussion mehr oder weniger offen auch die „Erleichterung" thematisieren, daß AIDS entgegen anfänglichen pessimistischen Erwartungen der Epidemiologen nicht zu einem nennenswerten Problem für die sogenannte Allgemeinbevölkerung geworden ist. Dies bedeutet im Umkehrschluß, daß AIDS zu einem weiteren „Randgruppenproblem" zu werden droht, dem entsprechend geringere Aufmerksamkeit innerhalb des öffentl. Debattierens und Handelns zukommen wird.

Problematisierung der Forderung nach „Normalisierung"

Wer das Verlassen des „Sonderweges" und „Normalität" im Umgang mit der HIV-Problematik fordert, übersieht ganz maßgeblich, daß in Ländern wie der Bundesrepublik Deutschland ganz überwiegend bereits sozial (und oft auch gesundheitlich) stigmatisierte Menschen von der HIV-Infektion betroffen sind. Hier muß gefragt werden, was es hilft und objektiv bewirkt, weithin als asozial und pervers bezeichneten Lebensweisen ausgerechnet im Kontext von Beratungs- und Hilfebedürftigkeit mit einer Normalität des Denkens und Handelns in psychosozialen, gesundheitlichen und rechtlichen Zusammenhängen begegnen zu wollen, welche denselben Menschen beim Ausleben ihrer „anderen" Sexualität oder ihrer Drogensucht grundsätzlich abgesprochen wird. Berechtigterweise läßt sich gegen die „besondere" Betreuung von HIV-Infizierten und AIDS-Kranken einwenden, daß vergleichbare Anforderungen und Konflikte auch bei der Betreuung vieler anderer Schwerkranker auftreten. Dies gilt für die Bewältigung von psychosozialen Krisen nach der Eröffnung der Diagnose „Krebs" oder für die Betreuung Sterbender und ihrer Angehörigen. Und doch ist der emotionale wie faktische Umgang mit AIDS-Kranken von einer eigenen Dynamik geprägt, bei der auf der Seite der Helfer/innen genauso wie bei der „Allgemeinbevölkerung" die Amalgamierung der Thematiken Sexualität, Infektiosität und Todesangst zugrunde liegt. So hilft es nichts, AIDS zu einer „ganz normalen Krankheit" umdefinieren zu wollen und so bleibt es realistischer, die fehlende Normalität im Umgang mit den Betroffenen zum Gegenstand von Lernprozessen zu machen, um jenes unerträgliche „blaming the victim" wenigstens schrittweise abzubauen. Es kann nicht verkannt werden, daß die Diskriminierung HIV-infizierter Menschen nach wie vor Realität ist und daß homosexuelle wie bisexuelle Menschen und Fixer mit erheblichen Vorurteilen leben müssen. Sowohl die von weiten Teilen der Bevölkerung als existentiell und radikal anders erlebte Sexualität als auch die Drogensucht erzeugen Ängste und Ausgrenzungsphantasien, die auch im Bereich des professionellen Betreuungssystems permanent Gegenstand von Fortbildung und Supervision sind, jedenfalls dort, wo diese Ebene nicht verdrängt und verleugnet wird. Gesundheitsförderung und primäre Prävention von HIV stellen in besonderer Weise Anforderungen an Multiplikatoren und Professionelle, da die Thematisierung von Lust und Sexualität im Kontext mit HIV, schwerem Leiden und Tod nahezu die Quadratur des Kreises bedeutet.

Diese den Ruf nach „Normalität" sprengende Dimension wirkt auch in den Bereich von Pflege und Medizin hinein und erschwert oftmals eine empathische, vorurteilsarme oder -freie Behandlung der Infizierten und Kranken. So erweist es sich beispielsweise nicht allein wegen des allgemein zu beklagenden Mangels an qualifizierten Pflegekräften und struktureller Finanzierungsprobleme als besonders schwierig, prinzipiell mögliche ambulante Krankenpflege tatsächlich auch zu realisieren. Dieselben Hürden sind zu überwinden bei der Entwicklung akzeptabler Angebote an stationärer Pflege, wenn häusliche Krankenpflege nicht möglich ist oder nicht ausreicht. Und nach wie vor ist es keineswegs für alle niedergelassenen Ärzte „normal", AIDS-Kranke zu betreuen.

So richtig es prinzipiell ist, daß AIDS keine grundsätzlich neuen Probleme für eine patientenorientierte Medizin und Pflege aufgeworfen hat, so richtig bleibt auch, daß sich für die Betroffenen die Konflikte wie in einem Brennglas bündeln und dadurch nicht nur in Einzelfällen eine neue Qualität erreichen.

Was den Stellenwert des HIV-Tests anbelangt, so werden in der Debatte fast immer die Ebenen des individuellen Nutzens dieses Bluttests und seiner Bedeutung für die Präventionsstrategie miteinander vermischt. Fraglos hat sich durch die Erfolge der medizinischen Behandlung symptomfreier wie kranker HIV-infizierter Menschen die Bewertung des Tests gewandelt. Mehr Menschen als noch vor fünf Jahren können nach Aufdecken einer Infektion von diesen Fortschritten profitieren. Dies ändert aber nichts daran, daß es weiterhin sinnvoll bleibt, anonyme Testangebote vorzuhalten, statt obligatorische Reihentests zu fordern. Inzwischen werden mehr als 90% aller HIV-Tests nicht in Gesundheitsämtern, sondern in Arztpraxen und Krankenhäusern durchgeführt. Hier stellt sich die Frage, die mangels Evaluationsmöglichkeit nicht zu beantworten ist, wie häufig vor allem im Bereich der Arztpraxen die „Indikation" für den Test darin besteht, daß es diesen Test gibt. Normalisierung, so steht zu befürchten, bedeutet nicht selten, den HIV-Test ähnlich unreflektiert anzuwenden wie andere gravierende diagnostische Eingriffe auch, nämlich ohne wirkliche Einbeziehung der Fragen und Ängste der Ratsuchenden/der Patienten.

Nichts hat sich an der Notwendigkeit zu qualifizierter Vortest-Beratung geändert, diese ist eher noch bedeutender geworden, was die Bereitstellung verläßlicher psychosozialer Unterstützungssysteme anbelangt, die eben nicht automatisch mit dem Angebot an medizinischer Behandlung einhergehen. Schließlich verstellt die Betrachtung des HIV-Tests aus der Perspektive des kurativen Gesundheitswesens leider zunehmend den Blick dafür, daß für die überschaubaren Zeiträume die primäre Prävention weiter ausgebaut werden müßte und daß hierfür der Test ein untaugliches Mittel ist.

Wenn AIDS immer mehr in die Reihe anderer, ebenfalls schwieriger Probleme im Gesundheits- und Sozialwesen eingeordnet wird, so droht die noch stärkere Reduzierung der Mittelzuweisung für Prävention und Betreuung; hiervon sind gegenwärtig bereits die überregionale Deutsche AIDS-Hilfe e. V. und die regionalen Selbsthilfegruppen wie vor allem auch die qualifizierte häusliche Krankenpflege von AIDS-Patienten bedroht.

Innerhalb des Krankenhausbereichs wird im Gefolge der besseren Dokumentation von berufsbedingten HIV-Infektionen wieder das Reihentesten von Patienten gefordert, wie umgekehrt in der Öffentlichkeit die Forderung nach routinemäßigem Testen von Ärzten und Pflegekräften an Gewicht zu gewinnen scheint.

Bezüglich HIV wird oft argumentiert, eine besonders hohe Aufmerksamkeit bei invasiven Eingriffen zur Vermeidung von berufsbedingten Infektionen könne angesichts des Arbeitsdrucks dauerhaft nicht durchgehalten werden. Dem ist entgegenzuhalten, daß Testen erstens eine falsche Sicherheit erzeugt und zweitens ein hoher Standard an Arbeitsschutzmaßnahmen vor allem wegen der Hepatitis-B-Übertragungen (dto. Hepatitis-C) absolut unabdingbar ist, werden doch z. B. für die USA jährlich etwa 12.000 Infektionen mit Hepatitis-B und nachfolgende Todesfälle in einer Größenordnung von 250 pro Jahr errechnet, eine Dimension, von der die HIV-Problematik glücherweise gegenwärtig weit entfernt ist (s. Rogers u. Osborn 1991).

Es kann weiter nicht übersehen werden, daß die mit den Fortschritten der Medizin wieder deutlicher werdende Dominanz der Schulmedizin die Erfolge der Selbsthilfebewegung und den Gesundheits-Förderungs-Ansatz insgesamt zu verdrängen droht, hat doch das etablierte Gesundheitssystem diese Träger der AIDS-Arbeit weithin nur als vorübergehend zu tolerierende Erscheinung bei einer noch nicht kausal behandelbaren Erkrankung betrachtet. Hier bedeutet Normalität dann letztlich nichts anderes, als in klassischer Weise psychosoziale Disziplinen und psychosomatische Denk- und Handlungsmuster wieder an den Rand des Geschehens zu verbannen. Eine Folge wird sein, daß die dringend nötige Förderung der Sexualwissenschaften/der Sexualmedizin unterbleibt. Im Bereich der Drogenproblematik bedeutet dies die Begrenzung der Lösungswege auf die Ausgabe von Ersatzdrogen und mithin die Vernachlässigung der psychosozialen Unterstützungsmaßnahmen wie der ambulanten und stationären Suchttherapie-Angebote.

Gemessen an den panikartigen Reaktionen in der Allgemeinbevölkerung Mitte der achtziger Jahre kann in einer ersten Zwischenbilanz die Arbeit der Selbsthilfebewegung wie der Beratungsstellen im Bereich von Prävention, Beratung und Therapievermittlung sicher als großer Erfolg gewertet werden. Nachdem sich nun die Erkenntnis in der Fachwelt, der Ärzteschaft wie der breiten Öffentlichkeit und bei Politikern durchgesetzt hat, daß es nicht zu massenhaften Infektionen in der sogenannten Allgemeinbevölkerung gekommen ist und im überschaubaren Zeitraum in Ländern wie der Bundesrepublik Deutschland auch nicht kommen wird, nachdem weiter Gewöhnungseffekte eingetreten sind, die AIDS das Sensationelle der ersten Jahre genommen haben, muß nun alles getan werden, um die weiter erforderliche Unterstützung für Prävention und Betreuung nicht dramatisch absinken zu lassen. Normalität darf nicht heißen, daß die AIDS-Problematik im Meer der Konkurrenz auf dem Anbietermarkt des Gesundheits- und Sozialwesens untergeht.

Versuch einer Aufgabenbeschreibung für das zweite Jahrzehnt

Die in wirklich unglaublich kurzer Zeit gewonnenen Erfahrungen der AIDS-Selbsthilfebewegung im Bereich von Prävention und Betreuung müssen genutzt werden, die Spielräume für die unterschiedlichen Selbsthilfegruppen (schwule und bisexuelle Männer, AIDS-Kranke insgesamt, Drogenabhängige in ihren verschiedenen Bedürfnislagen) erhalten bleiben. Die Vielfalt an sozial- und sexualwissenschaftlichen Forschungsansätzen muß gleichermaßen weiter gefördert werden. Die Präventionskonzepte müssen weiter konkretisiert und evaluiert werden. Dies gilt z. B. vorrangig für die Erreichbarkeit von Drogenabhängigen und ihrer jeweils festen Partner/innen, denen nach der ersten Phase der Aufklärungsarbeit zwar in der Regel das Risiko des sexuellen Übertragungsweges bekannt ist, die dies aber für ihre eigene engste Intimbeziehung offenbar weithin ausblenden. Und natürlich müssen die Präventionsbotschaften grundsätzlich immer wieder nach ein paar Jahren neu „plaziert" werden; die „erste Generation" homo- wie bisexueller Männer und Drogenabhängiger trägt ihr Wissen und ihre Erfahrungen eben nicht automatisch weiter. Für die Schaffung der erforderlichen Akzeptanz auch unkonventioneller Wege der Safe-Sex-Kampagnen kommt dem öffentlichen Gesundheitsdienst als Vermittler" zwischen Verwaltung und „Basis" eine Schlüsselrolle zu (Jarchow).

Skepsis bleibt erforderlich gegenüber der zunehmenden Medikalisierung des AIDS-Problems bei Drogenabhängigen. So ist es berechtigerweise als Erfolg zu bezeichnen, daß das Tabu der Ersatzdrogen-Vergabe mittlerweile beseitigt worden ist; diese Entwicklung birgt aber fraglos auch die enorme Gefahr der Reduzierung der erforderlichen Vielfalt an Angeboten für Drogenabhängige auf die Ersatzdroge in der Hand von Ärzten in sich.

Das nächste Jahrzehnt sollte schließlich dazu genutzt werden, positive Erfahrungen aus der AIDS-Arbeit zu verallgemeinern und insofern eine neue Qualität der Auseinandersetzung mit Gesundheitsrisiken und Krankheiten einzufordern. Hierfür sei exemplarisch, keinesfalls zufällig aufgeführt:

– Bei medizinischer Diagnostik u. Therapie müssen wirksame Aufklärung und Zustimmung des Patienten (informed consent) zu einer Selbstverständlichkeit werden.

– Die HIV-Präventions-Erfahrungen haben aufgezeigt, welche Wege von der herkömmlichen „Gesunheitserziehung" zur zielgruppenorientierten Gesundheitsförderung zu gehen sind. Dem gegenüber war der traditionelle Ansatz von Selbsthilfe im Gesundheitswesen fast ausschließlich auf die Bewältigung chronischer Erkrankungen hin orientiert, eine Aufgabe, die mit diesem Hinweis in keiner Weise geringgeschätzt werden soll.

– Die gesellschaftliche „Bearbeitung" des AIDS-Problems hat erneut in großem Stil gezeigt, wie sinnvoll die Integration sozial- und sexualwissenschaftlicher Erkenntnisse in das Gesundheitswesen ist. Dies war für sich genommen kein qualitativ neuer Erkenntnisschritt, muß aber nun im Sinne des Abbaus des Sonderstatus von AIDS auch für andere gravierende gesundheitliche Probleme konsequenter genutzt werden.

– Eine Vielfalt von ambulanten Versorgungsmöglichkeiten und die Verbesserung der Lebensbedingungen im Bereich der stationären Pflege sind für alle chronisch Kranken einzufordern, sowohl was die geschlechts-, alters- und pflegespezifischen Anforderungen als auch deren Finanzierung anbelangt.

– Die Arbeitsbedingungen und Arbeitsschutzmaßnahmen im Krankenhaus müssen im Interesse eines wirksamen Infektionsschutzes wie zur Vermeidung der chronischen Überlastung von Pflegepersonal und Ärzten verbessert werden. Krankenpflege muß den ihr gebührenden eigenständigen Platz neben der Medizin erhalten.

– Innerhalb des öffentlichen Gesundheitsdienstes müssen die traditionellen Beratungsstellen für Haut- und Geschlechtskranke den Anschluß an die Erfahrungen der HIV-Aufklärung und -Beratung finden.

▶

Hierbei ist vor allem nach Wegen einer Verbesserung der Prävention von sexuell übertragbaren Erkrankungen insgesamt zu suchen.
– Integrierte Beratungs- und Betreuungsangebote im Feld von Sexualität, Sexualmedizin und Partnerschaftsberatung insgesamt müssen erprobt werden. Hierzu gehört auch die kritische Aufarbeitung und Nutzung der historischen Erfahrungen ähnlicher Ansätze in der Weimarer Republik.

So kann am Ende dieser Betrachtung von zehn Jahren Erfahrung im Umgang mit AIDS die sicher utopisch klingende Erwartung stehen, daß die oft mühevollen und schmerzlichen Erfahrungen bei der Bewältigung der AIDS-Problematik individuelle wie gesellschaftliche Lernzprozesse ermöglichen sollten, welche zur Umkehrung des Prozesses der Enteignung der Gesundheit beitragen können.

Norbert Schmacke

Wir danken dem Autor für die freundliche Genehmigung des Vorabdruckes aus der in diesem Jahr erscheinenden Veröffentlichung „Zur Rolle der Gesundheitsämter in der Kommune: Bausteine einer Neuorientierung" (Schriftenreihe der Akademie für öffentliches Gesundheitwesen in Düsseldorf). Norbert Schmacke ist Abteilungsleiter im Hauptgesundheitsamt Bremen

Literaturhinweise können bei der Redaktion angefordert werden.

Drogenstudie vorgestellt

„Die Kenntnisse von Drogengebrauchern über die Möglichkeiten, sich vor eine HIV-Infektion zu schützen, sind vorhanden – bei der Umsetzung hapert es beträchtlich."

So haben wir in der Septemberausgabe 1991 von **Aktuell** die ersten Ergebnisse eines zweijährigen Forschungsprojektes zusammengefaßt, daß unter der Leitung von Prof.Dr. Ursula Koch von der Fachhochschule Ostfriesland durchgeführt wurde.

Die Auswertung dieser von der D.A.H. in Auftrag gegebene Studie: *„Akzeptanz AIDS-präventiver Botschaften: Evaluation der Aufklärungs- und Beratungsarbeit bei intravenös Drogenabhängigen in der Bundesrepublik Deutschland"* wurde jetzt abgeschlossen und die Ergebnisse auf einer Pressekonferenz Mitte Februar in Bonn vorgestellt.

Mit dieser auf eine Befragung basierende Untersuchung stehen der D.A.H. erstmals wissenschaftlich gesicherte Daten zur Verfügung, die Aufschluß darüber geben, welche Faktoren es Drogengebrauchern erschweren, „safer use" und „safer sex" zu praktizieren. Hier fallen besonders zwei Hindernisse ins Auge:

Spritzentausch

99 % der 660 befragten Drogengebraucher sind gut über die Übertragungswege von HIV informiert. Die Hälfte davon gab an, ihre Spritzen zumindest manchmal mit anderen gemeinsam zu benutzen. Als Gründe hierfür nannten sie vor allem Entzugserscheinungen und die Nichtverfügbarkeit sterilen Spritzbestecks. Tauschpartner waren in der Regel feste Partner und Freunde.

Auch einem in Drogen- und Aids-Beratungsstellen oft unbekannten Infektionsrisiko kam die Untersuchung auf die Spur. Etwa ein Drittel der Befragten teilt sich seine Drogen mit anderen durch ein Verfahren, daß „Front"- oder „Backloading" genannt wird. Hierbei wird zwar nicht eine gemeinsame Kanüle benutzt, Blutreste im Konus einer Vorratsspritze können jedoch zu einer Übertragung führen.

Lediglich 15 % der Drogengebraucher, die ihre Spritzen nach dem Gebrauch durch andere reinigen, tun dies so, daß eine mögliche HIV-Übertragung sicher vermieden wird: durch auskochen.

Wenn also die Suchtdynamik dafür mitverantwortlich ist, daß Drogengebraucher ihr Wissen zur Vermeidung eines Infektionsrisikos nicht umsetzen, so stellt sich die Frage nach einer Legalisierung von Drogen mit neuer Dringlichkeit. Drogengebraucher, die nicht unter Entzugserscheinungen leiden, sind eher in der Lage, sich um Vermeidung einer HIV-Übertragung zu bemühen. Allerdings solle man sich nicht der Illusion hingeben, hier das Risiko auf Null reduzieren zu können, so der D.A.H.-Drogenreferent Ilja Michels. Die Befriedigung der Sucht habe für Drogengebraucher in der Regel Vorrang vor einer Infektionsvermeidung.

Wer Angst hat, sich allein durch den Besitz steriler Spritzen strafbar zu machen, wer Schwierigkeiten hat, sich damit zu versorgen, – vor allem im Gefängnis ein großes Problem – , der wird ebenfalls ein erhöhtes Infektionsrisiko tragen. Hier ist ganz eindeutig die Politik gefordert, endlich gegenzusteuern.

Die Studie eröffnet die Möglichkeit, die Präventionsbemühungen der D.A.H. in einigen Punkten zu konkretisieren. Der Spritzentausch zwischen festen Partnern mag im Einzelfall durchaus nicht relevant für eine Infektion sein, Drogenbraucher sollten jedoch das Risiko nicht unterschätzen. Erhebliche Defizite gibt es beim adäquaten Reinigen der Spritzen. Die D.A.H. muß hier auch auf Drogenberater und Arztpraxen Einfluß nehmen, Stellen also, die von Drogengebrauchern häufig aufgesucht werden und demnach für die Vermittlung von Präventionsbotschaften wichtig sind.

Kondomgebrauch

Drogengebraucher unterliegen einem doppelten Infektionsrisiko: zum einen durch den Gebrauch „kontaminierter" Spritzen, zum anderen durch eine sexuelle Übertragung. Sie müssen also ihren Lebensstil gleich in zweifacher Hinsicht ändern. Dies mag dazu führen, daß das Risiko durch unsafen Sex unterschätzt wird oder Drogengebraucher mit einer doppelten Infektionsvermeidung überfordert sind. So benutzten lediglich 18 % der Befragten immer Kondome beim Sexualverkehr, 44 % jedoch nie.

Besonders problematisch ist hier die Beschaffungsprostitution. Mehr als ein Drittel der sich prostituierenden Drogengebraucher verzichtet auf Kondome, wenn der Freier dies verlangt. Hauptgrund ist die höhere Verdienstmöglichkeit. Einseitige Schuldzuweisungen an Prostituierte und Stricher gehen deshalb ins Leere. Nach wie vor gilt: Aids bekommt man nicht, man holt es sich.

Die dramatische Kernaussage der Studie ist, daß es lediglich 9 % der Befragten gelingt, das Infektionsrisiko sowohl beim Spritzentausch als auch beim Sexualverkehr auszuschalten.

Das bittere Fazit lautet: Präventionsbotschaften können noch so gut sein, der Informationsstand noch so hoch – solange der Teufelskreis aus Sucht, Kriminalität, Haft, erfolgloser Entziehung und sozialer Verelendung nicht durchbrochen wird, werden sie zu einer grundlegenden Eindämmung der HIV-Übertragung nicht führen können.

Jürgen Neumann

Endlich gibt es wieder einen aktuellen »Rechtsratgeber für homosexuelle Menschen«. In praxisnaher Weise führt das Buch durch alle Lebensbereiche, in denen Homosexuelle auf besondere Rechtslagen stoßen. Im Zentrum stehen zwar die Probleme von Schwulen, doch gelten viele Fragestellungen auch für Lesben.

Rechtsratgeber

Der Rechtsratgeber behandelt:

- das Erwerbsleben inklusive Bewerbung und Kündigung
- nichteheliche Partnerschaften
- Krankheit, Tod, Erbschaft
- Vereine, inklusive einer Mustersatzung, die von Finanzämtern wiederholt anerkannt worden ist
- Gewalt gegen Homosexuelle
- Verhalten bei Polizei und Gericht
- Transsexualität

Darüberhinaus wird auch ein eigener Vorschlag eines Anti-Diskriminierungsgesetzes vorgestellt.

PALETTE verlag

Peuntstraße 10
8600 Bamberg
☎ 09 51 / 20 05 99

320 Seiten - kartoniert - 29,- DM
ISBN 3-928062-05-0

Anstehende juristische Veränderungen sind bereits umfangreich aufgenommen worden, ebenso Besonderheiten in den östlichen Bundesländern. Gerade dort ist »Schwule im Recht« für Homosexuelle unverzichtbar.

Der Rechtsratgeber dokumentiert in vielen Anmerkungen für Juristen und Juristinnen die neueste Rechtsprechung, ist aber auch für Laien gut lesbar und verständlich, die sich bei Rechtsstreitigkeiten vorab informieren wollen.

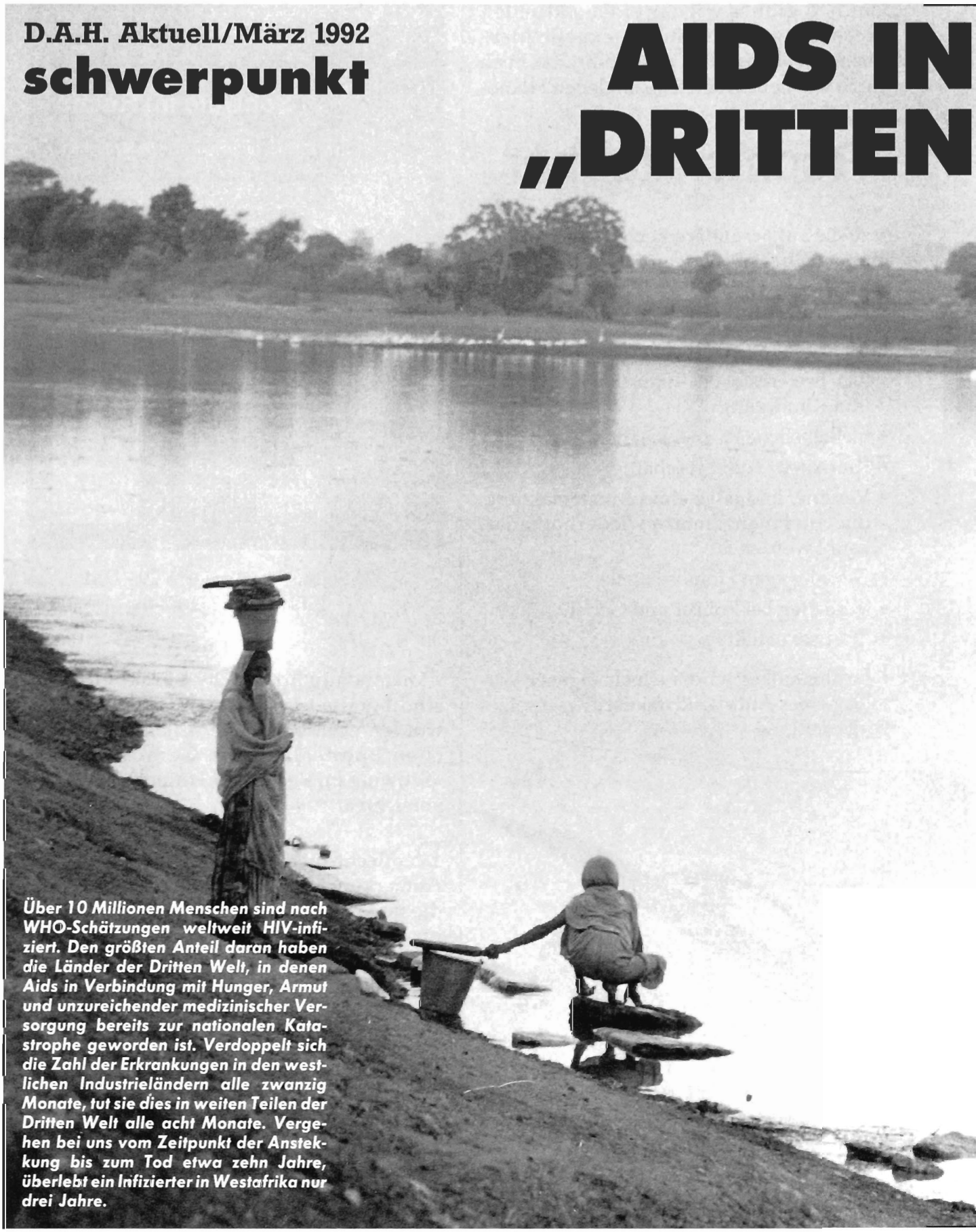
Ein Buch, das gleichermaßen für persönlich Interessierte wie für Beratungsarbeit geeignet ist.

Die Gruppe der Schwulen Juristen (SchwIPs) legt mit »Schwule im Recht« ihren neuesten Ratgeber vor. Nach langjähriger Erfahrung mit der Rechtspraxis sind sie inzwischen Garanten für differenziertes und detailliertes Wissen in allen Lebensbereichen.

D.A.H. Aktuell/März 1992

schwerpunkt

AIDS IN „DRITTEN



Über 10 Millionen Menschen sind nach WHO-Schätzungen weltweit HIV-infiziert. Den größten Anteil daran haben die Länder der Dritten Welt, in denen Aids in Verbindung mit Hunger, Armut und unzureichender medizinischer Versorgung bereits zur nationalen Katastrophe geworden ist. Verdoppelt sich die Zahl der Erkrankungen in den westlichen Industrieländern alle zwanzig Monate, tut sie dies in weiten Teilen der Dritten Welt alle acht Monate. Vergehen bei uns vom Zeitpunkt der Ansteckung bis zum Tod etwa zehn Jahre, überlebt ein Infizierter in Westafrika nur drei Jahre.

DER WELT"

Tropfen auf dem heißen Stein

von Petra Narimani

Erstmals 1982 erschienen in medizinischen Fachzeitschriften Berichte über AIDS-Fälle in Afrika. Sie wurden jedoch über Jahre hinweg wenig beachtet. 1992, mehr als zehn Jahre nach dem Auftauchen der Krankheit ist es nicht etwa die Medizin, die zur Eindämmung von Infektionen führt, sondern nach wie vor nur die durch Information und Aufklärung bewirkte Verhaltensänderung.

Inzwischen gibt es AIDS-Präventionsprogramme in mehr als 150 Ländern; Entwicklungsländer sind dabei, wie in allen anderen Bereichen auch, hochgradig benachteiligt. Auch in unserer reichen westlichen Welt sind Verhaltensänderungen nur sehr schwer durchzusetzen und sicher auch immer mit persönlichen Einbußen verbunden. In Ländern der sogenannten Dritten Welt jedoch würden Verhaltensänderungen die sozialen und gesellschaftlichen Strukturen in so einem starken Maße beeinträchtigen, daß sie von vornherein fast unmöglich sind. In vielen traditionellen afrikanischen Gesellschaften beispielsweise ist das Ansehen der Männer umso größer, je mehr Frauen oder Geliebte sie haben. Obwohl Promiskuität ohne Kondom einer der Hauptübertragungswege einer HIV-Infektion ist, sieht die katholische Kirche ihre zentrale Aufgabe im Verbot von Kondomen. Kondome, für den Durchschnitts-Afrikaner sowieso fast nicht erschwinglich, sind zudem kaum erhältlich, und wenn, sind sie oft von schlechter Qualität.

Das Ausmaß der durch AIDS verstärkten Katastrophe zu erfassen, scheint mir von Mal zu Mal schwieriger. Immer neue Aspekte, immer neue und erschreckendere Zahlen, immer neue und rasantere Entwicklungen kommen hinzu. Ein Problem zieht ein anderes nach. Und immer wieder wird deutlich, daß die westliche Welt Hauptverursacher für diese Situation ist.

Aber niemandem hilft es, es bei dieser Erkenntnis zu belassen. Je mehr man über Länder der Dritten Welt weiß und je mehr man versucht, eigene Erfahrungen und Einsichten in Einklang zu bringen, je mehr und öfter man diese Erfahrungen austauscht, voneinander lernt und Respekt vor der Arbeit anderer hat, umso höher wird die Wahrscheinlichkeit, das Ausbreiten der Infektion in den Griff zu kriegen - auch wenn das angesichts der vorliegenden Zahlen und Berichte eigentlich unwahrscheinlich erscheint.

Die Möglichkeiten der Deutschen AIDS-Hilfe in bezug auf AIDS in Entwicklungsländern sind sehr eingeschränkt. Es kann deshalb nur versucht werden, die Öffentlichkeit über bestimmte Zusammenhänge zu informieren und die Lebensbedingungen von Menschen in afrikanischen Ländern darzustellen. Die Vernetzung und Erfahrungsaustausch muß auf allen Ebenen gefördert, genauso wie wir behilflich bei der Vermittlung von Geldmitteln sind.

1990 und 1991 haben wir zwei Delegierten aus Ländern der Dritten Welt die Teilnahme an der Internationalen Konferenz für Menschen mit HIV und AIDS ermöglichen können und wollen dies auch weiterhin tun. Diese Teilnahme waren für sie und uns sehr bereichernd, so daß sie mit neuer Kraft und neuen Ideen in ihre Heimatländer, in ihre Familien und Organisationen zurückgekehrt sind.

Im November 1991 hat die DAH zusammen mit dem Missionsärztlichen Institut, AG AIDS und Internationale Gesundheit, nichtstaatliche Organisationen zu einem Erfahrungsaustausch zum Thema „AIDS in Entwicklungsländern" nach Würzburg eingeladen. Vertreter und Vertreterinnen von Caritas, Miserior, der Deutschen Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit, der Deutschen Stiftung für internationale Entwicklung, den Evangelischen Akademien Bad Boll und Tutzing, dem Deutschen Roten Kreuz, der Stiftung Postiv Leben und der Arbeitsgemeinschaft für Entwicklungshilfe kamen erstmals zu diesem Thema zusammen und wollen die Treffen in loser Reihenfolge wiederholen. Wunsch und Ziel ist ein kompetentes Diskussionsforum sowie das Finden weiterer Finanzierungs- und Vernetzungsmöglichkeiten.

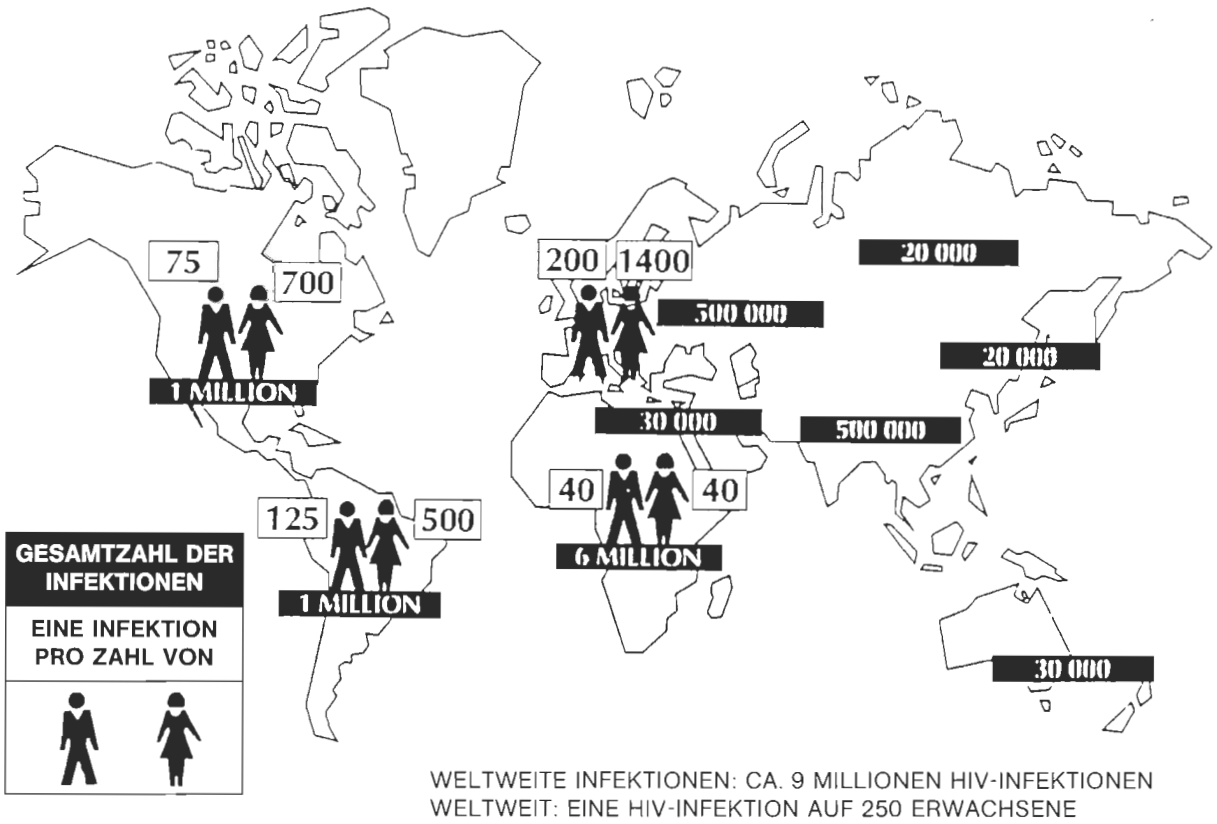
Zusammen mit der Evangelischen Akademie Tutzing lädt die DAH im Oktober 1992 zu einem Workshop „AIDS und Dritte Welt" ein. Vor allem Vertreter und Vertreterinnen von Selbsthilfegruppen aus Afrika, Indien und Lateinamerika werden über ihre Situation und ihre Erfahrungen berichten und mit deutschen Entwicklungshilfeorganisationen und regionalen Gruppen diskutieren. Vor der Veranstaltung wird sich der in Würzburg zusammengekommene Arbeitskreis zum Thema „AIDS und Armut" treffen.

Im Rahmen der IX. Internationalen AIDS-Konferenz, die 1993 in Berlin stattfinden soll, plant die Deutsche AIDS-Hilfe ein Festival nichtstaatlicher Gruppen unter dem Arbeitstitel „AIDS-Culture - Cultural AIDS", bei dem vor allem Gruppen aus Ländern der Dritten Welt Gelegenheit gegeben werden soll, ihre Form der AIDS-Aufklärung durch Tanz, Musik und Theatergruppen darzustellen. Es soll unter anderem gezeigt werden, unter welchen Bedingungen Menschen aus ärmeren Regionen der Erde gegen die Ausbreitung der Krankheit kämpfen.

Das Gefühl von Hilflosigkeit und Verzweiflung bleibt. Die Freude über eine gelungene Spendenaktion für ein bestimmtes Projekt in Afrika zerplatzt wie eine Seifenblase, sobald wieder ein Brief auf dem Schreibtisch liegt, in dem ein Mann oder eine Frau ihre persönlichen Schicksale beschreiben, vom Tod ihrer Kinder und Enkelkinder und von leeren Dörfern schildern, um Hilfe bitten. Ich sitze am Schreibtisch und lege den Brief zur Seite. Zwei Tage später nehme ich ihn wieder zur Hand, lese ihn und lege ihn nocheinmal zur Seite. Was kann ich hier antworten? Ein solcher Brief ist kein Projektantrag, kann also an keine der geldgebenden Organisationen weitergeleitet werden. Der Brief ist kein Konzept, aufgrund dessen man Gelder bewilligen und kein Projekt, das geprüft werden könnte. Er ist nur der verzweifelte Hilferuf einer einzelnen Person irgendwo in Afrika. Soll man schreiben: „Bedauerlicherweise erhält die Deutsche AIDS-Hilfe nur 3,5 Millionen DM Projektmittel im Jahr, wir können Ihnen leider nicht helfen." Das ist makaber, liegen doch in vielen afrikanischen Staaten die jährlichen Pro-Kopf-Ausgaben für die gesundheitliche Versorgung unter den Kosten für einen einzigen HIV-Test. Das beste wäre, hundert Mark in einen Umschlag zu stecken und loszuschicken. Einzelfallhilfe? Mein Gott! Das ist doch keine Hilfe! Natürlich läuft die Arbeit der DAH auch auf regionaler Ebene nicht nach diesem Verfahren. Was irgendwie möglich ist, wird auch möglich gemacht, darin sehen wir unsere Aufgabe. Auch wenn hundert Mark im Umschlag nur ein Tropfen auf den heißen Stein sind, können wir vielleicht sogar in dem einen oder anderen Fall helfen. Doch erst wenn es in unserem Bewußtsein gelingt, andere Gesellschaften zu akzeptieren und andere Maßstäbe für sie gelten zu lassen, kann letztendlich die Hilfe auch zu einem Erfolg führen.

Die Auswahl der Beiträge im Schwerpunkt soll die Vielfalt der Probleme, Situationen und verschieden Strategien aufzeigen. Rückmeldungen und Berichte über die eigene Arbeit sind sehr willkommen. ■

WELTWEIT GESCHÄTZTE HIV-INFEKTIONEN 1991



WELTWEITE INFEKTIONEN: CA. 9 MILLIONEN HIV-INFEKTIONEN
WELTWEIT: EINE HIV-INFEKTION AUF 250 ERWACHSENE

Die Anzahl der weltweit geschätzten HIV-Infektionen beträgt 1991 ca. 9 Millionen. Das bedeutet, daß auf 250 Erwachsene eine HIV-infizierte Person kommt. Die Infektionsraten differieren sehr in den verschiedenen Regionen der Welt. Die höchste Rate ist in der afrikanischen Sub-Sahara zu verzeichnen, wo jeder 40. Mann und jede 40. Frau infiziert ist. Hier beträgt die geschätzte Gesamtzahl der HIV-Infektionen 6 Millionen.

Zahlenspiele

von Jürgen Neumann

Besonders glänzend stehen wir nicht da, wir Deutschen. Lediglich 0,42 Prozent unseres Bruttosozialprodukts gaben wir 1990 – neuere Zahlen liegen noch nicht vor – für Entwicklungshilfe aus. Damit bleibt die Bundesrepublik deutlich hinter der Selbstverpflichtung der führenden Industrienationen zurück, die in den frühen achtziger Jahren die Absicht bekundeten, ihre Hilfe für die Staaten der „Dritten Welt" bis 1990 auf mindestens 0,7 Prozent zu steigern.

Nur Norwegen (1,17 Prozent des Bruttosozialprodukts), den Niederlanden (0,94), Dänemark (0,93), Schweden (0,90) und Frankreich (0,79) ist es gelungen, dieses Ziel zu erreichen. Auch Finnland, Kanada und Belgien rangieren noch vor Deutschland. Wenig tröstlich ist es, daß sogar die Wirtschaftsriesen Japan (0,31) und die USA (0,21) hinter der Bundesrepublik zurückliegen.

In den Jahren 1986 bis 1990 gab die Bundesrepublik nach Auskunft des Finanzministers exakt 57.965.683 DM für „Maßnahmen zur AIDS-Bekämpfung" in der Dritten Welt aus. Darin enthalten ist ein Beitrag von 11,5 Millionen Mark zur Unterstützung von WHO-Projekten, ebenso der Zuschuß von 8 Millionen für Maßnahmen nichtstaatlicher Träger.

Nach vorsichtigen Schätzungen von Dr. Dr. Stephan Dressler, AIDS- Zentrum Berlin, gab es 1990 weltweit drei Millionen HIV-Infizierte. Demnach betrug die Pro-Kopf-Aufwendung der Bundesregierung für HIV- Infizierte in den Entwicklungsländern 1990 etwa fünf Mark. Die am stärksten von AIDS betroffenen west- und zentralafrikanischen Staaten können, wie Prof. Hunsmann, Leiter des Deutschen Primaten-Zentrum (DPZ) in Göttingen lapidar feststellt, für die allgemeine Gesundheitsversorgung ihrer Bevölkerungen zwischen zwei und drei Mark im Jahr aufbringen.

In der Bundesrepublik sind indes die volkswirtschaftlichen Gesamtausgaben, die bisher durch AIDS verursacht wurden, in astronomische Höhen geklettert. Zählt man die seit 1982 entstandenen Kosten der medizinischen und pflegerischen Betreuung, der Prävention und der Forschung, der Sozialleistungen, des Krankengeldes und der nicht amortisierten Ausbildungen jung verstorbener Menschen mit AIDS zusammen, nimmt man die Begräbniskosten und die sonstigen Ausgaben bis hin zum letzten Kondom hinzu, so wird die Zehn-Milliarden-Grenze locker übersprungen – eine Eins mit zehn Nullen: 10.000.000.000 Deutsche Mark.

Das Haus brennt

Auf der VI. Internationalen Konferenz über AIDS in Afrika in der senegalesischen Hauptstadt waren sich alle einig: den Luxus langwieriger Planungen kann man sich nicht leisten. Will man den Kontinent vor einer weiteren Ausbreitung von AIDS bewahren, muß sofort gehandelt werden.

von Christine Höpfner

„Afrika braucht die internationale Solidarität, die finanzielle Unterstützung seiner Forschung und seiner Programme. Auch dürfte es durchaus im Interesse des wohlhabenden Teils der Welt liegen, sich hier zu engagieren; denn eine kranke Bevölkerung kann ihre Schulden nicht bezahlen." So lautete ein Appell im Rahmen der Abschlußveranstaltung der VI. Internationalen Konferenz über AIDS in Afrika, die am 19. Dezember 1991 zu Ende ging.

Mehr als 1.500 TeilnehmerInnen aus aller Welt waren in die senegalesische Hauptstadt Dakar gekommen, um sich über den gegenwärtigen Stand der in verschiedenen Ländern Afrikas laufenden Forschungs- und Aufklärungsprogramme zu informieren und auszutauschen. Vier Tage lang war der weit vor den Toren gelegene „König-Fahd-Komplex" Schauplatz thematisch breitgefächerter Präsentationen und Diskussionen, deren Inhalte und Ergebnisse zu ernster Sorge, wenn nicht gar zu Hilflosigkeit und Resignation Anlaß gaben. Doch auch ein bißchen Hoffnung war zu verspüren. Wieviel von jedem gerade die afrikanischen TeilnehmerInnen mit nach Hause genommen haben, wird davon abhängen, mit welcher Situation sie jeweils vor Ort konfrontiert sind.

HIV-Infektion und AIDS in Afrika

Doch bereits die Beiträge der Eröffnungsveranstaltung ließen Zuversicht kaum angebracht erscheinen. Alarmierende Zahlen lieferte vor allem der Präsident des „Global AIDS Programme" der WHO, Michael Merson. Von der Gesamtzahl der von der WHO für 1991 weltweit geschätzten 10 Millionen Menschen mit HIV sind sechs Millionen AfrikanerInnen im Erwachsenenalter. Seit Beginn der Pandemie ist die heterosexuelle Transmission der dominierende Modus für die Verbreitung von HIV in den Ländern südlich der Sahara gewesen. Nach Schätzung der WHO sind in diesen Regionen cirka 90 % der bei Erwachsenen festgestellten Infektionen auf diese Weise erfolgt. Dementsprechend ist die Zahl der infizierten Männer beinahe identisch mit der Zahl der infizierten Frauen. Für das Jahr 2000 werden nahezu 14 Millionen HIV-Infektionen erwartet. Von den insgesamt zwei Millionen Kindern, die von Afrikanerinnen mit HIV geboren wurden, haben sich cirka 750.000 als infiziert erwiesen.

Wahrscheinlich sind bereits eine Million der seit Beginn der Pandemie geschätzten sechs Million erwachsenen AfrikanerInnen mit HIV an AIDS gestorben. Es wird vermutet, daß eine weitere Million infizierte Erwachsene an schweren mit der HIV-Infektion in Zusammenhang stehenden Erkrankungen leidet. Von den etwa 750.000 Kindern mit HIV ist bisher schätzungsweise ein Drittel an AIDS gestorben, ein weiteres Drittel leidet an HIV-assoziierten Krankheiten. Es ist davon auszugehen, daß etwa 90 % der infizierten erwachsenen AfrikanerInnen in einem Zeitraum von zehn bis fünfzehn Jahren nach erfolgter Infektion AIDS entwickeln. Daher muß befürchtet werden, daß noch in dieser Dekade ein Großteil der derzeit infizierten Menschen an AIDS sterben wird. Entsprechend der für die 90er Jahre prognostizierten HIV-Infektionen wird die Zahl der Erkrankungen und Todesfälle bis ins kommende Jahrhundert hinein weiter ansteigen.

Die für die Zukunft geschätzten Millionen von an AIDS gestorbenen AfrikanerInnen werden, so lautet die düstere Prognose, bis Ende dieser Dekade die Gesamtzahl aller Todesfälle unter den 15- bis 45jährigen verdoppeln, wenn nicht gar verdreifachen. Zudem wird der durch AIDS zu erwartende Anstieg der Mortalität unter Kindern die Fortschritte umkehren, die von Programmen zur Senkung der Kindersterblichkeit in den vergangenen Jahrzehnten hart erkämpft worden waren. Schon 1993 wird AIDS die Masern und die Malaria überholt haben und die zweithäufigste Todesursache bei Kindern sein.

Möglicherweise müssen die Daten zu HIV-assoziierten Erkrankungen und Todesfällen in den Ländern südlich der Sahara gegen Ende der 90er Jahre nach oben revidiert werden, sollte die Zahl der Infektionen weiterhin ungehindert ansteigen. Aus diesem Grunde wird diese Region in den kommenden Jahren einer zweifachen Herausforderung begegnen müssen: einem enorm steigenden Bedarf auf dem Sektor der gesundheitlichen Grundversorgung von Erkrankten und einer weiterhin dringend notwendigen Aufklärungsarbeit zur Eindämmung von HIV-Infektionen.

Mehrere Konferenzbeiträge verdeutlichten, daß AIDS in Afrika gleichzeitig Tuberkulose bedeutet. In allen Ländern mit hohen AIDS-Fallzahlen ist ein enormer Anstieg der Tb zu beobachten. Über 50 % der AfrikanerInnen mit AIDS leiden an dieser opportunistischen Infektion. Anders als in Europa und in den USA entwickelt sich die Tb in Afrika vorwiegend bei jüngeren Menschen, wobei außerdem eine Zunahme von Erkrankungen festzustellen ist, die nicht nur die Lunge betreffen. Nicht alle Kinder von infizierten Müttern erweisen sich als HIV-positiv, wohl aber bekommen sie mit Sicherheit Tb, wenn ihre Mütter daran erkrankt sind. Zur Zeit kann nur ein kleiner Prozentsatz der an Tb erkrankten AIDS-Patienten behandelt werden; es mangelt an Krankenhausbetten wie auch an Erfahrungen mit Chemoprophylaxe. Die Kosten für Medikamente und die Pflege von Tb-kranken Menschen mit HIV werden in Zukunft von enormen Ausmaßen sein, zieht man in Betracht, daß in Afrika schätzungsweise 170 Millionen Menschen Träger von Tb-Bazillen sind.

HIV-1 und HIV-2

Die Epidemiologie von HIV-1 und HIV-2 sowie die genetischen Unterschiede zwischen diesen beiden Virustypen waren eines der zentralen Konferenzthemen.

In Zentral- und Ostafrika – Regionen mit den höchsten HIV-1-Raten – kommt die HIV-2-Infektion selten vor, relativ häufig hingegen in Mosambique und Angola. In Westafrika wurden die höchsten HIV-2-Raten aus Guinea Bissau, Côte d'Ivoire und Burkina Faso berichtet. Während in Côte d'Ivoire und Burkina Faso HIV-1- und HIV-2-Infektionen mit gleicher Häufigkeit vorkommen, ist in Senegal die HIV-1-Rate niedriger als die von HIV-2. Untersuchungen älterer Blutproben haben ergeben, daß HIV-2 in Senegal schon seit mehreren Dekaden präsent ist.

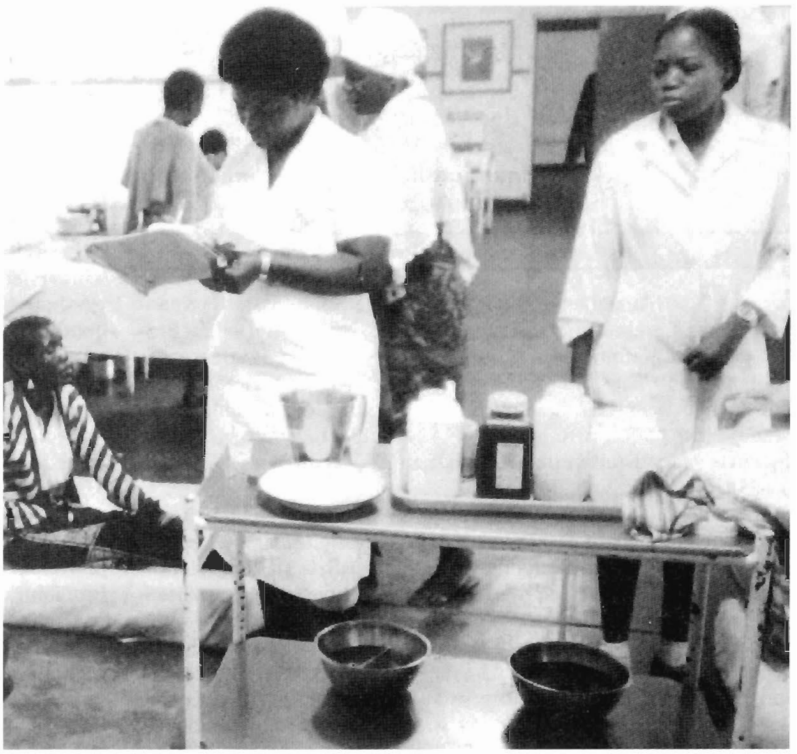
Die Herkunft von HIV-2 ist ein Thema, das die Virologen zur Zeit stark beschäftigt. Wahrscheinlich ist HIV-2 generell älteren Ursprungs als HIV-1. Altersspezifische Seroprävalenzdaten ergaben, daß HIV-2-Infektionen mit steigendem Lebensalter an Häufigkeit zunehmen. HIV-2 wird jedoch auf gleiche Weise – durch Sexualverkehr sowie von der Mutter auf das Kind – übertragen wie HIV-1. Die vorgestellten Forschungsergebnisse zeigten auch, daß HIV-2 in den gleichen Gruppen auftritt, die auch von der HIV-1-Infektion besonders betroffen sind, also bei weiblichen Prostituierten und bei Patienten mit anderen sexuell übertragbaren Krankheiten. HIV-2 scheint auf sexuellem Wege allerdings schwerer übertragbar zu sein. Während sich HIV-1 mit rasanter Geschwindigkeit weiterverbreitet, kann bei HIV-2 derzeit sogar von einer Stagnation gesprochen werden.

▶

Der Grund hierfür ist wahrscheinlich auf genetische Unterschiede zwischen den beiden Virustypen zurückzuführen. Die wichtigsten Regulatorgene „tat" (löst die Transkription und Virusvermehrung aus) und „rev" (steuert Virusexpression und ist an der Bildung der für die Virusvermehrung nötigen Proteine beteiligt) sowie die meisten der anderen Gene sind in HIV-1 und HIV-2 zwar analog enthalten. Anhand der PCR-Analyse hat sich jedoch gezeigt, daß Menschen mit HIV-2 niedrigere Mengen an proviraler DNA in zirkulierenden Lymphozyten aufweisen. Diese niedrigere virale Potenz könnte mit einer geringeren Bindungsfähigkeit der CD4- Rezeptoren (T4-Helferzellen) zusammenhängen und eine Erklärung für die langsamere Übertragbarkeit wie auch die längeren Inkubationszeiten sein, die bei Infektionen mit HIV-2 zu beobachten sind. Möglicherweise kommen noch andere, derzeit nicht bekannte Kofaktoren in Betracht.

HIV-2 ist vor allem bei infizierten Menschen ohne Krankheitssymptomen oder solchen, deren CD4-Zahl über 500 liegt, weitaus schwieriger zu isolieren als HIV-1. Was jedoch die typischen Krankheitsbilder wie Diarrhoe, Fieber und opportunistische Infektionen anbelangt, konnten bisher zwischen AIDS-Patienten mit HIV-2 und denen mit HIV-1 keine Unterschiede beobachtet werden.

Allgemein wurde festgehalten, daß die Krankheitsgeschichte von HIV-2 erst noch geschrieben werden muß. Es bedarf noch zahlreicher Studien, um die Pathogenität von HIV-2 genau zu untersuchen.



TB-Station im Chikankanta-Krankenhaus (Sambia). Über die Hälfte der TB-Patienten sind HIV-positiv.

Probleme in der Versorgung von Menschen mit HIV und AIDS

Derzeit werden auf dem afrikanischen Kontinent in 52 Ländern nationale AIDS-Programme mit unterschiedlichen Zielrichtungen durchgeführt: allgemeine und gruppenspezifische Aufklärungskampagnen zur Reduktion der sexuellen Transmission, Beobachtung der HIV-Infektion zur Kontrolle epidemiologischer Trends, Untersuchung von Blutspenden für Transfusionen, Programme zur Verbesserung der klinischen und ambulanten Versorgung von AIDS-Patienten sowie Programme zur Förderung der Pflege von Erkrankten in der Familie.

Eine ungeschminkte Darstellung des Umstandes, daß bisher noch kein bemerkenswerter Fortschritt in der Versorgung von Patienten mit HIV und AIDS erreicht wurde, gab ein Redner aus Uganda. Trotz gravierender ökonomischer wie infrastruktureller Probleme, die den gesundheitsfördernden Maßnahmen in Afrika enge Grenzen setzen, müsse dennoch alles getan werden, um Menschen mit HIV adäquat zu behandeln und zu betreuen. Es sei unerläßlich, ihnen zu helfen, mit der Angst vor einem Leben mit dem Virus zurechtzukommen. Mehr als bisher müsse man sich den physich asymptomatischen, psychisch jedoch symptomatischen HIV-Positiven zuwenden, da die Angst vor dem drohenden Tod für die Betroffenen ohne Hilfe von außen kaum zu ertragen sei. In diesem Zustand würden häufig unüberlegte Entscheidungen getroffen, die in Vernachlässigung, Alkoholismus und Suizid gipfeln. Auf diese Weise katapultierten sich HIV-Positive selbst in den symptomatischen Status, in einen überflüssigen vorzeitigen Tod, der eigentlich noch zu verhindern wäre.

Als Faktoren, die im Rahmen nationaler AIDS-Programme eine adäquate Versorgung von Menschen mit HIV und AIDS garantieren können, wurden charismatische Eigenschaften der Leiter und direkte Kanäle zu Finanzierungsquellen genannt. Auch die Qualifizierung des Personals in Trainingsworkshops, ständige Verfügbarkeit von Medikamenten und von Materialien für HIV-Antikörper-Schnelltests ebenso wie für die Hauspflege sind wichtige Faktoren.

Vor allem auf der Ebene des Managements zeigen sich oftmals Unzulänglichkeiten. So mangelt es an Klarheit der Weisungen, an Kompetenz in puncto Bedarfseinschätzung und Planung, an Motivation aufgrund von Überlastung sowie an Verständnis für den Umfang der Problematik. Auf die Dringlichkeit der Verankerung einer umfassenden und damit humaneren Betreuung von Menschen mit HIV und AIDS in Afrika wurde auf der Konferenz wiederholt hingewiesen. In diesem Kontext wurde für eine künftig zu verbessernde Qualifizierung insbesondere der Betreuer von Sterbenden appelliert. Sie seien in die Lage zu versetzten, zu erkennen, ob der Gesundheitszustand eines Erkrankten den Verbleib zu Hause erlaubt oder ob eine Verlegung ins Krankenhaus angebracht ist. Da die Betreuer den Patienten durch alle Stadien seiner Krankheit begleiten und deshalb starken seelischen Belastungen ausgesetzt sind, müsse zur Verhinderung eines Burn out künftig auch die bisher vernachlässigte Betreuung der Betreuer ein Anliegen von AIDS- Programmen sein.

Erst seit es AIDS gibt, ist an afrikanischen Kliniken die psychosoziale Beratung als Bestandteil der Versorgung initiiert worden. Vieles liegt jedoch noch im argen. So kommt es an nicht wenigen Kliniken immer noch vor, daß den Patienten die Diagnose "HIV-Infektion" verschwiegen wird. Zur Behebung des Beratungsnotstandes bedarf es der optimalen Ausbildung von Beratern, insbesondere solchen, die für das ehrenamtliche Engagement zu gewinnen sind.

Eine frühzeitige Diagnosestellung auf der Basis freiwilliger Untersuchungen, die Entwicklung von Strategien zur Stabilisierung des Immunsystems und vor allem die Einbeziehung der Familie in die Gesundheitsfürsorge beinhalten die Chance, die Pflege von Menschen mit HIV und AIDS zu verbessern und gleichzeitig die Kosten niedrig zu halten. Zahlreiche Programme konzentrieren sich deshalb auf die Aufklärung der Gemeinden, um diskriminierende Haltungen abzubauen, um das soziale Stigma, das der HIV-Infektion anhaftet, zu beseitigen. Sie zielen letztlich darauf ab, in der Gemeinde die Bereitschaft zur Pflege zu fördern.

Wie man über ein abgestuftes Trainingsprogramm zur „Grassroot level" gelangen kann, wurde in der Präsentation einer ugandischen Pilotstudie veranschaulicht, die die Beratung auf Gemeindeebene in

andere vor Ort laufende Programme integrieren will. In diesem, auf einer Zusammenarbeit zwischen verschiedenen Ministerien und nichtstaatlichen Organisationen (NGOs) basierenden „Multicenter approach", oblag es den vor Ort tätigen NGO-Mitarbeitern, die Ausbildung von Beratertrainern zu übernehmen. Die Wissensvermittlung erfolgte in weiteren Stufen über Berater und Beratungsassistenten „nach unten" bis zu den sogenannten Beratungshelfern, deren Kenntnisstand nur geringfügig über dem der Bevölkerung liegt. Diese Frauen und Männer sind also keineswegs qualifizierte Berater, jedoch was AIDS anbelangt, „sensibilisiert": sie wollen lediglich Freund, helfender Nachbar sein. Die HelferInnen „next door" gehen zum Beispiel von sich aus zum Nachbarn und fragen nach, wie es ihm geht und ob er etwas braucht; sie kennen die Erkrankten und geben ihnen emotionale Unterstützung. Dieses nicht zuletzt aufgrund mangelnder finanzieller und personeller Kapazitäten der Ministerien gestartete Projekt wird derzeit in sechs Distrikten erprobt. Sollte es sich als effektiv erweisen, ist seine Ausweitung auf weitere Distrikte vorgesehen.

In mehreren Beiträgen wurde auf afrikanische Traditionen verwiesen, die eine gute Versorgung der Erkrankten auf Gemeindeebene ermöglichen könnten. Eine nicht geringe Bedeutung wird hierbei den traditionellen Heilern beigemessen, die sich im Vergleich zu den professionell im Gesundheitsbereich Tätigen häufig als die besseren "Health workers" erwiesen hätten. Studien zur Funktion der traditionellen Heiler im Rahmen nationaler AIDS-Projekte waren auf der Konferenz allerdings Mangelware – ein Umstand, der auf die bisher kaum erfolgte Einbettung traditioneller Methoden in die moderne Medizin zurückzuführen ist.

Bei allen Bemühungen um eine Verbesserung der ebenfalls mehr als unbefriedigenden medizinischen Versorgung von Menschen mit HIV und AIDS sind mehrere Aspekte zu berücksichtigen:

Erstens müssen die einzusetzenden Therapeutika bezahlbar sein – in Afrika ein Problem, wo im Schnitt pro Person im Jahr lediglich vier bis fünf Dollar für Medikamente ausgegeben werden. Die meisten Patienten können zum Beispiel die Kosten für antivirale Wirkstoffe wie AZT nicht aufbringen. Das kanadische Pharmaunternehmen Apotex hat nun Schritte unternommen, um AZT in Ländern der „Dritten Welt" preisgünstiger anzubieten und hofft, das Medikament noch 1992 in Afrika einführen zu können. Der Preis für APO-Zidovudine, dessen Bioäquivalenz mit Retrovir (Wellcome) nachgewiesen ist, und daher identische Dosierungen erlaubt, beträgt 80 $ (!) gegenüber 101 $ für Retrovir.

Zweitens müssen die in Frage kommenden Medikamente anwendbar sein. So können häufig intravenös zu applizierende Substanzen nicht eingesetzt werden, weil das hierfür nötige Infusionsmaterial fehlt.

Drittens müssen die Symptome der HIV-Infektion bekannt sein, um jeweils richtig behandeln zu können. So ist das medizinische Personal häufig nicht genügend geschult, um HIV-bezogene Erkrankungen erkennen zu können. Dementsprechend wird eine Verbesserung der diagnostischen Kompetenz als Voraussetzung zur Senkung der Mortalität gefordert.

Ein unkonventionelles Aufklärungsprogramm aus Kamerun

Welche Möglichkeiten zur Aufklärung über AIDS in unterschiedlichen Zielgruppen ausgeschöpft werden können, wurde in einer Vielzahl von Beiträgen veranschaulicht. Ein in Yaounde/Kamerun gewählter Ansatz verdient aufgrund seiner Originalität, die auch die afrikanischen TeilnehmerInnen zu verblüffen schien, besondere Erwähnung.

„Single women", ledige Frauen zwischen 19 und 25 Jahren, sind die Zielgruppe dieses Projekts, das zwei Fliegen mit einer Klappe schlagen will: da diese Frauen aufgrund der Tatsache, daß sie keinem Mann ehelich verbunden sind und aufgrund der Einschätzung, daß sie pro Tag im Schnitt von drei Männern zwecks Sex angesprochen werden, als Personen mit HIV-Risiko betrachtet werden, sollen sie dafür gewonnen werden, sich selbst zu schützen. Gleichzeitig sollen sie als „Informationsagentinnen" fungieren, indem sie ihren potentiellen Sexualpartnern alles Wissenswerte über Safer Sex beibringen wie auch die Bevölkerung für AIDS sensibilisieren.

Zunächst wurden einzelne Frauen auf der Straße angesprochen und über die Ziele des Programms aufgeklärt. Allmählich vergrößerte sich die Gruppe und bildete eine „association", zu deren Spar- und Solidaritätsfonds jede Frau einen Betrag beisteuert. Aus diesem Fond erhalten die Frauen zum Beispiel Geld für den Kauf von Kondomen.

Jede für das Programm rekrutierte Frau wird auf sexuell übertragbare Krankheiten untersucht und einem HIV-Antikörpertest unterzogen. Ein bis zweimal pro Woche findet im Gesundheitszentrum ein Treffen statt, bei dem die Frauen über AIDS informiert werden. Hier erfahren sie auch, wie sie sich Männern gegenüber verhalten sollen und welche Strategien, Techniken und Tricks bei der Sensibilisierungsarbeit am besten geeignet sind. Jede Anfängerin ist verpflichtet, über ein „sensitization"-Erlebnis zu berichten, da es für das Programm wichtig ist zu wissen, ob sie ihre Aufgabe verstanden hat.

„Die bisherigen Ergebnisse sind einfach überwältigend. Viele unserer Frauen haben sich zu wahren Künstlerinnen auf ihrem Gebiet entwickelt", berichtet ein Sprecher. Sogar Firmen würden sich inzwischen an das Programm wenden mit der Bitte, Frauen für die Aufklärungsarbeit zu entsenden. Die Evaluation erfolgt unter anderem über die Anzahl der von den Frauen verkauften Kondome. Diese Zahl habe sich im Laufe der Zeit stark erhöht.

Das Programm kooperiert nicht mit Prostituierten, sondern allein mit „Single women", von denen die meisten der Mittelklasse angehören, einige berufstätig sind und manche Kinder haben. Weil sie, anders als Prostituierte, am Tage einsetzbar sind, können sie die Bevölkerung besser erreichen.

Die anschließende Diskussion drehte sich interessanterweise fast ausschließlich um die Frage, worin der Unterschied zwischen einer „Single woman" und einer Prostituierten bestehe. Es waren die männlichen afrikanischen Teilnehmer, die Probleme mit der Differenzierung hatten – ein Umstand, durch den sich der Vortragende mehr als einmal veranlaßt sah, den „nichtprofessionellen" Sex ohne Bezahlung dem professionellen gegen Bezahlung gegenüberzustellen.

Ausblick

Die in den meisten afrikanischen Ländern ins Rollen gekommenen AIDS-Programme haben durchaus Chancen auf Erfolg. Die Botschaften werden immer mehr den regionalen Erfordernissen angepaßt und nicht länger ausschließlich von professionell im Gesundheitswesen Tätigen ausgestreut. Die Gemeinden haben im Staffellauf gegen AIDS die Führung übernommen. Nationale wie internationale Aktivitäten bedürfen jedoch eines noch stärkeren Engagements, um das Rennen zu gewinnen – und die Rückendeckung der führenden Politiker vor Ort.

Mangels Zeit und Geld muß auf so manches Nötige verzichtet werden. Daß bis ins Detail ausgetüftelte Programme Luxus sind, verdeutlichte ein afrikanischer Referent, der ein Projekt vorstellte, das Jugendlichen den Kondomgebrauch nahebringen will. Seine Antwort auf die Frage eines europäischen Teilnehmers, weshalb hierbei der emotionale Kontext nicht berücksichtigt werde: „Mein Herr, das Haus brennt!"

Zu hoffen bleibt, daß die Länder südlich der Sahara morgen von den Studien zu prophylaktischen und therapeutischen Vakzinen profitieren werden, die jetzt auf afrikanischem Boden gestartet werden. „Das Prinzip der ausgleichenden Gerechtigkeit erfordert, daß diejenigen, die das Risiko tragen, hierfür belohnt werden. Die Völker Afrikas sollen deshalb unter den ersten sein, denen die Früchte der biomedizinischen Forschung zuteil werden", fordert ein afrikanischer Mediziner. Obgleich man von der Anwendung effektiver Impfstoffe gegen HIV noch Jahre entfernt ist, sind die WHO und führende Pharmaunternehmen übereingekommen, jedes Vakzin, das sich in Zukunft als wirksam erweist, allen von HIV bedrohten Menschen verfügbar zu machen. Warum, so fragt man sich, gilt dergleichen nicht schon heute für die bereits entwickelten Medikamente? ■

Die HIV-Epide

von Barbara Krumme

Zur Ausgangssituation einige schlaglichtartige Beispiele aus drei Kontinenten:

In Simbabwe im südlichen Afrika spricht die Ortskirche besorgt von der sehr verbreiteten Wanderarbeit. Die jungen Männer sind oft monatelang von zu Hause fort. Sie lassen ihre Familien zurück. Abends bleibt ihnen der Alkohol, der alle Vorsätze und Vorsicht vergessen läßt. Die Ehefrauen können sich ihren Männern, wenn sie von Zeit zu Zeit zu Besuch kommen, nicht entziehen. Sie leiden anschließend häufig unter Geschlechtskrankheiten.

In Brasilien und auch zur Zeit noch in Indien verkaufen Menschen bei privaten Bluttransfusionsunternehmen ihr Blut, damit sie von dem Entgeld Essen kaufen können.

Mädchen in Thailand werden von ihren Familien "geopfert" und in die Stadt geschickt, wo sie in Bordellen landen, um ihren Familien Geld einzubringen, das zum Leben oder zum Überleben gebraucht wird. Frauen aus Ghana ziehen zum gleichen Zweck an die Elfenbeinküste und kommen seit einigen Jahren häufig mit Tuberkulose und HIV-Infektionen oder auch schon mit AIDS zurück.

In den Ballungsstädten weltweit verkehren wohlhabende reisende Geschäftsleute oder Touristen und vergnügen sich abends als Freier in den Bordellen. Kaum ein Land ist aus dieser Art von kontinentübergreifender Reisetätigkeit ausgenommen. Es gibt letztlich kein Entrinnen vor der Ausbreitung dieser neuen Epidemie. Es ist, wie Frau Prof. Rübsamen es formuliert, eine Zivilisationskrankheit der gesamten neuzeitlichen Welt mit ihrer Freizügigkeit und ihren Reisemöglichkeiten. Kommt ein bestimmtes soziales Umfeld hinzu, wie vor allem in vielen Entwicklungsländern, so wird die sehr schnelle Ausbreitung der HIV-Infektion begünstigt. Dort begegnet uns AIDS als eine unter vielen Erkrankungen der Armut, eine, die noch nicht heilbar ist.

Wie hat die nördliche Hemisphäre reagiert?

Man begriff schnell, daß Bekämpfung von AIDS weltweit einsetzen muß. Man hatte selbst keine Erfahrung mit Intervention im eigenen Land. Man war gewöhnt, fast alle Probleme technisch zu lösen. Dieser Ansatz wurde, vielleicht verständlicherweise, auch zur Intervention von AIDS gewählt. Und man war kurzfristig bereit, sehr viel Geld dafür auszugeben, weil man AIDS in Afrika auch als eigene Bedrohung empfand und der AIDS-Intervention Vorrang einräumte. Das hat sich in Europa zum Teil heute schon wieder geändert, seitdem bekannt wurde, daß bisher die Zahl neuer AIDS-Fälle nicht in dem erwarteten Ausmaß angestiegen ist.

Ich habe noch nie so oft den Satz gehört: "Was gut ist für uns, ist gut für Afrika" wie im Zusammenhang mit AIDS-Intervention. Zunächst waren es die Mediziner, die die Erkrankung diagnostizierten und nach HIV- Antikörpertests riefen, um Transfusionen sicherer zu machen. Für einen kurativ tätigen Arzt ist es selbstverständlich nicht akzeptabel, durch Behandlungsmaßnahmen wie etwa Bluttransfusionen zur Verbreitung der Epidemie beizutragen. Der Anspruch, das Transfusionsblut auf HIV- Antikörper zu testen, ist nicht nur verständlich, sondern berechtigt.

Der Fehler lag deshalb nicht bei der Einführung von Antikörpertests, sondern in der Wahl des ELISA-Tests und in seinem Einsatz außerhalb des Bluttransfusionswesens. Eine komplette Testausrüstung kostet jeweils 10.000 bis 20.000 US $. ELISA-Tests wurden auf Betreiben großer Firmenkonzerne, etwa Wellcome in Uganda, und befürwortet durch "Experten" des Global Programme on AIDS der WHO, für viele Distrikthospitäler afrikanischer Länder gekauft. Diese Länder können nicht mehr als wenige Dollar für die Gesundheit pro Jahr und Kopf der Bevölkerung ausgeben. Zentrale Blutbanken scheitern an den mangelhaften Transportmöglichkeiten, wenn sie nicht langfristig subventioniert werden. Angehörige spenden meist notfallmäßig Blut für ihren Patienten, so daß größere Mengen von Proben nicht anfallen. Meist fehlen auch die Kühlkapazitäten für die gleichzeitige Lagerung vieler Konserven.

Deshalb kann es nicht verwundern, daß in Uganda viele ELISA-Geräte unausgepackt in den Krankenhäusern aufbewahrt wurden. Vielen fehlten nach kurzer Zeit Ersatzteile, die nicht im Land erhältlich waren. Das Photometer hielt den Stromschwankungen, sofern es Strom gab, nicht lange stand. Die wenigen ELISA-Geräte, die in Betrieb genommen wurden, wurden alle sechs Wochen mal benutzt. Sie waren also nicht verwendbar zur Testung von üblicherweise im Notfall gegebenem Blut. Positive Auswirkungen dieser Käufe gab es lediglich für die verkaufenden Firmen und für einheimische Politiker, denen von den Firmen Kongreßreisen außerhalb des Landes bezahlt wurden.

Das zweite Problem bei diesen Tests ist die hohe Erwartungshaltung, die man an sie knüpft. Ohne Bestätigungstest darf das Ergebnis nicht zur Aufklärung von gesunden Personen herangezogen werden. Bestätigungstests kosten etwa 30 US $ pro Stück. Viele erwarten von moderner Technik die Antwort auf die beklemmende Frage, wie man der Epidemie Einhalt gebieten kann, das heißt in dem Fall einer sexuell übertragbaren Erkrankung, wie man menschliches Verhalten verändern kann. Die Kenntnis ihres HIV-Antikörperstatus soll das Verhalten des Menschen positiv beeinflussen, meinen sie. Diese Illusion führt zu der Forderung nach mehr Testmöglichkeiten. Bisher gibt es aber keine wissenschaftlich belegbare Erfolgsmeldung für präventives Testen. Die Auswirkungen des Testens auf die Gesellschaft können schlimmer sein als das Auftreten von AIDS. Es gibt Beispiele von Gefängnis und Isolation für Getestete mit positivem HIV-Antikörperstatus, von Diskriminierung, Zerstörung von Ehen, was eher die Ausbreitung von HIV begünstigen dürfte, von Panik oder Depression von seiten der Betroffenen mit ebenfalls nachteiligen Folgen für ihre Familien und ihre Umgebung.

Wir machen Experimente in Entwicklungsländern! Mit unseren Steuer- und Spendengeldern werden Testzentren in afrikanischen Städten gebaut, wie das sogenannte Informationszentrum in Kampala (aus USAID und Interaids-Mitteln, auch aus deutschen Spenden), in denen man stolz darauf ist, daß die Getesteten aus dem gesamten Land kommen. Man wird nicht verfolgen können, welche Auswirkungen das Testergebnis auf diese Menschen hat. Zwar hat man Gesprächstherapeuten eingestellt. Diese hat man mit einem etwas höheren Gehalt von der einzigen Selbsthilfegruppe des Landes abgeworben. Die Leiterin des Zentrums läßt keinerlei Zweifel an ihrem Glauben an den präventiven Effekt des Testens aufkommen und redet mit viel missionarischem Eifer für den Test. Ich fragte sie, ob soziale Belange berücksichtigt würden, ob vor dem Test herausgefunden wird, ob eine Person tatsächlich die Möglichkeit hat, sich zu einem risikofreien oder risikoärmeren Sexualverhalten zu entscheiden. Die Antwort war, es handle sich um ein Zentrum, das dem Gesundheits- und nicht dem Sozialministerium unterstehe. Langzeithilfe für Personen mit positivem Testergebnis übersteigt schon jetzt die Kapazität der Selbsthilfegruppe TASO, die bisher nur in wenigen Städten Zentren unterhält. Die Angebote können oft wegen der hohen Fahrtkosten nicht in Anspruch genommen werden.

Könnten die Mittel der nördlichen Hemisphäre in den sogenannten Entwicklungsländern vielleicht besser eingesetzt werden? Ist gut für Afrika, was gut für uns ist?

nie: Ansätze zur Intervention in Entwicklungsländern

Zunächst muß mit der Vorstellung aufgeräumt werden, daß gut für Afrika ist, was unseren Firmen nützt. Wir müssen begreifen, daß Technik nur gut ist, wo sie angepaßt ist, wo sie sich in ihr Umfeld einfügen läßt. Das konnte mit dem ELISA-Test nur an wenigen Plätzen gelingen. Es gibt glücklicherweise seit Jahren angepaßte Suchtests von vergleichbarer Qualität, die in ländlichen peripheren Krankenhäusern unter den Bedingungen der Armut erfolgreich zur Verhinderung der HIV- Ausbreitung über den Blutweg eingesetzt werden können. Die Tests sind sicher noch zu teuer. Aber eine solche Ausgabe ist sinnvoll. Die Menge an Technik darf das persönliche Engagement nicht überfordern. Dasselbe gilt auch für die Einführung von Kondomen, die nur da Sinn machen, wo sie von Person zu Person weitergegeben werden mit Beratung und Kenntnis ihrer Grenzen.

Intervention fängt mit Aufklärung an. Nachdem anfänglich zu viel geschrieben und gedruckt wurde, gibt es jetzt in vielen Kommunen Theater und Musikgruppen, die das Thema aufgreifen. Sie erreichen Information und Verständnis auch bei solchen Menschen, die keine Schulbildung haben. Dasselbe geschieht beim Geschichtenerzählen, wie in Nigeria, wo das Ende der Geschichte offen bleibt und durch eine Beteiligung des Publikums in Form einer regen Diskussion zu Ende gebracht wird.

Da, wo die Erwachsenen dem Thema AIDS eher resignativ und ablehnend gegenüberstehen, versucht man über Aufklärung von Jugendlichen auch ihre Eltern zu interessieren. Oder man erreicht die Erwachsenen über den Appell an ihre Verantwortung gegenüber der heranwachsenden Generation, die vor der tödlichen Krankheit geschützt werden muß.

Da, wo die soziale Not zum Verkauf von Blut oder Verkauf von Sex führt, darf Intervention nicht beim Testen oder beim Kondom stehenbleiben. Hier gibt es Ansätze von Sozialprogrammen, die alternative Beschäftigung anbieten. Ein gutes Beispiel ist Agomanya in Ghana, wo die Ärztin der Gesundheitsstation, eine Ordensschwester, mit der politischen Frauenbewegung des Landes zusammenarbeitet. Hier werden Frauen Erwerbsquellen in ihrer direkten Umgebung eröffnet, auch wenn sie keine Schul- und Berufsausbildung haben. Sie backen Brot, weben Teppiche, stopfen Matratzen, basteln Schmuckstücke, räuchern Fisch und verkaufen die Erzeugnisse auf dem Markt. Für Kinder gibt es praktische Ausbildungszweige in der Schule, wo Keramik-, Emaille-, Batikarbeiten, Schreinerei und Nähen gelehrt werden. Durch Aktivierung vieler Menschen der Region hat man zudem bewirkt, daß Polizei und Häuptlinge heute den Syndikaten das Handwerk legen, die früher Mädchen dieser Gegend für die Prostitution in der Elfenbeinküste angeworben haben. Hier hätte Aufklärung allein ohne Angebot einer positiven Perspektive sicherlich nicht zu einem Ergebnis der Vorbeugung geführt. Erwerbstätigkeit für die Frau bedeutet auch ein Heben ihres Selbstbewußtseins und ihrer Stellung dem Mann gegenüber. Dieses ermöglicht mehr Partnerschaft und auch ein Neinsagen zum Sex, wo er einseitig vom Mann gewünscht wird.

Weithin ein noch ungelöstes Problem ist die Intervention bei gefährdeten Wanderarbeitern. In Südafrika leben sie in den Townships in stallähnlichen "single quarters" ohne irgendein Freizeitangebot, ausgenommen der Alkoholkonsum. Die Gastarbeiter sind kaum gewerkschaftlich organisiert. Allerdings brachte die "Workplace Information Group" ein gutes, ansprechend gegliedertes Heft heraus mit dem Titel: "Every-body's problem". Außerdem gibt es eine Gruppe, die mit großen Puppen in Betrieben AIDS-Aufklärung betreibt, die es auch als Videoaufzeichnung gibt. Puppen eignen sich zum Abbau von Hemmungen, wenn Sex und AIDS noch Tabuthemen sind.

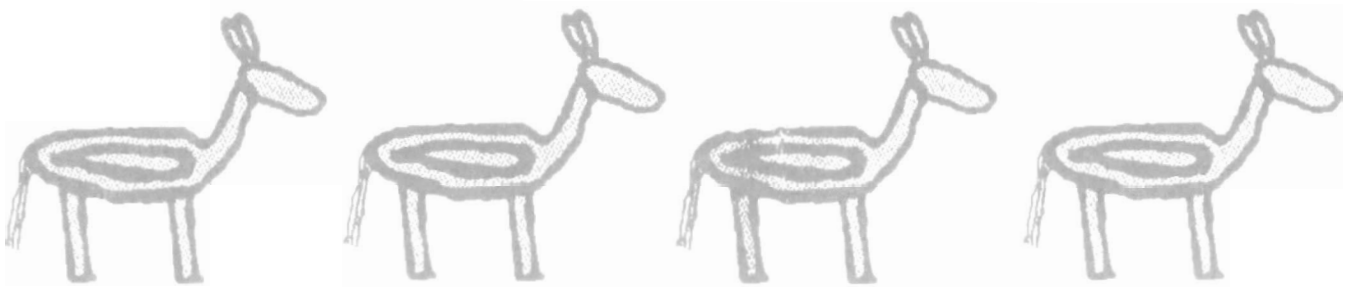
Richtige Hilfe entstünde allerdings erst dort, wo Menschen, etwa in Lesotho, die Möglichkeit erhielten, in ihrem Lande selbst zu arbeiten oder mit ihren Familien am Ort ihres Arbeitsplatzes zu leben.

Man spricht von Risikoverhalten und Risikogruppen. Es wäre sehr viel richtiger, von dem Risiko des sozialen Umfeldes zu sprechen, in dem der Mensch gefährdet wird. Eine gute Intervention muß die soziale Struktur um den zu schützenden Menschen herum berücksichtigen. Gerade weil AIDS bereits als Erkrankung der Armut anzusehen ist, muß AIDS im Zusammenhang von Gesundheit und Gesundheitsgefährdung in der betreffenden Gesellschaft gesehen werden. Leider laufen viele Programme zur Intervention von AIDS aber von anderen Gesundheitsprogrammen getrennt.

Malaria ist bisher das größte Problem eines tropischen Landes. Findet die Übertragung der Malariaparasiten das ganze Jahr über statt, so betrifft die Erkrankung hauptsächlich kleine Kinder, die bei jedem neuen Anfall schwere Anämien entwickeln. Kommen Mangelernährung und Wurminfektionen hinzu, so kann der kindliche Organismus die Blutarmut bis zum nächsten Malariaanfall nicht wieder überwinden. Schließlich wird die Anämie so bedrohlich, daß das Kind bereits bei einer erneuten unbedeutenden Infektion nur mit Hilfe einer Transfusion überleben kann. Die Bluttransfusion stellt aber in einem Land mit hoher HIV-Prävalenz und dem Vorkommen weiterer durch Blut übertragbarer Infektionen ebenfalls eine Bedrohung für das Kind dar, sofern keine Vorsorge getroffen ist. Der Bluttransfusionstest muß hier möglicherweise auch Versäumnisse der Gesundheitsvorsorge ausgleichen. Wären mehr Malaria-Prävention, etwa durch Mückenkontrollmaßnahmen, mehr Gesundheitshygiene zur Vermeidung der Wurmerkrankungen sowie eine bessere Ernährung erklärtes Ziel des Landes, so könnten – zumal bei strengerer Indikationsstellung – sehr viele Bluttransfusionen vermieden werden. Hier ist es fragwürdig, AIDS-Prävention unabhängig von anderen Gesundheitsmaßnahmen zu treffen. Schädlicher noch kann es für die Gesundheit der Bevölkerung insgesamt sein, wenn der AIDS-Intervention Vorrang eingeräumt und dabei anderen Gesundheitseinrichtungen Geld entzogen wird.

In einigen Hauptstädten in Afrika sind bereits mehr als 50 % der Krankenhausbetten mit Kranken belegt, die entweder schon AIDS oder Vorkrankheiten von AIDS aufweisen. Da es in diesen Ländern schon aus wirtschaftlichen Gründen heute nicht mehr Betten geben kann als vor der HIV-Epidemie, müssen Kranke mit anderen Erkrankungen abgewiesen werden. Sie wären vielleicht aber nicht nur behandelbar, sondern noch heilbar. Hier die Anforderungen für AIDS-Patienten zu reduzieren, bedarf sorgfältiger ethischer Prüfung von Menschen mit genauer Kenntnis der gesamten medizinischen Möglichkeiten.

Not läßt oft heilsame Intervention entstehen. In Uganda, in Sambia und in Ghana, also in Gegenden mit bereits häufigem Vorkommen von AIDS, haben sich "home-based-care"-Strukturen neben den kurativen Krankenhäusern und Ambulanzen entwickelt, die häusliche Betreuung anbieten. Anders als im Westen besinnt man sich hier auf traditionelle Zuständigkeiten der Großfamilie für ihre kranken Mitglieder sowie auf Verantwortlichkeiten der Dorfgemein- ▶



schaft und Kommune. Selbst wenn sich mehrere Bürger eines Dorfes in der Stadt aufhalten, werden sie sich gegenseitig helfen. Im Angesicht von AIDS geht zwar vorübergehend diese Art traditionellen Gemeinschaftssinns aus Angst vor Ansteckung oder aufgrund von Vorurteilen verloren. Durch Hilfe von außen kann man sie aber ermutigen und stärken.

Uganda ist bisher das einzige Land, in dem es eine Prioritätenliste von Medikamenten gibt, mit denen die meisten Beschwerden der AIDS- Patienten behandelt oder gelindert werden können. Therapieempfehlungen helfen Arzt und Schwester, Gefühle von Ohnmacht angesichts der unvermeidbar tödlichen Erkrankung junger Menschen zu überwinden. Es geht dabei um Verbesserung von Lebensqualität, nicht so sehr um Lebensverlängerung. Für bettlägerige, sehr bedürftige Kranke werden in Uganda auch Bettücher, Gummituch und Seife verteilt, die oft noch notwendiger sind als die Medikamente.

Durch mobile Versorgung wird medizinische, soziale und, wo erwünscht, auch pastorale Betreuung gewährt. Da, wo solche Teams nicht ausreichen, werden geeignete Personen aus den Dörfern selbst geschult und stehen als unmittelbare Ansprechpartner für Kranke und Notleidende zur Verfügung. Durch die mobilen Teams, die wöchentlich oder 14tägig kommen, erhalten sie immer wieder Rat und Unterstützung. Eine solche Struktur, die manchmal auch auf Katechisten oder andere Dorfautoritäten zurückgreifen, helfen nicht nur den AIDS-Kranken, sondern auch ihren Familienangehörigen und Hinterbliebenen, den alten Menschen und den Waisenkindern. Sie vermeiden Heimbetreuung, die die Menschen ihrer Wurzeln und ihrer Nachbarschaft entfremden und als AIDS-Opfer diskriminieren und isolieren würden. Auch würde eine Heimunterbringung der Gesellschaft die Auseinandersetzung mit der Erkrankung, ihren Folgen und ihrer Prävention ersparen und sie ihrer Verantwortung entheben. Das werden schon wir uns nicht, noch weniger sich aber die Gesellschaft eines Entwicklungslandes leisten können.

Leider gibt es auch in den Großstädten in Entwicklungsländern Menschen ohne den Halt ihrer Familie. Ein Beispiel aus Abidjan zeigt, daß Gemeinden Freiwillige mobilisieren können, die Kranke besuchen und innerhalb von Interessengruppen quasi Familienersatz anbieten, die den Gastarbeitern aus Nachbarländern, den ausgebeuteten Frauen und arbeitslosen Jugendlichen offenstehen. Hier verwischen sich Begriffe wie Selbsthilfe und Unterstützung.

Selbsthilfegruppen in Afrika versuchen deshalb, den Betroffenen nicht nur gegenseitige Hilfe anzubieten, sondern auch Möglichkeiten zu schaffen, Geld zu verdienen. So können sie aktiv, entsprechend der verbliebenen körperlichen Kraft, zum Unterhalt ihrer Familien beitragen. Damit wird der drohende soziale Abstieg angebremst, die materielle Not mit eigener Kraft gemildert und das Selbstwertgefühl des Kranken gestärkt.

Viele neue soziale Aktivitäten sind unter dem Druck der AIDS-Epidemie entstanden. Wie nie zuvor hat in einigen Teilen der Welt die AIDS- Epidemie eine Mobilisation verschiedener Berufsgruppen, der Pädagogen, der Ärzte, der Sozialarbeiter, der kirchlichen Mitarbeiter verschiedener Konfessionen und der politischen Kräfte und Menschenrechtsbewegungen ausgelöst. Staat und Kirche lernen, besser als bisher zusammenzuarbeiten.

Kann man in dieser globalen Misere voneinander lernen?

Nach den Ärzten waren es vor allen Dingen die Kirchen, die das Problem länderübergreifend gesehen haben und sich gegenseitig helfen. Partnergemeinden in verschiedenen Teilen der Welt informieren sich über die Auswirkungen von AIDS und suchen gemeinsam nach Wegen der Intervention. Besonders günstig erweisen sich hier Strukturen wie Caritas Internationalis mit einer speziellen AIDS-Arbeitsgruppe und World Council of Churches, die jetzt auch eine solche anstrebt. Hier muß man weitermachen.

Der Dialog zwischen armen Ländern verschiedener Kontinente kann die Dominanz von westlichen Strategien abschwächen, die vielleicht eher passiv macht. Sie können besser eigene angepaßtere Initiativen stimulieren. Beispiele und Anregungen von Partnern aus anderen Entwicklungsländern, wie das Erarbeiten von Prioritäten zur Vermeidung von einer zu großen Abhängigkeit von westlichen Geldquellen, erscheinen eher verständlich und akzeptabel. Initiativen können nur von den Menschen vor Ort ausgehen. Wissen und Beispiele angepaßter Intervention können vermittelt werden, aber keine Rezepte. So wie die Dorfältesten der Bembas in Sambia nach Seminaren über AIDS berieten, wie bei dem Reinigungsritus nach Tod des Ehepartners den Traditionen genüge getan, der Verbreitung von AIDS aber ein Riegel vorgeschoben werden könnte, so muß jede ethnische Gruppe selbst Wege der Prävention und der Intervention finden. Ein Verständnis von Krankheit, auch von AIDS als Folge von übernatürlichen Kräften, dem Brechen von Tabus – mit der Folge des Zorns der Vorfahren – kann nur durch Ermutigung von Auseinandersetzung in der jeweiligen Volksgruppe selbst überwunden werden.

Und wenn wir glaubwürdig Hilfe anbieten wollen in Ländern der sogenannten Dritten Welt, so dürfen wir dort die Augen nicht vor Sextourismus und dem risikoreichen Sexverhalten von Geschäftsreisenden, Marinesoldaten und Seeleuten verschließen. Hier zeigt die Organisation SOLWODI (Solidarity with Women in Distress), wie von der Arbeit mit Prostituierten in Mombasa eine Initiative zur Verhaltensänderung deutscher Männer hier im Lande entstehen kann. Man will mehr Respekt von seiten der Reichen gegenüber den Benachteiligten sowie zwischen Männern und Frauen erreichen. Auch die Entscheidung, die diesjährige Fastenaktion von Misereor zugunsten thailandischer Frauen durchzuführen, wird hoffentlich dazu beitragen, daß finanzielle Möglichkeiten nicht als Freibrief mißverstanden, sondern zu mehr Verantwortung gegenüber den Benachteiligten führen.

Dies alles hat auch mit AIDS-Intervention zu tun. Es gibt kaum ein zweites Gebiet, an dem man Entwicklungshilfemisere und Bedarf an Entwicklungszusammenarbeit besser darstellen könnte. ■

Ghana: Ein Silberstreifen Hoffnung

Ein AIDS-Basisprojekt in Ghana setzt auf die Erhaltung traditioneller dörflicher Strukturen.

von Barbara Krumme

Vor zwei Jahren und ein zweites Mal vor zwei Wochen hatte ich Gelegenheit, nach Agomanya zu reisen und dort Kontakt aufzunehmen mit der ghanaischen Schwester und Ärztin Margaret Mensah. Sie ist gleichzeitig District Medical Officer und Leiterin eines kirchlichen sogenannten Health Centers. Dies dient schwerpunktmäßig der allgemeinmedizinischen ambulanten Versorgung und hat außerdem zur stationären Behandlung noch 80 Betten zur Verfügung.

Durch eine Fortbildung in London war Dr. Mensah über AIDS informiert, als sie ihren Posten in Agomanya im Krobogebiet, im Südosten von Ghana, annahm. So diagnostizierte sie zu ihrem großen Erstaunen gleich zu Beginn ihrer Tätigkeit mehrere AIDS-Fälle, obwohl das in Ghana offiziell noch nicht als Problem bekannt war.

Zunächst versuchte sie sich mit der Geschichte und den ethnischen Besonderheiten der Krobos vertraut zu machen. Dieser Stamm hatte früher sehr strenge Sittengesetze. Vorehelicher Kontakt wurde mit Ausschluß aus der Gemeinschaft bestraft. Wenige Mädchen überlebten einen solchen Ausschluß. Und wenn, dann durch Prostitution, denn diese Mädchen hatten selten Schul- oder Berufsausbildung. Kamen sie reich zu ihren Dörfern zurück, wurden sie wieder in die Gemeinschaft integiert, auch wenn sie den Neid der anderen hervorriefen.

Ghana litt besonders in den Jahren 1981/82 sehr unter Hunger, der durch die Zurückweisung ghanaischer Gastarbeiter aus Nigeria verstärkt wurde. In der Gegend um Agomanya ging zudem noch viel wertvolles Ackerland durch den Bau einer Talsperre verloren. Dadurch wurde der Abwanderung von Bewohnern dieser Gegend in die Stadt und der Wanderarbeit Vorschub geleistet mit Auswirkungen auf Traditionen von Familie und Gemeinschaft. Nach und nach wurde es so zur Gewohnheit, daß jede Familie eines der Mädchen oder Frauen "opferte", um die wirtschaftliche Situation der Familie zu sichern. Syndikate bedienten sich dieser Mädchen und Frauen, warben sie zum Teil sogar an und brachten sie an die Elfenbeinküste nach Abidjan.

1986 kamen die ersten dieser Frauen mit Tuberkulose zurück, etwa ein Jahr später erkannten dann einige Ärzte, daß sich dahinter meist zusätzlich HIV-Infektionen verbargen. Dr. Mensah richtete eine ambulante AIDS- Klinik ein, wo seither überwiegend Frauen – erst nach und nach kamen auch einige Männer mit AIDS dazu – umsonst behandelt werden. Sie stellt durch das Gespräch mit dem jeweiligen Patienten sicher, daß die Erkrankung selbst und ihre Übertragung verstanden werden. Sie stellt Kondome zur Verfügung und erklärt ihre Anwendung. Sie lädt zu therapeutischen Gesprächen und zu geistlicher Beratung auch durch Pfarrer anderer Konfessionen und Geistliche anderer Kirchen ein. Dabei hat sie erfahren, daß den meisten Patienten nur bei der gleichzeitigen Betreuung von seelischer und körperlicher Not wirklich helfen kann.

Die Medikamente entsprechen der „Essential Drug list" der WHO. Die Tb-Therapie wird abweichend vom herkömmlichen Therapieschema meist ausschließlich ambulant mit oraler Medikation von Isoprodian-Rifa durchgeführt. Dadurch werden stationäre Liegezeiten und Kosten eingespart. Die ambulante Behandlung für HIV-Kranke ist kostenlos.

Außerdem werden noch weitere soziale Hilfen angeboten. Da die Patienten oft zum Zeitpunkt der Diagnosestellung bereits verarmt sind, stellt Dr. Mensah ihnen subventionierte Seife und andere Artikel zur Verfügung, die die Patienten in der näheren Umgebung am Straßenrand verkaufen können und so eine kleine Einnahmequelle zu haben. Damit will sie ihnen Selbstwertgefühl geben und die Möglichkeit, nicht aus Not weiterhin zu sexueller kommerzieller Tätigkeit gezwungen zu sein.

Mit einem Krankenpfleger begann sie zunächst zu Fuß, später mit Fahrrad, die bettlägerigen Patienten in ihren Hütten in und um Agomanya zu besuchen und medizinisch, sozial und seelsorgerisch zu betreuen. Nach kurzer Zeit erkannte sie, daß sie diese Fürsorge auch auf die Familienangehörigen ausdehnen muß. Diese Hilfe muß über den Tod des einzelnen Patienten hinausgehen, da oft mehrere Familienmitglieder infiziert sind und durch Verarmung oder Überlastung – selten jedoch durch Diskriminierung oder Vereinsamung – betroffen sind.

Da viele Patienten aber zu Fetisch-Priestern oder auf sogenannte „Healing Compounds" zu traditionellen Heilern gehen, bemühte sich Dr. Mensah, mit diesen Priestern und Heilern Kontakt zu bekommen und ein kollegiales Gespräch aufrechtzuerhalten. Bis heute ist es gelungen, eine Konkurrenzsituation, wie sie häufig beobachtet wird, zu vermeiden. Die Attraktivität dieser Heiler gerade bei Menschen mit AIDS unterstreicht den Wunsch der Patienten nach ganzheitlicher seelischer und körperlicher Fürsorge.

Von Beginn an widmet man sich in Agomanya auch der Vorbeugung. Mit einem alten pensionierten Lehrer und dessen Frau führte die ghanaische Ärztin in Schulen mit extra für ugandische Schulen entwickelte Lehrmaterialien Fortbildungen durch. Sie sucht Unterstützung bei den Häuptlingen, Geistlichen, Schuldirektoren und läßt keine Gelegenheit aus, Aufklärung zu betreiben. So mußte ich bei meinem Besuch unvorbereitet in der Messe vor etwa tausend Leuten einen AIDS-Vortrag halten.

Da außer dem medizinischen Personal fast kaum jemand einen AIDS- Patienten direkt gesehen hatte, war der Beginn der Aufklärungskampagnen sehr schwierig. Nur wenige andere Ärzte ihrer Diözese interessierten sich anfangs für dieses Projekt. Eine lokale Gruppe in Agomanya war allerdings sofort zur Zusammenarbeit bereit: die politische Frauenorganisation, die sich 31. Dezember nennt und von der Frau des Präsidenten, Mrs. Rowlings, geführt wird. Mit dieser Gruppe wurden in kleinen Projekten Beschäftigungen für Frauen ohne Beruf entwickelt. Vor zwei Jahren begann man mit Nähen, Bettzeugherstellung, Schmuckanfertigung und Fischräucherei. Die Anfänge waren sehr mühsam, da zunächst keine regelmäßige finanzielle Unterstützung zur Verfügung stand und sich das Projekt nicht selbst tragen konnte.

Inzwischen bekommt das Projekt eine kleine Unterstützung durch Misereor. Das Geld wurde gut eingesetzt, die Aktivitäten wurden erweitert. Es besteht inzwischen auch eine Zusammenarbeit mit einer Mädchenschule, in der Keramikbrennerei, Batikarbeiten und Schneiderei unterrichtet werden.

Damit soll den Mädchen nach Schulentlassung ein Einkommen gesichert werden. Waisenkinder von verstorbenen Patienten werden kostenlos in die Grundschule und in die sogenannte „Vokational school" aufgenommen und betreut.

Infizierte können neuerdings entsprechend ihrer physischen Kräfte auf der Farm des Projektes arbeiten. Dort gibt es unter anderem eine Maismühle, in der Nahrungsmittel hergestellt werden. Zusammen mit der politischen Frauengruppe wird eine Bäckerei betrieben. Die Fischräucherei ist durch den Bau weiterer Öfen vergrößert worden.

Auch das Home-based Care Team wurde verstärkt. Jetzt führt eine Community Nurse parallel mit dem Krankenpfleger Hausbesuche durch. Nur bei schweren Fällen wird die Ärztin hinzugezogen. Der Krankenpfleger wird zur Zeitersparnis ein kleines Motorrad bekommen. Freiwillige, angelernte Frauen aus der Gemeinde beteiligen sich bei Hausbesuchen und der pastoralen Betreuung. In den Semesterferien helfen auch Medizinstudenten aus Accra.

Nach anfänglicher Nichtbeachtung durch das nationale Programm droht Agomanya jetzt zu einem Musterprojekt zu werden. Man spürt schon jetzt die Belastung durch die Besucher. Regelmäßig, einmal im Monat, findet ein Treffen für Infizierte im Health Center Agomanya statt. Durch ein gemeinsames Essen wird die Kommunikation erleichtert und so der Vereinsamung der Infizierten in ihren Hütten vorzubeugen.

Bei einer zufälligen Umfrage unter jungen Leuten der Umgebung konnte ich erfahren, daß jedes junge Mädchen heute, anders als noch vor zwei Jahren, über die Erkrankung AIDS voll informiert ist.

Der größte Erfolg ist aber wohl, daß die Syndikate die Frauen in der Umgebung von Agomanya nicht mehr anwerben dürfen. Die Häuptlinge, die früher sogar an ihren Gewinnen teilhatten, verhindern jetzt deren Tätigkeit und werden dabei von der Polizei unterstützt. ■

Waisenkinder in Uganda

von Barbara Krumme

Vor allem am Westufer des Viktoriasees, in der Kageraregion in Tansania sowie nördlich davon im Rakai- und Masakerdistrikt von Uganda ist die AIDS-Epidemie soweit fortgeschritten, daß Tausende von Kinder nach dem Tode ihrer Eltern zu Waisen werden.

Meistens bleiben diese Kinder in der Obhut der Großeltern, die allerdings ohne Hilfe von außen dieser Aufgabe nicht gewachsen sind. Häufig sind sie zu alt und physisch nicht mehr kräftig genug, und zudem handelt es sich meistens um eine größere Enkelkinderzahl, wenn mehr als eines ihrer Kinder an AIDS verstorben ist.

Schon vor dem Tod der mittleren Generation verarmt meist die Familie, weil der schleichende, langwierige Verlauf der Erkrankung zu vorzeitiger Aufgabe der Erwerbstätigkeit führt oder die vorhandene Landwirtschaft nicht mehr so praktiziert werden kann wie vorher. Viele Arztbesuche oder Konsultationen bei einem traditionellen Heiler belasten das Budget der Familie. So werden oft die Kinder schon vor dem Tod des Ernährers aus der Schule genommen, weil Geld für Schule, Bücher und Schuluniform nicht mehr aufgebracht werden können.

Die traditionelle Ordnung, die bisher das soziale Netz für bedürftige Menschen bot, ist in Gefahr, überstrapaziert und zerstört zu werden. Die AIDS-Epidemie stellt für die vom Bürgerkrieg zerrüttete Gesellschaft eine weitere Belastung dar. Aber AIDS trifft nicht nur die armen Dorfgemeinschaften, sondern auch deren ehemalige Bewohner, die in der Stadt ein Einkommen fanden, kommen im Krankheitsfall in ihre Dörfer zurück und klagen ihr Recht auf Versorgung ein. Ihre Kinder bringen sie mit.

Da die AIDS-Epidemie nicht in absehbarer Zeit zum Stillstand kommen wird, ist es wichtig, die traditionellen Strukturen zur Versorgung der Bedürftigen in der Gesellschaft nicht zu schwächen, sondern durch richtig ansetzende Hilfe von außen zu stärken. Wir haben keine Alternative anzubieten. Ziel soll es sein, noch vorhandene, überlebende Angehörige von Waisenkindern zur Übernahme der Verantwortung für diese Kinder ermutigen, indem wir ihnen die materiellen Möglichkeiten dazu schaffen. Das ist nicht nur billiger als Waisenhäuser, sondern ermöglicht den Kindern den Verbleib in ihrer vertrauten Umgebung, ein Aufwachsen in ihrer traditionellen Ordnung. Sind zudem Bodenrechte vorhanden, so gehen sie diesen Kindern nur dann nicht verloren, wenn sie von früh an zum Ackerbau angeleitet werden und in die Rolle des Farmers hineinwachsen.

Sollte es keine Großeltern oder andere Verwandte mehr geben, so sollten selbst dann die Kinder in der Dorfgemeinschaft belassen werden. Die Erfahrung zeigt, daß oft Nachbarinnen nach den Kindern schauen und die Vorsteher im Dorf sich verantwortlich fühlen, wenn besondere Notsituationen eintreten. Bleiben mehrere Kinder zurück, ist es sinnvoll, die Älteren unter ihnen besonders zu unterstützen, damit diese Sorge für ihre jüngeren Geschwister tragen können.

Die Hilfe aus Europa sollte möglichst über zuverlässige Einheimische oder über Vertrauenspersonen, die die Situation der Kinder und ihrer Gesellschaft durch langjährige Tätigkeit im Lande sehr genau kennen, erfolgen. Die Hilfe darf auf keinen Fall überdimensioniert sein und die Versorgung der Waisenkinder über die der anderen Kinder der Dorfgemeinschaft herausheben. Sie muß Familien, die bereit sind, Waisenkinder aufzunehmen, die Möglichkeit geben, diese nicht besser und nicht schlechter als ihre eigenen Kinder zu versorgen.

Auch eine solche bescheidene, angepaßte Hilfe kostet Geld, welches über viele Jahre hin kontinuierlich für diese Kinder bereitgestellt werden muß. Und es werden Menschen gebraucht, die bereit sind, dieses Geld für die Kinder solidarisch zu verwalten und sinnvoll einzusetzen.

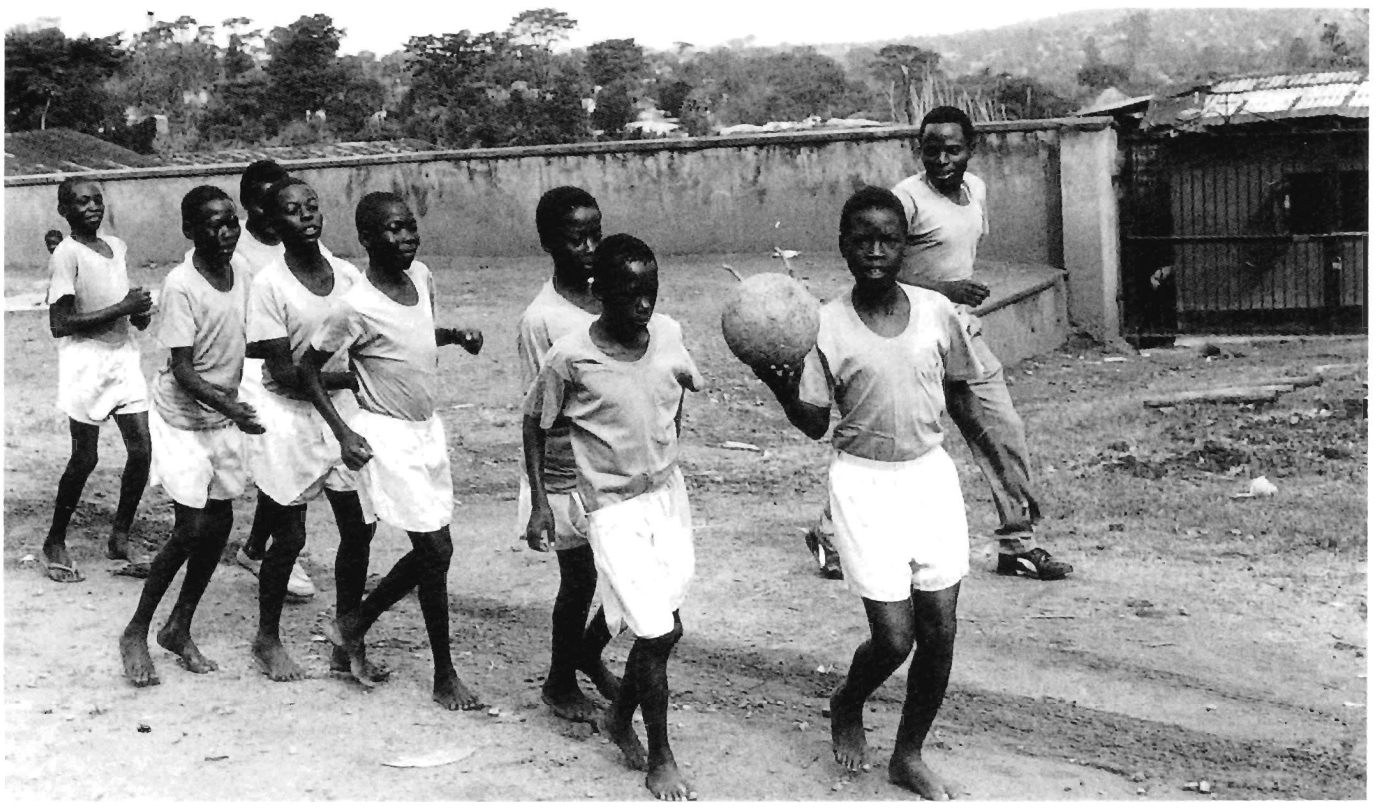
Solche Menschen gibt es in Kitovu, wo irische Ordensschwestern nicht nur seit Jahrzehnten im Missionshospital für die Kranken arbeiten, sondern seit Jahren in die Dörfer fahren, Dorfhelfer ausbilden, Hausbesuche bei Kranken und ihren Familien machen und sich zunehmend um die vielen elternlosen Kinder kümmern, indem sie die Dorfgemeinschaft in die Lage versetzen, ihre Verantwortung diesen Kindern gegenüber selbst, entsprechend ihrer Tradition, zu übernehmen.

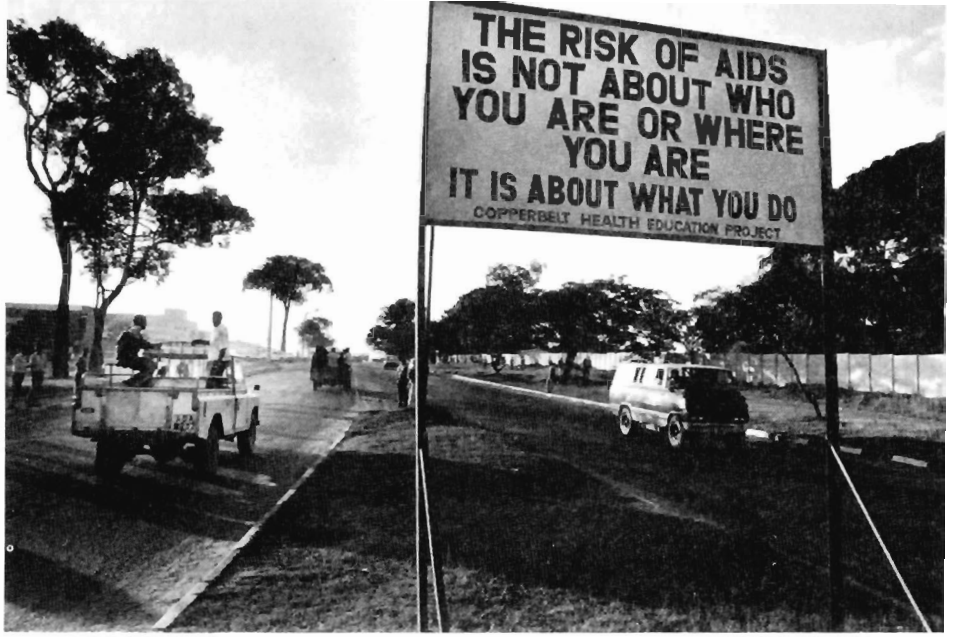
Durch den Verlust vieler Menschen aus der mittleren, ausgebildeten und leistungsfähigen Generation, die normalerweise für die Alten, Behinderten und Kinder sorgen, die Wirtschaft und das gesamte gesellschaftliche Leben gestalten, werden in Zukunft weite Funktionsbereiche der Region brachliegen. Die Entwicklung der Region und der Wiederaufbau bzw. die Neuorientierung nach dem gerade erst beendeten Bürgerkrieg wird zum Stillstand kommen.

Will man die Zukunft der Region sichern, beginnt die Hilfe bei dem einzelnen Kind.

Dies beginnt damit, daß zuerst einmal die ausreichende Ernährung, medizinische Versorgung sowie der elementare Schulbesuch garantiert werden muß. Erst wenn die heranwachsende Generation durch Vorbild, Erziehung und Geborgenheit charakterlich gefestigt ist, kann sie auch in Zukunft übergeordnete Aufgaben in der Gesellschaft Ugandas übernehmen.

Damit die weitere negative Entwicklung in der Region gestoppt wird, ist Hilfe von außen gefragt, die jetzt beginnen muß. ■





AIDS-Arbeit in Sambia

Die Positiven-Hilfe-Gruppe in Lusaka braucht Hilfe

von Oliver Kanene

Die Gruppe der HIV- und AIDS-Betroffenen und ihre drei Berater trifft sich seit 1990 wöchentlich.

Auf einer der letzten Sitzungen wurde ein Überblick darüber gegeben, welche Auswirkungen die Gruppe auf einzelne Mitglieder und auf die zwei Paare, die zu den Gründungsmitgliedern der Gruppe gehören, bislang gehabt hat. Die meisten Gruppenmitglieder waren der Ansicht, daß die Gruppe ihnen eine große Hilfe dabei war, ihr Los zu akzeptieren und mit AIDS und HIV zu leben. Einige Mitglieder waren sehr krank und in einem schlechten Gesundheitszustand, als sie in die Gruppe kamen, aber durch die Gruppensitzungen und die Tatsache, daß sie heute das Gefühl haben, akzeptiert zu sein, fühlen sie sich jetzt insgesamt viel besser. Das Gefühl, allein zu sein, ist verschwunden, und alle Gruppenmitglieder betonen immer wieder, wie sehr sie sich auf die Sitzungen am Samstag nachmittag freuen.

Die Gruppe arbeitet immer noch anonym, da falsche Vorstellungen über die Übertragung von HIV in Sambia noch weit verbreitet sind. Da die meisten Gruppenmitglieder arbeiten, fand man, daß es schwierig für sie wäre, sich der Öffentlichkeit zu stellen, besonders am Arbeitsplatz. Um diese Anonymität zu wahren, haben nur Menschen, die an der Anti-AIDS-Kampagne mitarbeiten und die tatsächlich mit HIV- und AIDS-Betroffenen zu tun haben, Zutritt zu den Sitzungen. Die anderen Teilnehmer sind alle positiv.

Die Gruppe nimmt an, daß sie im Laufe der Zeit verstärkt Zulauf haben wird, besonders durch Öffentlichkeitsarbeit in Zeitungen und durch geplante Rundfunksendungen. Nach Ansicht der Gruppe kann durch Medienarbeit Angst durch Hoffnung ersetzt und somit die Bereitschaft, Gruppenmitglied zu werden, gefördert werden.

Mit dem Anwachsen der Gruppe haben die Mitglieder Pläne entwickelt, wie man bei der Prävention und Kontrolle von AIDS aktiver werden könnte. Zur Zeit werden die Mitglieder, wenn nötig, vom Hauspflege-Dienst und vom Beratungs-Service eingesetzt, um Gespräche mit Positiven zu führen. Die Mitglieder haben für die

▶

Sambia — kurzgefaßt

Die Republik Sambia liegt zentral im südlichen Afrika und ist ein unabhängiger Staat. Sambia hat keine Küste, es ist von acht anderen Ländern umgeben — Angola, Botswana, Malawi, Mosambique, Namibia, Tansania, Zaire, Simbabwe. Sambia hat 7,5 Millionen Einwohner, wovon etwas über die Hälfte in ländlichen Gegenden wohnen. 50 % der Menschen sind jünger als 20 Jahre.

Die Wirtschaft von Sambia ist vom Kupfer abhängig, etwa 80 % der Deviseneinnahmen resultieren daraus. In letzter Zeit gibt es starke Bestrebungen, eine breitere Auffächerung der Landwirtschaft zu erreichen. Der Preisverfall für Kupfer auf dem Weltmarkt, die wachsenden Auslandsschulden, eine hohe Inflation und das riesige nationale Haushaltsdefizit hatten negative Auswirkungen auf die Wirtschaft des Landes. Die Lebenshaltungskosten sind hoch, die Sozialleistungen unzureichend und der Standard der medizinischen Versorgung gesunken.

Die Struktur des Gesundheitssystems in Sambia geht einher mit der politischen Aufteilung des Landes in 9 Provinzen und 57 Bezirke. Alle Provinzen und 48 Bezirke haben Krankenhäuser. Die Bezirkskrankenhäuser sind zuständig für die medizinischen Zentren auf dem Lande, die wiederum für Erste-Hilfe-Stationen, traditionelle Geburtshelfer und Mitarbeiter der Gesundheitsfürsorge in den Gemeinden.

70 % der Bevölkerung des Landes werden von einer medizinischen Einrichtung innerhalb eines Radius von 12 km versorgt, weitere 5 % müssen bis 30 km zurücklegen, 25 % leben weiter als 30 km von einer entsprechenden Einrichtung entfernt. Auf der Grundlage dieses medizinischen Systems wird nun versucht, die Verbreitung von AIDS zu überwachen, zu verhindern und unter Kontrolle zu bekommen.

Die ersten Fälle von AIDS wurden Anfang 1983 festgestellt. 1985 wurde AIDS in Sambia zum nationalen Gesundheitsproblem erklärt. Die Zahlen sind widersprüchlich, es werden viele Krankheitsfälle nicht gemeldet. Es wird mit über 15.000 Erkrankten und bis zu einer Million Infizierter gerechnet.

nächste Zeit geplant, in die umliegenden Wohnsiedlungen zu gehen, um die Leute zu besuchen und ihnen psychisch und physisch Unterstützung zu geben. Sie planen auch in andere Städte zu gehen, um zu klären, wie vor Ort neue Gruppen ins Leben gerufen werden können.

Derzeit ist die Gruppe ohne Amtsträger. Ein Mitglied wird jeweils benannt, um die Leitung einer Sitzung zu übernehmen. Sekretariatsarbeiten werden von Freiwilligen geleistet. Es ist jedoch möglich, daß es wegen der Förderung durch die nichtstaatliche Organisation, der die Gruppe angehört, irgendwann notwendig wird, Amtsträger zu wählen.

Es ist beabsichtigt, in Sambia ein AIDS-Kommunikationszentrum einzurichten. Ziel soll es sein, daß alle nichtstaatlichen Organisationen, die sich in ihrer Arbeit mit AIDS befassen von dort Unterstützung erhalten. Aufklärungsmaterial wird erstellt und aus dem Englischen in die einzelnen Stammessprachen übersetzt, eine Zeitung in englischer Sprache herausgebracht werden, die sich mit AIDS und den damit in Verbindung stehenden Gesundheitsthemen befaßt. Interviews mit Fachleuten und Positiven, als auch Reportagen über AIDS im weiteren Sinne sollen in einer wöchentlich zwanzigminütigen Radiosendung ausgestrahlt werden. Man möchte, daß das AIDS-Kommunikationszentrum als Bindeglied zwischen Positiven-Gruppen in anderen Ländern und weiteren nichtstaatlichen Organisationen fungiert.

Untersuchungen über das Ausmaß der Diskriminierung AIDS-Kranker in verschiedenen Bereichen der Gesellschaft und Workshops zur Aufklärung sind geplant. Besonders wichtig wird sein, die Gemeinden auf ihre Verantwortung gegenüber AIDS-Waisen aufmerksam zu machen und die führende Rolle dabei zu übernehmen, immer wieder auf das Los dieser Menschen hinzuweisen.

Das Kommunikationszentrum soll zentraler Anlaufpunkt für alle HIV- Positiven und AIDS-Kranken sowie für alle, die im AIDS-Bereich Arbeit leisten, sein. Vorgesehen ist, daß es Ausgangspunkt wird der Aufklärung, Information und Hilfsleistungen für alle, die von der Krankheit AIDS betroffen sind.

Um diese Aufgabe erfüllen zu können, sind noch eine ganze Menge materieller Aufwendungen vonnöten. So können bisher weder festangestellte Mitarbeiter, noch Mieten und sonstige laufende Kosten bezahlt werden. Dringend nötige Anschaffungen wie Personalcomputer oder ein Fahrzeug sind von daher unmöglich.

Das Zentrum soll als unabhängige, gemeinnützige Organisation im Rahmen einer bereits bestehenden Organisation geführt werden. Es wird ein Beratungsgremium haben, bestehend aus Repräsentanten von allen nichtstaatlichen Organisationen, die mit AIDS-Arbeit befaßt sind. Es wird einen festangestellten Leiter und einen Koordinator haben.

Die Organisation wird ihre gesamte Arbeit in Abstimmung mit der Regierung und im Rahmen des nationalen Programms zur AIDS-Prävention und -Kontrolle leisten, alle Programme werden mit Zustimmung der Regierung und des Beratungsgremiums durchgeführt.

Es ist beabsichtigt, dieses Projekt so schnell wie möglich umzusetzen, zwischenzeitlich wäre eine finanzielle Unterstützung bei den Herstellungskosten für die monatliche bereits erscheinende Zeitung eine große Hilfe. ■

Kontaktadresse für alle Zuschriften:

Oliver Kanene,
P.O. Box 30029,
Lusaka, Sambia

Sierra Leone: Hilfe ist jetzt nötig

von Sabine Neymeyer

Sierra Leone liegt an der Westküste Afrikas, zwischen Guinea und Liberia, und gehört zu den ärmsten Ländern der Welt. Dementsprechend ist auch das Gesundheitssystem aufgebaut. Es fehlt an allem, selbst an genügend Einwegspritzen. Wegen der fehlenden Stromversorgung können Scheren und wichtige Medikamente nicht gekühlt werden. Staatliche und private Krankenhäuser konzentrieren sich vornehmlich in den Städten, wobei die Mehrzahl der Bevölkerung auf dem Lande lebt.

Auf 13.600 Menschen kommt ein Arzt. Häufigste Todesursachen sind bislang Malaria, Infektionskrankheiten, Anämie und chronische Unterernährung. Seit einigen Jahren ist nun zusätzlich AIDS aufgetreten. Die Infektionsrate ist zwar im Verhältnis zu anderen afrikanischen Ländern noch recht niedrig, doch Statistiken belegen, daß die HIV-Infektion ständig steigen. Erst seit kurzem gibt es einige Initiativen, die dies zu ändern versuchen.

Seit Sommer 91 unterstützt die AIDS-Hilfe Freiburg das AIDS-Präventionsprogramm SWAASL (Society for Women and AIDS in Africa Sierra Leone) und das Projekt AECOUNSS (AIDS Education, Counselling Services and Support for HIV infected Individuals). Beide Gruppen arbeiten seit Anfang 1991. SWAASL ist eine ehrenamtliche Gruppe von Frauen und Männern, die sich zum Ziel gemacht haben, Frauen über AIDS zu informieren. Mittlerweile wurde eine Reihe von Informationsveranstaltungen und Multiplikatorenschulungen durchgeführt. Darüber hinaus wird durch Plakate, Faltblätter, Radiosendungen und Zeitungsartikel informiert. Im Oktober 91 konnte SWAASL ein Informationszentrum eröffnen. SWAASL hofft, ein Unterstützungssystem für HIV-Patienten und deren Familien aufzubauen zu können. Da es an finanziellen Mitteln für Infomaterialien fehlte, rief die AIDS-Hilfe Freiburg im Juli zu einer Spende auf.

AECOUNSS ist eine Selbsthilfegruppe mit dem Ziel, Menschen mit HIV und AIDS zu unterstützen und zu beraten. Der Projektleiter studierte in der Sowjetunion Medizin, mußte aber nach Bekanntwerden seines positiven Testergebnisses zurück nach Sierra Leone. Im Zentrum der Hauptstadt Freetown befindet sich die Beratungs- und Anlaufstelle von AECOUNSS, in der Workshops und Veranstaltungen, auch mit Partnern und Familienangehörigen von Betroffenen, durchgeführt werden.

Unterstützt wird das Projekt von der WHO. Auf Initiative der AIDS-Hilfe spendeten die Pharmakonzerne Hoffmann-La Roche und Gödecke Einwegspritzen, Multivitamin- und Mineralstoff-Präparate und Medikamente. Durch Action Medeor, ein deutsches Medikamenten-Hilfswerk, erhielt AECOUNSS eine Spende in Höhe von 800 DM. ■

Nähere Informationen zu den Projekten sind über die AIDS-Hilfe zu erfragen. Spenden werden dringend benötigt:
AIDS-Hilfe Freiburg, Öffentliche Sparkasse Freiburg
Konto: 209 227 4, BLZ: 680 501 01, Stichwort: Sierra Leone

Lateinamerika: Selbsthilfe zur Stärkung der Menschenrechte

Auch nach der Demokratisierung werden die Rechte der Menschen mit HIV und AIDS in vielen lateinamerikanischen Ländern permanent verletzt. Die D.A.H. gab eine Studie in Auftrag, die das Ausmaß der Menschenrechtsverletzungen analysiert und Interventionsmöglichkeiten entwickelt.

von Felix Gallé

Selbsthilfe hat sich in Deutschland in den vergangenen Jahren immer stärker zu einer kostensenkenden Ergänzung des Systems der sozialen Sicherung entwickelt, während in Lateinamerika Selbsthilfegruppen zunächst einmal Betroffenen die Möglichkeit zur Interessenvertretung und zur politischen Artikulation bieten.

Die Entwicklung von Selbsthilfeorganisationen steht im Zusammenhang mit der im vergangenen Jahrzehnt erfolgten politischen Demokratisierung in Lateinamerika. Wurden in den 70er Jahren noch fast alle Staaten, ausgenommen Costa Rica und Venezuela, durch autoritäre Militärregimes oder -diktaturen regiert, so kann man heute feststellen, daß es in Lateinamerika einen demokratischen Frühling gegeben hat.

Mit der Demokratisierung ist überall, wenn auch in jeweils unterschiedlichem Ausmaß, eine Stärkung der zivilen Gesellschaften einhergegangen. Im Vergleich zu anderen Regionen der dritten Welt haben sich in Lateinamerika eine Vielzahl unterschiedlichster Selbsthilfegruppen und Basisorganisationen etabliert. Gewerkschaftsbewegungen fordern massiv die politischen Rechte sowie die Verbesserung der Lebensumstände der Arbeiterschaft ein. Kirchliche Basisgruppen, die sich an der Theologie der Befreiung orientieren, sehen eine ihrer Hauptaufgaben in der Unterstützung der in die Elendsviertel der Großstädte gedrängten Menschen. Bauernorganisationen engagieren sich für Agrarreformen und eine gerechtere Verteilung des Grundbesitzes.

Diese Veränderungen in dem vergangenen, sogenannten „verlorenen" Jahrzehnt sind einhergegangen mit einer dramatischen Verringerung des wirtschaftlichen Handlungsspielraums der Regierungen und mit einem massiven Rückzug des Staates aus allen Bereichen öffentlicher Verantwortung. In fast allen Ländern kam es zu einer radikalen Privatisierung staatlichen Kapitals und einer umfassenden wirtschaftlichen Liberalisierung.

Auch die Gesundheitspolitik ist von dieser Einengung staatlicher Handlungsspielräume betroffen. Infolgedessen erlangten Selbsthilfeorganisationen größere Bedeutung bei der Bewältigung von Aufgaben, die bislang in den Händen des jeweiligen Staates lagen – wenn sie überhaupt wahrgenommen wurden.

Menschenrechte wurden und werden in Lateinamerika wie auch in anderen Ländern der sogenannten „Dritten Welt" auf vielfältige Weise verletzt. Diktatoren wie Duvalier oder Pinochet stehen stellvertretend für politisch motivierte Verfolgung, Folter und Mord. Die Ausrottung der indianischen Bevölkerung, die auch heute noch in einigen Ländern systematisch betrieben wird, ist Ausdruck der eklatanten Mißachtung von Menschenrechten ethnischer Minderheiten. Die Verfolgung landsuchender Bauern, die durch die Inbesitznahme von Grund und Boden die extreme Landkonzentration in den Händen von Großgrundbesitzern infrage stellen, gehört ebenfalls zu den gravierenden Menschenrechtsverletzungen.

Auch der Umgang mit den Menschenrechten HIV-Infizierter und an AIDS Erkrankter ist in den letzten Jahren immer stärker ins Blickfeld gerückt. Eine Vielzahl von Untersuchungen hat es dazu gegeben. Im letzen Jahr wurde eine großangelegte Studie der UNO zu „Human Rights and AIDS" abgeschlossen, die 1989 mit einer breiten Konsultation eingeleitet wurde.

Menschen mit HIV und AIDS sind spezifischen Diskriminierungen ausgesetzt:

– Zwangsweise Durchführung des HIV-Antikörpertests.
– Isolierung von Betroffenen zur Verhinderung von Neuinfektionen.
– Einschränkungen der Reisefreiheit.
– Einschränkungen sowohl des Rechtes der allgemeinen Bevölkerung auf umfassende und vorurteilsfreie Informationen, als auch des Rechtes Betroffener auf spezifische wissenschaftlich-therapeutische Information.
– Verletzungen der Schweigepflicht, zwangsweise Information des Sexualpartners über eine vorliegende HIV-Infektion, mangelnder Datenschutz.
– Arbeitsrechtliche Diskriminierungen.
– Einschränkungen der medizinischen und sozialrechtlichen Grundversorgung.
– Mangelhafte Kontrolluntersuchungen bei Blut- und Organspenden und bei Bluterpräparaten.
– Unzureichende Kontrolle bei der Durchführung von klinisch-therapeutischen Studien.

Diese Menschenrechtsverletzungen treten sogar in Ländern mit hohen Rechtsstandards auf. In Lateinamerika und anderen Regionen, in denen diese Standards weniger konsequent durchgesetzt sind, stehen sie auf der Tagesordnung und bedürfen dringend einer hohen öffentlichen Aufmerksamkeit.

Die Deutsche AIDS-Hilfe hat Ende letzten Jahres eine Studie in Auftrag gegeben, die die *„Möglichkeiten und Grenzen der Selbsthilfe in Lateinamerika am Beispiel der Verletzungen der Rechte von Menschen mit HIV und AIDS"* untersuchen wird. Dieses Projekt soll in enger Zusammenarbeit mit Selbsthilfegruppen verschiedener lateinamerikanischer Länder durchgeführt werden, unter anderem mit dem „Grupo Acción por la Vida", Rio de Janeiro, und der „Liga Colombiana de Lucha Contra el SIDA", Bogotá. Auch andere Institutionen, die im Bereich der Menschrechte arbeiten, sollen für eine Zusammenarbeit gewonnen werden. Kontakte bestehen etwa zum „Instituto Latinoamericano de Servicios Alternativos Legales", Bogotá.

Bis Ende April sollen lateinamerikanischen Selbsthilfegruppen zu ihren Erfahrungen befragt werden. Die Ergebnisse werden auf einer für Juni geplanten Tagung der Gruppen aus den verschiedenen Ländern diskutiert. Es ist beabsichtigt, eine Dokumentation auf der 6. Konferenz für Menschen mit HIV und AIDS, die Ende September 1992 in Mexiko stattfinden wird, vorzustellen. Schließlich soll diese Studie auch den derzeitigen Organisations- und Institutionalisierungsgrad von Selbsthilfe in Lateinamerika thematisieren. ■

Brasilien: für die Reichen AZT, für die Armen Aspirin

Alle drei bis vier Jahre wird sich die Zahl der Infektionen verdoppeln. Die Ausbreitung von AIDS ist nicht von der Moral des einzelnen abhängig, sondern von den sozalen Bedingungen.

von Uli Marcus

Bis Ende August 1991 wurden in Brasilien offiziell etwas über 21.000 AIDS-Fälle registriert. Bei einer Bevölkerung von cirka 150 Millionen ist das auf den ersten Blick eine den Ländern Westeuropas vergleichbare Größenordnung. Auch die im offiziellen Fallregister erfaßte Verteilung der Infektionsrisiken und die Geschlechtsverteilung ist der in Westeuropa sehr ähnlich: betroffen sind etwa 8 – 9mal mehr Männer als Frauen, homo- und bisexuelle Männer bilden die größte Gruppe, gefolgt von Drogengebrauchern, Transfusionsempfängern und Hämophiliepatienten. Erst an letzter Stelle stehen Personen, die angeben, sich über heterosexuelle Kontakte infiziert zu haben.

Eine völlig offene Frage ist die Vollständigkeit und Verläßlichkeit der offiziellen AIDS-Fallstatistik. HIV-Tests stehen nur in einer begrenzten Zahl von Krankenhäusern zur Verfügung. AIDS-Erkrankungen werden oft anhand rein klinischer Kriterien diagnostiziert, was sowohl dazu führen kann, daß Personen fälschlich als AIDS-Fall diagnostiziert werden, als auch dazu – und das vermutlich häufiger –, daß AIDS-Erkrankungen nicht als solche erkannt, geschweige denn gemeldet werden. Gerade in den Elendsvierteln der Großstädte, den Favelas, wo erfahrungsgemäß mit einer besonders raschen Ausbreitung von HIV gerechnet werden müßte, fehlt eine medizinische Infrastruktur, die dies registrieren oder gar darauf reagieren könnte, fast völlig. Daher ist zu vermuten, daß die offizielle Statistik in erster Linie das Ausmaß des AIDS-Problems in der überwiegend weißen bürgerlichen Mittelschicht beschreibt, während die Entwicklung in den sozial und ökonomisch benachteiligten Schichten, der Bevölkerungsmehrheit, grob unterschätzt wird.

Von brasilianischen Experten sowie von der WHO wird denn auch mit derzeit bereits 500.000 bis 700.000 HIV-Infizierten gerechnet. Im Vergleich dazu werden in Frankreich lediglich 100.000 bis 200.000 Infizierte vermutet, obwohl die Zahl der bereits Erkrankten in beiden Ländern mit 16.500 angegeben wird. Bis zum Jahre 2000, so wird befürchtet, könne die Zahl der AIDS-Kranken auf eine Million emporschnellen und etwa drei Millionen Infizierte hinzukommen. Damit würde sich die Zahl der Infizierten alle drei bis vier Jahre verdoppeln. In Deutschland hingegen nimmt man heute eine Verdoppelungszeit von sechs bis acht Jahren an.

Regionale Schwerpunkte der HIV-Epidemie bilden die Ballungsräume der Großstädte, besonders Sao Paulo und Rio de Janeiro mit zusammen cirka 30 Millionen Einwohnern. Das lokale Verteilungsmuster ist dabei sehr variabel. In einzelnen Städten bilden Drogengebraucher die Mehrheit der von AIDS Betroffenen. Obwohl zur Beurteilung des aktuellen Geschehens kaum aussagefähige Daten vorliegen, deuten einzelne Untersuchungen darauf hin, daß zumindest in Sao Paulo und Rio de Janeiro auch die HIV- Übertragung unter Heterosexuellen rasch zunimmt. Allerdings muß man hier die Einschränkung machen, daß Infektionsrisiken nicht immer wahrheitsgemäß berichtet werden.

Der soziale Hintergrund

Brasilien zählt zu den sogenannten „Schwellenländern". Es verfügt vor allem im Süden des Landes über eine gutentwickelte Infrastruktur und Industrie, während die Entwicklung in weiten Teilen des Landesinneren, des Nordens und Nordostens spärlich ist. Das Land ist reich an Bodenschätzen und überwiegend sehr fruchtbar. Die landwirtschaftlich genutzten Flächen befinden sich zumeist in der Hand weniger Großgrundbesitzer; eine Landreform wird seit Jahren verschleppt. Während eine kleine Oberklasse unglaublich reich ist und die schwach entwickelte Mittelschicht über einen mit westeuropäischen Verhältnissen vergleichbaren Lebensstandard verfügt, muß die größte gesellschaftliche Gruppe, die Unterschicht, um das Existenzminimum ringen.

Die Klassenschranken sind zugleich auch Rassenschranken: während Ober- und Mittelklasse fast ausschließlich aus Weißen bestehen, bilden Mischlinge, Schwarze und Indios die große Mehrheit in den unterprivilegierten Schichten. Die Gesamtbevölkerung soll zu 60 % aus Schwarzen, Indios und dunkelhäutigen Mischlingen, den Mulatos, bestehen. In den Medien hingegen, besonders im Fernsehen und in der Werbung, wird das Bild einer fast ausschließlich aus Weißen bestehenden Bevölkerung gezeichnet.

Das öffentliche Erziehungs- und Gesundheitssystem ist völlig unzulänglich ausgestattet und kann den Bedarf der Bevölkerung eher schlecht als recht befriedigen. So greifen die Oberklasse und die wohlhabenderen Teilen der Mittelschicht auf gut funktionierende private Einrichtungen zurück, die ihre gesellschaftliche Führungsrolle zementieren helfen. Das Personal im öffentlichen Sektor sowohl des Erziehungs- wie des Gesundheitssystems wird so schlecht bezahlt, daß die qualifizierten Kräfte in den privaten Sektor abwandern. Brasilianische Zeitungen berichten, daß etwa fünf Millionen Kinder im schulpflichten Alter die Schule nicht besuchen, weil Plätze nicht ausreichend vorhanden sind und viele Kinder arbeiten müssen und auf der Straße leben. Sexualerziehung in der Schule findet im allgemeinen nicht statt.

Medizinische Versorgung von AIDS-Kranken und HIV-Infizierten

Während Personen, die sich den privatwirtschaftlichen medizinischen Sektor leisten können, nach westlichem Standarad behandelt werden, inklusive teurer Medikamente wie AZT und ddI, muß sich der öffentliche Sektor im wesentlichen auf eine Notfallversorgung beschränken. Die Regierung hat sich kürzlich dazu durchgerungen, in den wenigen Hospitälern, die AIDS-Patienten behandeln, für jeweils zehn Patienten AZT zur Verfügung zu stellen.

Eine breite Primär- und Sekundärprophylaxe gegen die gefürchteten opportunistischen Erkrankungen Pneumocystis carinii-Pneumonie, Tuberkulose und Toxoplasmose wäre mit vergleichsweise billigen Medikamenten auch in Brasilien durchaus möglich. Eine solche Prophylaxe könnte mehr zu einer Lebensverlängerung und Verbesserung der Lebensqualität beitragen als der vereinzelte Einsatz von AZT; sie scheitert jedoch am Fehlen einer kompetenten und kontinuierlichen medizinischen Betreuung, vielleicht auch am mangelnden politischen Willen. In der Konsequenz führt dies zu erheblichen Unterschieden bei den Überlebenszeiten nach einer AIDS-Diagnose: für Angehörige der Unterschicht beträgt sie durchschnittlich ein bis zwei Monate, für Angehörige der wohlhabenderen und gebildeteren Mittelklasse ein bis zwei Jahre.

HIV-Prävention

In einer Fernsehansprache hat der brasilianische Präsident Collor Anfang Dezember letzten Jahres die HIV-Prävention zu einer vordringlichen nationalen Aufgabe erklärt. Der ehemalige Fußballstar Pelé wurde zum Vorsitzenden des staatlichen AIDS-Präventionsprogramms ernannt. Geplant ist die Bildung von über 3.000 lokalen AIDS-Komitees, die die örtliche Präventionsarbeit tragen sollen. Vorgesehen ist auch eine kostenlose Abgabe von Kondomen und Spritzen an Risikopersonen, genannt wurden Drogengebraucher und Prostituierte. In den populären Telenovelas im Fernsehen sollen Darsteller an AIDS sterben. Was aus diesem groß angekündigten Programm wird, bleibt abzuwarten. Tatsache ist, daß die wenigen Selbsthilfegruppen, die sich in zielgruppenorientierter Präventionsarbeit und in der Betreuung und Beratung von Infizierten und Kranken engagieren, bishlang nur geringe oder gar keine staatliche Unterstützung erhalten.

Vom Inhalt und der Form her sind die auch bislang schon durchgeführten staatlichen Präventionskampagnen den entsprechenden Kampagnen in Westeuropa und Nordamerika recht ähnlich. In den Aufklärungsbroschüren staatlicher, aber auch kirchlicher Institutionen wird auf das Kondom als Mittel zum Schutz vor einer HIV-Infektion verwiesen, an erster Stelle bei den Ratschlägen zur Prävention steht aber meist die Reduzierung der Partnerzahlen. Obwohl dies im Einzelfall natürlich einen protektiven Effekt haben kann, wird diese Strategie der Aufgabe staatlicher Gesundheitsvorsorge nicht gerecht. Die Geschwindigkeit, mit der AIDS sich in einer Gesellschaft ausbreitet, ist weniger von der Moral des einzelnen, sondern in erster Linie von den sozialen Verhältnissen abhängig.

Außerhalb der zeitlich begrenzten Kampagnen verschwindet das Thema weitgehend aus der Öffentlichkeit. Es gibt keine Werbung für Kondome, sie sind nur in Apotheken erhältlich und relativ teuer. Immerhin gibt es einige Einrichtungen und Gruppen, die Kondome auch kostenlos verteilen. Natürlich greifen auch die Medien das Thema immer wieder auf, meist aber als Sensationsberichte, etwa über infizierte Prostituierte und Häftlinge, die wissentlich andere „kontaminieren". Der Wissensstand in der Mittelschicht ist vergleichsweise gut, während in den weniger gebildeten unteren Schichten mit einer Vielzahl von Analphabeten ein mit groben Fehlinformationen gespicktes Halbwissen vorherrscht. Die verbreitete Ansicht, daß derjenige, der Kondome benutzt, infiziert sein muß, ist gerade in den Favelas fest verwurzelt. Dies kann die paradoxe Auswirkung haben, daß HIV-Positive noch seltener Kondome benutzen als Nichtinfizierte.

Schwule und AIDS in Brasilien

Obwohl Schwule in Brasilien bislang mehr als jede andere Gruppe von AIDS betroffen sind, ist AIDS und Safer Sex zumindest oberflächlich betrachtet kein Thema. In schwulen Lokalen, Diskotheken und Saunen sucht man Hinweise darauf, etwa Plakate oder Broschüren, ebenso vergebens wie Kondome. Nach meinem – zugegeben subjektiven – Eindruck, der allerdings durch die Berichte von brasilianischen Schwulen und die wenigen durchgeführten Studien gestützt wird, ist auch bei Sex mit Zufallsbekanntschaften die Verwendung von Kondomen eher die Ausnahme als die Regel, wird meist aber akzeptiert, wenn es vorgeschlagen wird. Allerdings kommt es auch vor, daß die Verwendung von Kondomen rundweg abgelehnt wird.

Es gibt zwar schwule Treffpunkte wie Bars und Discotheken in den Großstädten Brasiliens, diese Subkultur ist aber, verglichen mit deutschen Verhältnissen, sehr klein. Allerdings gibt es eine vergleichsweise sehr viel größere Zahl von Männern, die sich bisexuell verhalten, die verheiratet sind, eine Familie haben und nach außen hin ein „normales" Leben führen, aber häufig homosexuelle Kontakte mit Transvestiten, Strichern oder Schwulen aus dem Bekanntenkreis oder der Nachbarschaft eingehen oder auch als Stricher homosexuelle Kontakte zum Gelderwerb nutzen. Diese Bisexuellen fühlen sich oftmals nicht als Homosexuelle und sehen daher auch keine Notwendigkeit, sich vor einer „Homosexuellenkrankheit" zu schützen. Viele Männer begeben sich durch prostitutionsähnliche Verhältnisse in materielle Abhängigkeiten, die es ihnen unmöglich machen, den Gebrauch von Kondomen durchzusetzen.

Die unterschiedliche Klassenzugehörigkeit in derartigen Verhältnissen behindert das Gefühl gegenseitiger Verantwortung. Der finanziell Stärkere ist oft genug für den Schwächeren lediglich jemand, aus dem materiell herausgeholt wird, was herauszuholen ist. Raubmorde an Homosexuellen durch Stricher sind an der Tagesordnung. So sieht auch der Freier den Stricher häufig nur als potentiellen Verbrecher, um dessen physisches Wohlergehen er sich keine Gedanken machen muß. Bei derart krassen Unterschieden in den Lebensbedingungen ist der Ausbruch von Agressionen bis hin zur Gewalt nicht verwunderlich. Der äußere und innere Druck, unter dem homo- und bisexuelle Männer in Brasilien stehen, hat zur Folge, daß schwules Identitätsgefühl und Selbstbewußtsein schwach entwickelt sind. Soziale Zusammenhänge im Sinne einer schwulen Community sind kaum entwickelt. Dies ist ein Hindernis für Selbsthilfeaktivitäten und läßt eine persönliche Betroffenheit über die unmittelbare Bekanntschaft mit HIV-Infizierten und AIDS-Kranken hinaus nur begrenzt entstehen.

Hinzu kommt, daß für viele AIDS nicht das drängendste Alltagsproblem ist. Straßenkinder sind in Brasilien täglich der Gefahr ausgesetzt, eines gewaltsamen Todes zu sterben. Dieses Risiko ist höher, als vielleicht in fünf bis zehn Jahren an AIDS zu erkranken.

AIDS-Prävention ist unter den gegebenen Bedingungen erheblich schwieriger als in den Industriestaaten. Die bloße Nachahmung dortiger Kampagnen und Materialien ist für eine erfolgreiche Präventionsarbeit nicht ausreichend. Form und Inhalt der Präventionsbemühungen müssen Bezug nehmen auf die konkreten Verhältnisse. Beispiele dafür bieten vor allem Selbsthilfeorganisationen und -initiativen. Die finanzielle und materielle Unterstützung dieser Gruppen ist eine sinnvolle Hilfe, die auch von Deutschland aus geleistet werden könnte. ■

Grundlagenpapier zum Strafvollzug

Bereits kurz nach Gründung der ersten regionalen AIDS-Hilfen wurden diese mit dem Problemfeld Beratung und Betreuung von HIV-infizierten und AIDS-kranken Menschen im Strafvollzug konfrontiert.

Nach nunmehr acht Jahren praktischer Arbeit in diesem Bereich und im Zusammenhang mit der Diskussion um die strukturelle Prävention als Arbeitsansatz der D.A.H. wurde 1990 deutlich, daß auch für den Strafvollzug grundlegende Positionen zu diskutieren und zu beziehen sind. So entstand der Gedanke, ein Grundlagenpapier für die Arbeit der D.A.H. im Strafvollzug zu erstellen, in dem es darum gehen sollte, zum System Strafvollzug Stellung zu nehmen, unsere Arbeitsansätze transparent zu machen und unsere Forderungen in Bezug auf Menschen mit HIV und AIDS im Strafvollzug deutlich einzufordern.

Auf Anregung des Vorstands stimmte der Beirat der Einberufung einer Kommission zur Erstellung eines Grundlagenpapiers zu diesem Thema zu. Diese Arbeitsgruppe setzte sich aus acht MitarbeiterInnen regionaler AIDS- Hilfen, dem Referat Menschen in Haft der Bundesgeschäftsstelle und einem Vorstandsmitglied zusammen. Ihre Aufgabe sah diese Kommission im wesentlichen darin, die Gesprächsinhalte mehrerer Diskussionsrunden zu diesem Thema, an denen sich eine Vielzahl von MitarbeiterInnen regionaler AIDS-Hilfen im Strafvollzug beteiligten, aufzunehmen und redaktionell zu dem nun vorliegenden Grundlagenpapier zu verarbeiten.

Auf der Mitgliederversammlung der D.A.H. im Februar 1991 wurde dieses Grundlagenpapier mehrheitlich verabschiedet.

Mit seiner jetzigen Veröffentlichung werden drei Absichten verknüpft:

1. Dem interessierten Außenstehenden sollen kurz und knapp die wesentlichen Grundpositionen der D.A.H. in diesem Aufgabenfeld zugänglich gemacht werden, wobei zum vollen Verständnis sicherlich weitreichende Hintergrundinformationen notwendig sind, die über die Bundesgeschäftsstelle oder die regionalen AIDS-Hilfen zu erhalten sind.
2. Die Bundesgeschäftsstelle, die regionalen AIDS-Hilfen sowie die einzelnen MitarbeiterInnen sollen hierbei die Gelegenheit erhalten, ihre eigene Arbeit immer wieder an den Grundlagen der D.A.H.-Präventionsansätze zu überprüfen, um aufgrund dieser Reflexion beides weiterzuentwickeln.
3. Auf diesen Grundlagen soll perspektivisch die Suche nach Bündnispartnern erfolgen, um gemeinsam an der Realisierung der Zielvorstellungen weiterarbeiten zu können.

Das Selbstverständnispapier stellt zwar den verbindlichen Maßstab für die Arbeit der D.A.H. dar, die gesellschaftliche Wirklichkeit ist jedoch ein dynamischer Prozeß, den wir nie aus den Augen verlieren dürfen und der in die Arbeitsgrundlagen einer jeden Organisation – hier insbesondere der D.A.H. – einfließen muß.

In diesem Sinne freuen wir uns über jeden ernsthaften Diskussionsbeitrag zu dem folgenden Papier.

Reinhard Heikamp und Edgar Diesing
Vorstandsmitglieder der D.A.H.

Die Arbeit für und mit Menschen in Haft ist essentieller Teil der AIDS-Hilfe-Arbeit - Warum Knastarbeit?

Die Deutsche AIDS-Hilfe als Interessengemeinschaft von Menschen mit HIV und AIDS und jenen Gruppen, deren Lebenssituation durch die Krankheit AIDS existentiell beeinträchtigt wird, sieht sich auf dem Hintergrund ihrer bisherigen Arbeit veranlaßt, grundsätzliche Positionen zum Strafvollzug darzulegen.

Für die D.A.H. und die ihr angeschlossenen regionalen Vereine bleibt unwidersprochen, daß der Strafvollzug in seiner jetzigen Form abzulehnen ist. Niemand wird durch entmündigende Zwangsverwahrung resozialisiert, gebessert oder zu einem verantwortungsvollen Leben draußen animiert. Solange Rache- und Sühnegedanken den Strafvollzug beherrschen und solange im Zweifelsfall auf eine fragwürdige Generalprävention gesetzt wird, muß die AIDS-Hilfe den Strafvollzug ablehnen und auf seine Veränderung hinarbeiten.

AIDS-Hilfe hat die Aufgabe, Gefangene unterstützend zu begleiten. Sie unterstützt jede Form der Selbsthilfe. Sie bietet ein Forum und ist offen für Menschen, die an der Abschaffung des Strafsystems arbeiten.

Im Hinblick auf die gesellschaftlichen und politischen Verhältnisse muß die heutige Situation zumindest vorübergehend als gegeben hingenommen werden. Auch unter den herrschenden Bedingungen muß sinnvolle Knastarbeit geleistet werden. Für viele Betroffene im Strafvollzug sind wir die einzigen Interessenvertreter.

Die Lebenssituation von Drogengebrauchern ist bereits seit Jahren durch Kriminalisierung und Inhaftierung gekennzeichnet. Zunehmend werden bestimmte Formen der Sexualität von HIV-positiven Menschen mit Strafe bedroht, was auch einen Anstieg der Inhaftierung schwuler Männer erwarten läßt. Auf der Grundlage der Akzeptanz verschiedener Lebensstile lehnen wir es entschieden ab, Drogengebrauch und Sexualität zum Gegenstand strafrechtlicher Sanktionierung zu machen.

Neben der von der D.A.H. geforderten Entkriminalisierung ist aber auch die Frage zu stellen, ob Strafvollzug ein geeignetes Mittel sein kann, Menschen zu befähigen, ein selbstbestimmtes Leben in sozialer Verantwortung zu führen.

Solange Gefängnis Isolation, Unterdrückung, Ausbeutung und Stigmatisierung bedeutet, muß jedem Mitglied der AIDS-Hilfe die Arbeit mit den sozial Schwächsten unter uns Verpflichtung sein.

Insofern hat sich AIDS-Hilfe mit den Bedingungen und Auswirkungen des Strafvollzuges auseinanderzusetzen und dafür Sorge zu tragen, daß die Persönlichkeitsrechte, insbesondere von Menschen mit HIV und Menschen mit AIDS, geschützt werden. Diesen Schutz sehen wir insbesondere in folgenden Bereichen nicht gewährleistet:

1. Adäquate Möglichkeiten des individuellen Schutzes vor einer Übertragung des Virus HIV sind nicht gegeben (unzureichende Wissensvermittlung, Vorenthaltung von sterilen Spritzbestecken, keine angemessene Verfügbarkeit von Kondomen).
2. Infiziertsein unter den Bedingungen des Strafvollzuges bedeutet Alleingelassenwerden mit dem Wissen um die HIV-Infektion und mit der Angst vor AIDS; es bedeutet Verfestigung innerer und äußerer Isolation und Ausgrenzung „zum Schutz" Dritter.
3. Das komplexe Krankheitsbild AIDS erfordert ein hohes Maß an Erfahrung und Fachkompetenz bei den behandelnden Ärzten, welches bei Anstalts- und Konsiliarärzten nicht immer erwartet werden kann.
4. Die Tragweite der Infektion bzw. Erkrankung für den einzelnen Gefangenen wird bei Entscheidungen der Justiz nicht hinreichend berücksichtigt.
5. Betroffene haben in der Regel nicht die Möglichkeit, ihre Situation nach außen überzeugend darzustellen und notwendige Korrekturen im Vollzug einzufordern.

Menschen mit HIV und AIDS sind im Strafvollzug doppelt betroffen und haben nur wenig Unterstützung in der Gesellschaft. Der Justizapparat ist auf Verwaltung ausgerichtet und unterstützt Inhaftierte zu wenig in der Wahrung ihrer Rechte. Er läßt zu, daß durch Erlasse und Anweisungen Menschen mit HIV und AIDS diskriminiert und ausgegrenzt werden. Dagegen wehren wir uns!

Wie sieht die Arbeit der AIDS-Hilfen in den Justizvollzugsanstalten aus?

Die AIDS-Hilfe spricht Inhaftierte wie auch Bedienstete innerhalb des Strafvollzuges persönlich an. Informationen, die im wesentlichen über Merkblätter und im Rahmen der Eingangsuntersuchung weitergegeben werden, sind alleine keine geeigneten Maßnahmen, um mit AIDS im Strafvollzug angemessen umzugehen. Vielmehr muß auf die allgemeinen und individuellen Verunsicherungen, die Ängste und Vorbehalte sowie auf die Infektionsrisiken und Informationsdefizite gleichermaßen eingegangen werden.

Hierbei ist insbesondere die Lebenssituation der von AIDS am stärksten betroffenen Gruppen innerhalb und außerhalb des Strafvollzuges zu thematisieren. Für Gefangene wie Bedienstete steht die AIDS-Hilfe als kompetenter Ansprechpartner zur Verfügung.

Ziele unserer Arbeit mit Inhaftierten und Bediensteten sind:
– Vermittlung spezifischer Informationen zum Thema HIV und AIDS als Grundlage für die Einschätzung möglicher eigener Infektionsrisiken
– Schaffung einer Grundlage zum eigenverantwortlichen Umgang mit Risikosituationen
– Abbau von diskriminierendem und ausgrenzendem Verhalten gegenüber HIV-Infizierten, AIDS-Kranken, Drogengebrauchern und Schwulen.

Als Interessengruppe von Menschen mit HIV und Menschen mit AIDS fühlen wir uns den Infizierten und Erkrankten in besonderer Weise verpflichtet, da die Bedingungen des Vollzuges zu einer besonderen Härte führen.

Im Rahmen der Einzelfallbetreuung gilt es auf die fundamental veränderte Lebenssituation Infizierter und Erkrankter einzugehen, die durch die Haftsituation dramatisch verschärft wird.

Hilfe zur Selbsthilfe ist vordringlichstes Anliegen, denn Selbsthilfe ist der Grundgedanke der AIDS-Hilfe. Selbsthilfe der Inhaftierten muß in die bundesweite Vernetzung der AIDS-Hilfe-Arbeit eingebettet werden. Der Widerspruch von Stellvertreterarbeit und Selbsthilfe wird dadurch perspektivisch minimiert.

Wir sehen es als eine unserer Aufgaben an, Selbsthilfegruppen im Vollzug zu initiieren. In einem geschützten Rahmen können sich Infizierte und Erkrankte zum einen austauschen, zum anderen können sie dort ihre Interessen formulieren.

Die gegebene Situation im Strafvollzug macht es für die AIDS-Hilfe erforderlich, den Interessen der Inhaftierten stellvertretend sowohl vollzugsintern als auch gesellschaftlich Gehör zu verschaffen.

All diese Arbeit wird im Rahmen der AIDS-Hilfen sowohl von haupt- wie von ehrenamtlichen MitarbeiterInnen geleistet. Professionelle und ehrenamtliche Tätigkeit sind gleichberechtigte Bestandteile der AIDS-Hilfe- Arbeit. Wesentliche Voraussetzungen für eine Mitarbeit in diesem Bereich sind: Parteilichkeit für die Anliegen der betroffenen Gruppen, Einfühlungsvermögen im Umgang mit Gefangenen; Akzeptanz von Lebensstilen; vorurteilsfreies Gegenübertreten ohne missionarischen Anspruch; Problembewußtsein für die Situation Inhaftierter und nicht alleine fachliche Qualifikation.

Die notwendige Fachkompetenz wird am besten durch die gleichberechtigte Zusammenarbeit von ehrenamtlichen und hauptamtlichen MitarbeiterInnen gemeinsam mit den Selbsthilfegruppen gewährleistet. Einer Klientelisierung der Betroffenen wird damit entgegengewirkt.

Auf welche Probleme stoßen wir?

Strafvollzug hat den Anspruch, die Lebensbedingungen der Gefangenen umfassend zu regeln. Raum für die AIDS-Hilfen gibt es nur dort, wo er von der Justiz zugestanden wird; das bedeutet letztendlich, daß ohne ein Minimum an Kooperation mit dem Strafvollzug Knastarbeit nicht möglich ist. Es besteht die Gefahr für die AIDS-Hilfe, ausschließlich auf die Arbeit für und mit HIV-Positiven und AIDS-Kranken festgelegt zu werden, da der Vollzug hier die einzige Notwendigkeit für die Zusammenarbeit mit den AIDS-Hilfen sieht.

Der Vollzug regelt durch die Sicherheitsüberprüfung unsere Zutrittsrechte. Die Vorschriften des Vollzuges schließen einen bestimmten Kreis von Menschen von der Betreuungstätigkeit aus.

Die einzigen vom Vollzug anerkannten, aus unserer Sicht unwirksamen Instrumente der Prävention sind der HIV-Antikörpertest und die durch Erlasse geregelte Sonderbehandlung von Menschen mit HIV und Menschen mit AIDS. Auch im Gefängnis muß wirksame Prävention zur Vermeidung von Wieder- und Neuinfektion sozial verantwortliches Verhalten in Risikosituationen fördern. Wenn jedoch die notwendigen Voraussetzungen zum Infektionsschutz – wie Bereitstellung von Kondomen und sterilen Spritzen – nicht geschaffen werden, läuft jede Präventionsbotschaft ins Leere.

Die medizinische Versorgung ist unzureichend. Durch die Einbindung der Medizin in den Justizapparat sind wesentliche Bedingungen für eine ausreichende medizinische Betreuung nicht gegeben:
– keine freie Arztwahl – in der Regel kein freier Zugang zu Fachärzten – Bruch der ärztlichen Schweigepflicht – kein vertrauensvolles Arzt-Patienten-Verhältnis – Behinderung des Zugangs zu neuartigen und alternativen Therapieformen.

Auf HIV-positive und AIDS-kranke Menschen in Haft reagiert der Vollzug mit einer Reihe von Erlassen, die von Bundesland zu Bundesland unterschiedlich sind. Auf diese Weise soll das Leben von Menschen mit HIV und AIDS im Strafvollzug geregelt werden. Diese Erlasse haben für die betroffenen Inhaftierten diskriminierende Auswirkungen:
– angeordnete Einzelhaftraumunterbringung – Mitteilungspflicht bei Umschluß mit Nichtinfizierten – Ausschluß von bestimmten Arbeiten und Freizeitaktivitäten.

Diese Maßnahmen bewirken keine Hilfe für diese Gefangenen in ihrer Lebenssituation. Sie dienen lediglich den Interessen der Justiz zur Gewährleistung von Sicherheit und Ordnung.

Die gesetzlichen Regelungen zur vorzeitigen Haftentlassung (Haftverschonung, Haftunterbrechung, Gnadengesuch) sind unzureichend und im Einzelfall zu langwierig für die Durchsetzung des Rechts von Erkrankten auf Entlassung. Dies führt zum Verbleib von Schwerstkranken im Strafvollzug, im schlimmsten Fall bis zum Tod. Kommt es nach meist mehrmonatigen Entscheidungsprozessen zu einer Haftentlassung, so erfolgt diese oft ohne rechtzeitige Einbindung der AIDS-Hilfen.

Wir fordern deshalb:

I. Veränderungen im Strafrechtssystem der Bundesrepublik:

1. Keine staatlichen Eingriffe in die Sexualität der Menschen mit HIV und AIDS
2. Ersatzlose Streichung des Paragraphen 175
3. Legalisierung von Drogen

II. Schaffung eines bundeseinheitlichen, reformierten Strafvollzugsgesetzes mit klaren Formulierungen ohne Kann-Vorschriften (keine länderspezifischen Ausführungsvorschriften):

1. Freie Arztwahl
2. Aufnahme der Gefangenen in die gesetzliche Sozialversicherung
3. Anonyme Vergabe (und Entsorgung) von sterilen Einwegspritzen, Kondomen und Gleitmitteln
4. Schaffung von Möglichkeiten, Intimkontakte im Strafvollzug menschenwürdig ausüben zu können
5. Keine Ausweisung von Menschen mit HIV und AIDS
6. Substitution für jeden, der es wünscht, ohne jegliche Bedingung

III. Haftentlassung bzw. Nichtinhaftierung von Menschen mit HIV und AIDS bei gleichzeitiger Schaffung von Alternativen, die ein selbstbestimmtes Leben in sozialer Verantwortung ermöglichen.

Erläuternde Ergänzungen zum Grundlagenpapier von Reinhard Heikamp können bei der Redaktion angefordert werden.

Schwule flüchten in bayerisches Asylantenheim

In Gera wird ein schwules Paar immer häufiger Opfer rechter Jugendbanden – die Polizei weiß von nichts.

Eine Reportage von Sönke Müller und Jürgen Neumann.

„Mit euch werden wir noch in diesem Jahr abrechnen. Haut ab hier, ihr perversen Schweine!" Nach diesem und anderen Anrufen in den Tagen vor dem neuen Jahr war für Marius Horn, 22, und Mathias Wohlfarth, 32, aus Gera nicht mehr an ein fröhliches Silvester zu denken. Bei der Polizei hieß es: „Hier ist die Hölle los, wir können für Ihre Sicherheit nichts tun. Wenn Sie Angst haben, müssen Sie eben in die alten Bundesländer fahren." So verbrachten die beiden den Jahreswechsel in einem Asylantenheim im bayerischen Kronach.

Marius und Mathias haben sich vor einem Jahr im Klub der Jugend und Sportler während einer schwulen Disko kennengelernt und sind seitdem zusammen. Wenn Schwule heiraten dürften, würden sie sofort das Aufgebot bestellen. „Wir lieben uns doch so sehr," ist die einfache Erklärung von Mathias. Und das soll jeder sehen. Kaum ein Foto gibt es von dem Paar, auf dem es nicht eng umschlungen ist. Sie tragen ihre Hosen und T-Shirts im Partnerlook, ihre Nachnamen haben sie zum Doppelnamen zusammengezogen.

Wer in Gera so offen schwul leben will wie Marius und Mathias, kann sicher sein, daß er auf Anfeindungen stößt. Gewaltsam entladen sie sich erst seit der Wende. Die beiden haben im Fleischkombinat Gera gearbeitet. Schon dort kam es zu Pöbeleien und Rangeleien mit den Kollegen, die aber durch die Kontrollmechanismen des Kollektives am Ausufern gehindert wurden. Nach der Wende blieben von den über 400 Arbeitsplätzen im Fleischkombinat nur 70 übrig. Marius wurde drei Monate länger beschäftigt, was den Neid bei zwei gerade entlassenen Kollegen, die Marius den Skinheads zurechnet, weckte. Immer öfter lauerten sie ihm auf und überfielen ihn. Sein Vater versuchte, schlichtend einzugreifen und wurde kurzerhand krankenhausreif geschlagen. Heute, ein Jahr später, leidet er immer noch an den Folgen einer Jochbeinfraktur.

Obwohl der Polizei sowohl Namen als auch Adressen bekannt sind, wurde das Verfahren Mitte 1991 eingestellt, da die Täter „nicht auffindbar" seien. Kurz darauf sah Marius einen der beiden in einer Disko wieder. Er alarmierte sofort die Polizei. Die wollte ohne Staatsanwalt nichts unternehmen und sagte, er solle doch am Montag nochmal anrufen – da war der Schläger schon längst über alle Berge.

Auch Mathias wurde kurz nach der Wende zum ersten Mal angegriffen. Jugendliche warfen ihn vom Fahrrad, traten ihn, rissen ihm seinen Ohrring heraus. Mittlerweile wird das Paar von Jugendbanden immer wieder auf der Straße verfolgt, dabei bedroht und beschimpft. Schon öfter mußten die beiden sich vor einem Lada in Sicherheit bringen, der vollbesetzt mit Skins auf dem Fußweg auf sie zuraste und erst unmittelbar vor ihnen abbremste. Im Mai letzten Jahres schlugen sechs Skins ihre Haustür ein und versuchten, in die Wohnung zu dringen. Gerade noch rechtzeitig traf die Polizei ein, von Nachbarn verständigt.

Mathias hat nicht mehr viel Vertrauen in die Polizei. „Die stellen ja fast uns als die Täter hin." Bei diesem versuchten Einbruch nahm man die Personalien von Marius und Mathias auf, die Täter aber ließ man unbehelligt von dannen ziehen. Hauptkommissar Schneider von der Polizeiwache Gera-Mitte schildert das anders: „Von einer aufgebrochenen Tür haben wir nichts gesehen, von den Jugendlichen ging keine ersichtliche Bedrohung aus." Eine Anzeige habe man daher nicht aufnehmen müssen.

„Sozialistisches Gera"

Da die Polizei zum 1. Juli letzten Jahres umstrukturiert wurde, ist die Pressesprecherin der Polizei, Frau Kopp, außerstande, Vorfällen nachzugehen, die sich vorher ereigneten. So hat man bei der Polizeidirektion keine Informationen über die Angriffe auf Marius und Mathias. Wurden dem Paar trotz ständigen Nachfragens Auskünfte über Ermittlungsergebnisse nicht erteilt, so stellte sich erst nach langwierigen Nachforschungen heraus, daß Anzeigen in der Regel nicht aufgenommen wurden. Und ebenso wie die Polizei hier bezweifelt, daß es gravierende Vorkommnisse gab, so bestreitet der Leiter der Abteilung Verbrechensbekämpfung der Polizeidirektion, Frister, auch, daß es am Geraer Schwulentreffpunkt, dem sogenannten „Knochenpark", zu einer Häufung von gewaltsamen Überfällen auf Schwule kommt, da Anzeigen nicht vorlägen. Nicht berücksichtigt

„Uns war der Honecker lieber als euer Kohl..."

wird hier die Erkenntnis, daß sich die meisten Opfer aus Angst vor Repressalien und dem Bekanntwerden ihrer Homosexualität nicht trauen, zur Polizei zu gehen. So ist der Park für die Polizei kein Verbrechensschwerpunkt, Maßnahmen zum besonderen Schutz oder zur Überwachung gibt es nicht.

„Im letzten Jahr wurde dort fast jede Woche jemand zusammengeschlagen oder ausgeraubt", erzählt Mathias, „meistens treffen die sich jetzt am Tage, weil dann einfach nicht so viel passiert." Thomas, 26, bestätigt, daß es früher in dem kleinen Park hoch hergegangen ist, besonders in Sommernächten. Da kamen schwule Männer aus einem Umkreis von hundert Kilometern, um sich zu vergnügen. Auch Thomas wurde hier überfallen, kam aber noch glimpflich davon. Die fünf Jugendlichen, „richtige Milchgesichter, die waren höchstens 16", begnügten sich mit seiner Brieftasche. „Die haben mich nur so ein bißchen rumgeschubst, aber in dem Moment hast du Todesangst und traust dich nicht, dich zu wehren – du weißt ja nicht, wozu die fähig sind. Und es war so demütigend, daß du dich von denen schwules Arschloch nennen lassen mußt, ohne ihnen eine reinhauen zu können." Seinen Ex-Freund erwischte es schlimmer. Durch Schläge und Tritte wurde er so zugerichtet, daß er sich in Gera nicht mehr sehen lassen wollte und sich für mehrere Wochen bei seinen Eltern in Merseburg versteckte. Auf den Gedanken, sich an die Polizei zu wenden, sind beide nicht gekommen.

Doch nicht nur Schwule fühlen sich bedroht. „Schlimm ist das hier in Gera geworden", klagt die Wirtin der Ratsstube. „Schon ab 20.00 Uhr ist es gefährlich, alleine Straßenbahn zu fahren, da kommen dann ganze Trupps von pöbelnden Jugendlichen rein und man ganz allein ist völlig wehrlos. Jetzt holt mich mein Mann immer abends von der Arbeit ab."

Im Vergleich zu anderen thüringischen Städten schneidet Gera jedoch noch verhältnismäßig gut ab: rechtsradikale Übergriffe sind in Städten wie Weimar oder Jena wesentlich zahlreicher und brutaler.

Überfälle häufen sich: die Klappe im „Knochenpark"

Rainer Schmidt, Leiter des neugegründeten Jugendklubs „Komma" glaubt, daß bei den cirka zwanzig Skins, die er zum harten Kern in Gera zählt, die politische Motivation eher Nebensache ist. „Das sind einfach Schlägertrupps, die ihrem Frust mit der Einheit und der Arbeitslosigkeit durch Randale ein Ventil schaffen." Doch die Frage ist, wie lange es bei „harmlosen" Schlägereien bleibt. Schmidt nimmt an, daß Gera die eigentliche Bewährungsprobe gegenüber dem Rechtsradikalismus noch bevorsteht. Einen ersten Vorgeschmack gab es bereits bei einem Überfall während eines Konzertes im Jugendklub „Kristall", der vorwiegend von links-autonomen Jugendlichen besucht wird. „Die Rechten haben harmlos aussehende Kids vorgeschickt. Als der Ordner die Tür öffnete, kamen sie rein und machten Randale," sagt Sascha, Leiter des Klubs. Jetzt macht er keine Werbung mehr für seine Veranstaltungen, so daß über Mundpropaganda nur noch die Insider kommen und man unter sich bleibt. Schmidt beobachtet momentan den Rückzug verschiedener Jugendgruppierungen in noch vorhandene Nischen.

Auch die Skins haben ihr Terrain abgesteckt. Sie treffen sich in der Automatengaststätte „Walhalla" oder im Jugendklub „Crash" im Stadtteil Lusan. Dieses Neubaugebiet wurde für die 40.000 Arbeiter der SDAG Wismut angelegt. Nach Stillegung des Uranabbaus ist hier fast jeder ohne Arbeit. Die Freizeitangebote für die Jugendlichen der Trabantenstadt sind dürftig. So kann Doris Colditz, Sachgebietsleiterin für Jugendarbeit beim Magistrat, auch nur bescheidene Erfolge vorweisen. Ein Projekt zur Zusammenführung von einigen „linken" und „rechten" Jugendlichen in einer Gruppe lief gut an, für mehr Versuche fehlt jedoch das Geld.

Wie beim Sprecher des Magistrats, Christian Matern, zu erfahren war, rechnet man in Gera erst in diesem Jahr mit gravierender Zunahme der Arbeitslosigkeit, im Moment liegt sie offiziell bei etwa zwanzig Prozent. Gera mit seinen 120.000 Einwohnern muß heute hart um Landesmittel ringen. War die Bezirksstadt zu DDR-Zeiten noch wirtschaftlicher, politischer und kultureller Mittelpunkt in Ostthüringen, muß sie sich jetzt gegen die Landeshauptstadt Erfurt und gegen Weimar als Ort deutscher

▶

Jugendarbeiterin Doris Colditz: „Uns fehlt das Geld."

Klassik behaupten – Städte, die auch für westliches Kapital interessanter sind. Matern befürchtet, die Stadt an der Weißen Elster, in der früher vielfach besser als andernorts in der DDR verdient wurde, könne im heftigen Verteilungskampf den kürzeren ziehen. So flossen auch Bundesgelder zum Aufbau von Jugendprojekten in Thüringen an Gera vorbei.

Da ist man froh, daß die Arbeiterwohlfahrt die Trägerschaft des größten Hauses für Jugendliche in Gera, dem Klub der Jugend und Sportler, übernommen hat. Neben dem Knochenpark war dies der einzige Treffpunkt für Schwule. Ob die freitägliche Disko der schwulen Gruppe „IG AUF" allerdings wieder aufgenommen wird, bleibt ungewiß.

Marius hat sich deshalb auf die Suche nach neuen Räumen begeben und bat die Jugendgruppe einer freikirchlichen Evangelischen Gemeinde um Hilfe. Die mochte Perversionen nicht unterstützen und empfahl eine Teufelsaustreibung. Der Pastor der Gemeinde, Franz Beutel, ist zwar im Ton moderater, aber auch er glaubt, daß die Bibel Homosexualität nicht als gleichberechtigte Lebensform betrachtet. Räume könne seine Gemeinde daher auf keinen Fall anbieten, zu einem seelsorgerischen Gespräch aber stehe er jederzeit zur Verfügung.

„Die Disko, das war für uns ja noch das einzige, darauf haben wir uns schon immer die ganze Woche gefreut", sagt Mathias. Da haben sie eingekauft, Brötchen belegt, den Saal hergerichtet, abends Getränke ausgeschenkt.

Beide sind arbeitslos und leben von zusammen 860 Mark im Monat. Mathias rechnet sich keine Chance aus, eine Anstellung zu finden, er leidet unter einer Schilddrüsenunterfunktion und wiegt jetzt doppelt soviel wie vor drei Jahren. Reisefreiheit, das ist das einzig Erfreuliche, was die Wende für sie gebracht hat. „Was nützt es, wenn Kaffee und Bananen billig sind, wir uns alles andere aber nicht mehr leisten können und uns hier nicht mehr sicher fühlen. Manchmal wünschen wir uns die alten Zeiten zurück."

Soviel für sie weggebrochen ist, sowenig Unterstützung erfahren sie. Sie kennen die Wege und die Mittel nicht, sich in der Gesellschaft des Umbruchs ihr Recht und ihren Platz zu verschaffen. Aber sie haben genaue Vorstellungen von einer besseren Welt. Eine „Selbsthilfe – Lebenshilfe" würden sie gerne gründen, ihr Haus als schwules Café und Infotreff einrichten, AIDS-Aufklärung betreiben, sozial Schwache betreuen. Daran haben sie so viele Hoffnungen gehängt, daß sie glauben, auch die Barrieren zu überwinden, die ihnen vor die Verwirklichung eines solchen Traumes gesetzt sind.

Doch nichts wünschen sie sich so sehr, als am normalen Leben teilhaben zu dürfen – das bedeutet für sie die Ehe. Sie haben einen Pfarrer gefunden, der ihnen noch in diesem Jahr einen christlichen Segen für ihre Lebensgemeischaft geben will.

Betreutes Wohnen in Hessen gesichert

Der Landeswohlfahrtsverband (LWV) Hessen hat die hessischen AIDS-Hilfen als Träger „Betreuten Wohnens" anerkannt. Sofern die örtlichen Sozial- und Gesundheitsämter diesen Beschluß mittragen, wird künftig eine intensive psychosoziale Unterstützung für Menschen mit HIV und AIDS direkt finanziert – unter folgenden Voraussetzungen:

Der LWV betrachtet Menschen mit HIV als Behinderte im Sinne des § 39 BSHG, wenn sie in das Stadium „LAS 2b" eintreten.

Ein Nachweis über die Zugehörigkeit des einzelnen zu diesem Personenkreis muß gegenüber dem örtlich zuständigen Amt erbracht werden.

Die angemeldeten und amtlich nachweislich belegten Plätze müssen dem LWV zumindest mit der Adresse des zu bewilligenden Platzes im „Betreuten Wohnen" bekanntgegeben werden.

Den beteiligten AIDS-Hilfen war klar, daß diese Voraussetzungen sehr problematisch sind. Zum einen kann hier jemand amtlich als „Kranker" definiert werden, der sich selbst gar nicht so verstehen möchte. Zum zweiten ringen wir mit den zuständigen Behörden nun darum, wie wir den Datenschutz und die Anonymität der in Frage kommenden Menschen mit HIV und AIDS gewährleisten können.

Zu dem Programm des „Betreuten Wohnens" vom LWV-Hessen gehört ausdrücklich auch das betreute Einzelwohnen. Menschen, die mit unserer Unterstützung weiterhin in ihrer eigenen Wohnung selbständig leben können, werden durch den LWV ausdrücklich als Klienten im Sinne dieses Programms akzeptiert werden.

Immerhin haben wir aushandeln können, daß der Personalschlüssel wegen der höheren Betreuungsbedürfnisse der Menschen mit HIV und AIDS von bisher 1:12 auf 1:8 gesenkt wurde. Wir können eine SozialarbeiterIn einstellen, die acht Menschen psychosozial unterstützen wird. Diese Stelle ist zugleich mit einem Sachmitteletat von 100.000 DM für acht besetzte Plätze ausgestattet. Gleichzeitig konnten wir erreichen, daß ein Übergangszeitraum zur Neubelegung eines bereits anerkannten Platzes von zwei bis drei Monaten eingeräumt wird.

Zwar ist diese Regelung für uns in mehrfacher Hinsicht ein Kompromiß, dennoch bietet sie uns eine dringend benötigte Finanzierungsmöglichkeit für die hauptamtliche Unterstützung von Menschen mit HIV und AIDS. Die Erfahrungen der nächsten Monate werden zeigen, was diese Vereinbarung insgesamt für uns bringt, ob sie zu Problemen führt, die wir im Moment noch nicht überblicken.

Michael Lämmert,
Beirat der D.A.H. für Hessen

bild und wort

„Ich wollte das Wort AIDS nie mehr aussprechen." Zum Tode von Hervé Guibert

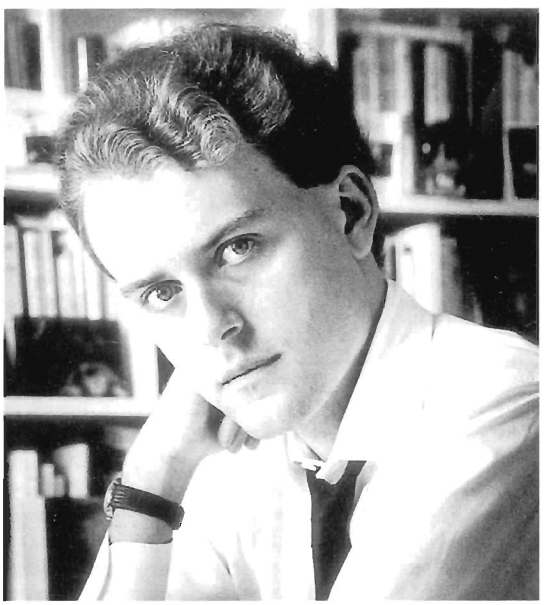
„Der Verfallsprozeß, der in meinem Blut begonnen hat, greift von Tag zu Tag weiter um sich ... Ich bin sehr aufmerksam gegenüber den Anzeichen für das Vorandringen des Virus, ich glaube die Kartographie seiner Kolonisierung zu kennen, seiner Angriffe und Rückzüge ... Ich war mein eigenes Versuchkaninchen. Ich erzähle, wie der Virus in meinem Körper, in meinem Bewußtsein und in meiner Art zu schreiben, arbeitet."

Bei Guibert drehte sich stets alles radikal um ihn, seine (Homo-)Sexualität, seine Persönlichkeit. Mit der gleichen Schärfe, wie er in seinen Erzählungen und Romanen Menschen, Lust, Verletzungen, Beziehungen, Verrat und Verzweiflung sezierend beschrieb, hat er in seinem Buch „Dem Freund, der mir das Leben nicht gerettet hat" sich erneut selbst (für manche schamlos) in den Mittelpunkt gesetzt. Guibert ist schonungslos gegenüber sich selbst und anderen. Er schildert mit grausamer Präzision und bisweilen kaltem Sarkasmus die Krankheitssymptome, seine Ängste, seine Panik, die Schäbigkeit der Krankenhäuser, das Quälende der Untersuchungen und Behandlungen - und seinen eigenen langsamen Verfall. „Ich würde mich an dies vom Fleisch gefallene Gesicht gewöhnen müssen, welches der Spiegel mir jedesmal zeigte, als gehöre es nicht länger zu mir, sondern schon zu meiner Leiche, und es würde mir gelingen müssen, Gipfel oder Durchbrechung des Narzißmus, es zu lieben."

Begonnen hat der 1955 in Paris geborene Hervé Guibert als Fotograf und Fotokritiker von „Le Monde". Ein junger, adretter hübscher Mann, charmant und begabt. Roland Barthes und Michel Foucault ebneten ihm den Weg in die Literaturszene. Über zwanzig Veröffentlichungen weist sein Werkverzeichnis inzwischen aus. Aus seiner intensiven Zusammenarbeit mit Patrice Chéreau enstand unter anderem das Drehbuch zu „L'Homme blessé - Der verführte Mann."

Doch Guibert gehörte bereits einer anderen Generation an. Foucault, Barthes und auch Raymond Aron waren zwar Leitfiguren der französischen Schwulenbewegung, hielten mit ihrem Bekenntnis zur Homosexualität sich jedoch zurück. Hervé Guibert hingegen wuchs mit der Gay Liberation auf; für ihn waren seine Sexualität und seine Krankheit öffentliche Themen.

So unternimmt er auch in seinem in 100 Abschnitten aufgesplitterten und vor allem in Frankreich als „Skandal-Buch" apostrophierten „Dem Freund, der mir das Leben nicht gerettet hat" den Versuch der Selbstenthüllung, eine Auseinandersetzung weit weg jedoch von larmoyanter gängiger Betroffenheitsprosa. Sein Buch hat er bewußt als „Roman" bezeichnet. Sein schriftstellerischer Impetus zwingt ihn automatisch dazu, sein Schreiben in eine künstlerische Form zu bringen. Sein literarisches Vorbild war der bewunderte und zugleich gehaßte Thomas Bernhard.



100 Abschnitte, 100 Segmente eines Lebens, Rekonstruktuion der sechs Jahre Leben mit dem Virus. Standbilder, Momentaufnahmen. Das Auge des Fotografen Guibert ist auch in seiner Literatur abzulesen. Jeder Satz eine Wahrnehmung, das Protokoll eine Gefühls, einer Entwicklung von Verhalten und Beziehungen unter seinen Freunden, seiner Sexualität. Doch diese Distanz, die nicht Kälte ist, bewahrt ihn vor der Rührseligkeit. Ihm bleibt die Agressivität, die Wut, hinter der sich letztlich jedoch nur die Liebe, die Zärtlichkeit, die Angst und Hilflosigkeit verbirgt.

„Es ist eine Krankheit in Stufen, eine sehr lange Treppe, die mit Sicherheit zum Tod führt, aber deren jede Stufe ein Lernen ohnegleichen bedeutet, es ist eine Krankheit, die Zeit zum Sterben gibt und die dem Tod Zeit zum Leben gibt, Zeit, die Zeit zu entdecken und endlich das Leben zu entdecken."

Schonungslos und doch zugleich ehrlich ist er gegenüber seinen Freunden. Er schreibt über seine Freundin, die Schauspielerin Isabelle Adjani, die von der Boulevardpresse und ihren Agenten dazu genötigt wird, in der französischen TV-Hauptnachrichtensendung persönlich eine fragwürdige (und unwürdige) Erklärung abzugeben, daß sie nicht an Aids erkrankt sei. Er schreibt über seinen (titelgebenden) amerikanischen Freund Bill, der als Manager eines Pharmaziekonzerns mit einem angeblichen Wundermittel in der Hinterhand ein grausames Spiel um Sympthie und Macht spielt. Was Didier Eribon in seiner Foucault-Biographie diskret andeutete, spricht Guibert, der enge Vertraute Foucaults, schließlich aus: der große Denker starb nicht, wie man bei seinem Tod 1984 offiziell verkündete, an Krebs, sondern an den Folgen von Aids.

Guibert geht aber weiter. In seinem Buch hat Foucault – der hinter dem Namen Muzil nur andeutungsweise verborgen ist – in den Schränken zu Hause die Lederpeitschen und Handschellen verwahrt, schwärmt von den langen Nächten in den Schwulenclubs in San Francisco und den Orgien in der Sauna. Über diese Pietätlosigkeit war man in Frankreich entrüstet, aber auch darüber, den geistigen Verfall des großen Philosophen zu erfahren: das langsame Absinken in die Agonie im letzten Stadium der Krankheit.

„Michel Foucault war ein sehr freier Geist", verteidigte sich Guibert in seinem letzten großen Interview.* „Natürlich schütze er sein Privatleben, umgab es mit einem Geheimnis, und natürlich habe ich diese Inimtität verletzt. Aber ich glaube, man muß diese Dinge aussprechen ... Wenn er mir seine Orgien in der Sauna erzählte, fand ich das sehr schön. Das gehörte zu den Dingen, die ich liebte. Die Tatsache, daß ich mein

▶

eigenes Leben ausbreite, rechtfertigt nicht unbedingt, daß ich auch das Leben der anderen an mich reiße. Ich tue es. Das ist alles. Es ist eine Art Verbrechen. Immer aus Verliebtheit."

Als Foucault zum ersten Male von diesem neuen Virus erfuhr, habe er schallend gelacht, erzählt Guibert. Eine Krankkeit zum Tode, die fast ausschließlich Homosexuelle befalle, das sei einem allzu billigen gesellschaftlichen Wunschtraum entsprungen. Als er schließlich seinen eigenen Befund erhalten habe, sei die einzige Reaktion Foucaults die Frage gewesen „Wie lange noch?". Als es ernst wurde, habe er seinen Freundeskreis immer mehr verringert und sich intensiv – schwankend zwischen einer tiefgründigen Heiterkeit und ernsthaften Depression – mit dem Tod auseinandergesetzt. Gleichzeitig wies er seine Sekretärin an, alle Einladungen quer über den Erdball ausnahmslos anzunehmen, selbst wenn sie sich heillos überschnitten. Als wollte er diese einmalige Gelegenheit dieser Konfusion als letzten Spaß sich nicht entgehen lassen.

Guiberts „Den Freund, der mir das Leben nicht gerettet hat" entstand unter dem Druck, vielleicht bald keine Zeit mehr zu haben. Anschreiben gegen den nahenden Tod. Am 26. Dezember 1988 nimmt er die Niederschrift in Angriff: „Ich beginne ein neues Buch, um einen Gefährten zu haben, einen Gesprächspartner, jemanden, mit dem ich essen und schlafen kann, der einzige noch erträgliche Freund". Am 20. März 1989 ist es abgeschlossen: „Das Layrinth meines Buchs schlägt über mir zusammen". Als gelte es der kurzen noch verbleibenden Zeit alles abzutrotzen, beginnt er sofort eine Art Fortsetzung, „Le Protocoll compassionell", geschrieben innerhalb von nur sieben Wochen. (Es erscheint im April auch in deutscher Übersetzung). Zwei weitere Bücher sind danach in Frankreich noch veröffentlicht worden, „La mort propagande" und „Mon valet et moi".

„Ich hatte mir gesagt: Ich will diese Krankheit loswerden, ich will sie aus mir herausreißen. Leider ist das nicht möglich. Ich wünschte, es würde möglich, ich wollte das Wort Aids in meinen Büchern nicht mehr aussprechen. Daß es nicht mehr der Antrieb meines Schreibens ist."

Die Krankheit blieb der Antrieb und das Thema seiner Literatur. Die letzten Jahre widmete er fast ausschließlich der Darstellung des (eigenen) Lebens mit Aids und Sterbens. Stolz und aufrichtig wollte er nichts aussparen und mittels des eigenen Exhibitionsmus und auch seiner Lust zur Obszönität und zum Schock zu einem Dokument seiner, dieser Krankheit werden lassen. Zu diesem Projekt vollständiger Selbst-Darstellung gehört auch sein Film „Die Scham oder die Schamlosigkeit", eine Art Videotagebuches, das er über mehrere Monate hinweg aufgenommen hat. Die Ausstrahlung im französischen Sender TF 1 wurde am 17.Januar wenige Minuten vor der Ausstrahlung unter nicht ganz geklärten Umständen abgesetzt. Das Conseil national du Sida (eine staatliche Organisation für Prävention und ethische Fragen im Zusammenhang mit Aids) ließ verlautem, der Film sei ein rein persönliches Dokument ohne irgendeinen Informations- und Aufklärungswert für die Allgemeinbevölkerung. Er habe vielmehr eine demoralisierende Wirkung auf andere Menschen mit HIV und Aids.

Das letzte Stadium des Sterbens wollte Hervé Guibert nicht erleiden. Er verstarb am 27. 12. 1991, wenige Tage nach einem versuchten Freitod.

Axel Schock

In deutscher Übersetzung sind von Hervé Guibert erschienen:

- **„Dem Freund, der mir das Leben nicht gerettet hat". Rowohlt, geb, 253 Seiten, 38,- DM**
- **„Mitleidsprotokoll", Rowohlt, geb., 38 DM (erscheint im April 92)**
- **„Das Geheimnis eines Mannes". In: Rowohlt Literaturmagazin Nr. 28.**

  Alle Übersetzungen von Hinrich Schmidt-Henkel.
- **„Blinde". Erzählung, brosch. Rowohlt. Aus dem Französischen von Thomas Plaichinger. 22,- DM. (erscheint im April als Taschenbuch).**

* *mit Didier Eribon. In: „Le Nouvel Oberservateur" Nr. 1393 18.–24. 7. 1991. und „Die Tageszeitung" vom 17. 1. 92*

Die großen Themen menschlichen Lebens

Benetton wirbt mit dem Foto eines AIDS-Toten. Die Öffentlichkeit zeigt sich entrüstet.

In England hat die jüngste Anzeigenkampagne der italienischen Modefirma Benetton einen Skandal ausgelöst. Schockiert reagierte die Modezeitschrift „Elle", die lieber mit einer weißen Doppelseite in ihrer Märzausgabe erscheint, als diese Anzeige abzudrucken. Auch der britische Illustrierten-Verlag EMAP lehnt eine Veröffentlichung ab und nimmt damit einen Verlust von Werbeeinnahmen in Höhe von 300.000 DM hin. Der Terence-Higgins-Trust, eine AIDS-Hilfsorganisation, hält es für anstößig, „mit erschütternden Darstellungen von Todesszenen Kleidungsstücke für wirtschaftlichen Profit" zu verkaufen.

Die Empörung ist inzwischen auch nach Deutschland gedrungen. So hat sich der Zentralverband der deutschen Werbewirtschaft (ZAW) Anfang Februar gegen diese Werbung gewandt, da sie die Empfindungen der Menschen verletzen könne. Auch wenn grundsätzlich gegen provokative Werbeelemente nichts einzuwenden sei,

so habe Benetton „die Demarkationslinie" zwischen den Werten der Gesellschaft überschritten, „wenn menschliches Leid und Elend für Absatzinteressen ausgebeutet werden." Auch der Deutsche Werberat will der Modefirma bei einer Schaltung der Anzeige in deutschen Zeitungen unverzüglich eine Rüge erteilen.

Als Vorlage für diese Anzeige, die am 19. Februar europaweit erscheinen soll, wählten die PR-Manager eine preisgekrönte Arbeit der Fotografin Therese Frare, erstmals im November 1990 in dem amerikanischen Magazin „Life" veröffentlicht. Es zeigt den Tod des 32jährigen Leiters einer AIDS-Stiftung in Stafford, Ohio, David Kirby. Die Mutter des Verstorbenen hat sich mit der Verwendung des Fotos für die Anzeigenserie einverstanden erklärt.

Seit etwa zwei Jahren setzt das italienische Familienunternehmen mit einem Jahresumsatz von 4,5 Milliarden in 7.000 Filialen weltweit auf Werbekampagnen neuen Stils. Es berücksichtigt dabei die Erkenntnis von Marketingstrategen, daß gerade bei Konsum- und Luxusartikeln über traditionelle Produktwerbung eine Umsatzsteigerung kaum noch zu erreichen ist. Mit dem Slogan „United Colors of Benetton" und provozierenden Fotos will die Firma ein Image pflegen, daß sie eindeutig von Konkurrenten wie Esprit oder Stefanel abhebt.

Dabei sind wütende Proteste von vornherein eingeplant. In Amerika warfen Organistionen der Schwarzen dem Unternehmen Rassismus vor, weil es auf Plakaten ein weißes Baby an einer schwarzen Brust nukkelnd zeigte. In einer sechsteiligen Anzeigenserie widmet sich das Unternehmen, das über einen Werbeetat von 150 Millionen Mark verfügt, nun den „großen Themen menschlichen Lebens". Hierzu gehört auch das Bild des sterbenden Kirby. Als erstes Foto dieser Serie wurde ein blutverschmiertes Neugeborenes abgebildet. Den Golfkrieg konterkarierte Benetton mit dem Foto eines Soldatenfriedhofs. In weiteren Anzeigen sollen Krieg und Elend dargestellt werden. Laut „The Guardian" will Benetton seine Kunden mit einem halbnackten Soldaten konfrontieren, der in der einen Hand eine Kalaschnikoff, in der anderen einen menschlichen Oberschenkelknochen hält.

Die Deutsche AIDS-Hilfe ist bisher die einzige Organisation, die die Aktion der Modefirma begrüßt. Sie sieht in der breiten Veröffentlichung des Fotos eine Möglichkeit, die Tabuthemen Sterben und Tod in das öffentliche Bewußtsein zu rücken. Friedrich Baumhauer, Geschäftsführer der D.A.H.: „Über 50.000 HIV-infizierte und AIDS-kranke Menschen müssen sich in Deutschland mit ihren Freunden, Verwandten und Kollegen damit auseinandersetzen, daß auch sie an dieser Krankheit sterben können, solange es kein Heilmittel gibt."

Solange dies so ist, so Baumhauer, sei es eine vordringliche Aufgabe der AIDS-Hilfe, für menschenwürdige medizinische Behandlung und Pflege zu sorgen, aber auch für die Möglichkeit, unter humanen Bedingungen zu sterben. Die mangelnde Bereitschaft einiger Länder und Kommunen sowie der Krankenkassen, die Pflegeeinrichtungen speziell für AIDS-Kranke finanziell abzusichern, führe zu der „unerträglichen Situation, daß zunehmend mehr Menschen mit AIDS den Rest ihres Lebens sozial verelendet, alleingelassen und isoliert in Krankenhäusern verbringen müssen." Baumhauer hofft, daß die einsetzende Debatte über die Frage hinausgeht, ob ein Modekonzern das moralische Recht besitzt, ein Foto zu verbreiten, dessen Qualität von niemandem bestritten wird.

Für die D.A.H. sind Unternehmen wie Nestlé, Pepsi-Cola und Kentucky Fried Chicken fragwürdiger, die sich von ihrem Werbeträger Magic Johnson zurückgezogen haben, nachdem die HIV-Infektion des Basketball-Stars bekannt wurde. „Allerdings muß sich jetzt auch Benetton daran messen lassen, wie es sein Engagement für die großen menschlichen Themen umsetzt," sagt Baumhauer, „konkret gefragt: Wie geht diese Firma und wie gehen andere Unternehmen mit ihren HIV-infizierten und AIDS-kranken Mitarbeitern um?" Die Lufthansa beispielsweise übernimmt kostenlos die Transportflüge für weltweite Ausstellungen des „AIDS- Quilts", eines riesigen Teppichs, dessen Einzelteile zum Gedächtnis verstorbener Menschen mit AIDS gestaltet wurden. Auf der anderen Seite ist ein positives Testergebnis auf HIV-Antikörper für das Flugunternehmen Grund genug, Arbeitsverträge mit neuem Flugpersonal nicht abzuschließen.

Jürgen Neumann

Keine Zeit zu verlieren

„Leben mit Drogen: No time to waste" – Unter dieses Motto stellte Werner Hermann von JES (Junkies, Ex-User und Substituierte) seine Eröffnungsrede auf dem akzept-Drogenkongreß vom 10. bis 13. März 1991 in Berlin. Die Confessio eines jahrzehntelangen Drogengebrauchers weist bei allem individuellen Auf und Ab, bei aller Intimität über das vereinzelt Private hinaus. Sie zeigt: Eine Drogen*karriere* wird weitgehend gesellschaftlich geprägt – und zwar in dreierlei Hinsicht:

– Der Reiz, das Mysterium des Verbotenen verspricht zugleich den Zugang zur vermeintlich vorenthaltenen Erkenntnis durch die Pforten der Wahrnehmung – oder auch „nur" zur vermeintlich subversiven Lust.
– Die Organisierung des Verbotenen schafft eine Schattenwelt von Geld, Gewalt, Macht auf der einen und Ohnmacht, Abhängigkeit, Krankheit, Betrug und Mißtrauen auf der anderen Seite.
– Die Verfolgung des Verbotenen schließlich – neuerdings „Krieg gegen die Drogen" genannt – wird zum Krieg gegen die Drogengebraucher. Die Opfer landen im Elend, in der Psychiatrie, im Knast, sterben an einer unkontrollierbaren Drogendosis – über 2000 im Jahr 1991 hierzulande – oder an Aids.

Vor diesem Hintergrund ist in der Tat keine Zeit mehr zu verlieren, zu einer anderen Drogenpolitik, zu einer anderen Praxis der Drogenarbeit zu kommen – und zu einer anderen Sicht von Drogen-Kultur in der Gesellschaft. Der akzept-Drogenkongreß 1991 an der Technischen Universität Berlin markiert einen Meilenstein auf einem solchen Weg. Auf diesem Kongreß – in seinen Plenumsveranstaltungen, Seminaren und Workshops – zeigte sich ein neues und starkes Selbstbewußtsein von Frauen und Männern, die sich nicht länger durch eine ausgrenzende und kriminalisierende Drogenpolitik und Drogenarbeit ins gesellschaftliche Abseits treiben lassen wollen. Die von ihnen als WissenschaftlerInnen und Betroffenen entwickelten und offensiv vertretenen Alternativen zur derzeitigen offiziellen Drogenpolitik standen im Mittelpunkt des Kongresses. Darüber hinaus machte dieser Kongreß – anders als bisherige – zum ersten Mal die DrogengebraucherInnen von beforschten Objekten von Wissenschaft und Politik zu (mit-)bestimmenden und (mit-)handelnden Subjekten ihrer „Geschichte".

Mit dem seit Jahreswechsel vorliegenden Kongreßband werden die vielfältigen Konzepte, Erfahrungen und Sichtweisen, die in Berlin zum Ausdruck kamen, nun auch einem größeren Publikum zugänglich. Der übersichtlich gestaltete Sammelband präsentiert auf 280 Seiten die Hauptvorträge, Seminarbeiträge, Workshop- und Arbeitsgruppenberichte sowie im Anhang ein ausgewähltes Presseecho. Wie ein roter Faden durchzieht die verschiedenen Beiträge der akzeptierende Ansatz in der Drogenarbeit und Drogenpolitik – aus welchen wissenschaftlichen, weltanschaulichen oder erfahrungsgeprägten Denkweisen und Perspektiven heraus die einzelnen Autoren auch dazu gelangen mögen. Insofern dokumentiert der Band augenscheinlich einen *Paradigmenwechsel*: vom Abstinenzdogma und Leidensdrucktheorem zum Konzept der Schadensbegrenzung („harm reduction") und Gesundheitsförderung bei Menschen, die aktuell Drogen gebrauchen.

Einigen Raum nehmen Beiträge zu Ersatzstoffbehandlung (Substitution) und begleitenden Angeboten ein – ein Thema, das immer noch aktuell – weil politisch noch nicht durchgesetzt – ist. Vorgestellt werden auch niedrigschwellige Aids-präventive Angebote für Drogengebraucher wie Spritzenaustausch und „Druckräume" und spezielle Angebote für drogengebrauchende Frauen und Prostituierte. Selbstorganisierter Ausstieg, Erfahrungen und Projekte zu Selbstheilung und Entzug, bilden einen weiteren Schwerpunkt. Rechtliche, kriminologische, ja ökonomische Aspekte, sowie das Verhältnis von Forschung und Praxis werden ebenfalls kritisch beleuchtet. Ganz besonders interessant dürften selbst für Kenner der Materie die Beiträge sein, die sich – teils vergleichend – mit der kulturellen, sozialen, historischen oder ökologischen Dimension von Drogen in Gesellschaften beschäftigen. Hier beeindrucken v.a. die Ausführungen von Stephan Quensel (Einführungsvortrag „Leben mit Drogen?") und Manfred Kappeler („Argumente für eine ökologische und soziale Drogenpolitik"), die Berichte von Jacob Gluckman („Menschenrechte und Drogenkonsum"), Gundula Barsch, Katrin Gaffron und Sabine Jung („Drogennaivität der DDR-Bevölkerung: Gefahr oder Chance?") sowie die Darstellung des Wechselbezugs von Leistungsgesellschaft und Drogenkonsum von Günther Amendt.

Der Band enthält am Ende auch die vom Kongreß verabschiedete „Berliner Erklärung" gegen „repressive Drogenpolitik" und für eine „akzeptierende Drogenarbeit". In ihr werden von der Gesellschaft als unveräußerliche Rechte der DrogengebraucherInnen eingefordert: ein Recht auf eine autonome Lebensweise, ein Recht auf gesundheitliche Hilfe und ein Recht auf Schutz vor öffentlicher Ächtung.

Das für DM 20,- direkt von akzept e.V. zu beziehende Buch ist eine Pflichtlektüre für alle, die sich professionell mit der Drogenproblematik beschäftigen und ganz besonders für Entscheidungsträger in Politik und Administration.

Klaus-Dieter Beißwenger

Leben mit Drogen. Akzeptierende Drogenarbeit als Schadensbegrenzung gegen repressive Drogenpolitik. Dokumentation des 1. Kongresses des Bundesverbandes für akzepierende Drogenarbeit und humane Drogenpolitik – akzept e.V. Berlin 1991

Bestellungen an:
akzept e.V.
Haus der Demokratie
Friedrichstraße 165
O-1080 Berlin

Überweisung von DM 20,- auf Konto 1620113100 bei der Bank für Gemeinwirtschaft (BfG) Berlin (BLZ 100 101 11) – Kennwort: Kongreßdokumentation.

p o s i t i v
n e g a t i v

„Hochgradig positiv“

Bei einer medizinischen Untersuchung des sambischen Fußballspielers Webster Chikabala stellte sich heraus, daß der afrikanische Fußballstar HIV-infiziert ist. Für Dynamo Dresden Grund genug, den gerade abgeschlossenen Vertrag für ungültig zu erklären.

Damit hatte bei Dynamo Dresden keiner gerechnet: glaubte man einen Coup gelandet zu haben, als man den sambischen Fußballspieler Webster Chikabala für billiges Geld für zwei Jahre unter Vertrag genommen hatte, versetzte das Ergebnis der anschließenden medizinischen Untersuchung die Funktionäre ins pure Entsetzen. Chikabala war HIV-positiv! Daraufhin erklärte Dynamo Dresden den Vertrag unverzüglich für unwirksam. In der Begründung für die Vertragsauflösung bezieht sich der Geschäftsführer Manfred Kluge hier vor allem auf seine „ethisch-humanistische Einstellung“: da Chikabala „hochgradig HIV-infiziert“ sei, stelle dieser eine „Infektionsgefahr für die Mitspieler“ dar und müsse daher vom Mannschaftssport ausgeschlossen werden. Kluge legt dennoch großen Wert darauf, daß dies keine Diskriminierung sei: selbstverständlich solle Chikabala nicht aus der Gesellschaft ausgestoßen werden, doch seien HIV- Infizierte grundsätzlich für den Profisport ungeeignet. Werner Axmann, der Rechtsanwalt von Webster Chikabala, hält dies für unzulässig: „Ein Arbeitsvertrag darf nicht von Gesundheitsklauseln abhängig gemacht werden. Wenn der Arbeitgeber solche Risiken ausschließen will, dann müßte ein entsprechendes Attest Voraussetzung für einen Arbeitsvertrag sein.“ Axmann klagt auf die Einhaltung des rechtsgültigen Arbeitsvertrages, da Chikabala weder irgendeine Sozialleistung, noch sonstige Entschädigungen erhalten hat. Zudem habe der Mannschaftsarzt, Dr. Wolfgang Klein, der auch in die Stasi-Affäre des stark gebeutelten Clubs verwickelt ist, die ärztliche Schweigepflicht verletzt: Webster Chikabala hat von seiner HIV-Infektion erst aus der Presse erfahren. Vorher war ihm weder mitgeteilt worden, daß er auf HIV-Antikörper untersucht wurde, noch hat er bis heute das ärztliche Gutachten einsehen können.

Bei der ersten Gerichtsverhandlung vor dem Arbeitsgericht Dresden am 18.12.1991 ist nun per Verweisbeschluß verkündet worden, daß durch das Bundesgesundheitsamt Berlin (BGA) geklärt werden soll, ob eine HIV- Infektion unter den Krankheitskatalog des Fußballverbandes der ehemaligen DDR fällt und somit eine Kündigung von Chikabala rechtfertigt. Für Axmann ist die Sache hier ganz klar: „Eine HIV- Infizierung ist ganz eindeutig keine Krankheit. Desweiteren ist sie auch nicht im Krankheitskatalog des Fußballverbandes der ehemaligen DDR aufgeführt.“ Auch Kluge erklärte auf Anfrage, seine Widersprüchlichkeit nicht einmal bemerkend, daß er eine HIV-Infektion für keine Krankheit halte. Andererseits jedoch gab die Verteidigung des Bundesligisten in der Verhandlung am 18. 12. 1991 zum besten, daß eine HIV-Infektion mit einer Anämie zu vergleichen sei. Axmann sieht dem Ergebnis der BGA-Studie gelassen entgegen. Seiner Auffassung nach läßt sich eine HIV-Infektion im Katalog weder expressis verbis nachweisen, noch wäre eine Subsumierung unter den aufgeführten Punkten möglich, so daß er die Chance, diesen Arbeitsprozeß zu gewinnen, für sehr hoch hält.

Webster Chikabala

Als Chikabala anschließend einen Vertrag mit dem belgischen Erstligisten Eintracht Aalst abschloß, wurde auch dort parallel ein medizinisches Gutachten erstellt. Erneut wurde der Vertrag mit Chikabala für ungültig erklärt. Fatalerweise erfuhr Chikabala auch in Aalst erst aus der Presse von dem positiven Ausfall des HIV-Antikörper-Testes.

Doch gilt die Vorstellung, daß es im Rahmen von sportlichen Wettkämpfen zu einer Übertragung von HIV kommen kann, als rein theoretisch. Matthias Wienold, Referent für Medizin und Gesundheitspolitik der D.A.H., sind bislang keinerlei Fälle von HIV-Übertragung aus der Sportwelt bekannt: „Bei Verletzungen ist der Blutstrom in der Regel aus der Wunde heraus gerichtet, so daß ein Austausch von Blut nicht vorkommen kann.“ Für Wienold gibt es somit überhaupt keine medizinische Begründung für den Ausschluß HIV-positiver Sportler vom Mannschaftssport. „Die Diskussion läßt einen nur müde lächeln, wenn doch die Gesundheitsrisiken im Leistungs- und Profisport auch ohne HIV ungeheuer groß sind. Weltweit sind zudem lediglich zwei Fälle von HIV- Übertragungen durch Verletzungen bekannt, die jedoch auf massive körperliche Gewalt zurückgehen.“

Doch Webster Chikabala braucht sich nicht weiter um die Ausgrenzungen, die er im europäischen Fußballsport erfahren hat, zu scheren. Inzwischen spielt er mit der sambischen Nationalmannschaft um den Afrika-Cup, ohne aufgrund seiner HIV-Infizierung diskriminiert zu werden.

Ein positives Zeichen setzte unterdessen das Internationale Olympische Komitee (IOC): Basketballspieler „Magic“ Johnson erhielt die uneingeschränkte Erlaubnis, an den Olympischen Spielen teilzunehmen. Der belgische Prinz Alexandre de Merode, Vorsitzender der Medizinischen Kommission des IOC, teilte desweiteren mit: „Das IOC wird Johnson ohne Auflage, brüderlich und mit Freude bei den Spielen empfangen.“ Seine Kommission und die Exekutive sähen keinerlei Grund für ein Startverbot. Auch Berlins Nationalspieler Uwe Blab schließt sich dem an: „Ich habe mich sehr viel mit AIDS beschäftigt und weiß, daß eigentlich nichts passieren kann. Ich würde jederzeit gegen ihn spielen.“

Sönke Müller

Es ist soweit: Schwule gehen zum Standesamt

Die schwulen Juristen – SchwIPS (Schwule Initiative gegen den Paragraphensumpf) sind nunmehr wild entschlossen, die Frage, ob und unter welchen Umständen Schwule und Lesben heiraten können, vor die Gerichte und notfalls auch vor das Bundesverfassungsgericht zu bringen. Die Idee ist so einfach, daß eigentlich nur Juristen drauf kommen können: eine Handvoll schwuler und lesbischer Paare geht zum Standesamt und bestellt für sich das Aufgebot. Allein die zu erwartende Reaktion des Standesbeamten rechtfertigt schon das Vorhaben.

Aber es geht um mehr. Natürlich muß der Standesbeamte das Ansinnen ablehnen, weil es für ihn eine gesetzliche Grundlage zur Trauung von homosexuellen Paaren nicht gibt. Aber das ist ein einkalkuliert. In den bereits vom Bundesanwalt Manfred Bruns vorbereiteten „Antrag auf Erlaß des Aufgebots und auf Festsetzung eines Trauungstermins" geben die Antragsteller zu erkennen, daß sie an alle Eventualitäten gedacht haben: „Wir sind uns darüber im klaren, daß nach bisheriger Rechtsauffassung zwei gleichgeschlechtliche Menschen nicht heiraten können." Allerdings wissen die Heiratswilligen auch: „Der Begriff der Ehe ist ... nirgendwo gesetzlich definiert." Und so kommen sie zu der für den Standesbeamten sicherlich unvorstellbaren Frage: „Wenn aber gleichgeschlechtliche Lebensgemeinschaften nach heutiger Auffassung weder strafbar noch unsittlich sind, stellt sich die Frage, ob das Eheverbot für gleichgeschlechtliche Partnerschaften gegen das Grundrecht der Eheschließungsfreiheit verstößt."

Dies wird solide unterfüttert mit umfangreicher Verfassungsrechtsprechung, die „vom Staat äußerste Zurückhaltung bei der Aufstellung von Ehehindernissen" fordert, „die Zeugungsfähigkeit des Mannes oder die Gebärfähigkeit der Frau ... nicht zur Voraussetzung für eine Eheschließung" macht und feststellt, daß „sich das moralische Unwerturteil in erster Linie gegen die sexuellen Beziehungen richtet, die unabhängig von der beabsichtigten Eheschließung bestehen und vom Staat als solche nicht verboten sind."

Solchermaßen mit Argumenten ausgestattet, können dann die Pärchen der Ablehnung des Standesbeamten ruhig entgegen sehen. Diese wird natürlich schriftlich und mit Gründen versehen eingefordert.

Danach geht es in die Instanzen, denn, so das Gesetz, „lehnt der Standesbeamte die Vornahme einer Amtshandlung ab, so kann er auf Antrag der Beteiligten oder der Aufsichtsbehörde durch das Amtsgericht dazu angehalten werden." Da nicht damit zu rechnen ist, daß der Bürgermeister als Aufsichtsbehörde die Verfassungswidrigkeit des Eheverbots für homosexuelle Paare vor die Gerichte bringen will, werden dies die Beteiligten selbst tun müssen.

Spätestens hier ist allerdings vorstellbar, daß der Richter sich von der profunden Argumentation der Antragsteller beeinträchtigen läßt. Er hätte jetzt die Möglichkeit, von sich aus mit der Frage das Bundesverfassungsgericht anzurufen, ob es denn mit dem Gleichheitsgrundsatz zu vereinbaren sei das nur heterosexuelle Paare in den Genuß der vermeintlichen Vorzüge einer Ehe kommen könnten.

Aber auch wenn sich kein Richter dazu entschließen kann, auch nicht in den nächsten Instanzen, haben die Ehewilligen selbst nach Ausschöpfung des Rechtsweges die Möglichkeit, das Bundesverfassungsgericht in Form einer Verfassungsbeschwerde anzurufen.

Die schwulen Juristen schätzen die Chancen, daß zumindest eine Art registrierter Partnerschaft, wie es sie in Dänemark gibt, dabei herauskommt, nicht schlecht ein. Sie sehen die besseren Argumente auf ihrer Seite und beobachten auch eine gewisse Bewegung in der Rechtsprechung, was die rechtliche Gleichstellung von nichtehelichen und auch schwulen und lesbischen Lebensgemeinschaften betrifft.

Diese Tendenz soll durch gezielte Öffentlichkeitsarbeit verstärkt werden. Die SchwIPS-Leute stellen sich vor, daß einige Dutzend schwule Paare zu einem abgestimmten Zeitpunkt unter den Augen der Presse zum Standesamt gehen. Die Bereitschaft der Medien, über derartige Vorgänge zu berichten, scheint in der letzten Zeit ebenfalls gestiegen zu sein, so daß zumindest eine relativ breite öffentliche Diskussion hierüber losgetreten werden kann.

Sorge bereitet den Juristen noch die Kostenfrage. Natürlich wollen sie, soweit es geht, den Ehegatten in spe unter die Arme greifen, die Anträge und die Schriftsätze vorformulieren und sie bei den einzelnen Schritten, die zu unternehmen sind, beraten. Gleichwohl fallen Gerichtsgebühren an und in höheren Instanzen wird auch anwaltliche Vertretung erforderlich sein. Ob dies alles über Prozeßkostenhilfe abgedeckt werden kann, ist zu bezwei- feln, denn die Gericht prüfen einen Prozeßkostenhilfeantrag auch darauf hin, ob er überhaupt Aussichten auf Erfolg hat. Dies ist dann natürlich auch ein interessanter Anhaltspunkt für das weitere Verfahren.

Auf ihrem nächsten bundesweiten Treff Ende März wollen die SchwIPSler Mittel und Wege zur Finanzierung des Projektes besprechen. Bis dahin bleibt aber der Aufruf an heiratslustig schwule und lesbische Paare bestehen, mit ihnen Kontakt aufzunehmen und zunächst einmal ihre grundsätzliche Bereitschaft zum Mitmachen zu erklären. Dabei wäre es schon jetzt hilfreich, die dahinter stehende Motivation zu kennen, denn die wird in der juristischen Auseinandersetzung gebraucht. Bilden Versorgungsprobleme den Schwerpunkt (etwa in der Weise, daß ein Partner beim Tode des anderen unzureichend sozial abgesichert ist), ist es die Frage des Nachzugs eines ausländischen Partners oder geht es um die Gleichstellung zu heterosexuellen Ehen in wirtschaftlicher Hinsicht überhaupt? Allgemeine Forderungen nach „Gleichheit und Brüderlichkeit" und politische Stellungnahme beeindruken die Gerichte regelmäßig wenig.

Vor einem warnen die schwulen Juristen: wer kurzfristige Lösungen für seine Partnerschaftsprobleme braucht, dem kann auf diesem Wege nicht geholfen werden. Das ganze wird sicherlich einige Monate oder gar Jahre dauern. Aber vielleicht kommt der Gesetzgeber ja einem verfassungsgerichtlichen Auftrag zuvor – und auch dazu hätte dann diese Aktion beigetragen.

Friedrich Baumhauer

Interessenten wenden sich an:
Die schwulen Juristen – SchwIPS
c/o DAH
Nestorstr. 8-9
W – 1000 Berlin 31

Ein schwuler Mann berichtet über seine persönlichen Erlebnisse mit Drogen. Er selbst hat mit verbotenen Drogen weniger leidvolle Erfahrungen gemacht als mit erlaubten. Er beschreibt, wie er Rauschzustände zur Steigerung sexueller Erlebnisse einsetzt und welche Bedingungen erfüllt sein müssen, damit er sich beim Experiment mit Drogen nicht die Finger verbrennt. Die konkreten Hinweise sind nicht als „Empfehlungen" zu verstehen, sondern als persönliche Erfahrungen des Autors. Andere Schwule haben und machen sicherlich andere Erfahrungen. Dennoch ist der Artikel geeignet und notwendig, eine vielfach unterdrückte Diskussion anzuregen, die wir in den nächsten Ausgaben von Aktuell weiterführen wollen. Hier ist Ihre Meinung gefragt.

Es geht um Gut und Böse

Schwule und Drogen

Ich möchte diesen Text möglichst persönlich formulieren. Ich finde es nämlich selbst auch spannender, von anderen Schwulen Wissenswertes über ihre Praktiken und Rauscherlebnisse zu erfahren, als quasi in einem schwulen Lehrbuch nachzuschlagen, wie so etwas „ist". Definitionen bergen stets die Gefahr, subjektive Gewichtungen für objektiv gültig zu erklären, für „häufig" praktiziert oder für wert befunden, ausführlicher darüber zu schreiben. Wer dagegen davon berichtet, wie etwas *für ihn* ist, vermeidet es, seine Leser in gute und abweichende einzuteilen. Als positiver Mann empfinde ich etwa die Safer-Sex-Gebote mit alldem „müssen" und den „unbedingt"-Formulierungen, mit alldem „ob wir wollen oder nicht" als diskriminierend. Schließlich spricht medizinisch nichts für die sogenannte „Hyperinfektion". Diese von einem Teil der forschenden Medizinerschaft vor Jahren aufgestellte Hypothese, daß HIV-Infizierte einander immer neue Mutationen zuficken könnten, die wiederum miteinander zu einem monströsen HIV-Cocktail würden, der eher AIDS produziert, als wenn nur ein Virenstamm da wäre, diese These hat sich empirisch nicht bestätigen lassen.

Das heißt nicht, daß andere Erreger und Parasiten unschädlich für uns HIV-Infizierte wären, wohl aber, daß so die moralische Last wegfällt, HIV weiterzugeben. Dies ist für *meinen* Sex als positiver Mann ein zentraler und – Glück im Unglück – entscheidender Fakt!

Als AIDS-Hilfe-Mann schreibe ich hier außerdem in der gewachsenen Tradition unserer Arbeit. AIDS-Hilfe ist aber Selbsthilfe. Selbsthilfe beginnt stets mit Selbstreflektion und mündet in vernünftiges interessengeleitetes Handeln, in *unsere* Aktion – nicht in das, was *man* zu tun hat. So beim Thema HIV-Übertragung: Da gibt es viele Lösungsversuche und Hilfsmittel, etwa den Kondomgebrauch beim Ficken, aber auch: ich ficke als Positiver vorwiegend oder ausschließlich mit Positiven; oder ich rede mit meinen Partnern und finde den Deal des Tages; oder ich mühe mich um Einschätzung des Objektes meiner Begierde: Ist er viel jünger oder aus den fünf neuen Ländern, sprich: vielleicht nicht gut informiert über HIV und AIDS? Ist er vielleicht besoffener oder anderweitig bedröhnter als ich? Den Männern mit Unlust am Kondom ist jedenfalls mit unbedingt einzuhaltenden Regeln ebensowenig geholfen wie mir als Dirty-Mann, wenn ich zu lesen bekomme: „Man sollte allerdings tunlichst vermeiden, die Scheiße zu essen, weil..." Wenn das Verlangen tobt, gibt es kein „weil"!

Nun sitze ich hier in der Küche mit meinem besoffenen Kopf von gestern Abend (an dem sich AIDS-Hilfe mal wieder als lästiges Vipernnest von ihrer homophilsten Seite zeigte) und mühe mich um diesen Text zum Drogengebrauch der Schwulen. Freilich gibt es unter uns etliche, die unter ihrer Abhängigkeit von „harten" Stoffen leiden und noch mehr, die den „Dealern in Weiß" per Psychopharmakasucht aufgesessen sind. Lust auf Rausch-Erfahrungen, durchaus auch Abhängigkeit soll hier dennoch nicht mit Sucht als leidvoller Dimension des Konsums stimmungsverändernder Substanzen gleichgesetzt werden. Vielmehr ist es mein Anliegen, zu differenzieren und damit der Wirklichkeit näher zu kommen.

Durch das derzeitige Zivilisations-Klischee des Clean-Seins um jeden Preis möchte ich darum hindurchsteigen und bitte meine LeserInnen nun, mir hinter diese Zeitgeist-Kulisse zu folgen. Mit ihr lassen wir das Erschrecken vor den kriminalisierten Begriffen hinter uns, ohne sie ganz zu vergessen oder gar unabhängig von ihnen die folgenden Überlegungen zum Rausch- Erleben der Schwulen mitvollziehen zu können. Denn die gesellschaftliche Realität scheidet uns DrogengebraucherInnen in gnadenlos Verfolgte, deren Leben zwischen Gosse und Knast allzu oft auf irgendeinem Bahnhofsklo endet, und Leuten wie mich, deren Rauschmittelgebrauch massiv gewollt ist, sogar gefördert wird (für die illegalen Teile meines Konsums finde ich meine Wege ohne Knast und Gosse). Die Tatsache, daß die meisten aller Richtersprüche „im Namen des Volkes" entweder direkt Betäubungsmittelgesetzverstöße betreffen oder eben indirekt Beschaffungskriminalität, wie Raub und Hehlerei, ist brutaler Grundtatbestand. Das drogengebrauchende Volk wird so „in seinem Namen" gespalten: in wirtschaftlich wünschenswerte Psychopharmaka-Zombies und Alkies einerseits und die drogensüchtigen Heroin-Monster mit ihrer verbrecherischen Dealer-Mafia andererseits, diesseits und jenseits einer Barriere, die bei den Saubermännern in Politik und Therapie quasi religiösen Rang erhält. Es geht um Gut und Böse, der Erzengel Michael streitet mit Luzifer. So werden Kriege gerechtgertigt (im großen siehe Panama oder Kolumbien), die Hatz auf unseren Straßen und die Schere in unser aller Kopf zwischen erlaubtem und unerlaubtem Rausch.

Dabei geht es mir im Augenblick schlecht, weil ich mich völlig legal besoffen habe – aus Ärger über meine geliebte AIDS-Hilfe –, während ich mit den verbotenen Substanzen weit besser zurecht komme. Grotesker noch. Mir drängt sich eine umgekehrte Hierarchie in die Feder, die ich als schwuler Drogen-Konsument hier der Debatte zum Zerreißen anheimgeben will. Je kriminalisierter die jeweiligen Drogen, desto besser zu handhaben und desto größer sind meine seelischen Räume des Rausch-Erlebens. Fangen wir der Reihe nach an. Unmittelbar weh tut mir jetzt und hier mein besoffener Kopf. Alk ist unter den berauschenden Substanzen, die ich zu mir nehme, die, mit der ich am schlechtesten zurechtkomme. Ich mag zwar meine Sauferei nicht Sucht nennen, weil mein Leid darin sehr begrenzt ist, weil ich das Saufen auch lassen kann, wenn ich am nächsten Tag früh raus muß oder mich für einen klaren Kopf am Abend entschieden habe und andererseits irgendein Wort noch da sein soll, um *leidvolle*, subjektiv aussichtslos empfundene Abhängigkeit zu benennen (in ausschließlich diesem Sinne werde ich im folgenden das Wort Sucht verwenden). Dennoch ist Alk im Gegensatz zu allen anderen von mir verwendeten Rauschmitteln das einzige, das ich – wie gestern abend auch – zum Vergessen von Ärger einsetze.

Alk würde „enthemmen", heißt es, vor allem im Blick auf den Kneipen-Alltag in der Szene und die HIV-Verhütungsfrage. Ich erlebe eher das Zuschütten von Angst voreinander, das Verstecken von Verklemmung hinter einer zunehmend lallenden Fassade am Tresen. Spätestens in der Kiste muß der Klemmi dennoch den Offenbarungseid leisten: Wer nicht frei beim Sex ist, wird es durch Alk bestimmt nicht. Nichts dagegen, die Zahnschmerzen der Nacht mit Schnaps zu betäuben bis morgens der Arzt die Praxis öffnet, nichts dagegen, runterzuspülen, daß mein Objekt der Begierde mich hat abblitzen lassen. Aber der Dauer-Alk-Schleier tagtäglich, spätestens ab 23 Uhr am Leder- und Tuntentresen kann das wahre Glück wohl nicht sein. So mancher Mann kann hier vor sich und den anderen viel zu lange kaschieren, was ihn längst leidvoll ergriffen hat und bereits an erster Stelle in seinem Leben steht, noch vor den Männern, die er

▶

haben könnte, und dem Opernabend alle 14 Tage. Für Männer, die wie ich häufig am schwulen Tresen anzutreffen sind, ist die Konvention des Biertrinkens als mann-männliches Ritual sicher die größte Gefährdung, von einer betäubenden Substanz ergriffen zu werden, anstatt sie zu ergreifen, um *vorhandene* schöne Stimmungen zu gestalten und zu steigern.

Eine gelegentlich zur Selbstkontrolle eingeschobene Alk-Abstinenz-Woche bringt, ohne viel Aufhebens zu machen, rasche Klarheit über den Grad leidvoller subjektiv ausweglos erscheinender Abhängigkeit gleich Sucht. Wer schon am zweiten Nicht-Suff-Tag die Wohnung nach „versehentlich" in den Kleiderschrank gestellten Schnapsflaschen abzusuchen beginnt, sollte eine Beratungsstelle, eine Gruppe der Anonymen Alkoholiker oder einen anderen therapeutischen Hilfsort suchen, um wieder froh zu werden. In einigen Städten gibt es auch schwule AA-Gruppen.

Frohe Stimmungen zu gestalten, ekstasisch zu steigern, ist die andere Potenz berauschender Stoffe. Da ich über den Drogengebrauch von uns Schwulen zu schreiben habe, geht es hier vor allem um *Drogengebrauch beim Sex* unter Männern. Zum Unterstreichen und Herauskitzeln des geilen Empfindens beim Flirten trinken viele Schwule gern Alkohol, besonders Bier, weil Bier mit Männlichkeit assoziiert wird. *Geile Rülpser*, die nach Bier riechen, gehören ebenso zum Repertoire wie *Bierpisse*, die besonders gut schmeckt. Für Männer, die auf Pisse stehen, ist Bier auch deswegen wichtig, weil es ergiebiger ist (oder scheint?) als andere Getränke. So kursiert seit Jahren in Frankfurt der Spruch „Frankfurter Bier ist unerreicht, dreier getrunken, sieben geseicht."

Geht der Flirt in Aktion über, greifen viele gern zu *Poppers*, einer Schnüffeldroge, die in kleinen Flaschen in Sexshops, Pornokinos und Lederkneipen erhältlich ist. Es besteht aus einer chemischen Substanz (Amyl-Butyl-Nitrit und ähnliches), die beim konzentrierten Einatmen eine sofort eintretende und einige Minuten anhaltende Adererweiterung bewirkt. Darum wird das eine Nasenloch zugehalten, während durch das andere ein oder mehrere mehr oder weniger lange Züge aus der Flasche in den Kopf gesaugt werden. Das Herz klopft heftiger, das Blut zirkuliert schneller und ein Gesamtzustand kann eintreten, der für die Hingabe an sinnliche Reize sehr günstig ist. Poppers fördert nicht unbedingt die Erektion, wohl aber die Erregbarkeit. Sein Genuß muß meist gelernt werden. Die ersten Male tritt oft Schwindelgefühl auf, manchmal sogar Übelkeit oder Erbrechen. Poppers eignet sich gut für das Erleben des Innenraumes beim Gefickt- oder Gefistetwerden. Wer die Hände frei haben möchte und nicht die Popperskurve unterbrochen haben will, befeuchtet ein Stück Papier, Taschentuch oder etwas Watte damit und steckt das Ding in die Nase. Leere Olivenflaschen eignen sich, um ausgefleddertes Klopapier oder Tempo-Taschentuch darin zu verteilen, das mit Poppers übergossen und sofort darauf verschraubt wird. Der „Schneef" ist dann besonders intensiv und die Gefahr des Verschüttens ist nicht gegeben. In unseren Läden ist meist deutsches oder amerikanisches Poppers zu bekommen. Deutsches ist leichter verderblich, dafür etwas billiger. In jedem Falle sollte Poppers im Kühlschrank aufbewahrt werden und nach Anbruch nur noch so lange es nicht stinkt. Im nach Schweißfüße riechenden Zustand gehört Poppers zusammen mit vefallenen Tabletten in den Sondermüll, nicht aber in Dunkelräume, wo es allen Anwesenden mit der Luft den Spaß raubt.

Dope-Rauchen, Marihuana, Gras, Haschisch, Cannabis-Produkte als Keks oder Salatöl sind weit über die schwule Szene hinaus weltweit und kulturübergreifend in Gebrauch. Seine Aufnahme in das Betäubungsmittelgesetz (BTMG) ist besonders schwer verständlich. Die Diskussion um die „Einstiegsdroge Haschisch" ist zu Ende geführt: es ist keine – es sei denn, gemeint wäre der Einstieg in angenehme sinnliche Zustände. Dies aber ist wünschenswert und wird im Vergleich mit Alkohol eher selten als leidvoll und subjektiv ausweglos empfunden, süchtigerweise besitzergreifend. „Am Morgen ein Joint und der Tag ist ein Freund" ist nicht jedermanns Sache, wegen der durchaus oft beruhigenden Wirkung, die für Arbeit oder ähnliches abträglich sein kann. Viele dagegen genießen den Kif nach Feierabend, aber gegen Ende der Arbeitszeit wieder das Happy-Hour-Bier auf dem Nachhauseweg als *Einstieg* in einen lockeren Resttag. Schwule Männer rauchen auch gerne dann einen gemeinsamen Joint oder mehrere, wenn sie sich einig sind, aufeinander abzufahren. Dann nämlich kann die oft mit Konzentration verbundene Phase des Aufreißens bei einem Ausgeh-Abend verlassen werden; gemeinsames Gehenlassen ist angesagt und der Joint geht schnell in den Kopf. Öl oder Gebäck brauchen in der Wirkung dagegen eine halbe bis mehrere Stunden. Die Qualität des Fetts ist dabei entscheidend, ob der nächste Tag ein Katertag wird oder ob die Nacht in guter Erinnerung bleibt.

Kokain (Koks), LSD (Trips), Speed, Ecstasy, MDA und auch neue sogenannte *Designerdrogen* sind überall auf der Welt verboten, sowohl ihre Herstellung wie ihr Handel und ihr Gebrauch. In Teilen der schwulen Szene sind sie dennoch recht üblich. Besonders Koks und Trips erfreuen sich einer großen Fan-Gemeinde. Während die staatliche Drogenprävention stets vor dem Verführer warnt, gilt doch anders herum, daß ein mit der jeweiligen Rauschsubstanz erfahrener Einstiegsbegleiter die wichtigste Voraussetzung bildet für das Vermeiden unerwünschter Folgen, ungünstigen Mischgebrauchs und so letztlich für den gesamten Genuß, sprich: das Gelingen einer Anfangszeit.

Ich verabrede grundsätzlich, daß wir für die gesamte Rauschzeit zusammenbleiben und anschließend zusammen einschlafen. Dosierungsfragen sind nur individuell zu beantworten. Koks als Pulver und Trips als beschichtete Papierstücke sind leicht aufzuteilen. Falls die Wirkung beim Trip zunächst zu harmlos erscheint, sollte das nächste Mal höher dosiert, nicht aber am selben Abend „nachgelegt" werden, weil das Einsetzen spürbarer sinnlicher Veränderung zwischen einer halben und zwei Stunden einsetzen kann, möglicherweise heftiger als erwartet und dann nur noch die Angst herrscht: so ein Hammer ein zweites Mal – wie furchtbar!

Allen obengenannten Substanzen ist gemeinsam, daß sie Zustände besonderer sinnlicher Wachheit hervorrufen, die in eine große Nähe und Dichte mit dem Partner oder der anwesenden Gruppe von Menschen münden kann. Mit frisch aufgerissenen Fremden teile ich darum weit eher einen Joint als einen Trip.

Da nervliche Reize besonders in körperlichen Innenräumen aber auch durch Musik sichtbar werden und der Zeitfluß nicht vorhanden erscheint, ist das Gestalten von Sex über Stunden und Tage möglich. Fist-Fucking-Scheiß-Sex, aber auch gegenseitige Tittenbearbeitung gewinnen ungeahnte Dimensionen. „Alles" etwa in einer Titte zu vereinigen und zu „wissen": so ist es gut, so soll es bleiben, das ist sinnvoll, gelingt öfter mit Unterstützung solcher *mittelharter* Drogen als beim klaren Kopf oder mit Alk oder Cannabis. In vieler Hinsicht machen sie den Kopf sogar klarer für die tieferen Dimensionen unseres sinnlichen Verlangens.

Ich vermeide es hier bewußt, Details zum „Einnehmen" der jeweiligen Substanzen zu beschreiben. Denn das Ungefährlichste in diesem Fall ist es, sich von einem erfahrenen Anderen alles zeigen und sich begleiten zu lassen, statt diesen Text als Kochbuch zu nehmen. Vom „allein üben" wie bei einigen Sexpraktiken ist dringend abzuraten! Die mittelharten Drogen sind weit weniger suchtrelevant als etwa Alkohol, was nicht bedeuten soll, daß es nicht leidvolle Abhängige zum Beispiel von Koks gibt.

Das Leben mit harten Drogen, vor allem *Heroin*, spielt im kriminalisierten Teil der schwulen Szene eine brutale Rolle. Teils, weil diese Abhängigkeit nicht lustvoll erlebt werden kann; weil Sex für Heroin-Gebraucher eine völlig untergeordnete oder gar keine Rolle spielt; teils, weil die staatliche Verfolgung das Leben der Betroffenen ihr Leben zwischen Gosse und Knast ruiniert; weil die Bedingungen des Heroin- Konsums so sind, daß er meist mißlingen muß: Heroin ist so teuer, daß auch mittelmäßig wohlhabende Abhängige stehlen oder anschaffen gehen müssen, um zahlen zu können. Die meisten Schwulen kommen entweder über das Engagement in der AIDS-Hilfe mit Heroin-Konsumenten zusammen, beim Weg zur Arbeit durch die Großstadt-B-Ebene oder als Freier auf der Suche nach einem „preiswerten" Angebot auf dem Markt der Sexarbeiter.

Hier seid fair: Der Abhängige braucht Eure Knete dringender als ihr den Sex. Nehmt ihn nicht aus, sondern zahlt faire Preise und infi-

ziert ihn nicht mit HIV oder sonst was, auch wenn es so scheint, daß ihm alles egal ist.

Für die Anschaulichkeit gelingenden und mißlingenden Gebrauchs von Drogen hier einige „Geschichten aus meinem Leben", die ich als typisch empfinde.

Verabreden, ob und was wir nehmen

Ich bin verabredet mit einem Mann, der mich zum Abendessen eingeladen hat. Ich bin sehr gespannt und gierig auf ihn, denn die Anmache war eine der schöneren Situationen dieses Genres gewesen: Beim Straßenbahnfahren fiel er mir in einer Kurve auf, als ich den Kopf wendete. Er saß schräg hinter mir, gerade dort, wo die Gummi-Ziehharmonika der Bahn die für diesen Moment notwendigen Bögen beschrieb. Wir fuhren – uns von Kurve zu Kurve weitertastend – beide viel weiter, als wir eigentlich wollten. Hockten uns dann nebeneinander, gingen uns lippenleckend an die Titten und er lud mich ein, denn für den Moment war keine weitere Zeit mehr. Zum Aperitif gibt es Campari-Orange, Suppe und ein wundervoller Salat folgen. Unsere Titten und Säcke sind bereits heftig in Aktion, als ich eine Veränderung der Farbwahrnehmung bemerke. Ich denke, es ist die Geilheit und beginne verstärkt zu genießen, trinke noch etwas Wein, als wir, ohne an den Hauptgang nur zu denken, längst auf dem Boden liegen und die Verschmelzung unserer Leiber heftiger wird. Da bekomme ich Angst. Ich kenne ihn schließlich nicht. Hat er mir etwas davon in die Suppe getan, was ich ebenso wenig kenne, das mich überfordert? In meiner Angst beginne ich, sein Gesicht anders wahrzunehmen. Die geilen Schnauzer-Züge werden zur Fratze. Immer dämonenhafter sprühen Farben, die Nerven toben. Ich bin nur noch Angst, kann weder meinen Arsch öffnen noch will ich irgend etwas anderes, als „nichts wie raus aus diesem Rausch und diesem Raum und weg von diesem Mann". Als ich ihn am nächsten Tag anrufe, behauptet er, daß er mir nichts gegeben hätte.

Offen sein für neue sinnliche Erfahrungen

Ich schlendere froh die Straße herunter, habe mir frisches Ram besorgt (die meiner Meinung nach beste Sorte Poppers), und habe noch etwas Zeit, bis im Movie ein Arbeits-Kaffeetrinken mit den Pressereferenten der D.A.H.-Bundesgeschäftsstelle beginnt – da steigt aus einem Taxi direkt vor mir eine absolute Zaubermaus in Jeans mit drallem Arsch und lacht mich an. Nach zehn Meter Schaufenster-Cruising sind wir soweit, uns zwischen Möbeln und Lampenausstellung die Säcke mit den Händen und die Zungen aneinander zu reiben. Super! Wir gehen ins Movie, weil vor meiner Arbeitsbesprechung keine Zeit für Sex ist. Er fragt nach Drogenpraxis, nach Cannabis, LSD. Als ich bejahe, packt er eine Tüte aus, deren Inhalt mich an Frolic-Hundefutter erinnert. Ob ich das kenne? Nie gesehen. Es sind Pilze. Heudüngerlinge, die er getrocknet hat und mir eine Tüte davon für zwanzig Mark anbietet. Die seien halluzinogen und wunderbar geeignet für längere Ficktouren. Ich kaufe sie ihm ab, treffe ihn zwar später nicht wieder, er ist Sanjassin (Poona und so, you remember?), ich mag Esoteriker und Konsorten nicht besonders, habe aber drei wunderbare Nächte mit anderen zusammen in den folgenden Tagen. Außerdem bin ich leidenschaftlicher Pilzsammler und habe auf diese Weise mein Repertoire angenehmstens erweitert.

In jedem Fall beieinander bleiben

Ich bin spät dran, will einen Mann wieder treffen, mit dem ich vor kurzem eine geile Scheißschweinerei veranstaltet habe und mein Zug nach Hamburg hat Verspätung. Ich kann nicht anrufen. Hoffentlich ist er nicht verärgert. Ich nehme ein Taxi und hetze die Treppe hoch. Gottseidank alles o.k. Anmache wie beim ersten Mal. Ich habe Trips mitgebracht und wir teilen einen, während die Zunge das erste Mal in die heiße Arschritze dringt, denn wir wissen beide, das wird wunderbar werden. „Überflüssig auszumachen, daß wir auf jeden Fall zusammenbleiben wollen", denke ich. Die Wirkung ist nach einer halben Stunde schon voll da. Wir sind – so fühle ich – wunderbar dabei. Plötzlich will er ohne mich sein. Ich bin nicht mehr in der

Lage, gut zu verstehen, was er genau will. Nur, daß er weg will. Daß ich es eigentlich bin, der gehen muß, denn es ist schließlich seine Wohnung. Ich bin entsetzt. Mir wird absolut kalt. In diesem Zustand komme ich nicht mehr weg von hier. Außerdem ist draußen Winter. Finde ich zu jemand anderem, der mich jetzt versteht, ohne daß ich viel erklären muß, weil ich gar nichts erklären kann? Ich fand nach ein paar Stunden Herumirren in der mir halbfremden Stadt schließlich jemanden. Aber dieser Abbruch gehört zum übelsten, was ich erlebt habe.

Nach einem guten Trip bist du dauerhaft verändert

Ich treffe einen Mann, mit dem ich schon seit Jahren Sex habe, so einmal im Dritteljahr. Bislang hatten wir uns neben viel geilem Spiel gegenseitig – abwechselnd – gefistet und – wie auswendig – recht tiefgehend kennengelernt. Auch quatschen geht gut, miteinander kochen und essen, kurz eine vertraute Fickbeziehung. Miteinander hatten wir noch nie LSD probiert, das sollte heute abend anders werden. Zum Vortisch bereits neben heftigster Beißerei nehmen wir beide den Trip. Er kommt während des Rummachens und irgendwann sind wir symmetrisch mit den Armen in unseren beiden Ärschen. Ich bin wie geblendet. Es gibt nun eine neue „Ebene", die weit über den Tag hinaus Bedeutung hat; auch weiter darüber hinaus, heute eine neue Technik erprobt zu haben. Ich sehe die Fisterei nun noch anders und noch weit wunderbarer als zuvor, so daß es sich jeder sprachlichen Beschreibung entzieht, die nicht in Courths-Mahler-Tönen versinken will.

Hans Peter Hauschild

Nichts ist mehr wie früher

Joe Kramer, amerikanischer Jesuit und Taoist, bietet auch in Deutschland Workshops an, in denen Schwule – AIDS-Kranke, Positive wie nicht Infizierte – Sex auf neue Weise erfahren können: Als Herzensangelegenheit, als heiliger Zustand mit heilender Wirkung. Martin Blaue sprach mit ihm über seine Erfahrungen.

Joe, wie es dazu kam, daß Du zum „Sex-Lehrer" geworden bist?
Ich habe sehr früh in meinem Leben begriffen, daß es grundsätzlich zwei Arten von Macht oder Herrschaft gibt. Die eine war in meinem Körper und die andere war die Macht Gottes; in meinem Fall der katholische Gott, von dessen Macht ich absolut fasziniert war. Im Alter von etwa drei Jahren wurde ich mir allerdings auch der anderen Art Macht bewußt, der Macht, die sich in meinen Genitalien befand. Es gab also Gott und es gab den Sex, und nichts anderes interessierte mich. In den Zeiten, in denen Gott seine Macht verlor und sich in St. Nikolaus, den Weihnachtsmann oder den Osterhasen verwandelte, wurde Sex vorrangig. Und wenn der Sex seine Macht verlor, hervorgerufen durch Angst oder Schuldgefühle, erlosch das Feuer, und Gottes Macht hatte wieder mehr Stellenwert in meinem Leben...

Immer geschah es durch die Wirkung eines oder beider dieser Erfahrungen, daß ich danach suchte, kraftvoll zu leben. Ich hatte keine Lust, meine Zeit damit zu vergeuden, normal und gelangweilt zu leben und so schienen Gott und Sex für mich die Richtungen oder Möglichkeiten zu sein, durch welche eine mächtige und kraftvolle Existenz gesichert war. Macht bedeutete, sich mit den heiligen Mysterien der „Mutter Kirche" zu umgeben; quasi als Vermittler zwischen Gott und Mensch. So beschloß ich, Priester zu werden. Als Teenager trat ich den Jesuiten bei – einem katholischer Orden, der traditionell große Macht und Einfluß besitzt.

Wie hat sich das auf Deine Sexualität niedergeschlagen?
Traditionsgemäß leisten die Jesuiten das Gelübte, Sexualität auf jeder Ebene zu entsagen, und das rief natürlich eine gewisse Dissonanz in meinem Leben hervor. Ich wußte, wie machtvoll Sex war; doch um Gottes Gebot Folge zu leisten, mußte ich den sexuellen Weg ganz aufgeben. Und das tat ich über elf Jahre hinweg. Ich ging den Weg der Jesuiten, studierte und betete. Das war eine interessante Erfahrung, aber irgendwann wurde mir klar, daß das nicht meine Richtung sein kann – daß ich dadurch einfach auch nicht in meiner „power" war. Im Gegenteil, ich entfernte mich immer mehr von meiner Kraft, anstatt mehr davon zu gewinnen. Während dieser Zeit begriff ich auch, daß mein spezielles sexuelles Kennzeichen war, daß ich Männer liebte, was mich auf einen anderen Weg führte. Das Modell der Jesuiten war, ein Mann zu sein unter anderen und zum Wohle anderer. Aber das weitete sich nicht dahingehend aus, Sex mit anderen Männern zu haben. Die Jesuiten lehrten zwar, Männer zu lieben, und ihre Art, Sexualität zu transformieren, hatte sehr machtvolle Formen. Mein Interesse aber, diese Liebe auszudrücken, war sehr stark und eher „multidimensional".

Wie hast Du dieses Problem für Dich lösen können?
Ich habe schließlich – ich glaube es war 1975 – die Jesuiten verlassen und bin in ein gleichsam machtvolles Milieu eingetaucht. Ich zog nach New York und hatte dort meinen Einstieg in die schwule Kultur. Das war großartig! New York bot die Gelegenheiten für non-stop Sex. Und ich hatte sehr viel Sex. Tagsüber hatte ich einen Job als Lehrer am Konvent der „Heiligen Herzen", einer katholischen Mädchenschule, und unterrichtete die Mädchen dort über Gott und Jesus, und des nachts unterrichtete ich mich selbst über die Macht der Genitalien und des Herzens.

Also eine katholische Schule am Tage und Sexclubs und Saunen während der Nacht! War das kein Dilemma für Dich?
Überhaupt nicht. Für mich war es wie ein großer kosmischer Witz. Es gab Zeiten, da ich in irgendeinem Kellerraum eines Clubs stand und mit jemanden fickte und daran dachte, daß ich wenige Stunden später in Anzug und Krawatte im Klassenzimmer der Mädchenschule zu stehen hatte, um sie über das Sakrament der Konfirmation zu unterrichten. – Ich bin total in diesen damaligen schwulen Lebensstil eingetaucht und das ging über vier Jahre hinweg.

Bedeutet das, daß Du die Erfahrungen, die Du bei den Jesuiten gemacht hast, und das, was Du dort gelernt hast, erst einmal völlig über Bord geworfen hast?
Die Jesuiten haben mich eine wichtige Sache gelehrt: Mein Herz zu öffnen, und das habe ich mir in dieser Zeit erhalten. Jeglicher Sex, den ich hatte, lief über Herz-Kontakt. Meine Art des Kontaktes war zu sagen: „Hallo, hier bin ich; ein menschliches Wesen; ob wir nun drei Minuten, drei Tage oder drei Jahre miteinander verbringen, laß uns das Beste daraus machen. Laß uns die schönste und kraftvollste Begegnung, die möglich ist, daraus machen!". Ich glaube, daß ich meine Offenherzigkeit in jeden der tausenden von sexuellen Kontakten, die ich hatte, eingebracht habe – wo auch immer sie stattfanden. Und durch all diese Kontakte habe ich etwas über Exstase, Tantra und Taoismus gelernt – lange bevor ich überhaupt begriff, was das auf intellektueller Ebene bedeutete.

Und ich lernte gleichzeitig auch, daß das, was ich wollte, langgezogene, auf Herzkontakt basierende sexuelle Begegnungen waren und keine, die mich und meinen Partner nur zu schnellem Orgasmus brachten. Meine Ejakulation oder die meines Partners kündigte gewöhnlich das Ende unserer Begegnung an: „Okay, du bist gekommen, ich bin gekommen, also dann, bye, bye!" Ich stellte fest, daß die Begegnungen, bei denen die Ejakulation erst nach langer Zeit stattfand oder die gar ohne Ejakulation abliefen, von weitaus besserer und angenehmerer Art waren. So wurde es mehr und mehr mein Ziel, weniger zu ejakulieren, als mich wirklich mit dem anderen zu verbinden, mit ihm zu spielen und einfach eine gute Zeit zu haben. Während jedes sexuellen Zusammenspiels schaute ich meinen Partner an und meine Absicht war, den besten und höchsten Punkt zu erreichen, der möglich war in der Zeit, die wir zusammen hatten. Und immer wieder stand die Frage im Vordergrund: „Was kann ich für Dich tun, was kannst Du für mich tun, was jeder von uns für uns selbst!?"

Nach Deiner Zeit in New York hast Du begonnen, die Lehren des Tantra und Taoismus zu studieren und mit Deinen eigenen Erfahrungen zu verbinden. In Deinen Seminaren und workshops, die Du seit geraumer Zeit leitest, ist immer wieder vom „ganzkörperlichen, kontinuierlichen Orgasmus" die Rede. Erkläre doch ein wenig, was das bedeutet!
Orgasmus ist ein vager Begriff. Im Verständnis der Taoisten, der Tantriker und in meinem Verständnis ist der Orgasmus ein Zustand, in dem der Körper einer so hohen Vibration ausgesetzt ist, daß sich das Ich und die Art, in der wir uns normalerweise kontrollieren, auflöst. Und damit verändert sich die Wahrnehmung der Welt drastisch. Die meisten Männer können nicht mehr als wenige Sekunden dieses Zustands ertragen und deshalb ejakulieren sie schnell. Ejakulation bedeutet dann soviel wie „den Stecker aus der Steckdose zu ziehen" und den Energiestrom zu unterbrechen. Gewöhnlich sagen Männer: Ich halt es nicht mehr aus, ich muß jetzt kommen! Aber was halten sie nicht mehr aus? – Die Vibration, das Vergnügen, das, was wir als Vergnügen im Körper spüren?

Vielleicht ist es das, was Extase genannt wird.
Ja, die Exstase! An diesem hohen Vibrationspunkt angelangt, geschieht eine Veränderung, eine Umwandlung. Die ganze Neurologie verändert sich und alle Kanäle, die blockiert waren in irgendeiner Art, öffnen sich, und es passieren alle möglichen neuen Sensationen im Körper. Ich glaube nicht an einen lokalen Orgasmus. Das, was ich authentischen Orgasmus nenne, ist immer ganzkörperlich. Ejakulation ist lediglich eine muskuläre Kontraktion, durch welche der Samen durch die Samengänge hinausgetrieben wird, begleitet von einem Orgasmus. Dieser Vorgang dauert zwischen drei und zwanzig Sekunden. Im Tantra und im Taoismus und in dem, was ich sage,

geht es darum zu erfahren, daß man in diesem ekstatischen Vibrationszustand über einen weitaus längeren Zeitraum bleiben kann. Gleichzeitig ist dies der höchste spirituelle Zustand, weil man an diesem Punkt in einem Zustand der Einheit mit sich selbst und dem „Ganzen" ist. Viele der Menschen, die in meine Seminare kommen, hatten gewisse Erfahrungen, die daran angrenzen.

Im Gegenteil zum typisch männlichen Sex also, in dem es darum geht – früher oder später –, zu ejakulieren, liegt hier der Erfolg darin, an der Grenze zur Ejakulation zu bleiben?

Ich glaube, daß jedes Mal, wenn man Sex hat, das Ziel ein anderes ist. Ich kann zum Beispiel die Sexenergie dazu nutzen, mich selbst zu „nähren". Wenn sie durch meinen Körper fließt und ich schnell ejakuliere, dann zerstreue ich sie einfach nur wieder. Ein Effekt, vergleichbar mit dem Aufblasen eines Ballons, aus dem ich plötzlich die ganze angesammelte Luft mit einem Mal wieder herauslasse – der normale männliche Weg, Sex zu haben! Die gesammelte Energie wird plötzlich zerstreut, ohne daß sie – mit Ausnahme des Genitalbereiches – andere Teile des Körpers je erreicht hätte – und schon gar nicht das Herz. Ich benutze eine Reihe indianischer Traditionen in meinen Seminaren. Der Cherokee-Begriff für Masturbation heißt „heart-pleasuring" (Herz-Vergnügen). In den Lehren der Cherokees geht es darum, beim Masturbieren die Sexenergie zum Herzen zu bewegen. Und das lehren sie auch ihre Kinder als Weg, mit sich selbst Sex zu haben. Die Art, in der wir das tun, nämlich den Atem anhalten und uns verkrampfen, trennt genau den Herzbereich von den Genitalien. Wir ziehen den gesamten Oberkörper zusammen, während wir schnell die Sexenergie erregen und entladen, bevor sie auch nur irgendwo anders hingelangen kann. – Es gibt da fast immer Furcht bei Männern vor dieser Energie, die uns völlig verwandeln könnte. Schon wenn wir nur die Hälfte der Zeit, in der wir masturbieren, darauf verwenden würden, uns selbst so zu lieben, als wäre es eine Herzensangelegenheit – schon allein dann könnten wir diese Verwandlung erleben.

Du sprichst von der „heilenden Wirkung" von Sex. Ich könnte mir vorstellen, daß Männer, die AIDS- infiziert sind und Deine Arbeit nicht kennen, dies schwer nachvollziehen können, da es doch gerade der Sex war, der ihnen diese Krankheit gebracht hat. Diese Männer haben heute vielfach das Gefühl, sich sexuell nicht mehr ausleben zu dürfen, um andere nicht auch krank zu machen.

Das mag die Meinung eines gewissen Teils von AIDS-infizierten Menschen sein. Sex ist eine energetische Erregung im Körper, und wenn die bei einem Infizierten angesprochen wird, weißt Du, was dann geschieht? – Er geht nach Hause, er ist geil und er spritzt ab. Und in dem Augenblick, in dem sein Schwanz steif ist und er anfängt, abzuspritzen, hat er eine physische Verankerung gefunden. – Wenn die Sexenergie hochkommt, wird er daran erinnert: „Oh Gott, ich habe den Tod in meinen Körper gebracht – ich bin infiziert mit einem Virus, einer lebensbedrohenden Krankheit, weil ich Sex gemacht habe." So ist er jedesmal, wenn die Sexenergie aufsteigt, mit einer sehr intensiven Erinnerung konfrontiert.

Ich lade HIV-infizierte Menschen herzlichst zu meinen Seminaren ein. Es gibt dort einen bestimmten energetischen Kontext, eine bestimmte Atmosphäre, die, sobald sich jemand darin befindet, ihn realisieren läßt, daß hier keine Sauna, keine Bar und auch nicht ihr Schlafzimmer ist. Ich schaffe eine Atmosphäre, die sehr verschieden davon ist. Was wir dort tun, das nenne ich tatsächlich „sacred sex" (geweihten oder heiligen Sex). In meinen Klassen höre ich von Männern, die 40, 50 oder 60 Jahre alt sind, sagen: „Niemals zuvor habe ich in meinem Leben so etwas erfahren". Andere sagen: „Ich habe niemals an etwas Metaphysisches geglaubt ...". Doch es ist nicht metaphysisch, sondern von der Basis her rein physisch.

Das Physische wird also transzendiert – seine Grenzen überschritten ...

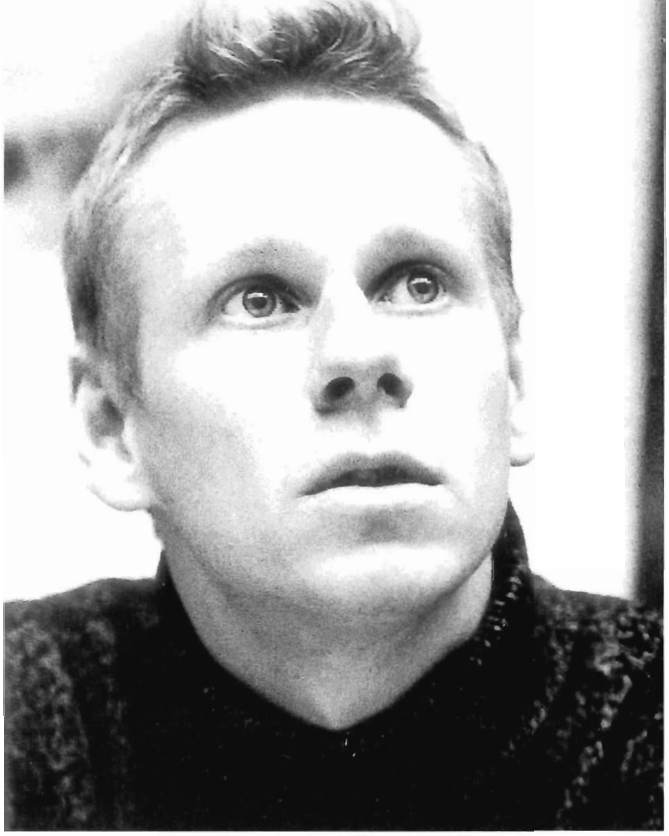
Ich glaube, die einzige Möglichkeit, so sein zu können, wie wir wirklich sind, liegt darin, immer wieder Grenzen zu überschreiten und kulturelle Tabus zu durchbrechen. Das allein befreit, weil dadurch Macht und echte Identität gewonnen werden können. Ich habe meine Seminare so gestaltet, daß die Leute sich darin nackt bewegen. Das ist für viele Menschen ein Tabu. Es gibt manchmal vierzig Männer in einem Seminar und während zwei Tage wird jeder von jedem berührt. Vielleicht schütteln sie nicht alle die Hände miteinander, aber mit Sicherheit werden sie einander ihre Genitalien „schütteln". Im Laufe des Seminars wird sehr viel Energie eingeatmet; der Atem wird wieder bewußt gemacht und dadurch wird es möglich, im Körper ganz präsent zu sein. Oftmals ist eine so langdauernde Präsenz auch ein Tabu. – Und es wird sehr viel einander in die Augen geschaut, was ebenfalls ein Tabu ist. Wir sprechen nicht viel; zumal ich denke, viele Leute sprechen zuviel und sagen so wenig. Wenn man dagegen einander in die Augen sieht und dabei atmet und einander berührt, dann kommuniziert man außergewöhnlich viel. Und man erfährt mehr über Menschen, als wenn man Namen, Adressen, Beruf und all das austauscht; man erfährt, wo ihre Schmerzen sind.

In meinen Seminaren möchte ich, daß jeder, egal woher er kommt, sich so schnell wie möglich auf diese Atmosphäre einläßt, die so verschieden ist von der, in der er sich normalerweise aufhält. Ich spreche wenig. Es gibt keine langen Vorträge. Ich benutze rhythmisches Atmen und Trommeln. Wir atmen mit Trommelmustern, – verschiedenen Mustern, – und gelangen so in eine neue Sphäre. Und wenn man erst darin ist, ist nichts mehr wie früher. Keine Interaktion ist dieselbe; einander in die Augen sehen ist nicht dasselbe; das Ausziehen der Kleider ist wie eine Gelegenheit, die es beim Schopf zu fassen gilt. Und es spielt überhaupt keine Rolle, ob man während des Wochenendes eine Erektion bekommt oder nicht. Man ist in einem veränderten Zustand. Die alten Selbstdarstellungsängste spielen keine Rolle mehr. Ich verlange von niemanden, irgendetwas tun zu müssen; gewöhnlich sind die Leute einfach überzeugt; sie sehen, was mit den anderen um sie herum geschieht. Ich bin mehr einladend als fordernd: „Je mehr Du atmest, umso mehr kannst Du fühlen! – Bist Du bereit zu fühlen?"

Joe, ich danke Dir für dieses Gespräch.

Andreas Salmen starb im Alter von 29 Jahren an den Folgen von AIDS

Silence = Death. Ignorance = Fear.



Einfache Formeln, die viel von dem beschreiben, was Andreas mir war und wofür er weiterhin stehen wird. Laut, offen, deutlich, scharf sagen und fragen, was verschwiegen, zugedeckt, verdrängt wird. Die eigene Angst vor der offenen Auseinandersetzung überwinden, sich trauen, niemals blind trauen. Reden, lange und ausdauernd, immer wieder in das Zentrum des Konfliktes steuernd, Selbstzufriedenheit niemals akzeptierend – auch nicht bei sich, das Schweigen anderer zerbrechend.

Leben in Aktion, im Gespräch, seine aufblitzenden Augen, wenn eine neue Ebene der Begegnung oder Auseinandersetzung erreicht war, seine Ungeduld in unbeweglichen Situationen. Lernen an sich selbst und durch andere, Wissen als Macht, auch die geheime Macht des ausschließlichen Wissens um sich selbst.

Ganz offen bin ich auch jetzt nicht, Andreas hat offen vertraut, daß nicht alles öffentlich wird. Seine Distanz war manchmal schwer zu ertragen, seine Nähe nicht weniger fordernd.

Matthias Wienold

Mais mit Erdbeermarmelade schmeckt doch gut

Am 11. Januar 1992 starb Dietmar Bolle an den Folgen von AIDS. Er war der Initiator der ersten und Organisator der fünften Internationalen Positivenkonferenz, die im Herbst letzten Jahres in London unter dem Motto „From Victim To Victim" stattfand.

Was bleibt?

Da ist zunächst einmal die Erinnerung an seine abenteuerlichen Kochkünste und deren teilweise gräuslichen Ergebnisse. Gnadenlos wurden da Zutaten gemischt und vorgesetzt. Es bleibt auch die Erinnerung an einen erwachsenen Mann, der mit Bauklötzen spielte, hohe Türme baute, sie zusammenbrechen ließ, die Welt neu erfand und zusammensetzte.

Dietmar ging nach London, um den fertigen Bildern in Deutschland zu entkommen. Das gesellschaftliche Klima über Meldepflichten, Tätowierungen Infizierter und Internierungen waren gang und gäbe. In London arbeitete er zunächst als Krankenpfleger auf einer AIDS-Station, dann in der Selbsthilfebewegung. Er trieb offen und kämpferisch die Auseinandersetzung mit AIDS sowohl für sich im Privaten wie auch in gesellschaftlichen Diskussionszusammenhängen fort. Dabei hatte er viel Verständnis für die Begrenzungen und Schwächen anderer. Mit sich selbst ging er härter ins Gericht.

Es bleibt die Erinnerung an einen wichtigen Liebhaber, einen verständnisvollen verletzlichen Freund, einen offenen und mutigen Mann. Er lebte bis zu seinem Tod. Ein alter Glockenspruch besagt: „Erinnerung ist das Fundament der Zukunft." Im Bestand der geschichtlichen Erfahrungen von positiver Selbsthilfe wird Dietmar seine Wirkung behalten.

Bernd Aretz

ABONNEMENT D.A.H.-AKTUELL

An die
Deutsche
AIDS-Hilfe e.V.
– Abonnement –

Nestorstr. 8–9
1000 Berlin 31

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.

Von diesem Rechtshinweis habe ich Kenntnis genommen _____ Unterschrift

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

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 020 3500 500 bei der Deutschen Apotheker- und Ärztebank eG, Berlin (BLZ 100 906 03)

Datum: _____ Unterschrift _____

Das können Sie nicht...

...im Aktuell finden. Tut uns leid. Wir haben dafür diese Schwerpunktthemen geplant:

im Mai: Frauen und Aids
Die Krankheit hat bei Frauen einen anderen Verlauf — medizinische Aspekte. Wie ist die Situation für Frauen mit HIV und Aids? Frauen nur als Helferinnen. Braucht die Aids-Hilfe eine Frauenbeauftragte?

im August: Stricher
Callboys, Dressmen, Beschaffungs- und Elendsprostitution — wie geht die Arbeit der Aids-Hilfe auf diese unterschiedlichen Erscheinungen von käuflichen Sex ein? Wir stellen Stricher-Projekte vor.

im Oktober: Sex
Zehn Jahre Aids — wie hat sich unsere Sexualität verändert? Wie verwirklichen Positive und Kranke ihre sexuellen Wünsche

im Dezember: Selbstmord und Sterbehilfe
Sterbehilfe ist das heikelste Problem für Ärzte und Pflegekräfte — es geht um Recht, Moral und Ethik.

Für Ihre Anregungen, Meinungen und Beiträge zu diesen Themen sind wir dankbar!

Aber auch über anderes werden wir Sie informieren:

- *Die Liebesterbenkrankheit — Aids in China*
- *Aids-Aufklärungs-Spots im Fernsehen — wie kommen sie an, was denken Positive darüber?*
- *Die Aids-Hilfen in den neuen Ländern — ein Reportage*
- *Der HIV-Test — wird er jetzt auch von der D.A.H. empfohlen?*
- *Blutkonserven — wie sicher sind sie? Warum sollen Schwule kein Blut spenden?*

... und natürlich Buchbesprechungen, Interviews und aktuelle Meldungen

Schreibspuren

Die D.A.H., die schwulen Buchläden, magnus und JES (Junkies, Exuser, Substituierte) haben sich zu einem Literaturprojekt zusammengetan: Ob HIV-infiziert oder nicht, unser Leben ist von AIDS bestimmt. Die eigenen Ängste, das Begleiten eines Freundes oder der Schmerz des Verlustes brauchen Ebenen angemessener Auseinandersetzung mit sich selbst.

Eine Möglichkeit dafür sehen wir in der Literatur als verdichteter Erfahrung. So mancher Text liegt schon viel zu lange ungelesen in der Schublade. Einige schreiben aus falscher Bescheidenheit ihre Gedanken erst gar nicht nieder. Dabei sind literarische Lebenszeichen zugleich auch Spuren unserer eigenen Geschichtsschreibung, die nur wir selbst authentisch leisten können.

Wir sammeln Eure Texte und machen sie verschiedenen Lesern und Leserinnen zugänglich: regionale und bundesweite Veröffentlichungen, Lesungen, Schreibworkshops bis hin zu Buchpublikationen und deren wissenschaftliche Auswertung sollen erfolgen.

Schickt Eure Beitrage an:
Prinz Eisenherz Buchladen Bleibtreustraße 52 , W-1000 Berlin 12 Stichwort: Schreibspuren

Für den Herbst 1992 plant die Literaturzeitschrift „Palette“ eine Ausgabe zum Themenschwerpunkt „Literatur von Menschen mit HIV und Aids“. Die Redaktion sucht hierfür literarische Texte, Prosa und Lyrik sowie geeignete Bilder, Zeichnungen, Grafiken und Fotos, die noch nicht veröffentlicht sind. Leider können den Autorinnen und Autoren keine Honorare für die veröffentlichten Texte angeboten werden, da die „Palette“ ein sich selbst finanzierendes, unabhängiges Projekt ist – auch die Arbeit der Redaktion ist ehrenamtlich. Teilnehmende sind gebeten, ihren Zusendungen gleichzeitig auch einige biographische Angaben beizufügen. Der Redaktionsschluß ist der 30.05.1992.

Anfragen und Einsendungen bitte an:
Die Palette, Peuntstraße 10, W-8600 Bamberg