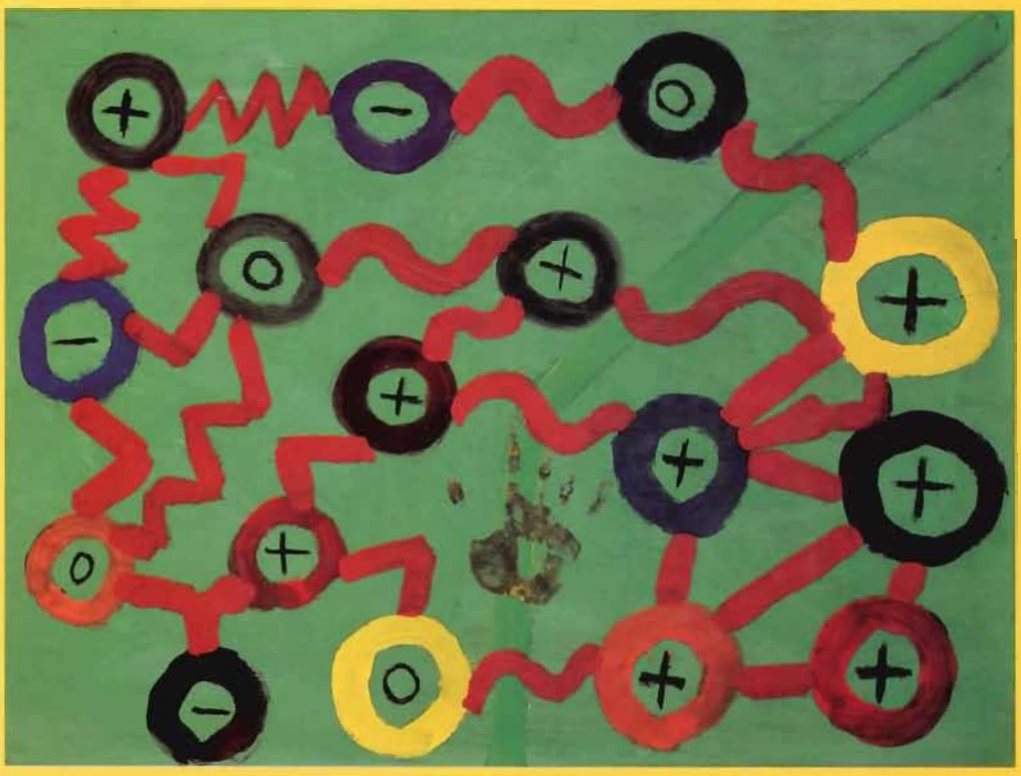
„Netzwerk AIDS“

zusammengestellt von
Thomas Biniasz
und Dirk Hetzel



10 Jahre AIDS-Hilfe und ihre psychosozialen Angebote

„Netzwerk AIDS“

zusammengestellt von
Thomas Biniasz
und Dirk Hetzel

10 Jahre AIDS-Hilfe und ihre psychosozialen Angebote

Impressum

© Deutsche AIDS-Hilfe e.V.
Dieffenbachstraße 33
1000 Berlin 61

Februar 1993

Redaktion: Klaus-Dieter Beißwenger, Christine Höpfner
Gestaltung und Satz: Carmen Janiesch, Berlin
Umschlag unter Verwendung eines Bildes
entstanden auf der Bundespositivenversammlung in Hamburg 1992
Druck: Heenemann, Berlin

Spendenkonten: Deutsche Apotheker- und Ärztebank, Berlin
Konto 000 3500 000 (BLZ 100 906 03)
Postgiroamt Berlin
Konto 179 00-105 (BLZ 100 100 10)

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

Danksagung

Gedankt sei allen AutorInnen und InterviewpartnerInnen,
die bereit waren, über ihre Arbeit zu berichten.
Ohne sie wäre dieses Buch nicht möglich gewesen.

Inhalt

Danksagung 5

Vorwort 9

Ein Visionär ist immer auch ein Clown –
Ein einführendes Gespräch mit Hans-Peter Hauschild 11

Schwule und AIDS am Beispiel Berlin
Michael Bochow *18*

Psychosoziale Angebote für Menschen mit HIV und AIDS
Bildungswerk AIDS und Gesellschaft
Wolfgang Vorhagen *36*

Jetzt kommt unsere Power –
Ein Netzwerk für Frauen bildet sich
Claudia Fischer *47*

Frauenspezifische Probleme bei HIV-Infektion und AIDS – Ein Überblick
Erika Parsa *51*

Kreatives Tanzen für Frauen mit HIV und AIDS
Cornelia Kricheldorff *54*

Am Ball bleiben: Sport für Menschen mit HIV und AIDS
Yvette Florijn und Hans-Georg Weide *59*

AIDS-Hilfe: Gesundheitsförderung am Beispiel NLP
Michael Schuhmacher *72*

Im Bus nach Hamburg –
Ein Erlebnisbericht über das Bundespositiventreffen 1992
Thomas Frey *85*

Berührung – Ein grundlegendes Bedürfnis des Menschen
Dirk Hetzel *91*

Theater, Tanz und Körpertrainig
Henry Meinhard *106*

Trauerberatung bei schwulen Hinterbliebenen
Norbert Zillich und Martin Hilckmann *115*

Was nützen alle Vorwürfe? – Arbeit mit Angehörigen
Helga Thielmann *135*

Zwischen allen Stühlen – Arbeit mit Strichern
Wolfgang Werner *139*

Schwule und Drogen – HARMphARM – Ein Projekt entsteht
Helmut Ahrens *153*

„Positiv leben"
Rainer Jarchow *162*

Namen und Steine – ein DENKRAUM-Fragment
Ulrich Heide *167*

AutorInnenverzeichnis 173

Bildnachweis 175

Vorwort

Das vorliegende Buch will Einblick geben in die Vielfältigkeit psychosozialer Arbeit im AIDS-Zeitalter. Es will die in den vergangenen zehn Jahren entwickelten AIDS-spezifischen Angebote sowie ihre gesundheitliche, soziale, psychologische, politische und kulturelle Bedeutung veranschaulichen.

Der Titel NETZWERK AIDS spiegelt zum einen den interdisziplinären Arbeitsansatz der am AIDS-Prozeß beteiligten Wissenschaften wider. Zum andern verweist er auf die unterschiedlichen Inhalte und Methoden der dargestellten Projekte, die jedoch alle ein gemeinsames Ziel haben: Sie wollen den in der AIDS-Krise lebenden Menschen existenzielle Lebenshilfen anbieten.

Diese Veröffentlichung gibt den persönlichen Gedanken und Motivationen der AutorInnen breiten Raum. Auf diese Weise soll das wichtigste Element der psychosozialen Arbeit deutlich werden: das individuelle Engagement. "Engagement" ist keine leere Worthülse: Bestehende oder sich neu entwickelnde Projekte werden immer in entscheidendem Maße von den Menschen getragen, die bereit sind, sich persönlich einzubringen, sich voll und ganz der Arbeit mit Menschen zu widmen. Ihnen ist es zu verdanken, daß es AIDS-Hilfe-Gruppen und AIDS-Netzwerke gibt – nicht nur in der Bundesrepublik Deutschland, sondern in der ganzen Welt. Hier zeigt sich der Geist einer starken Gemeinschaft, die sich dem Selbsthilfegedanken verpflichtet hat und zusammen den Weg durch die AIDS-Krise geht.

Die meisten der dargestellten Projekte sind in Großstädten angesiedelt. In ländlichen Gebieten sind psychosoziale Angebote für Betroffene immer noch Mangelware. Das Netzwerk der Selbsthilfe ist somit immer noch zu großmaschig. Besonders Erkrankte, die in ihrer Beweglichkeit stark eingeschränkt sind, bekommen das zu spüren. Es gilt, noch viele Lücken zu schließen, um möglichst vielen Bedürfnissen und Ansprüchen gerecht werden zu können. Dieses Buch will dazu anregen, das Netzwerk AIDS weiterzuknüpfen, damit es immer tragfähiger werde.

Berlin, Februar 1993

Thomas Biniasz und Dirk Hetzel

Ein Visionär ist immer auch ein Clown –

Ein einführendes Gespräch mit Hans-Peter Hauschild

FRAGE: *Hans Peter, was fällt Dir spontan zu dem Thema „10 Jahre AIDS-Hilfe und ihre psychosozialen Angebote" ein?*

HANS-PETER: Zunächst, daß die AIDS-Hilfe im Psychosozialen ihren Schwerpunkt hatte und hat, im Gegensatz beispielsweise zu Schweden, wo sich die schwulen AIDS-Leute um die Kliniken herum gebildet haben. Das erst mal so zum Grundsätzlichen.

FRAGE: *Was macht psychosoziale Arbeit in der AIDS-Hilfe aus, bzw. was würdest Du alles unter psychosozialer Arbeit zusammenfassen?*

HANS-PETER: Was dieses Doppelwort eben beschreibt, also sämtliche professionellen und semiprofessionellen Angebote, die der Seele und den Eingebundenheiten von Menschen in soziale Bezüge ihrer Wahl nützen können. Es sind ja eine ganze Reihe von Professionen in der AIDS-Hilfe vonnöten, und das sind auch die klassischen mittelständischen Berufe, die viele Schwule sowieso machen wollten. Viele haben einen psychosozialen Beruf gelernt, und als AIDS aufkam, haben sie ihren Beruf gewechselt, weil sie gerne in der AIDS-Hilfe arbeiten wollten. Andere waren mit dem Studium gerade fertig oder arbeitslos und waren froh, das umsetzen zu können, was sie gelernt hatten. Außerdem gab es relativ viele Leute wie mich, die schon einmal Arbeitgeber in psychosozialen Betrieben waren. Die Kompetenz war also vorhanden, AIDS-Hilfe aufzubauen; das betraf die Fach- und Dienstaufsicht ebenso wie den Umgang mit Bilanzen oder auch Ministerien.

FRAGE: *Es gibt Leute, die meinen, AIDS-Hilfe sei auch im psychosozialen Bereich innovativ tätig geworden. Siehst Du das auch so?*

HANS-PETER: Am entscheidensten ist die interdisziplinäre Sichtweise, die durch AIDS-Hilfe bestärkt worden ist. Also erstens mal sind die beiden eingangs genannten Fachdisziplinen beteiligt. Dann haben die Mediziner viele ihrer Tabus fallen lassen und wirklich kooperiert – vor allem die Amtsmediziner: da kann man wirklich sagen, daß aus mancher Beratungsstelle eines Gesundheitsamtes durchaus ein psychosozialer Ort geworden ist.

Die AIDS-Hilfe selbst scheint mir eher sehr konventionell und traditionell zu arbeiten. Ich sehe überhaupt nicht, was da innovativ sein könnte. Das fände ich auch zunächst einmal gar nicht so wichtig. Denn der traditionelle psychosoziale Bereich, wie er sich – abgesehen von ganz konservativen Beratungsstellen – entwickelt hat, setzte schon hohe Standards, die es erst einmal zu erreichen galt. Ich habe keine Lust zu legitimieren, daß unter dem Titel

„psychosozial" irgendwelche Quacksalberei betrieben wird und das dann auch noch als innovativ zu verkaufen. Man könnte natürlich die Zusammenarbeit zwischen nichtstudierten, angelernten Leuten und denen, die einen Abschluß haben, als innovativ bezeichnen. Ich würde aber eher sagen, daß das ein homosexuelles Phänomen war und nicht so sehr ein psychosoziales. Schwule waren einfach fähig, einander anzulernen in diesem Bereich.

FRAGE: *Könnte man aber nicht sagen, daß gerade die Einbindung der Menschen, um die es geht, die positiv sind oder die zu den sogenannten Hauptbetroffenengruppen gehören, einen neuen Ansatz darstellt?*

HANS-PETER: Das war eher eine Frage des Selbstbewußtseins einer Bevölkerungsgruppe, der Schwulen. Die Schwulen zeigen seit einigen Jahren eine merkwürdige Welle von Machtanheischung, man nennt das Emanzipation. Das ist durchaus auch fragwürdig. Und auf dieser Welle ist es einfach möglich gewesen, so etwas aufzubauen. Das hat dann auf Junkies und Frauen, die sich engagieren wollten, und alle möglichen Leute ausgestrahlt. Aber es ist nichts AIDS-Spezifisches, auch nichts AIDS-Hilfe-Spezifisches, sondern etwas, das ich in diesem für mich sehr doppelten Prozeß der Homoemanzipation angesiedelt sehe.

FRAGE: *Aber die Homoemanzipation wurde doch stark von der AIDS-Hilfe-Bewegung beeinflußt. Hat diese AIDS-Hilfe nicht immer auch den Charakter einer politischen Institution gehabt?*

HANS-PETER: Ja, das ist entscheidend. Wir haben das tatsächlich die ganzen Jahren massiv betrieben. Wir haben als Höhepunkt die große Demonstration zum §175 initiiert, finanziert, durchgeführt, haben uns abgemüht mit dem Selbstverständlichmachen von emanzipatorischem Gedankengut zu einem Zeitpunkt, als es noch nicht so offensichtlich war wie heute, daß es vielen Homos lediglich um die Macht geht – und das unabhängig davon, ob soziale Ressourcen in diesem Land immer ungleicher verteilt werden und die meisten Homos als Mittelschichts- und oft Mittelstandssingles mit ganz guten Chancen längst oben schwimmen und jetzt auch noch das Oberste vom Oberen haben wollen. All das war vor ein paar Jahren noch nicht so zu sehen, und deswegen bin ich heute so kritisch zu diesem gesamten Prozeß, auch zu unserer Beteiligung daran, weil sie eben undifferenziert war. Wenn ich das damals schon so gesehen hätte wie heute, wo der SVD diese Ehekampagne macht oder jetzt diese Bundeswehrkiste in den Nachrichten breitgetreten wird... Also da wird mir einfach nur schlecht. Da wird nicht mehr politisch gedacht, in meinem Politikverständnis, weil für mich Politik mit der sozialen Frage anfängt und auch psychosoziale Arbeit immer diesen Blickwinkel haben muß. Da geht es nur noch um Machtanheischung, und da möchte ich mich nicht beteiligen.

Wir hatten auch als einen der Höhepunkte die große Demo in Frankfurt, das war 1988, die „Solidarität der Uneinsichtigen". Und die ist im Grunde die Gegenthese, weil sie sich bei den Schwächsten festmacht. Wir haben ja damals gesagt, diejenigen, die von den Politikern uneinsichtig genannt werden, sind die Schwächsten im AIDS-Prozeß: also die in Gerichtsurteilen rechtskräftig verurteilten Junkies, die vielleicht lange in Haft sitzen, die verarmen müssen, weil ihnen hohe Geldbußen auferlegt werden, oder die Leute, die vom An-

schaffen leben, die sind es, mit denen wir uns solidarisieren. Das ist so ziemlich das Gegenteil von der Homoemanzipation des Jahres 1993. Es ist fraglich, was das Wort Emanzipation bedeutet. Die AIDS-Hilfe hat sich in mehreren Mitgliederversammlungen auf ein Verständnis von Emanzipation festgelegt, hinter dem ich stehe: das Lebensweisenkonzept. Das meint, daß eine Gesellschaft aus Gruppierungen besteht, deren Rechte natürlich grundsätzlich gleich sind, genauso wie sie aus Individuen besteht, deren Rechte grundsätzlich gleich zu sein haben. Wo das nicht ist, muß man dagegen kämpfen. Das ist auch Aufgabe des Rechtsstaates. Das Lebensweisenkonzept nun versucht, die Spezifika mit der Betonung des jeweils Andersartigen herauszuarbeiten und dieses Andersartige in einem demokratiebildenden Sinne zur Geltung zu bringen, zum anregenden Diskurs, zum Bestimmen von dem, was Gesundheit ist. Gruppen etwa wie die Spritzdrogengebraucher, die ja nun einer sehr schlimmen Diskriminierung im Sinne von Unterdrückung unterliegen, die sollten sich formieren und sagen, unsere verfassungsmäßigen Rechte werden mit Füßen getreten und unsere materiellen Bedingungen sind unmöglich und gesundheitlich gehen wir vor die Hunde.

FRAGE: *Das bedeutet doch aber, AIDS-Hilfe als pluralistisches Gebilde oder Gefüge nicht nur der Individuen, sondern auch von Gruppierungen zu sehen – bei all den Spannungen, die natürlich dann in so einem pluralistischen Gefüge existieren. Worauf führst Du zurück, daß AIDS-Hilfe das überlebt hat bzw. heute auch immer noch damit leben kann?*

HANS-PETER: Wenn der Prozeß der Homoemanzipation im Sinne von Machtergreifung mittelständischer junger Männer in dieser Gesellschaft vor allem darauf gründet, daß sie ohnehin dem Zeitgeist zutiefst entsprechen, einen quasi modellhaften Charakter in ihrer Lebensführung haben, auch besonders privilegiert sind in vielen Positionen, zum Beispiel oft Dienstleistungsgewerbe und aufstiegsorientierte Karriereberufe ausüben, dann gibt es ein gesellschaftliches Interesse daran, dieses Modellhafte auch zu beleuchten und zu verstehen. Und das Modellhafte ist ja durch die Homosexualität auch zunächst einmal die Sexualität. Über den AIDS-Prozeß kann der Staat und die Wissenschaft nun wunderbar hinschauen und „Erkenntnisse" erlangen. Und wir haben gut mitgemacht, wobei ich das nicht ganz so verwerflich finde, weil so ganz hinschauen haben wir ja dann doch nicht lassen; wir haben vieles, Gott sei Dank, noch bewahrt, auch im Dunklen, sage ich mal. Es gibt ein Kräftegleichgewicht zwischen diesem Interesse von Gesellschaft, das alles zu sehen und zu begleiten und nicht einfach so passieren zu lassen und unserem Homointeresse an Emanzipation in diesem doppelten Wortsinn; es wird in Zukunft darauf ankommen, daß wir noch einmal ganz anders sind, trotz dieses Prozesses; denn die Gesellschaft ist mächtiger, die würde auch das schlucken. Emanzipation ist ja in diesem Sinne nicht nur Machtergreifung, sondern auch Vernichtung. Und für mich ist die Aufgabe der nächsten 10 Jahre, gerade auch der psychosozialen Arbeit, das Anderssein zu ermöglichen.

FRAGE: *Das Anderssein betrifft ja nun nicht nur die Homosexualität, sondern auch das Leben mit der Infektion und mit der Krankheit. Inwieweit wird sich AIDS-Hilfe-Arbeit in Zukunft vielleicht noch mehr im Sinne einer Serviceorganisation für Menschen mit HIV und AIDS entwickeln?*

Hans-Peter: Die Idee der strukturellen Prävention, in die ja die psychosoziale Arbeit als ein wesentlicher Faktor eingebettet ist, versucht beide Bereiche der Aids-Hilfe – also die Serviceorganisation und die Selbsthilfeorganisation – zusammenzuhalten. Und ich bin da eigentlich auch recht optimistisch, daß das gelingen kann: eben gerade bei diesen gesellschaftlich relativ weit oben stehenden schwulen Männern. Viel schwieriger wäre das, wenn Aids eine Krankheit wäre, die quer durch die Bevölkerung ginge. Da sehe ich das nicht so, weil die ganzen Gründe, sich zu treffen, über die Krankheit hinaus halt fehlen. Aber es muß eine gute Serviceorganisation sein mit den Standards, die sonst auch gelten. Da finde ich die Innovation gar nicht so wichtig, wie vorhin schon gesagt, aber gute therapeutische Verfahren sollten schon angeboten werden. Vor allem die Pflegeorganisationen sollten so arbeiten, wie das wünschenswert wäre. Auf diesem Gebiet allerdings können wir sehr richtungsweisend sein. Aber im therapeutischen und beraterischen Bereich erst einmal nicht. Also ich wüßte nicht, inwiefern sich eine gute Telefonseelsorge – sage ich jetzt mal, weil die Kirchen da überhaupt keine Bekehrungsarbeit machen, sondern wirklich Krisenintervention – von einem guten Aids-Beratungs-Telefon nun wirklich unterscheidet, außer daß es eben spezifische Lebensberatung ist.

Frage: *Was verstehst Du unter einer Serviceorganisation und welchen Stellenwert wird das Psychosoziale in einer solchen Organisation zukünftig haben?*

Hans-Peter: Selbst wenn es ein Therapeutikum gegen Aids gibt, liefern Lust und Gesundheit noch ein genügendes Potential für Selbsthilfe, etwa bei der Prävention und Behandlung von sexuell übertragbaren Krankheiten, bei den Süchten und den Rauschpraktiken.

Wenn das Thema Lust und Gesundheit heißt, dann hat so etwas wie spezielle Lebensberatung den zentralen Stellenwert. Denn so wie das Versorgungswesen in Deutschland aufgebaut ist, steht das Medizinische einfach fest. Das Pionierfeld ist dann die Pflege, da kommt sicherlich unser innovatives Potential dazu, nämlich das Psychosoziale und das Lebensweisenspezifische.

Frage: *Das Konzept der Arbeit wird sich also ausweiten auf allgemeine gesundheitliche Probleme für die Hauptbetroffenengruppen von Hiv/Aids. Aids-Hilfe wird sozusagen Lust und Gesundheit verkaufen?*

Hans-Peter: Aids-Hilfe wird das weitermachen, was sie die ganze Zeit macht. Ich sehe überhaupt keine zackigen, quantensprungartigen Veränderungen.

Der Vorstand der Deutschen Aids-Hilfe hat in den letzten Jahren die Konsolidierung der gesamten Arbeit über das Konzept der strukturellen Prävention betrieben, was die drei Arbeitsfelder der Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention umfaßt und ebenso die drei Betroffenengruppen. Darin hat die psychosoziale Arbeit logischerweise eine sehr zentrale Rolle; ein Schwerpunkt muß jetzt sein, die männerdominierte Arbeit mit einer adäquaten Reflexion dessen, was Frauenauseinandersetzung mit Aids, Frauenauseinandersetzung mit Sexualität, Frauenauseinandersetzung mit Drogengebrauch ist, zu ergänzen. Das muß psychosozial reflektiert werden. Weiterhin müssen die Bereiche Versorgung und Pflege psychosozial bear-

beitet werden. Das bedeutet, die Standards, die das Pflegereferat in diesem grundlegenden menschlichen Bereich erarbeitet, in Handlungen umzusetzen und politisch zu vertreten. Ganz wichtig ist auch der Prozeß des Abschiednehmens und Trauerns als wesentliches Element der Arbeit. Wir können uns auch nicht mehr drücken vor bestimmten unbequemen Themen. Sonst überlassen wir das Feld irgendwelchen Quacksalbern, die unsere Sterbenden und Trauernden trösten.

FRAGE: *Was Du gerade angedeutet hast, das geht für mich schon in die Richtung, eine andere Art von Kultur zu schaffen. Ist das Deine Intention?*

HANS-PETER: Die Auseinandersetzung mit so großen Themen wie Sex und Tod ist ja immer Schaffen von Kultur und die AIDS-Hilfe hat, was die Sexualität angeht, durchaus kulturschaffend im subkulturellen Milieu gewirkt, übrigens auch in den Gesundheitsämtern. Im Bereich der Trauerkultur stehen wir zunächst vor einem größeren Loch, weil philosophisch sich alles seit Jahrhunderten auf ein Nichts zubewegt, was den Tod angeht. Es kann eine Auseinandersetzung geben mit unterschiedlichen Strömungen. Die AIDS-Hilfe ist groß, wir sind 6.000 Männer und Frauen und viele Gruppen und es gibt sowohl bei Kirchen als auch bei diversen philosophischen Leuten, selbst bei den postmodernen Philosophen, gar nicht so dumme Ansichten, mit denen man sich beschäftigen kann, um kontemplative Fähigkeiten zu erwerben, die das Kranksein, das lange Herumliegen, auch das Sich-Verändern von Kommunikation mit Freunden bewältigen helfen. Das ist es, womit ich mich auch selber sehr mühe, weil das ein wesentlicher Teil meines Lebens ist, wo auch immer wieder Korrekturen angebracht sind, gerade in diesem Funktionärsalltag; das merkt man in der Forschungsarbeit, das merken aber auch die Referenten und die anderen Angestellten in der Bundesgeschäftsstelle der D.A.H..

FRAGE: *Es gibt viele neue Bewegungen, gerade im psychotherapeutischen Bereich, die sich nicht nur auf die Fahne geschrieben haben, Kranken psychisch zu helfen, sondern auch Leuten immer mal wieder durch Seminararbeit, durch Angebote Orientierungshilfe, Lebenshilfe zu geben. Inwieweit wird dieser Bereich mit Angeboten wie Körpertherapie oder NLP, Gestalttherapie usw. Einzug halten in die Serviceorganisation AIDS-Hilfe?*

HANS-PETER: Die AIDS-Hilfe macht schon sehr viele solcher Angebote, jedenfalls kommt es mir bei der Durchsicht der diversen Seminare so vor. Die AIDS-Hilfen machen alles Mögliche, was ich zum Teil auch gut finde, zum Teil weniger gut. Das ist ähnlich wie mit den philosophischen Strömungen, da hat man so seine Vorlieben: NLP finde ich nicht so gut, Gestalttherapie finde ich viel besser. Ganz problematisch finde ich es – und das muß auch aufhören nach meiner Sicht -, wenn zum Beispiel die Verkettung von Glaubenssystemen mit verhaltenstherapeutischen Ansätzen in AIDS-Hilfen bezahltermaßen Eingang findet. Das hat es gegeben.

FRAGE: *Es gibt seit neuem Überlegungen, mehr den Bereich Trainertraining zu berücksichtigen. Was zum Beispiel heißen würde, daß ein praktizierender Gestalttherapeut, der sich zunehmend mit schwulen Männern oder HIV-infizierten Menschen konfrontiert sieht, sagt, er*

möchte gerne mal eine Woche lang eine Fortbildung machen zu diesem Thema. Kann das Aufgabe von AIDS-Hilfe sein?

HANS-PETER: Ja, AIDS-Hilfe hat ja von Anfang an durch die knappen Ressourcen Multiplikatorenarbeit gemacht, das ist natürlich ganz sinnvoll.

Wir sollten auch nicht Angst vor einer „Vertherapeutisierung" der Selbsthilfe haben. Alles, was dem Selbst nützt, stabilisiert es auch, und wenn die Therapeuten, die bei uns arbeiten, gut sind, dann ist auch das „Hivchen" mit seinem Selbst stark, da gibt es überhaupt keinen Widerspruch. Die Gegenüberstellung von Betroffenenkompetenz und Fachkompetenz, die habe ich noch nie verstanden. Das liegt natürlich auch daran, daß für mich beides zutrifft. Ich habe HIV und auch eine psychosoziale Ausbildung. Nun verstehe ich es aber auch theoretisch nicht, ich verstehe es nur praktisch, weil unbezahlte Arbeit auf bezahlte Arbeit trifft. Das ist immer ärgerlich, ist aber nicht unüberwindbar.

Die Frage wäre lediglich, wenn eine AIDS-Hilfe mit einer therapeutischen Praxis zusammenarbeitet, ob man Ausschlußkriterien für bestimmte fragwürdige Praktiken entwickeln und anwenden müßte. Es gab ja z.B. diese umstrittene Eigenbluttherapie in Düsseldorf. Das war eng an die AIDS-Hilfe angebunden. Oder diese Geschichte mit dem AL 721, dieses Fettzeug, dieser Kuchenteig. Viele haben ja daran geglaubt, und die AIDS-Hilfe hat das in ihrer Gefriertruhe gehabt. Das sind alles Randfragen, und man muß das offen diskutieren.

Die psychosoziale Arbeit auf dieser Serviceebene muß in Zukunft stärker berücksichtigen, was es vor Ort gibt. Es gibt ja Regionen, wo das psychosoziale Netz ganz dicht geknüpft ist; in Frankfurt zum Beispiel, wo ich ja herstamme, gibt es ein ganzes Netz von schwulen Therapeuten aus unterschiedlichen Schulen. Es gibt darüber hinaus eine Reihe von schwulen Beratungsmöglichkeiten und dann noch die AIDS-spezifischeren Angebote der AIDS-Hilfen. Ich glaube, daß so gearbeitet werden muß. Wenn das dann manchmal auf Therapie in der AIDS-Hilfe hinausläuft, dann ist das für mich kein Tabu. Was für mich aber zum Beispiel nicht geht, ist – aber das ist jetzt wirklich meine persönliche Meinung, die viele Kollegen nicht teilen –, daß sich etwas Beratung schimpft, was eigentlich nur Kaffeetrinken ist. Das finde ich wirklich schlecht.

FRAGE: *Ich habe hier auf meinem Zettel noch notiert „Dein Leben in der AIDS-Hilfe". Das klingt wahrscheinlich reichlich pathetisch. Kannst Du noch ein bißchen berichten, was Dir diese Arbeit, die Du ja schon seit 8 Jahren machst, bedeutet?*

HANS-PETER: Die AIDS-Hilfe ist meine Auseinandersetzungsform mit HIV und mit der durch AIDS veränderten schwulen, gesellschafts- und sozialpolitischen Landschaft. Ich habe immer versucht, bestimmte Maximen zu plazieren, etwa das Öffnen der rein schwulen Einrichtung für soziale und grundsätzliche Themen im Umkreis der Lust – zum Beispiel vor 6 Jahren im Streit um die Integration der Junkies in die AIDS-Hilfe. Das ist schließlich gelungen. Die nächste Auseinandersetzung war vor dreieinhalb Jahren, als die Positivengruppen und vor allem Positiv e.V. sich nicht mehr mit der AIDS-Hilfe einverstanden erklärten, weil die sich nur um Verhütung Gedanken machte. Da haben wir gesagt, das versuchen wir zu kitten, weil es ein-

fach nicht mehrere Verbände geben kann. Und jetzt wird es darum gehen, die Frauen und die Pflege dort zu verankern, wo sie hingehören. Ich als linker Mann habe die Vision einer Gesellschaft, in der die Gruppen nicht ihr eigenes Süppchen kochen, sondern verbunden sind über sexuelle Erfahrungen, Rausch- und Leidenserfahrungen in einem sinnstiftenden und spannungsgeladenen Austausch. Dazu soll die AIDS-Hilfe beitragen.

FRAGE: *Was würdest Du Dir persönlich in Zukunft noch verstärkt als Thema in der AIDS-Hilfe wünschen?*

HANS-PETER: Vielleicht am stärksten Kontemplation und Trauerarbeit. Ich habe mich seit eineinhalb Jahren verstärkt persönlich mit dieser Seite der AIDS-Thematik beschäftigt. Das hat biographische Gründe, weil ich aus linkskatholischen Kreisen komme und kontemplieren kann, auch über die Zusammenhänge von Lust und Tod. Was dieses Thema anbetrifft, gibt es ja eine spannende und auch eine sehr gebrochene Debatte in Westeuropa und den USA. Ich wünsche mir, dazu beizutragen, daß viele Leute nicht einfach sagen, oh Gott, es gibt überhaupt nichts mehr an Verbindlichkeiten, man kann gar nicht mehr denken, das Sterben ist schrecklich und deshalb ganz viel Morphium und fertig. Ich wünsche mir, daß Betroffene möglicherweise auch noch zu so etwas beitragen wie einem verbindlicheren Gemeinwesen, wobei das für mich nicht mehr ein nur schwules ist. Das geht nicht ohne kontemplative Züge, weil auch jede ethische Bestimmung, wenn sie nicht wieder in Moral und Außenbestimmung versinken will, einer inneren Reflexion bedarf. Das muß nicht jeder und jede machen, aber innerhalb von Subkulturen muß es jedenfalls irgendwo passieren. Zum Beispiel müssen die Junkies aus meiner Sicht einmal anfangen, eine Philosophie des Rauscherlebens zu entwickeln – jetzt, wo allmählich auch einige von ihnen ein bißchen legaler leben können.

FRAGE: *Wie gehst Du mit der Rolle des Vordenkers oder Visionärs um, die Dir zugeschrieben wird?*

HANS-PETER: Der Visionär muß immer auch ein Clown sein und das gute dieser Rolle ist: Wenn die Leute lachen, dann merken sie sich's auch und setzen sich damit auseinander. Das ging in der Vergangenheit ganz gut, bis zu bestimmten Punkten. Ich bin mir nicht so sicher, ob das in der Zukunft noch so viel Sinn macht. Meine persönliche Auseinandersetzung mit AIDS, was ja ein gewaltiges Thema ist, weil es um Lust und Tod geht und damit um den Sinn des Lebens, einem nicht mehr konstruktiven Gelächter preiszugeben, ist perspektivisch nämlich auch nicht so schön. Ich kann mir vorstellen, einmal in die AIDS-Hilfe mit diesem Thema hineinzuwirken, ohne sie repräsentieren zu müssen.

Wir danken Hans-Peter für das Gespräch.

DAS GESPRÄCH FÜHRTEN THOMAS BINIASZ UND DIRK HETZEL.

Schwule und AIDS am Beispiel Berlin

Michael Bochow

Die West-Berliner Schwulenszene vor AIDS

Seit den 90er Jahren des letzten Jahrhunderts, spätestens aber seit den 20er Jahren der Weimarer Republik hat Berlin seinen Ruf als Schwulenmetropole über den deutschen Sprachraum hinaus. Auch nach dem Zweiten Weltkrieg entwickelte sich West-Berlin, obwohl es die Hauptstadtfunktion verloren hatte und seine ökonomische Bedeutung dramatisch abnahm, zu einem Zentrum von homosexuellen Männern in Deutschland. Der Bau der Berliner Mauer im Jahre 1961 durch die DDR-Regierung änderte daran nichts, wahrscheinlich ist sogar, daß die Insellage von West-Berlin seine Funktion als Schwulenmetropole stärkte. Um dem politischen und ökonomischen Bedeutungsverlust entgegenzuwirken, leiteten alle Bundesregierungen, unabhängig von ihrer parteipolitischen Zusammensetzung, Milliarden an Subventionen für den kulturellen, wissenschaftlichen und touristischen Bereich in die Stadt. Dieser warme Geldregen förderte das Entstehen zahlreicher ökologischer Nischen, die viele junge Menschen mit nonkonformistischen politischen Auffassungen und Lebensstilen nach Berlin zog. Für junge Schwule aus Westdeutschland erhielt Berlin zusätzlich dadurch seine besondere Lebensqualität, daß für sie die Mauer – in der Terminologie der SED der „antifaschistische Schutzwall" – die Funktion eines „antifamilistischen Schutzwalls" bekam. Die Insellage Berlins hatte für viele westdeutsche Schwule die angenehme Nebenwirkung, dem direkten Zugriff ihrer Eltern und Verwandtschaft entzogen zu sein und damit der sozialen Kontrolle des kleinbürgerlichen und kleinstädtischen Milieus, aus dem sie kamen. Diese Funktion erfüllt in abgeschwächter Form jede Großstadt für Schwule, in Westdeutschland sind dies vor allem Städte wie Frankfurt und München, Hamburg und Köln. Bedingt durch die größere Entfernung nach West- und Süddeutschland hatte Berlin jedoch noch den zusätzlichen Vorzug der größeren – nicht nur geographischen – Distanz zur Bundesrepublik insgesamt.

West-Berlin bot jedoch noch einen anderen Vorzug für nicht konformistische junge Westdeutsche, den keine andere westdeutsche Stadt bieten konnte. West-Berlin hatte bis zum Beitritt der DDR zur Bundesrepublik einen demilitarisierten Status, die „Schutzmächte" waren die USA, Frankreich und Großbritannien mit ihren in West-Berlin stationierten Soldaten. West-Berliner zu sein, bot den Vorzug, weder den Dienst bei der Bundeswehr noch den längeren zivilen Ersatzdienst leisten zu müssen. Der Zuzug nach Berlin war bei vielen jungen westdeutschen Männern somit auch politisch motiviert; dies erklärt die besonders starke Stellung der Linken in der West-Berliner Studentenschaft der 70er und 80er Jahre.

Neben Frankfurt war Berlin folgerichtig zwischen 1967 und 1970 ein Zentrum der westdeutschen Studentenbewegung. Die nachfolgende Schwulenbewegung der 70er Jahre in der Bundesrepublik war vor allem studentisch oder doch zumindest akademisch geprägt, so

daß es kein Wunder war, daß West-Berlin nun auch zu einem der Zentren der deutschen Schwulenbewegung wurde. Die Homosexuelle Aktion Westberlin (HAW) wurde 1971 gegründet und gab in den 70er Jahren das Forum für viele Debatten der Schwulenbewegung ab: „Revolutionäre", „Spontaneisten", „Revisionisten" und „Reformisten" befehdeten sich hier genauso heftig wie in der zu kommunistischen Parteisekten verkümmerten Studentenbewegung. Ab 1974 zerfiel die HAW zunehmend, 1977 löste sie sich auf und transformierte sich in das mittlerweile auch im westeuropäischen Ausland bekannte „Schwulenzentrum" (SchwuZ). Ebenso wie die Studentenbewegung hatte die Schwulenbewegung längerfristige Auswirkungen auf „Zeitgeist" und Lebensstile, auf Personen und Institutionen. Der erste schwule Buchladen in Deutschland, „Prinz Eisenherz", entstand 1978, eines der meistgelesenen intellektuelleren Schwulenblätter der Republik, die „Siegessäule", wurde 1984 in Berlin gegründet. Die Gruppe „Schwules Museum" konnte schon 1984 eine im gesamten deutschen Sprachraum vielbeachtete Ausstellung über 100 Jahre schwuler und lesbischer Stadtgeschichte im West-Berliner Stadtmuseum veranstalten (der lesbische Teil wurde natürlich von einer Frauengruppe zusammengestellt, ebenso die „Lesbische Hälfte" des 1984 erschienenen Ausstellungskataloges).[1]

Ende der 70er Jahre hatte West-Berlin eine so ausgefächerte kommerzielle schwule Subkultur, wie sie in keiner anderen deutschsprachigen Stadt anzutreffen war. Zwei schwule Verlage entstanden Anfang der 80er Jahre. Der erste umfangreiche kommentierte Stadtführer für Schwule, der nach dem Krieg erschien und sich ausschließlich auf West-Berlin konzentrierte, verzeichnete Anfang der 80er Jahre 50 Kneipen, Cafés und Bars für West-Berlin. Obwohl West-Berlin bis 1989 für Westeuropa und Westdeutschland eine ausgesprochen randständige Lage hatte (600 km östlich von Köln, 800 km östlich von Brüssel), war es für viele Schwule ein attraktives Reiseziel.

Die Anfänge der AIDS-Hilfe

All dies bedeutete, daß im Jahre 1983, als die ersten drei AIDS-Diagnosen bei schwulen Männern in West-Berlin gestellt wurden, die „gay community" über ein reichhaltiges informelles, aber z.T. auch formelles Netzwerk an Schwulengruppen, Initiativen und Projekten verfügte. 1983 und z.T. auch noch 1984 wurde AIDS, soweit es überhaupt schon von schwulen Männern beachtet wurde, in Deutschland noch vorwiegend als US-amerikanisches Problem angesehen. Es ist deshalb bemerkenswert, daß sich schon im Sommer 1983 in West-Berlin um die Krankenschwester des Landesinstituts für Tropenmedizin Sabine Lange eine Gruppe von schwulen Männern bildete, die sich mit den höchst beunruhigenden Nachrichten aus den USA auseinandersetzte und im September 1983 die Deutsche AIDS-Hilfe als eingetragenen Verein gründete. Hervorzuheben ist, daß sich diese Männer mit wenigen Ausnahmen nicht aus den politisch aktiven Gruppen der Schwulenbewegung rekrutierten und häufig noch nicht einmal aus anderen schwulen Initiativen und Projekten. Sie hatten zwar während ihres Studiums oder ihrer Berufsausbildung durchaus bestimmte Botschaften der Studenten- und Schwulenbewegung aufgenommen, gehörten aber eher der hedonistisch orientierten Mittelschicht an und sind vielleicht am besten durch die Bezeichnung „young urban professionals"

(„Yuppies") zu charakterisieren. Egozentrischer Konsumismus und soziale Verantwortungslosigkeit werden oft als die Kennzeichen dieser Gruppe angesehen. Während ersteres vielleicht auch für die AIDS-Aktivisten der ersten Stunde zutraf, pflegten sie dennoch nicht den Kult des narzißtischen Individualismus, sondern verhielten sich in hohem Maße sozial verantwortungsbewußt. Für viele von ihnen war der jährliche Flug nach Kalifornien oder New York selbstverständlich. Ihr Lebensstil war auch für sie Resultat eines oft mühseligen und langjährigen Emanzipationsprozesses, und in AIDS sahen sie eine massive Bedrohung des bis 1982 Erreichten. Die Reaktion auf AIDS war somit nicht primär politisch motiviert, sie war jedoch alles andere als unpolitisch. Das Engagement der ersten AIDS-Hilfe-Aktivisten in Berlin hatte jedoch auch zwei konkrete Anlässe. Die Behandlung des ersten AIDS-Patienten in einer Berliner Universitätsklinik war äußerst diskriminierend. Dies war der eine Punkt. Der andere Punkt war, daß die ersten AIDS-Patienten als Versuchskaninchen für medizinische Zwecke benutzt wurden. Viele Maßnahmen waren weniger therapeutisch indiziert, als vielmehr durch die Neugier der behandelnden Ärzte veranlaßt. So sollte bei einem Patienten noch kurz vor seinem Tode eine Gehirnoperation vorgenommen werden, die therapeutisch vollkommen sinnlos war. Dies konnte von AIDS-Hilfe-Aktivisten, die sich vor dem Operationssaal postierten, verhindert werden. Es war eine ACT UP-Aktion „avant la lettre".

Die Ironie der Geschichte will es, daß diese frühen AIDS-Aktivisten von den politischen Aktivisten ziemlich scheel angesehen wurden. AIDS wurde damals in Deutschland, ebenso wie in Frankreich, vor allem als Mittel konservativer Regierungen und schwulenfeindlicher Meinungsmache angesehen, das genutzt werden sollte, um die ersten, noch relativ schwachen Erfolge der schwulen Emanzipationsbewegung wieder rückgängig zu machen. Selbst die Gruppe schwuler Ärzte, die sich in West-Berlin noch während ihres Medizinstudiums 1977 gebildet hatte und 1978 das vielbeachtete Büchlein „Sumpffieber – Medizin für schwule Männer" herausgegeben hatte, engagierte sich zu diesem Zeitpunkt nicht in der Deutschen AIDS-Hilfe. Allerdings war unter den Männern und Frauen der ersten Stunde durchaus medizinischer und sozialtherapeutischer Sachverstand vertreten. Den frühen Aktivisten war klar, daß für die Auseinandersetzung mit der Bedrohung durch AIDS die Aktivierung schwulen Selbsthilfepotentials unerläßlich war. Dies war aus der Sicht der Beteiligten um so dringlicher, als die für den Gesundheitsbereich mit besonderer gesellschaftlicher Definitionsmacht ausgestattete professionelle Medizin jahrzehntelang an der Pathologisierung und Psychiatrisierung von Homosexualität beteiligt war. Hinzu kam, daß in der Bundesrepublik Deutschland erst 1969 die nationalsozialistische Verschärfung des §175 des deutschen Strafgesetzbuches zurückgenommen wurde; bis zu diesem Zeitpunkt war jede homosexuelle Handlung zwischen Männern in Deutschland gesetzlich verboten, erst das Jahr 1969 brachte die Freigabe homosexueller Handlungen für Männer über 21 Jahre, die „Schutzaltersgrenze" wurde 1973 auf 18 Jahre herabgesetzt.

Die beiden mächtigsten akademischen Professionen, Juristen und Mediziner, waren nicht nur im deutschen Sprachraum, sondern auch im angelsächsischen Rechtskreis sehr erfolgreich in der gesellschaftlichen Durchsetzung der von ihnen entwickelten Reaktionsmuster auf Homosexuelle, einer mit den Mitteln staatlicher Gewalt durchgesetzten Kriminalisierung und Pathologisierung. In Deutschland kamen jedoch für Homosexuelle die entsetzlichen Erfahrungen mit dem Nationalsozialismus hinzu. Dies hat zur Folge, daß unter den politisierten

deutschen Schwulen bis heute eine sehr viel kritischere Haltung gegenüber staatlichen Aktivitäten, auf welchem Gebiet auch immer, vorhanden ist als in den USA oder in Frankreich. In Berlin konnte es schon aus diesen Gründen nicht zu der engen und relativ vertrauensvollen Zusammenarbeit mit der Ärzteschaft und der etablierten medizinischen „scientific community" kommen, wie sie sich in San Francisco zwischen 1981 und 1985 und in Paris zwischen 1984 und 1988 entwickelte. Ein weiterer Grund für die kritische Distanz der deutschen Schwulen zum Gesundheitswesen wird jedoch auch darin zu suchen sein, daß die deutsche Ärzteschaft bis weit in die 80er Jahre hinein wesentlich konservativer eingestellt war als die US-amerikanische Ärzteschaft (zumindest in den für die US-amerikanischen Schwulen zentralen Staaten wie Kalifornien und New York).

Für die ersten Aktivisten der Deutschen AIDS-Hilfe wurde es dennoch im Laufe des Jahres 1984 immer klarer, daß die Informations- und Beratungsarbeit in der Berliner „gay community" sehr große Anstrengungen erforderte und daß der dafür notwendige Aufwand so groß sein würde, daß er nicht ohne staatliche finanzielle Unterstützung geleistet werden könnte. Die Deutsche AIDS-Hilfe wandte sich deshalb im Jahre 1984 sowohl an das West-Berliner Stadtparlament wie auch an die West-Berliner Landesregierung und erhielt eine Zusage von 50.000 DM für das Jahr 1985. Diese Mittel wurden für den Aufbau der Berliner AIDS-Hilfe verwandt, die in diesem Jahr noch als Sonderprojekt der Deutschen AIDS-Hilfe bestand, für die aber nun zwei Personen eingestellt wurden, um ein Minimum an Kontinuität in die Arbeit zu bringen. Der Erfolg auf Berliner Ebene war ein gutes Präjudiz, um auf der Bundesebene ebenfalls im Jahre 1985 300.000 DM Zuwendungen für die Deutsche AIDS-Hilfe zu erhalten. 1986 konnte die Deutsche AIDS-Hilfe schon über 2 Millionen DM – im wesentlichen für Aufklärungsaktivitäten – ausgeben, Ende des Jahres beschäftigte sie 10 Angestellte; 1987 konnte sie ihr festes Personal auf 20 Personen erhöhen, die Ausgaben stiegen auf 5 Millionen DM. Die Berliner AIDS-Hilfe war ebenfalls in der Lage, ihre Aktivitäten und Aufgabenbereiche rasch auszuweiten. 1986 verfügte sie schon über einen Etat von 280.000 DM und fünf feste Stellen, 1987 kam es zu einer Verdoppelung der Mittel und des Personals, und 1988 verfügte die Berliner AIDS-Hilfe schon über einen Etat von 1,2 Millionen DM. Diese Erfolge im Aufbau der AIDS-Hilfen waren zweifellos ein Ergebnis der geschickt agierenden Aktivisten und Lobbyisten der Deutschen AIDS-Hilfe und später auch der Berliner AIDS-Hilfe. Die Arbeit des zweiten Vorstandes der Deutschen AIDS-Hilfe (1985-1987) unter dem Vorsitzenden Gerd Paul war deshalb so wirkungsvoll, weil sie durch selbstbewußte Interessenvertretung und Pragmatismus, klare Zielsetzungen, Phantasiereichtum und Sensibilität gekennzeichnet war. Das im europäischen Vergleich so erfolgreiche „fund raising" bei staatlichen Institutionen wurde aber auch dadurch begünstigt, daß zu diesem Zeitpunkt sowohl in Berlin wie auch in Bonn ein Gesundheitssenator bzw. eine Gesundheitsministerin der CDU im Amt waren, die ein ungewöhnlich liberales und innovatives Profil aufwiesen. Die ersten Jahre der Deutschen und der Berliner AIDS-Hilfe sind ohne die – wenn auch konfliktuelle – Kooperation mit Senator Ulf Fink in Berlin und mit Ministerin Rita Süßmuth in Bonn nicht denkbar. Beide bewiesen politisches Gespür für den materiellen und personellen Bedarf der Berliner und der Deutschen AIDS-Hilfe; sie demonstrieren gleichzeitig, daß es auch für CDU-Politiker in Deutschland karrierefördernd sein kann, wenn sie sich ein liberales Profil geben.

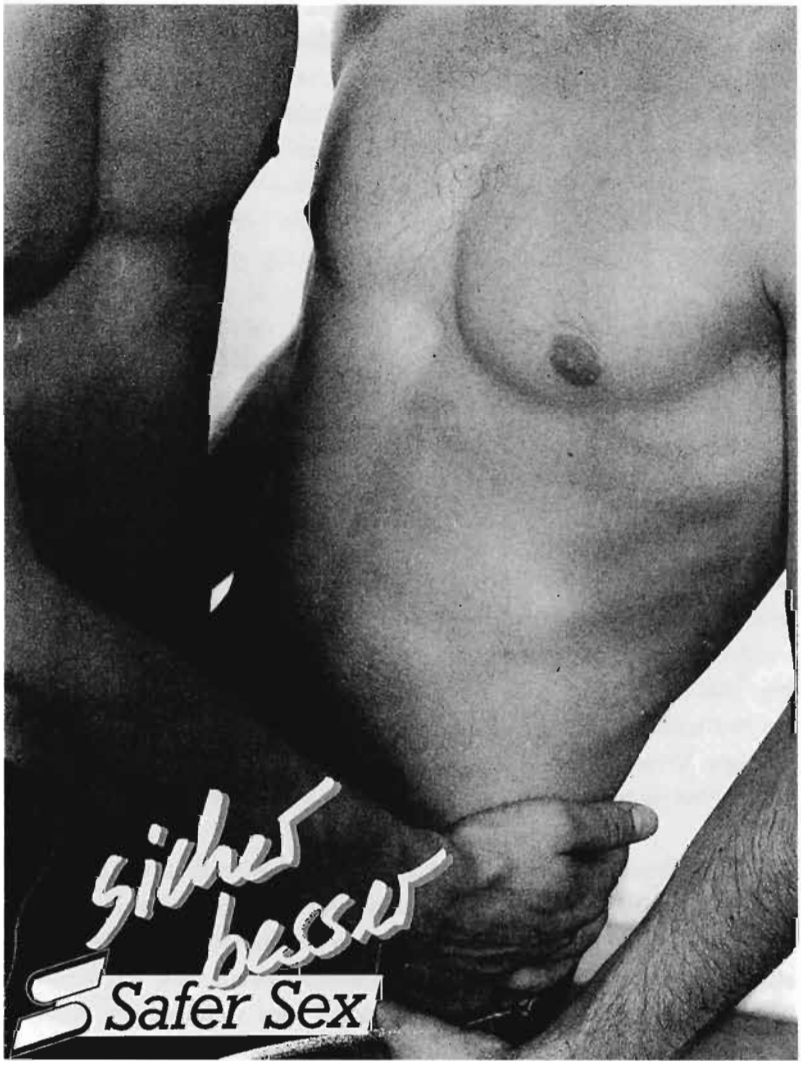
Wenn auch in der Ära Süßmuth das kooperative Element im Verhältnis AIDS-Hilfen und Gesundheitsministerium gegenüber dem konfliktuellen Element überwog, verfolgten die AIDS-Hilfen von Anfang an das Prinzip „der Konfliktfähigkeit der Selbsthilfeorganisationen bei der Vertretung der Interessen der Betroffenen gegenüber öffentlichen und privaten Institutionen"[2]. Kurz nach Gründung der Deutschen AIDS-Hilfe kam es schon 1984 zu einem Konflikt mit den meisten Koryphäen der Berliner AIDS-Forschung bzw. der Virologie. Die deutschen Ärzte sahen von Anfang an im HIV-Antikörpertest ein Mittel der Prävention, während die Deutsche AIDS-Hilfe sich gegen flächendeckende AIDS-Tests aussprach und im Test nur ein Mittel der Differentialdiagnose, der Kontrolle von Blutprodukten und ein Instrument zu bestimmten sozialepidemiologischen Untersuchungen sehen wollte[3]. Abgelehnt wurde der HIV-Antikörpertest an symptomlosen Probanden, da er medizinisch nicht indiziert sei, d.h. aus ihm auch keine spezifischen therapeutischen Verhaltensanweisungen zu folgern seien.[4] Es wurde ausdrücklich betont, daß diese Position dann aufgegeben werden müßte, wenn bestimmte Therapeutika in Sicht seien, die den Ausbruch von AIDS aufschieben oder gar verhindern und den Krankheitsverlauf abmildern und somit die Lebenszeit der Patienten verlängern könnten[5]; Anfang 1991 hat die Deutsche AIDS-Hilfe aufgrund der inzwischen vorliegenden Erfahrungen mit AZT und Pentamidin ihre Position zum HIV-AK-Test entsprechend geändert.

Solange aber aus dem Ergebnis des HIV-Antikörpertestes keine erfolgversprechenden medizinischen Interventionen zwingend folgten, sei es unverantwortlich, eine große Anzahl von symptomlosen und gesunden „Patienten" durch die massenweise Durchführung des Tests zu produzieren. Als Mitglieder der Deutschen AIDS-Hilfe 1984 ein Flugblatt gegen die undifferenzierte Durchführung von Tests verteilten, traten namhafte Berliner Professoren der Medizin, die kurz zuvor zur Erhöhung der Reputation der Deutschen AIDS-Hilfe einem Kuratorium beigetreten waren, aus diesem wieder aus. Die Deutsche AIDS-Hilfe zog es in dieser Situation vor, ihre Konfliktfähigkeit und ihre Fähigkeit zur offensiven Interessenartikulation im Sinne ihres eigenen Umfeldes unter Beweis zu stellen, und vermied es, in eine „Konsensfalle"[6] zu laufen, die sie um ihre eigenen spezifischen innovativen Ansätze gebracht hätte. Sie traf damit vermutlich noch nicht einmal die Meinung der Mehrheit der Schwulen in Berlin, die sich eher begierig auf das neue Instrument des HIV-Antikörpertestes stürzten. Als die Phase der ersten „Testeuphorie" abgeklungen war, wurde es jedoch vielen Schwulen in Berlin klar, daß die Deutsche AIDS-Hilfe zu Recht einen kritischen und behutsamen Umgang mit dem HIV-Antikörpertest befürwortet hatte. Nach anfänglichen Irritationen erhöhte diese „advokatorische" Funktion, die die Deutsche AIDS-Hilfe wahrgenommen hatte, im bedeutenden Maße ihre Glaubwürdigkeit, auch bei den Schwulen, die sich aus den unterschiedlichsten Gründen hatten testen lassen oder auch weiter testen ließen.

Der Wachstum des Selbsthilfe-Bereichs

Die Zahl der diagnostizierten AIDS-Fälle bei schwulen Männern in Berlin verdreifachte sich in den ersten drei Jahren (1982: 3 Fälle; 1983: 8; 1984: 25). Bis 1986 verdoppelte sich jedes Jahr die Zahl der neu diagnostizierten Fälle (1985: 41 Fälle; 1986: 101 Fälle). Sowohl für die Berli-

ner Aids-Hilfe wie für viele Projekte in der West-Berliner „gay community" wurde es damit immer dringlicher, in massiver Weise die in West-Berlin lebenden Schwulen auf die ernsthafte Bedrohung durch Aids und die Krise, die damit in der „gay community" entstehen würde, hinzuweisen. Im Juni 1985 fand im „Tempodrom", einem beliebten Veranstaltungsort für junge Berliner, ein Benefizkonzert für die Deutsche Aids-Hilfe statt, an dessen Zustandekommen der schwule Filmemacher Rosa von Praunheim ganz maßgeblichen Anteil hatte. Auf diesem Benefizkonzert traten beliebte Talkmaster des westdeutschen Fernsehens, SchauspielerInnen, SchlagersängerInnen und ChansonsängerInnen auf. Diese Veranstaltung fand in der West-Berliner und westdeutschen Presse und vor allem in der West-Berliner „gay community" eine große Beachtung. Im Herbst 1985 erschien das erste Poster einer Serie von Safer Sex-Postern der Deutschen Aids-Hilfe, die in den folgenden Jahren nicht nur in der ganzen Bundesrepublik, sondern auch in vielen anderen europäischen Ländern und sogar weltweit große Beachtung finden sollte.



Die Poster der Deutschen Aids-Hilfe zeichneten sich durch eine anspruchsvolle ästhetische Gestaltung aus und hatten durch die Darstellung gutaussehender sympathischer junger Männer einen hohen Identifikationswert für viele Schwule. Das erste Plakat mit zwei nackten Männer-Torsi wurde nicht nur in den meisten Schwulenkneipen, sondern auch im Bereich der Berliner U-Bahn plakatiert. Wie in den meisten anderen Städten wurde es somit auch in Berlin erst durch Aids möglich, schwulen Lebensstil öffentlich zu thematisieren und dafür staatliche Gelder zu erhalten. Eine dritte Aktion fand im Winter 1985/86 unter den Schwulen West-Berlins ebenfalls großen Anklang. Die Berliner Schwulenzeitung „Siegessäule" gab ein Aids-Sonderheft heraus, Umfang und Auflage des Heftes wurden durch einen Zuschuß von 20.000 DM des Berliner Senators für Gesundheit und Soziales ermöglicht.

Die schwulen Kneipen, Bars und Cafés waren in dieser Zeit ein Schwerpunkt der Aktivitäten der Berliner Aids-Hilfe. Nach anfänglichen Widerständen wurden die Aids-Hilfe-Mitarbeiter hier auch bald akzeptiert. Für die schwule Klientel der Berliner Aids-Hilfe war es besonders wichtig, daß seit 1984 ein Beratungstelefon installiert wurde. Seit 1985 konnte es 24 Stunden am Tag betrieben werden. In den ersten drei Jahren des Bestehens dieser Telefonberatung waren ungefähr die Hälfte der Anrufer homosexuell; seit Ende der 80er Jahre hat sich die Situation geändert, über zwei Drittel der Ratsuchenden sind jetzt heterosexuell.

In den Schwulen-Saunen gestaltete sich der Kooperationsprozeß schwieriger. Die Saunenbetreiber befürchteten, daß die Thematisierung von Aids einen weiteren Rückgang der Kundschaft bewirken würde. Der „Aids-Schock" hatte in den Jahren 1984 und 1985 schon zu erheblichen Geschäftseinbußen geführt. Mangels Kundschaft mußte eine von drei Saunen schließen. Im Gegensatz zu San Francisco und Stockholm gab es jedoch in West-Berlin weder in der schwulen noch in der heterosexuellen Öffentlichkeit eine Diskussion über die Notwendigkeit einer Schließung der Saunen. Der damalige Gesundheitssenator ließ sich vielmehr von der Argumentation der Deutschen und der Berliner Aids-Hilfe (und von den Opportunitätserwägungen seiner Berater) überzeugen, daß gerade die Saunen den Teil der schwulen Subkultur darstellten, der einen idealen Ort abgäbe, um Safer Sex „an den Mann zu bringen". Die gewachsenen, ritualisierten Verkehrsformen der homosexuellen Subkultur böten sich als Ansatzpunkte für die Bemühungen der Aids-Hilfen an, sexuelle Interaktionsformen zu ermutigen, die der Bedrohung durch Aids angemessen seien. Eine Schließung von Kontaktorten würde nur zu einer Verlagerung der Kontakte in andere Bereiche führen, die sich gegenüber einer sinnvollen Beeinflussung unzugänglich erweisen würden. Diese Überlegungen führten dazu, daß die beiden in Berlin vorhandenen schwulen Saunen nie geschlossen wurden. Das Fest zum zehnjährigen Bestehen der einen Sauna im Jahre 1987 gab den Auftakt zu regelmäßigen Veranstaltungen der Berliner Aids-Hilfe und des „gay switchboard" „Mann-O-Meter". Seit 1988 finden im Wechsel jeden Monat Veranstaltungen in einer der beiden Saunen statt.

Als heikelster Punkt erwiesen sich für die Diskussion in der West-Berliner „gay community" die „darkrooms" in den Kneipen der Lederszene. Sie wurden zeitweilig – eine behördliche Maßnahme antizipierend – von den Barbetreibern geschlossen, seit 1989 gibt es jedoch wieder 3 „darkrooms" in West-Berlin. Rosa von Praunheim nahm 1990 ihre Existenz zum Anlaß, um im deutschen Nachrichtenmagazin „Der Spiegel" eine vielbeachtete Polemik gegen die Aids-Hilfen und gegen das von ihm behauptete dramatische Ausmaß an riskanten

Sexualpraktiken unter Schwulen zu starten. Er warf den AIDS-Hilfen vor, an den Erfolgen ihrer reichhaltigen staatlichen Alimentierung zu scheitern und in bürokratischem Immobilismus zu erstarren. Mit ihrer allzu laxen und permissiven Safer Sex-Strategie würden die AIDS-Hilfen geradezu Neuinfektionen begünstigen. Die AIDS-Hilfen konterten daraufhin mit dem Vorwurf der Hysterie und des Denunziantentums. Deutlich wurde in der sich anschließenden Debatte, daß die Kontrahenten jeweils den anderen zur Projektionsfläche eigener ungelöster Probleme benutzten. Rosa von Praunheim gab in Interviews mit der Presse zu erkennen, daß seine eigenen Probleme, Safer Sex zu leben, und seine eigenen Infektionsängste den Hintergrund für seine Polemik gegen die AIDS-Hilfen bildeten. Die AIDS-Hilfen waren sich wiederum ihrer eigenen Position so unsicher, daß sie mit einem Kontaktabbruch und einem Boykottaufruf gegen den nach Faßbinders Tod bekanntesten schwulen Filmemacher in Deutschland reagierten.

So mag eine sehr wohlwollende und arglose Darstellung der Ereignisse lauten. Böse Zungen in Berlin behaupten, daß es Rosa von Praunheim mit seinem „Spiegel"-Artikel nur um eine sehr effektvoll inszenierte „personality show" gegangen sei, die seinem Medienimage förderlich sein sollte. Wie auch immer, für kurze Zeit spaltete sich die West-Berliner „gay community" in zwei Teile: Der größere Teil fand Rosas Aktionen unsolidarisch und skandalös und sein Verhalten egozentrisch und geltungssüchtig. Der kleinere Teil hielt Rosas Aktion für überfällig und sein Verhalten mutig. Der zeitweilige Zusammenbruch der Kommunikation in einer Situation, wo diese für die „gay community" überlebenswichtig gewesen wäre, kann als deutliches Symptom für die traumatisierende Wirkung von AIDS unter schwulen Männern genommen werden. Schon Anfang 1989 hatte Martin Dannecker auf einer Tagung in Berlin zu „AIDS-Prävention und Sozialwissenschaften" darauf hingewiesen, daß AIDS als Bedrohung der Sexualität und der physischen und psychischen Integrität homosexueller Männer diese in eine Selbstwertkrise ungeahnten Ausmaßes gestoßen hätte.[7]

Die Polemik zwischen den AIDS-Hilfen und Rosa von Praunheim zeigt, daß diese Traumatisierung Folgen hat, die weit über die Sphäre des Sexuellen hinausgehen und auch generell die Interaktionsformen zwischen schwulen Männern beeinflussen. Daß AIDS in massiver Weise das Sexualverhalten von schwulen Männern beeinflußt, war schon Ende 1987 deutlich geworden, als die Deutsche AIDS-Hilfe eine Befragung von schwulen Männern in West-Berlin und der Bundesrepublik Deutschland durchführen ließ[8]. Die Ergebnisse dieser Befragung wurden durch eine zweite 1988 durchgeführte Befragung bestätigt. Die Ergebnisse beider Befragungen belegen, daß es der Deutschen und der Berliner AIDS-Hilfe gelang, ein bedeutsames Maß an Problemsensibilität und Risikobewußtsein unter den Schwulen West-Berlins und Westdeutschlands zu schaffen. Dieses Risikobewußtsein führte dazu, daß die Anzahl der HIV-relevanten Übertragungssituationen bei schwulen Männern seit Mitte der 80er Jahre signifikant zurückgegangen ist. Das Ergebnis kann nun keineswegs ausschließlich den Bemühungen der Deutschen und der Berliner AIDS-Hilfe zugeschrieben werden. Beide waren vielmehr mit ihrem Präventionskonzept erfolgreich, weil sie in ihren Anstrengungen nicht alleingelassen, sondern unterstützt wurden durch verschiedene Institutionen und Projekte, die im Lauf der 80er Jahre neu entstanden oder – wenn sie schon vorher bestanden – einen Teil ihrer Arbeitskapazität für die Primär- und Sekundärprävention von AIDS umwidmeten.

Die Bedeutung schwuler Netzwerke für die AIDS-Prävention

Zunächst einmal gab es seit den 70er Jahren in Berlin eine Reihe schwuler Ärzte, deren Praxen sich naturwüchsig als „Schwerpunktpraxen" für schwule Männer mit Geschlechtskrankheiten und mit Hepatitis entwickelten. Damit existierte schon vor AIDS ein Bereich im Gesundheitssystem West-Berlins, der als Anlaufstelle für Schwule funktionierte und in gewisser Weise eine Tradition schwuler „Gesundheitsvorsorge" begründete. „Promisk" lebende schwule Männer hatten – vor allem bedingt durch Syphilis und Hepatitis – auch vor AIDS allen Anlaß, präventiv im Hinblick auf ihre Gesundheit tätig zu werden. Damit wurde eine gewisse Grundlage für eine schnellere Reaktion auf AIDS geschaffen. Dieser Aspekt ist in der bisherigen Diskussion zu wenig hervorgehoben worden, obwohl er keineswegs nur in West-Berlin zu beobachten ist, sondern auch in anderen Schwulenmetropolen mit liberalem politischem Klima wie Amsterdam, Paris und San Francisco konstatiert werden konnte. 1987 formalisierte sich in Berlin die Zusammenarbeit von AIDS-Schwerpunktpraxen zum „Arbeitskreis AIDS", dessen Mitglieder ungefähr zu zwei Dritteln schwule Ärzte sind.

Bevor AIDS in West-Berlin zum Thema wurde, gab es jedoch noch einen weiteren Ort der Kooperation zwischen Gesundheitswesen und Schwulen, der sich als sehr positives Präjudiz für die Auseinandersetzung mit AIDS erweisen sollte. 1982 führte das Landesinstitut für Tropenmedizin eine Werbeaktion für die Impfung gegen Hepatitis B mit schwulen Ärzten, schwulen Gruppen und dem grünen Kreuz (WHO-Organisation) durch, die einigen Anklang in der „gay community" von West-Berlin hatte und von schwulen Männern als positives Indiz dafür genommen werden konnte, daß Teile des öffentlichen Gesundheitswesens sich auch um die gesundheitlichen Belange des schwulen Teils der Bevölkerung kümmerten, ohne die Schwulen in irgendeiner Weise bevormunden oder kontrollieren zu wollen. Das Tropeninstitut wurde, als die AIDS-Epidemie Berlin erreichte, sofort eine zentrale „Clearingstelle" für Information und Beratung. Auch was den HIV-AK-Test betrifft, wurde dem Tropeninstitut von den schwulen Männern, die sich testen lassen wollten, ein großer Vertrauensvorschuß entgegengebracht. Bedeutenden Anteil an dieser Entwicklung hatte eine Mitarbeiterin des Tropeninstituts, Sabine Lange, der es vor allem gelang, einen tragfähigen Kontakt zu der auch in West-Berlin von AIDS besonders betroffenen Lederszene herzustellen. Im Rahmen des Bundesmodellprojekts „Streetwork" erhielt sie 1986 eine der beiden Streetworkerstellen, die aus Bundesmitteln für fünf Jahre für West-Berlin bewilligt wurden, ein weiterer Baustein des in Berlin geschaffenen Netzwerkes für die AIDS-Prävention. Um die Vielfältigkeit der Initiativen in der „gay community" und das Ausmaß an „social support", das hier geleistet wird, zu dokumentieren, müssen noch zwei Projekte erwähnt werden, deren Gründung nicht wegen AIDS erfolgte, die im Laufe ihrer Entwicklung jedoch einen signifikanten Beitrag zur AIDS-Prävention leisteten.

Es ist dies zunächst das „gay switchboard" „Mann-O-Meter", das 1985 gegründet wurde und seit 1987 nicht unbedeutende Mittel von der Landesregierung erhält (1988: 200.000 DM). Ursprünglich als Kommunikations-, Informations- und Beratungsort für schwule Männer gedacht, nahm das „switchboard" im Laufe seiner Entwicklung auch immer wieder Aufgaben im Bereich der AIDS-Prävention wahr. Dies sind vor allem Informationen über die Beratungs- und Betreuungsmöglichkeiten zu AIDS-spezifischen Problemen in West-Berlin, zum anderen aber

auch die Organisation von Safer Sex-Workshops. Schon in den Tagen nach dem Fall der Mauer (9.11.1989) waren die Räume voll von Ost-Berliner Schwulen, die einerseits über West-Berlin generell informiert werden wollten, zum großen Teil aber auch Interesse an Informationsmaterialien zu AIDS zeigten.

Die Arbeit der „Schwulenberatungsstelle" ist öffentlich weniger wahrnehmbar als die von „Mann-O-Meter", doch auch hier gehören seit einigen Jahren psychosoziale Probleme, die durch AIDS verursacht wurden, zu den Themenbereichen, auf die in den Beratungs- und Therapieangeboten eingegangen wird. Die Beratungsstelle hat insgesamt 13 Mitarbeiter, davon werden 3,5 hauptamtliche Beschäftigte für eine kontinuierliche therapeutische Begleitung von Menschen mit HIV und AIDS eingesetzt.

AIDS in Ost-Berlin

Diese Darstellung konzentriert sich im wesentlichen auf den Bereich der Primärprävention für schwule Männer, ist also keineswegs erschöpfend. Es wurde jedoch versucht, die wesentlichen Aktionen und Projekte in West-Berlin zwischen 1983 und 1989 darzustellen. Der Autor hofft, zumindest ansatzweise ein Bild der West-Berliner Vielfalt in diesem Bereich vermittelt zu haben. Eine Darstellung der Situation in West-Berlin wäre jedoch unvollständig, wenn nicht wenigstens in sehr summarischer Weise auf die Lage in Ost-Berlin eingegangen würde. Dies nicht nur deshalb, weil die Berliner Mauer im November 1989 fiel und beide Städte seit 1990 große Anstrengungen unternehmen, wieder eine Stadt zu werden. Auch vor 1989 war die Mauer keineswegs undurchlässig, sondern, wie Professor Meinrad Koch, der Leiter des Deutschen AIDS-Zentrums, immer zu betonen pflegt, „eine semipermeable Membran", d.h. in einer Richtung durchlässig.

In der zweiten Hälfte der 80er Jahre besuchten ungefähr jährlich 2 Millionen West-Berliner den Ostteil der Stadt. Ein erheblicher Teil dieser Besucher war durch verwandtschaftliche Beziehungen motiviert; es ist davon auszugehen, daß unter den Reisen von West-Berlinern nach Ost-Berlin, die keine Verwandtschaftsbesuche darstellten, die Besuche von schwulen Männern sogar einen überproportionalen Anteil ausmachten. Diese Hypothese basiert auf einer angenommenen überdurchschnittlichen Mobilität von schwulen Männern, besonders, wenn diese durch eine großstädtische Lebensweise geprägt sind. 1987 erfolgte zudem noch eine Liberalisierung der Übernachtungsregelungen für West-Berliner. West-Berliner mit einem Tagesvisum nach Ost-Berlin mußten nicht mehr spätestens um Mitternacht aus Ost-Berlin ausreisen, sondern konnten unter bestimmten Bedingungen dort übernachten. Vor diesem Hintergrund ist es überraschend, wie unterschiedlich sich die epidemiologische Situation in den beiden Städten darstellt. (s. Tabellen S. 28)

Angesichts der Durchlässigkeit der Mauer sind die enormen Unterschiede zwischen West- und Ost-Berlin keineswegs selbstverständlich. Erklärungsbedürftig ist eher, warum die HIV-Prävalenz in Ost-Berlin nicht höher ist. Zu vermuten ist, daß der schwule Tourismus nach Ost-Berlin eher ein Sightseeing-Tourismus war und eher zu sozialen, denn zu sexuellen Kontakten geführt hat, womit nicht gesagt werden soll, daß sexuelle Kontakte asozial seien. Wer in West-Berlin seinen „schnellen Sex" haben wollte, war schlecht beraten, wenn er ihn in

Diagnostizierte HIV-Infektionen in West/Ost-Berlin

Stand: 31.12.1992

Jahr der Einsendung des Serums	West-Berlin				Ost-Berlin			
	unbek.	männl.	weibl.	Gesamt	unbek.	männl.	weibl.	Gesamt
vor 1985	78	366	38	482	0	0	0	0
1985	285	1093	198	1576	0	0	0	0
1986	152	1132	174	1458	0	3	0	3
1987	105	1036	191	1332	0	19	0	19
1988	88	797	182	1067	0	12	0	12
1989	74	533	110	717	0	11	1	12
1990	92	710	143	945	2	28	0	30
1991	102	586	153	841	0	37	3	40
1992	65	417	88	570	2	28	6	36
Gesamt	1041	6670	1277	8988	4	138	10	152

Gemeldete Aids-Fälle in West/Ost-Berlin

Stand: 31.12.1992

Jahr der Diagnose	West-Berlin				Ost-Berlin			
	Homo	männl.	weibl.	Gesamt	Homo	männl.	weibl.	Gesamt
vor 1984	12	13	0	13	0	0	0	0
1984	27	31	0	31	0	0	0	0
1985	40	45	2	47	0	0	0	0
1986	108	115	5	120	0	0	0	0
1987	192	222	10	232	2	3	0	3
1988	252	294	17	311	2	2	0	2
1989	276	330	14	344	5	6	0	6
1990	248	304	21	325	6	7	0	7
1991	198	252	24	276	4	5	0	5
1992	177	212	30	242	7	9	1	10
Gesamt	1530	1818	123	1941	26	32	1	33

Ost-Berlin suchte, obwohl es auch in Ost-Berlin gut frequentierte „cruising areas" und Klappen gab. Bis 1983/84, als der AIDS-Schock in West-Berlin einsetzte und zu einem deutlichen Rückgang von Sexualkontakten führte, war es allemal leichter, in einem der „darkrooms" von West-Berlin, in einer der Saunen oder der „cruising"-Bereiche der Stadt einen Partner für flüchtigen Sex zu finden. Zwei weitere Faktoren kommen hinzu:

Bei jeder Einreise nach Ost-Berlin mußte ein Betrag von 25 DM in 25 Mark (DDR) umgetauscht werden, Westdeutsche mußten noch zusätzlich 5 DM für ein Tagesvisum zahlen, die „Eintrittsgebühr" nach Ost-Berlin war also deutlich höher als der Preis für einen Saunabesuch in West-Berlin.

Zu berücksichtigen ist ferner die Wirkung von sexuellen Netzwerken, wie sie Michael Pollak in seiner Analyse der Situation in Frankreich beschrieben hat.[9] Solche „sexual networks" bestanden natürlich auch in Ost-Berlin und in der DDR. Da eine kommerziell betriebene Subkultur nur in Ost-Berlin und auch dort nur rudimentär vorhanden war, hatten Freundeskreise für das schwule Leben in der DDR eine viel größere Bedeutung als in West-Berlin und in Westdeutschland. Diese Freundeskreise erschlossen sich jedoch nur schwer West-Berliner Schwulen bei flüchtigen Besuchen in Ost-Berlin. Im Gegenteil: West-Berlinern und Westdeutschen (und nicht nur den Schwulen unter ihnen) wurde von den DDR-Bürgern häufig der Vorwurf von Imponiergehabe und Arroganz gemacht. Westliches auftrumpfendes Auftreten äußerte sich auch in einem besonderen Kleidungsstil und anderen Formen der „conspicuous consumption", auf die DDR-Bürger zum Teil sehr allergisch reagierten. Der „cultural clash" zwischen West und Ost und der immer latente Kulturimperialismus der Westler waren also durchaus geeignet, Abschließungstendenzen im Osten zu verstärken, die so einer intensiveren „Durchmischung" von West-Berliner oder auch westdeutschen Schwulen mit Ost-Berliner Schwulen entgegenwirkten. Das planwirtschaftliche System der DDR und die damit verbundenen Restriktionen für den Dienstleistungsbereich hatten auch zur Folge, daß es eine kommerzielle Subkultur im westlichen Sinne kaum gab. Bis 1989 gab es in Ost-Berlin ein Café und zwei Kneipen, in der überwiegend schwule Männer verkehrten. In Ost-Berlin gab es jedoch weder eine Sauna für Schwule noch eine Kneipe mit „darkrooms". Der Anteil hochpromisker schwuler Männer dürfte schon aufgrund des Fehlens besonders geeigneter „facilities" für einen hohen „Umschlag" von Sexualpartnern in Ost-Berlin deutlich geringer gewesen sein als in West-Berlin.

Die geringe HIV- und AIDS-Prävalenz in Ost-Berlin und der DDR ist also nicht nur durch die Politik der Abschottung der ostdeutschen Regierung zu erklären, die zweifellos auch massive Auswirkungen hatte, sondern ebenso durch besondere soziokulturelle Faktoren, die wiederum nur im Kontext dieser Politik der staatlichen Selbstisolierung zu verstehen sind. Die ökonomische Situation der DDR und das Fehlen einer frei konvertierbaren Währung verhinderten auch das Entstehen einer Drogenszene, wie sie für West-Berlin, Westdeutschland und andere westeuropäische Länder charakteristisch ist. Die geringe Prävalenz von HIV und AIDS in der DDR ist also weniger auf eine besonders gelungene Politik primärer Prävention, wie sie die DDR-Regierung für sich beanspruchte, zurückzuführen, sondern eher in der spezifischen sozialökonomischen Funktionsweise der DDR-Gesellschaft begründet.[10]

Die Berichterstattung im Westfernsehen und in den West-Berliner Radioprogrammen hatte AIDS als Thema jedoch schon in massiver Weise aufgegriffen. Westfernsehen und West-

Berliner Radioprogramme galten in der DDR seit langem als Quellen für „vorenthaltene Informationen". Für einen bedeutenden Teil der DDR-Bürger hatten sie sogar eine weitaus größere Glaubwürdigkeit als das DDR-Fernsehen und die DDR-Radioprogramme. Auch wenn in den elektronischen Westmedien die Berichterstattung zu AIDS 1984 und 1985 keineswegs optimal war, so gestaltete sie sich doch differenzierter und weniger sensationslüstern als die Berichterstattung der westdeutschen Boulevardpresse. Es kann daher vermutet werden, daß zum einen die Berichterstattung der westlichen elektronischen Medien von vielen Schwulen in Ost-Berlin und der DDR aufmerksam verfolgt wurde und daß zum anderen die Informationen über AIDS auch verhaltenswirksame Konsequenzen hatten.

Die AIDS-Politik der DDR-Regierung bestand in einem seuchenhygienischen Ansatz der „Aufdeckung von Infektionsquellen", zu dem die namentliche Meldepflicht von Infizierten und Erkrankten und ein hartnäckig betriebenes „contact tracing" gehörten. Der HIV-AK-Test wurde als Mittel der Präventionspolitik angesehen, Homosexuelle wurden generell aufgefordert, sich testen zu lassen. Die Informationstätigkeit des DDR-Gesundheitsministeriums war alles andere als zielgruppenspezifisch orientiert, obwohl die große Mehrzahl der Fälle von HIV-Infektionen und AIDS-Erkrankungen unter schwulen Männern zu beobachten war. Vom konzeptionellen Ansatz war die AIDS-Politik der DDR am ehesten mit der bayerischen und der schwedischen AIDS-Politik verwandt, Welten trennten sie von der liberalen Strategie der West-Berliner Landesregierung, ganz zu schweigen von Herangehensweisen, wie sie in der Schweiz oder den Niederlanden für angemessen gehalten wurden. Kritik an dieser Art von AIDS-Politik unter den Schwulen Ost-Berlins gab es früh, sie mußte sich unter den Bedingungen des alten Regimes jedoch sehr vorsichtig artikulieren. Seit Anfang der 80er Jahre hatten sich „autonome" Schwulengruppen nur unter dem Dach der protestantischen Kirche bilden können, was diese aber nicht unbedingt zu „kirchlichen" Schwulengruppen machte. So war es fast zwangsläufig, daß sich die Schwulen, die schwule Interessen angesichts der Bedrohung durch AIDS artikulieren wollten, auch unter dem Dach der protestantischen Kirche organisierten. Im Dezember 1987 bildete sich die „Zentrale AIDS-Arbeitsgruppe der Kirchlichen Arbeitskreise in der DDR". Hauptanliegen dieser Gruppe war eine Kritik an dem rigiden seuchenhygienischen Ansatz des DDR-Gesundheitsministeriums und eine an der Akzeptanz schwuler Lebensweise orientierte Informations- und Beratungsarbeit für Schwule. Es wurde versucht, ein alternatives Beratungskonzept aufzubauen, mehrere Wochenendseminare zur Information, Diskussion und Schulung wurden in den Jahren 1988 und 1989 durchgeführt. Seit Frühjahr 1989 wurde einmal pro Woche am Berliner Dom eine anonyme telefonische und persönliche Beratung angeboten, die aber auf wenig Resonanz stieß. Im Unterschied zur West-Berliner AIDS-Hilfe wurde in Ost-Berlin Kondombenutzung bei anal-genitalen und bei oral-genitalen Kontakten empfohlen. Hektographiertes Material und Handzettel wurden ab 1988 verteilt, zielgruppenspezifische Ansprache wurde dabei versucht. Das erste „offizielle" Faltblatt konnte die zentrale AIDS-Arbeitsgruppe in der Woche nach dem Fall der Mauer verteilen. Ein „Memorandum" zur kritischen Einschätzung der bisherigen AIDS-Politik der DDR-Regierung wurde im Dezember 1989 veröffentlicht. Die „AIDS-Hilfe DDR" gründete sich im Januar 1990, im Juli 1990 wurden ihr von der neuen DDR-Regierung Räume in Ost-Berlin zugewiesen, ab September dieses Jahres konnte sie aus staatlichen Mitteln fünf Mitarbeiter beschäftigen. Fast zeitgleich mit den ersten freien Wahlen zur „Volkskammer" (dem

DDR-Parlament) wurde ab März 1990 die namentliche Meldepflicht bei positiven HIV-AK-Tests abgeschafft und die Anonymisierung der Tests eingeführt; ebenso wurde die Zwangstestung in den Haftanstalten der DDR aufgehoben. Es blieb jedoch nicht mehr ausreichend Zeit, eine neue AIDS-Politik in der DDR zu entwickeln, und zwar weder für die DDR-Regierung noch für die Selbsthilfegruppen in der DDR. Im September konstituierten sich die Länder neu, die zwischen 1947 und 1952 schon auf dem Territorium der Sowjetischen Besatzungszone bzw. der DDR bestanden hatten und 1952 von der ostdeutschen kommunistischen Regierung aufgelöst wurden. Nachdem sich die DDR eine föderale Struktur gegeben hatte, trat sie am 3. Oktober 1990 der Bundesrepublik Deutschland bei. Die AIDS-Hilfe DDR ging im Januar 1991 in der Deutschen AIDS-Hilfe auf, die damit auch der Dachverband der 16 lokalen AIDS-Hilfe-Gruppen wurde, die sich inzwischen in den ostdeutschen Ländern gegründet hatten. Da die AIDS-Hilfe DDR für Ost-Berlin die Rolle einer lokalen AIDS-Hilfe übernommen hatte, wurden deren Räume als „Geschäftsstelle Ost" der Deutschen AIDS-Hilfe bis Juni 1991 beibehalten.

Ausblick

Inwieweit es gelingt, in den fünf neuen Bundesländern und in Ost-Berlin den gegenwärtigen Vorteil einer im westeuropäischen Vergleich äußerst niedrigen HIV- und AIDS-Prävalenz und -Inzidenz zu halten, bleibt abzuwarten. Aus den Forschungsergebnissen zu den Änderungen im Sexualverhalten schwuler Männer unter dem Eindruck von AIDS in Westdeutschland, in Frankreich und in den USA ergibt sich, daß zwischen Verhaltensänderungen und Informationsniveau seit Mitte der 80er Jahre nur ein sehr schwacher oder kaum ein Zusammenhang besteht. Persönliche Betroffenheit durch AIDS im Freundes- und Bekanntenkreis, Selbst- und Fremdakzeptanz der Homosexualität und die Integration in schwule Netzwerke bewirken die stärksten Veränderungen im Sexualverhalten. Die persönliche Betroffenheit durch AIDS ist in Ost-Berlin und in den fünf neuen Bundesländern aufgrund der epidemiologischen Situation noch sehr gering, die Integration in schwule Netzwerke ist in Ost-Berlin besser als in anderen Gebieten der DDR (mit Ausnahme von Leipzig und Potsdam). Die legalen Voraussetzungen für eine Akzeptanz von Homosexualität waren in der DDR seit Juli 1989 besser als in der Bundesrepublik. Die Sonderbehandlung von Schwulen wurde im Strafgesetzbuch der DDR durch Streichung des entsprechenden Paragraphen abgeschafft, das „Schutzalter" für Heterosexuelle und Homosexuelle einheitlich auf 16 Jahre festgesetzt. Spiegelt sich in einer offenen Gesellschaft wie z.B. den Niederlanden in einer liberalen Schutzaltersregelung die liberale Haltung der Gesellschaft insgesamt wider, so ist dies nicht der Fall in autoritär-bürokratisch strukturierten Gesellschaften wie der DDR. Die Streichung des Paragraphen 151 aus dem Strafgesetzbuch der DDR war eher ein huldvolles Geschenk der Staatspartei SED an die Schwulen und eine Konzession an die Bürgerrechtsaktivisten und die aufgeklärteren SED-Mitglieder. Vielleicht war sie sogar in erster Linie lediglich Teil einer Herrschaftsstrategie, die sich in bestimmten gesellschaftlichen Bereichen liberal gab, um in anderen Bereichen um so repressiver vorgehen zu können.

Im Rahmen einer Rechtsangleichung der beiden deutschen Staaten wird erst jetzt in Westdeutschland beabsichtigt, den §175 aus dem Strafgesetzbuch der Bundesrepublik zu

streichen und ein Schutzalter von 16 Jahren, unabhängig von der sexuellen Orientierung der an Sexualkontakten Beteiligten, einzuführen. Daß die CDU/FDP-Regierung dies beabsichtigt, ist zum geringsten Teil besserer Einsicht geschuldet (dann würde das „Schutzalter" auch gleich auf 14 Jahre herabgesetzt), sondern verdankt sich im wesentlichen dem Zwang zur Angleichung der beiden Rechtssysteme in der Bundesrepublik und der ehemaligen DDR. Eine Wiedereinführung der für die Betroffenen nachteiligeren Regelungen in Ostdeutschland würde dort zuviel Unruhe schaffen.

Für die Durchsetzung einer weitergehenden Akzeptanz von schwulen Lebensweisen bleibt in beiden deutschen Gesellschaften, also auch in beiden Teilen Berlins, noch viel zu tun[11]. Auf dieser Einschätzung basiert das Konzept der „strukturellen Prävention", das für die Deutsche Aids-Hilfe seit 1990 Gültigkeit hat. Gesundheitspolitik wird als Teil umfassenderer Sozial- und Gesellschaftspolitik im Sinne der Ottawa-Charta der WHO begriffen:

„Unser spezieller Beitrag ... ist es ... unsere schwulen ... Lebenswelten und unsere Lebensweisen als ... infizierte Menschen gesundheitsfördernd zu beeinflussen. Dies umfaßt sowohl Geborgenheit und Verwurzelungen (in) einer unterstützenden sozialen Umwelt, den Zugang zu allen wesentlichen Informationen, die Entfaltung von praktischen Fertigkeiten, als auch die Möglichkeit, selber Entscheidungen in bezug auf ... persönliche Gesundheit treffen zu können. Menschen können ihr Gesundheitspotential nur weitergehend entfalten, wenn sie auf die Faktoren, die ihre Gesundheit beeinflussen, auch Einfluß nehmen können."[12]

Das WHO-Gesundheitskonzept kann nur umgesetzt werden, wenn gesellschaftliche Strukturen, die ihm entgegenstehen, verändert werden. Armut, soziale und kulturelle Benachteiligungen, soziale Stigmatisierungs- und Diskriminierungsprozesse, ein defizitäres Gesundheitssystem und eine Wirtschaftspolitik, die fast ausschließlich von einem spätbürgerlichen possessiven Besitzindividualismus beherrscht ist, verhindern eine optimale Realisierung des WHO-Gesundheitskonzepts. Das Konzept der strukturellen Prävention der Deutschen Aids-Hilfe versucht die Voraussetzungen sozialer, sekundärer und tertiärer Prävention zu reflektieren und einen Beitrag zu leisten, diese Voraussetzungen gesellschaftlich zu realisieren. Im Sine eines „consciousness raising" und eines „self empowerment" gehören hierzu auch „Identitäts"-Arbeit mit marginalisierten Individuen und kollektive „Identitätsangebote" (der Plural ist hier wichtig). Dies ist von besonderer Bedeutung für junge Schwule, die ihr „coming out" und „going public" nach wie vor in einem „normativen Vakuum"[13] bewältigen müssen, da die Erziehungsprozesse in allen Sozialisationsagenturen unserer Gesellschaft unerbittlich auf (Zwangs-) Heterosexualität orientieren.

Diesen Ansatz entstigmatisierender Strategien für die von HIV und Aids besonders betroffenen Bevölkerungsgruppen teilt die Deutsche Aids-Hilfe mit vielen Selbsthilfegruppen in Nordamerika. Die Deutsche Aids-Hilfe steht hier allerdings für eine besonders „anti-integrationistische" Variante ein, die das Recht auf Differenz der Schwulen oder der Drogengebraucher in offensiver Weise betont.

Einzigartig dürfte die Betonung der Notwendigkeit einer „primärpräventiven Auseinandersetzung mit dem Verhütungsdilemma" durch die Deutsche Aids-Hilfe sein.[14] Diese zunächst etwas kryptische Formulierung thematisiert die erotischen Verluste, die eine konsequente Realisierung des Safer Sex mit sich bringt.[15] Der Begriff „Verhütungsdilemma" verdeutlicht den widersprüchlichen Doppelcharakter, den Verhütung annimmt, wenn bei Anal-

verkehr „Safer Sex" praktiziert wird. Das Kondom verhütet einerseits – wenn angemessen benutzt- eine mögliche HIV-Infektion. Für viele Schwule, die den ungeschützten Analverkehr psychisch hoch besetzt haben, verhindert das Kondom jedoch gleichzeitig das für sie unerläßliche Gefühl der Verschmelzung mit dem Partner; der interaktive „dyadische" Charakter von Sexualität wird eingeschränkt. Das Kondom, auch wenn es „nur" eine Sperrwand von 0,055 Millimetern darstellt, kann „symbolisch" den Umfang eines meterdicken Walls annehmen. Dies alles ist jedoch nur ein Grund für die Vorbehalte, die nach wie vor entweder den Gebrauch des Kondoms verhindern oder zum Verzicht auf Analverkehr führen. Martin Dannecker hat das andere Motiv analysiert, das zur Vermeidung des Kondomgebrauchs oder zur Aufgabe des Analverkehrs führen kann:

„Widerstände gegen den Gebrauch des Kondoms auch beim Analverkehr erwachsen jedoch nicht nur aus der Einschränkung der sexuellen Empfindungen oder aus der Unfähigkeit der meisten homosexuellen Männer, ein Stück Gummi erotisch zu besetzen. Das Kondom schränkt das sexuelle Erleben auch dadurch ein, daß es aufs innigste mit AIDS verschränkt ist. Für homosexuelle Männer hat das Kondom nur eine Bedeutung: es soll HIV-Infektionen verhindern. Zu kaum einem anderen Zweck wird das Kondom von homosexuellen Männern benutzt als dem, nicht eines Tages an AIDS zu erkranken. Benutzen sie es aber, entfalten sich szenisch all jene ängstigenden Vorstellungen, von denen sie sich gerade durch den Gebrauch des Kondoms distanzieren möchten. Diesem Dilemma, durch den Gebrauch des Kondoms die Evokation von AIDS auszulösen, entziehen sich wahrscheinlich nicht wenige homosexuelle Männer, indem sie sich bei sexuellen Interaktionen auf Praktiken beschränken, bei denen man, wenn schon nicht auf Vorsichtsmaßnahmen, so doch auf das Kondom und damit auf das zentrale Symbol der Präsenz von AIDS verzichten kann."[16]

Die Benutzung des Kondoms stößt auf psychische Widerstände, die nicht durch Konditionierungsübungen im Sinne der behaviouristischen Lernpsychologie und Verhaltenstherapie überwunden werden können. Auch die ausgeklügeltsten Safer Sex-Kampagnen werden nicht eine hundertprozentige „compliance" gegenüber der Empfehlung, bei Analverkehr Kondome zu benutzen, erreichen. Veränderungen der Sexualität können nicht mit Strategien der Waschmittelreklame bewirkt werden. Auch wenn dies möglich wäre, wäre es nicht wünschenswert. Wünschenswert sind Beratungsangebote und Programme „aufsuchender" Szenearbeit, die den betroffenen schwulen Männern dabei helfen, das für sie bestehende Verhütungsdilemma in einer individuell befriedigenden Weise zu lösen. Nicht der „freiwillige Zwang", sondern individuelle Risikostrategien sind die Handlungsfolgen einer AIDS-Politik, die sich am Prinzip individueller Verantwortung orientiert. Das Konzept der strukturellen Prävention der Deutschen AIDS-Hilfe versucht diese Strategien mitzudenken.

Danksagung

Von Anbeginn war eine große Zahl schwuler Männer in West-Berlin darin engagiert, ein weiteres und dramatisches Anwachsen der HIV-Infektionen und AIDS-Erkrankungen zu verhindern. Als ich daher dieses Kapitel zu schreiben begann, war es selbstverständlich für mich, mit ihnen darüber zu reden und ihre Standpunkte und Erfahrungen ausreichend in meinen Ausführungen zu berücksichtigen. Sie haben alle ohne Ausnahme viel Zeit und Mühe darauf verwandt, meine vielen Fragen ausführlich zu beantworten. Dafür möchte ich ihnen herzlich danken. Zu besonderem Dank verpflichtet bin ich Sabine Lange, ohne die die Deutsche AIDS-Hilfe 1983 niemals so entschlossen gegründet worden wäre; desgleichen Stefan Reiß vom ersten Vorstand der D.A.H., sowie Gerd Paul, Vorsitzender des zweiten Vorstands der D.A.H. in den Jahren 1985 bis 1987.

Weiterer Dank geht an Egmont Fassbinder, Karl Lemmen, Joachim Müller, Klaus Nolden, Rolf Rosenbrock und Marc Wiltzius, die mir viele nützliche Einblicke in die Entwicklung der AIDS-Prävention in West-Berlin gewährten; Günter Grau, Rainer Metz und Hubert Thinius danke ich für ihre erhellenden Ausführungen zur Entwicklung im Ostteil der Stadt. Ulrich Markus vom AIDS-Zentrum des Bundesgesundheitsamts in West-Berlin war außerordentlich hilfreich bei der Beschaffung der epidemiologischen Daten zur Situation in Westdeutschland und West-Berlin. Wolfgang Kiehl, bis Ende Februar am Zentralinstitut für Hygiene, Mikrobiologie und Epidemiologie in Ost-Berlin tätig, war eine Fundgrube für Informationen über die Lage im Gebiet der ehemaligen DDR. Last but not least seien die Mitarbeiter des Prinz Eisenherz-Buchladens erwähnt, die mich so wirksam mit spezieller Literatur versorgt haben und die die umfassendste Sammlung soziologischer Literatur zu AIDS und schwulen Männern in Berlin aufgebaut haben.

Den Artikel möchte ich dem Andenken von Andreas Salmen, einer der herausragendsten West-Berliner AIDS-Aktivisten der 80er Jahre widmen.

Anmerkungen

[1] Berlin Museum (Hrsg.) 1984, Eldorado
[2] Rosenbrock 1986, S. 73
[3] Rosenbrock, S. 93 ff
[4] Rosenbrock, S. 115
[5] Rosenbrock 1986, S. 127
[6] Rosenbrock 1986, S 82.
[7] Dannecker 1990a, S. 216-217
[8] Bochow 1988 und Bochow 1989
[9] Pollak 1990, S. 53 ff.
[10] Grau und Herrn 1989
[11] Bochow 1992
[12] Vorstand der Deutschen AIDS-Hilfe 1991, S.6
[13] Dannecker und Reiche 1974, S. 146
[14] Vorstand der Deutschen AIDS-Hilfe 1991, S.6
[15] Bochow 1990, S. 39 ff.
[16] Dannecker 1990b, S. 107

Literatur

Berlin Museum (Hrsg.)(1984): Eldorado. Homosexuelle Frauen und Männer in Berlin 1850. Geschichte, Alltag und Kultur. Berlin: Frölich und Kaufmann

Bochow, M. (1988): Aids: Wie leben schwule Männer heute? Berlin: Deutsche Aids-Hilfe (Hrsg.). Reihe Aids-Forum D.a.h..

Bochow, M. (1989): Aids und Schwule: Individuelle Strategien und kollektive Bewältigung. Berlin: Deutsche Aids-Hilfe (Hrsg.). Reihe Aids-Forum D.a.h..

Bochow, M. (1990): Safer Sex und kein Ende. In: Deutsche Aids-Hilfe Aktuell, Herbst 1990, S. 37-41

Bochow, M. (1992): Im Osten weniger Homosexuellenfeindlichkeit? Einstellung zu schwulen Männern in der ost- und westdeutschen Bevölkerung. In: Deutsche Aids-Hilfe Aktuell, H.2, Mai 1992, S. 12-14

Dannecker, M. (1990a): Sexualität und Verhaltenssteuerung am Beispiel der Reaktion homosexueller und bisexueller Männer auf Aids. In: Rosenbrock, R. und Salmen, A. (Hrsg.): Aids-Prävention. Berlin: edition sigma Rainer Bohn Verlag, S. 207-217

Dannecker, M. (1990b): Homosexuelle Männer und Aids. Eine sexualwissenschaftliche Studie zu Sexualverhalten und Lebensstil. Stuttgart, Berlin, Köln: Verlag W. Kohlhammer

Dannecker, M. (1991): Der homosexuelle Mann im Zeichen von Aids. Hamburg: Klein Verlag

Dannecker, M. und Reiche, R. (1974): Der gewöhnliche Homosexuelle. Eine soziologische Untersuchung über männliche Homosexuelle in der Bundesrepublik. Frankfurt a.M.: S. Fischer Verlag

Grau, G. und Herrn, R. (1989): Memorandum der Aids-Hilfe DDR. Berlin: Aids-Hilfe Ddr

Hengelein, H. und Höpfner, Ch. (1990): Die Aids-Hilfe In: Jäger, H. (Hrsg.): Aids und Hiv-Infektion. Diagnostik, Klinik und Behandlung. Handbuch und Atlas für Klinik und Praxis. XI-8. Landsberg: Ecomed

Kiehl, W. (1990): Zum Ablauf der Hiv-Epidemie und zur Aids-Prävention in der ehemaligen Ddr. Aids-Nachrichten 5/90, S. 14-18

Marcus, U. (1990): „Aids im vereinten Deutschland – droht mit der Angleichung der Lebensverhältnisse auch eine Angleichung der Aids-Verhältnisse?" Aids-Nachrichten 5/90, S. 1-10

Pollak, M. (1990): Homosexuelle Lebenswelten im Zeichen von Aids. Soziologie der Epidemie in Frankreich. Berlin: edition sigma Rainer Bohn Verlag

Prieur, A. (1991): Mann-Männliche Liebe in den Zeiten von Aids. Berlin: Deutsche Aids-Hilfe. Reihe Aids-Forum D.a.h.

Rosenbrock, R. (1986): Aids kann schneller besiegt werden. Gesundheitspolitik am Beispiel einer Infektionskrankheit. Hamburg: VSA-Verlag

Salmen, A. (1990): Aktuelle Erfordernisse der Aids-Prävention. In: Rosenbrock, R. und Salmen, A. (Hrsg.): Aids-Prävention. Berlin edition sigma Rainer Bohn Verlag, S. 85-97

Vorstand der Deutschen Aids-Hilfe (1991): Vorschlag des Vorstandes für einen Beschlußtext zum Selbstverständnis. Deutsche Aids-Hilfe Aktuell, Februar 1991, S. 6

Psychosoziale Angebote für Menschen mit HIV und AIDS

Bildungswerk AIDS und Gesellschaft

Wolfgang Vorhagen

Hintergrund der Arbeit

Die Arbeit des Bildungswerks AIDS und Gesellschaft e.V. im Freien Tagungshaus Waldschlößchen muß im Zusammenhang mit der Bildungsarbeit und den Zielen der gesamten Einrichtung gesehen werden, die sich seit 1981 schwerpunktmäßig an schwule Männer wendet, um das Thema Homosexualität und Gesellschaft und die Folgen für eine Schwulenpolitik zu diskutieren sowie die Vernetzung von Arbeitszusammenhängen, Gruppen und Initiativen in diesen Bereichen zu fördern. Ziel der Arbeit ist es, ein Bewußtsein für die eigene gesellschaftliche Situation bei den TeilnehmerInnen zu schaffen und zu aktivem, selbstbewußtem Handeln im Sinne von Veränderung und Emanzipation zu führen. Den TeilnehmerInnen soll durch die Seminarangebote die Möglichkeit zu einer Art Nachsozialisation gegeben werden auf dem Hintergrund der Erfahrung, daß politisches Handeln und Selbsthilfe erst dann sinnvoll und möglich sind, wenn sich ein Bewußtsein der eigenen Persönlichkeit entwickeln kann.

Diese grundsätzlichen Ziele der Bildungsarbeit sind auch die Basis aller Veranstaltungen, die zum Thema „AIDS – Leben mit AIDS" im Bildungswerk AIDS und Gesellschaft e.V. entwickelt, organisiert und durchgeführt werden. Das Bildungswerk hat seine Arbeit 1986 aufgenommen, zu einem Zeitpunkt, als die Diskussion um die Krankheit AIDS im Vergleich zur heutigen Situation noch weit mehr von Emotionen, Irrationalismen und Androhung von politischen und sozialen Repressionen gegenüber den Hauptbetroffenengruppen bestimmt wurde. Neben der Entwicklung von Fortbildungen für die mit dem Thema AIDS konfrontierten Berufsgruppen und für die AIDS-Hilfen entwickelten wir in Zusammenarbeit mit z.T. infizierten schwulen Männern sowie MitarbeiterInnen aus AIDS-Hilfen im Lauf der Jahre mehrere Veranstaltungen für Menschen mit HIV/AIDS und deren Angehörige und PartnerInnen, von denen drei Veranstaltungstypen im folgenden näher beschrieben werden sollen. Bei allen Veranstaltungen ist es das Ziel, Menschen mit HIV/AIDS und den im sozialen Umfeld Betroffenen die Möglichkeit zu geben, über ihre veränderte Situation zu reflektieren, mit anderen Betroffenen in Kontakt zu kommen und Wege zu finden, im Rahmen der individuellen Voraussetzungen den eigenen Alltag mit der Infektion oder der Krankheit zu gestalten.

1. Workshop für Menschen mit AIDS

Daß dieser Workshop im Waldschlößchen stattfindet, ist letztlich auf den Besuch des damals bereits an AIDS erkrankten Peter Sieglar (Hauptakteur in den Filmen von Michael Aue „Noch leb ich ja" und „Im Grunde sind wir Kämpfer") zurückzuführen. Er war vom Ambiente und der Arbeit des Waldschlößchens beeindruckt und fand diesen geschützten Ort für Workshops, wie sie das Shanti Project in San Francisco durchführt, sehr geeignet. Zusammen mit Michael Aue (Nürnberg) und Hans-Joachim Clauss (Berlin) wurde diese Idee aufgegriffen und bereits in 18 Workshops (Stand Dezember 1992) von engagierten TeilnehmerInnen aus Berlin, Nürnberg und Frankfurt in die Tat umgesetzt, die alle haupt- oder ehrenamtlich in AIDS-Hilfen arbeiten. Die Finanzierung lief von Beginn an über die Deutsche AIDS-Hilfe. Im April 1988 fand der erste „Kurzurlaub für Menschen mit AIDS" statt.

Zielsetzung dieses Workshops ist es, ein Seminarangebot für Menschen zu machen, die bereits an AIDS erkrankt sind. Diese Veranstaltung, die jeweils mit etwa 25 bis 30 TeilnehmerInnen pro Treffen stattfindet, ist schwerpunktmäßig vor allem auf Begegnung, Gespräche und gemeinsame Aktivitäten mit Freizeitcharakter ausgelegt. Es gibt kein feststehendes Programm mit Teilnahmepflicht, sondern unterschiedliche, zeitlich verschobene Angebote, die von den TeilnehmerInnen entsprechend ihren Neigungen, ihres Gesundheitszustands und ihren Wünschen wahrgenommen werden können.

Zu den Angeboten gehören immer wieder Einzel- und Gruppenmassage, Gesprächskreise zu Themen, die von den TeilnehmerInnen eingebracht werden, Informationsrunden, z.B. zu medizinischen oder sozialrechtlichen Fragen, gemeinsamer Gang in eine nahegelegene Sauna oder in Göttingen in das Städtische Schwimmbad (im Sommer entsprechend zum nahegelegenen Wendebachstausee), gemeinsame Spielrunden etc.

Den Titel „Kurzurlaub für Menschen mit AIDS" mußten wir zu Anfang leider streichen, obwohl er den Charakter der Treffen am besten umschreibt, weil der Geldgeber, die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, hier nicht mitspielte. Wenn schon Gesundheitsförderung, dann aber auch mit dem entsprechenden Workshop – also Arbeitsanspruch. Dabei wurde auf diesen Treffen von den TeilnehmerInnen gerade in den ersten Jahren neben Freizeitgestaltung und Amüsement im Rahmen des noch Möglichen in den Gesprächskreisen sehr viel und hart „gearbeitet". Die Runden gingen oft bis spät in die Nacht, kein Wunder, denn für viele TeilnehmerInnen war (und ist) der Workshop eine der wenigen Gelegenheiten, mit ebenfalls z.T. bereits Schwerkranken die gemeinsamen Ängste und Probleme zu erörtern und Unterstützung und Solidarität von gleichermaßen Betroffenen zu erfahren.

Für einzelne TeilnehmerInnen ist der Workshop aufgrund ihrer schwierigen sozialen und finanziellen Situation die einzige Möglichkeit, für ein paar Tage aus ihrer Stadt und ihrem sozialen Umfeld herauszukommen und im Waldschlößchen einfach „die Seele baumeln zu lassen" oder „Urlaub von AIDS zu machen".

Es ist in den Jahren immer wieder auffällig gewesen, daß schwule Männer und DrogengebraucherInnen oft mit ungewöhnlicher Offenheit und starkem Interesse für die Probleme der anderen aufeinander zugingen und anfängliche Berührungsängste in den meisten Fällen überwinden konnten.

Sicher hat dazu auch die örtliche Kontinuität im Waldschlößchen beigetragen und die daraus resultierende Selbstverständlichkeit im Umgang mit dem Haus und einem neuen Gefühl von Vertrautheit bei den MehrfachteilnehmerInnen, das die Integration neuer TeilnehmerInnen außerordentlich erleichtert hat. Der Workshop für Menschen mit AIDS, die TeamerInnen und das Waldschlößchen haben in diesen 5 Jahren bereits viele TeilnehmerInnen und auch Teamer erlebt, die inzwischen – manchmal wenige Wochen nach ihrem letzten Besuch – an den Folgen von AIDS gestorben sind. Es war und ist nicht immer einfach, dieses Thema in den Workshop hineinzutragen, manche der TeilnehmerInnen sind zu nahe an ihrem eigenen Sterben und wollen im Rahmen des Treffens noch einmal abschalten können, denn die Krankheit holt sie zu Hause ohnehin schnell wieder ein. Trotzdem wurde der Wunsch und das Bedürfnis nach einer Erinnerung oder auch Auseinandersetzung von den TeilnehmerInnen geäußert, und so gibt es immer wieder Gesprächsrunden, Gedenkmomente oder regelrechte Aktionen (z.B. Luftballons fliegen zu lassen mit den Namen der Verstorbenen), um der

Trauer Ausdruck zu verleihen. Fünf Jahre sind für solch regelmäßige Treffen eine lange Zeit. Einige der TeamerInnen haben aus verschiedenen Gründen, die oft mit der jahrelangen Arbeit im Bereich AIDS zu tun haben, den Workshop verlassen.

Das Einmalige an dieser Workshopreihe, wie es sich zu Beginn im Jahre 1988 darstellte, ist in den letzten jahren durch ähnliche Angebote von anderen AIDS-Hilfen oder entsprechenden Projekten ein wenig verlorengegangen, das Bedürfnis der TeilnehmerInnen nach intensiver Auseinandersetzung mit den sie betreffenden Themen hat einem noch stärkeren Bedürfnis nach Ruhe und Entspannung Platz gemacht. Hieraus ergaben sich im Workshopteam vorübergehend einige Irritationen, mit der grundsätzlichen Frage nach dem eigenen Selbstverständnis und dem Anspruch an den Workshop. Uns ist inzwischen aber die Wichtigkeit des Workshops im Rahmen der bundesweiten Veranstaltungen für Menschen mit HIV/AIDS wieder klarer geworden: Es ist eben doch ein Kurzurlaub für Menschen mit AIDS!

2. Treffen für Positive mit ihren PartnerInnen und Angehörigen

„Ich wohne seit über einem Jahr mit meinem Freund zusammen, den ich jetzt seit fast drei Jahren kenne und in dieser Zeit sehr schätzen und auch lieben gelernt habe. Seit zwei Jahren weiß ich, daß er HIV-positiv ist. Ich bin heute zum ersten Mal hier im Waldschlößchen." Gerrit ist einer von ca. 25 TeilnehmerInnen, die zu einem verlängerten Wochenende ins Waldschlößchen zum Treffen mit Angehörigen und PartnerInnen gekommen sind.

Die Ziele

Die Initiative zu dieser Veranstaltung kam von TeilnehmerInnen des Bundesweiten Positiventreffens im Waldschlößchen. Seit Januar 1989 findet diese Veranstaltung jeweils viermal im Jahr statt und wird ebenfalls von der D.A.H. finanziert. Es soll den TeilnehmerInnen die Möglichkeit bieten, sich mit der eigenen wie auch der Situation des Partners oder der Partnerin, der Mutter oder des Vaters, des infizierten Sohnes oder der Tochter, des infizierten Freundes oder der infizierten Freundin auseinanderzusetzen. Aus dieser Aufzählung wird schon die Vielschichtigkeit der Inhalte und Ebenen, die die Treffen bestimmen, deutlich. Außerdem sollen die Treffen dazu beitragen, die Kontaktaufnahme und den Austausch mit anderen PartnerInnen oder Eltern zu fördern und Wege zur Selbsthilfe vor Ort aufzuzeigen.

Das Team

Das erste Planungstreffen mit den vier TeamerInnen und mir – wir sahen uns fast alle zum ersten Mal – fand in München am Küchentisch der beiden statt, die die Anregung zum Treffen gaben. Die TeamerInnen kommen aus verschiedenen Regionen der Bundesrepublik. Jörg Riecke ist aus der anfänglichen Rolle des Teilnehmers in das Team eingestiegen. Die Erfahrungen mit der HIV-Infektion seines Partners und seine Arbeit in der Kasseler AIDS-Hilfe bil-

den den Hintergrund und die Kompetenz für seine Arbeit. Hans-Gerd Brunnert, Leiter eines Krisendienstes in Stuttgart und Mitbegründer der Stuttgarter AIDS-Hilfe kam über seinen früheren Partner in das Team. Angelika Bolte arbeitet seit einigen Jahren als Supervisorin in Göttingen und Kassel und begleitete in dieser Funktion einige Zeit die Arbeit der Kasseler AIDS-Hilfe. Ulrike Sonnenberg-Schwan hat über ihre Arbeit in einer Drogentherapieeinrichtung mit dem Thema AIDS zu tun gehabt und arbeitet heute im Kuratorium für Immunschwäche in München.

Die Angebote

Es ist der erste Abend. Nach dem Essen trifft sich die Gruppe zur obligatorischen Kennenlernrunde im Kaminzimmer des Waldschlößchens. Mit Postkarten, Steckbriefen, Visitenkarten, Schattenbildern oder einem Geschenkspiel wird den TeilnehmerInnen das gegenseitige Kennenlernen erleichtert. „Jeder erfuhr in kurzer Zeit nicht nur die Beweggründe der anderen, an dem Seminar teilzunehmen, sondern gleich mehr über das Leben von anderen TeilnehmerInnen, vor allem, wenn man gezielte Fragen stellte, und meine Neugier auf andere Angehörige wurde noch stärker während dieser kurzen Vorstellungsrunde," berichtet Gerrit. „Schon zu Beginn ist mir deutlich aufgefallen, daß nicht bei mir allein ein großes Defizit an gegenseitigem Austausch bestand. Es fiel mir schwer zu reden, vielleicht, weil ich die anderen kaum kannte oder wußte, daß es ihnen ähnlich gehen mußte."

Der erste Abend – wie alle anderen auch – wird immer recht lang. Die Gruppe ist überschaubar, die Gesprächsthemen zahlreich und nach den „offiziellen" folgen die vielen kleineren und größeren Gesprächs- und Spielrunden bis spät in die Nacht hinein. Ein vor dem Treffen von den TeilnehmerInnen bereits zurückgeschickter Fragebogen, der der Anmeldebestätigung beigelegt wird, gibt den TeamerInnen Informationen über die Situation und die Bedürfnisse, auf die die inhaltliche Vorbereitung der Treffen abgestimmt wird. Von Anfang an wurde darauf verzichtet, feste Themenangebote zu machen. Allerdings gibt es einige Hauptthemen wie z.B. „Trauer, Sterben und Abschied", „Lebensperspektiven", „Sexualität" oder „Aggressionen in der Beziehung". Einzelne Themenschwerpunkte haben sich inzwischen verlagert, so wird z.B. die Testproblematik oder die Angst vor Ansteckung inzwischen nur noch selten thematisiert.

Die Arbeitsformen

Durch unterschiedliche Arbeitsformen wie Gesprächskreise, Schreibwerkstatt, Körperübungen, Partnerübungen, Meditationen Imaginationen, Massage etc. wird den TeilnehmerInnen der Zugang zu den für sie relevanten Themen erleichtert. Bei der Gestaltung der Treffen ist zu bedenken, daß manche TeilnehmerInnen (hier vor allem die Eltern) in ihrer Vergangenheit noch keine Erfahrung damit gemacht haben, vor für sie bis dahin fremden Personen oder in Gruppen über sich zu reden. Für sie ist es oft der erste Kontakt zum psychosozialen Beratungssystem.

Vor diesem Hintergrund stellt das Angebot von Einzelgesprächen mit einzelnen TeamerInnen während des Treffens eine wichtige Hilfestellung dar. Erst dann wird es einzelnen TeilnehmerInnen möglich, sich in der Gruppe für sie befriedigend einzubringen, sich in ihr zu behaupten und den Beiträgen der anderen TeilnehmerInnen Aufmerksamkeit zu schenken.

Weiterhin werden Paargespräche angeboten, um Konflikte in der Partnerschaft oder in der Eltern-Sohn/Tochter-Beziehung anzusprechen, bei denen AIDS oft die Funktion eines Katalysators hat. Ziel dieser Gespräche ist es, einer weiteren krisenhaften Zuspitzung entgegenzuwirken, indem die Konflikte definiert, Schritte zur Lösung gemeinsam mit den TeilnehmerInnen entwickelt und Hilfen für die Zeit nach dem Waldschlößchenaufenthalt aufgezeigt werden. Immer wieder werden Gesprächskreise speziell für eine bestimmte Personengruppe, z.B. für die nichtinfizierten bzw. infizierten PartnerInnen, bei Bedarf auch eine Elterngruppe, angeboten. Diese zeitweilige Trennung hat sich bewährt. „Begrüßt wurde dies von beiden Seiten," sagt Gerrit, „vor allem, da sowohl bei den Angehörigen als auch bei den Positiven selbst das Interesse sehr groß war, einen Themenbereich unter sich zu besprechen. Mir war es in dieser Negativengruppe wichtig, endlich ohne meinen Freund über meine Gefühle zu reden, meine Ängste zu erzählen. Ich erfuhr, daß andere ähnliche Situationen kannten und schon durchlebt hatten, die erst noch vor mir stehen, doch das hat mich ruhiger gemacht, mich der Situation zu stellen, anstatt sie zu bekämpfen. Durch die Nähe und ihre Selbstverständlichkeit, mit der ich sie erfuhr, fühlte ich mich aufgehoben und nicht mehr ganz so hilflos unter lauter Hilflosen."

Im Laufe der drei Tage des Treffens entdeckt eine zu Anfang ziemlich bunt zusammengewürfelte Gruppe ihre Möglichkeiten, sich gegenseitig zu unterstützen. In der Mehrzahl sind es schwule und auch lesbische Paare, Frauen und bisexuelle Männer, heterosexuelle Paare und DrogengebraucherInnen. Eltern, deren Söhne oder Töchter infiziert sind, nehmen seltener an den Treffen teil. Selbstverständlich kann während der Zeit im Waldschlößchen nur in wenigen Fällen ein Konflikt gelöst werden. Sich Hilfe zu holen, dort wo man wohnt, ist ein nächster Schritt auf dem Weg zur Selbsthilfe. Hier sind die AIDS-Hilfen, Selbsthilfegruppen und staatlichen psychosozialen Einrichtungen gefragt, um ein engeres Netz an Hilfestellungen für PartnerInnen und Angehörige von Menschen mit HIV/AIDS zu erstellen.

Der letzte Vormittag geht zu Ende. Nach dem Mittagessen werden die TeilnehmerInnen abreisen, ein in den letzten Tagen zusammengewachsener Kreis geht auseinander. Der letzte „Akt" wird mit einer Abschiedsübung eingeleitet. Gerrits Fazit aus seinem ersten Angehörigentreffen im Waldschlößchen: „Ich bin noch weit entfernt davon, das alles zu begreifen. Verstanden habe ich inzwischen, besser mit der HIV-Infektion meines Freundes zu leben, meine Gefühle wahrzunehmen und sie vor allen Dingen meinem Freund zu sagen. Einen großen Schritt in meine Richtung habe ich durch dieses Seminar getan."

3. Positiv e.V. und die Bundesweiten Positiventreffen

Die Bundesweiten Positiventreffen sind ein Beispiel für ein Selbsthilfeprojekte, das mit professioneller Unterstützung durch das Bildungswerk AIDS und Gesellschaft seit 7 Jahren eine kontinuierliche Arbeit leistet.

Der Anfang

Im Mai 1986 fand auf Initiative von zwei Hiv-infizierten schwulen Männern ein erstes Positiventreffen im Waldschlößchen statt. Die Resonanz auf dieses Treffen war für die damaligen Verhältnisse überwältigend: 37 schwule Männer und eine Frau reisten an. Zum ersten Mal erlebten Positive, die versprengt aus dem gesamten Bundesgebiet ins Waldschlößchen kamen und von denen nur wenige bereits mit anderen Hiv-Infizierten vor Ort Kontakt gehabt hatten, eine Form der Solidargemeinschaft, in der man offen über die eigene Situation sprechen und wieder Kraft und Perspektiven entwickeln konnte.

Die Motivation

Positivsein hatte damals noch weit weniger als heute etwas Selbstverständliches, auch nicht unter Schwulen und auch nicht innerhalb der Aids-Hilfen, die damals noch weit mehr als heute mit der Primärprävention beschäftigt waren. Dadurch wurde die Isolation von Menschen mit Hiv/Aids noch verstärkt. Die Unzufriedenheit mit dieser Situation wurde wiederholt auf den Treffen geäußert. Zunächst hielt sich die Deutsche Aids-Hilfe in ihrer Kontaktaufnahme sehr zurück. Dies änderte sich erst mit der Einrichtung des Referates für Menschen mit Hiv und Aids. Inzwischen hat sich eine konstruktiv-kritische und sich gegenseitig unterstützende Zusammenarbeit zwischen der Organisationsgruppe der Treffen und der Deutschen Aids-Hilfe entwickelt.

Positiv e.V.

Zur kontinuierlichen inhaltlichen und organisatorischen Planung entstand aus dem Treffen heraus ab 1987 ein Organisationsteam, aus dem sich 1988 der Verein Positiv e.V. gründete, eine Gruppe von Engagierten aus Speyer, München, Trier, Bremen, Köln, Frankfurt, Kassel, Berlin, Göttingen und dem Waldschlößchen, mehrheitlich positiv, die verantwortlich zeichnen für die Organisation, Planung und Durchführung der Bundesweiten Positiventreffen. Viele sind oder waren in AIDS-Hilfen oder Positivengruppen ehren- oder hauptamtlich tätig.

Die Gruppe hat im Laufe der Jahre eine sehr wechselvolle Geschichte erlebt: Krankheit und Tod einzelner Mitstreiter, aber auch neue Perspektiven haben die Zusammensetzung der Gruppe immer wieder verändert und die Grenzen von kontinuierlicher Selbsthilfe deutlich werden lassen.

Die Treffen

Insgesamt haben bis zum Ende des Jahres 1992 36 Bundesweite Positiventreffen mit jeweils etwa 50 TeilnehmerInnen im Freien Tagungshaus Waldschlößchen stattgefunden.

Wurden die ersten drei Treffen von den TeilnehmerInnen selbst bezahlt, so übernahm die D.A.H. ab 1987 die Finanzierung der Treffen. Aufgrund des Finanzierungsrahmens ist es seitdem möglich, Referenten zu verschiedenen Themenschwerpunkten, zur Vermittlung von Sachinformationen und zu Selbsterfahrungsangeboten einzuladen, zu Themen wie Recht, Medizin, Gesundheitspolitik, Therapien, Ernährung, Sport, Kunsttherapie u.a. So steht jedes Treffen unter einem thematischen Schwerpunkt, zu dem ein oder mehrere Workshops stattfinden. Parallel dazu werden Workshops zur psychischen Unterstützung angeboten. Außerdem bilden sich immer wieder spontane Gruppen und Gesprächskreise zu Themen, die TeilnehmerInnen vorschlagen.

Das FORUM findet seit 1989 auf jedem Treffen statt. Es dient einerseits dazu, über aktuelle Themen und gesellschaftspolitische sowie rechtliche Fragestellungen zu AIDS zu diskutieren, über Tagungen und Kongresse zu berichten, Forderungen aufzugreifen und sie an Dignity weiterzuleiten.

Die Treffen zeichnen sich immer wieder durch eine dichte Arbeitsatmosphäre aus, dienen aber trotzdem – gerade bei einer viertägigen Dauer – auch der Erholung und Entspannung.

Zu diesem fünfmal im Jahr für zwei bis vier Tage stattfindenden Treffen ist seit 1990 das einmal im Jahr gemeinsam mit dem HIV-Referat der D.A.H. durchgeführte Positiven-Arbeitstreffen dazugekommen, das dem gegenseitigen Informationsaustausch und der bundesweiten Vernetzung von Positivenprojekten dienen soll.

Die TeilnehmerInnen

Von den etwa 50 TeilnehmerInnen aus allen Bundesländern, vornehmlich aus den alten, kommen jeweils etwa ein Drittel zum ersten Mal zu den Treffen. Immer wieder nehmen auch

TeilnehmerInnen aus anderen europäischen Ländern (Schweden, Dänemark, Österreich, Schweiz, Luxemburg, England) teil.

Mit der Finanzierung der Treffen seit 1987 veränderte sich die Teilnehmerstruktur. Neben schwulen Männern sind es seitdem auch DrogengebraucherInnen und Menschen im Strafvollzug sowie über heterosexuellem Weg infizierte Frauen (bislang kaum Männer...), die an den Treffen teilnehmen. Damit bekamen die Treffen eine innere Dynamik, die sich immer wieder in z.T. recht lebhaften, aber durchweg konstruktiven Diskussionen äußerte. Noch bevor die Lebensstil-Diskussion auf breiter Ebene geführt wurde, war sie auf den Treffen bereits ein selbstverständlicher Teil der Auseinandersetzung. Unsere Erfahrungen zeigen allerdings, daß eine Ideologisierung und Idealisierung der Vereinbarkeit der unterschiedlichen Lebenswelten von z.B. DrogengebraucherInnen und schwulen Männern die Realität der oft begrenzten Gemeinsamkeiten verschleiert. Diese Diskussion war bereits das Schwerpunktthema eines viertägigen Treffens im November 1990 („Unsere Identitäten") und wird auch in Zukunft auf den Treffen immer wieder neu geführt werden müssen.

Impulse und Internationales

Für die bundesweiten, aber auch internationalen Positivenaktivitäten haben die Treffen im Waldschlößchen wichtige Impulse gesetzt. Ein großer Teil der regionalen Treffen hat seinen Anstoß aus dem Bundesweiten Treffen erhalten. Durch die Vernetzung haben sich gemeinsame Diskussionsthemen ergeben, die das Öffentlichmachen von für Menschen mit HIV/AIDS relevanten Themen vorangetrieben haben. (siehe FORUM)

Ebenso war das Europäische Positiventreffen in München 1988 u.a. von Mitgliedern von Positiv e.V. vorbereitet und durchgeführt worden.

Vom 18.-22. Juni 1992 organisierten wir in Zusammenarbeit mit der EG, der WHO und EUROCASO, Buntstift e.V. und der Deutschen AIDS-Hilfe ein Europäisches Delegiertentreffen im Waldschlößchen, für uns als Organisationsgruppe ein Höhepunkt unserer Arbeit, aber auch eine Kraftanstrengung.

Wir trauern um die vielen TeilnehmerInnen und MitstreiterInnen von Positiv e.V., die eine Zeitlang die Treffen begleitet und mitbestimmt haben und inzwischen an den Folgen von AIDS gestorben sind. Sie alle haben das Bild, die Atmosphäre und den Erfolg der Treffen entscheidend mitgeprägt. Ganz besonders gilt dies für Bernd Flury, den Mitbegründer der Treffen, für Harald Pfaffenzeller, Ingo Schneider, Dietmar Bolle, Jochen Reinhard und Konrad Lutz.

Das Bundesweite Positiventreffen und seine Namen

1986: Bernd Flury und Jörg B. Sauer, Gründer der Treffen, unterstützt von Rainer Jarchow
1987: Jörg B. Sauer, Harald Praffenzeller, Wolfgang Vorhagen
1988: Gründung von Positiv e.V.;
Jörg B. Sauer, Alexander P. Lenzen, Birgitt Seifert, Ingo Schneider, Ernst Häussinger, Wolfgang Vorhagen

1989: Jörg B. Sauer, Alexander P. Lenzen, Ernst Häussinger, Birgitt Seifert, Celia Bernecker-Welle, Margret Horn, Ulrich Doms, Wolfgang Vorhagen
1990: Jörg B. Sauer, Alexander P. Lenzen, Ernst Häussinger, Birgitt Seifert, Celia Bernecker-Welle, Thomas Fenkl, Andreas Hück, Ulrich Doms, Wolfgang Vorhagen
1991: Jörg B. Sauer, Celia Bernecker-Welle, Birgitt Seifert, Thomas Fenkl, Andreas Hück, Ulrich Doms, Ralf Kuklinski, Wolfgang Vorhagen
1992: Birgitt Seifert, Thomas Fenkl, Andreas Hück, Ulrich Doms, Ralf Kuklinski, Marina Wagener, Ingo Schmitz, Eduardo Gundermann, Wolfgang Vorhagen

Wichtige Daten

8.-11.5.1986: das erste Treffen
Januar 1987: ab jetzt Finanzierung durch die D.A.H.
7. Treffen 11/87: Besuch durch die damalige Bundesgesundheitsministerin Rita Süßmuth, Überreichung eines Forderungenkataloges
9. Treffen 6/88: Vorbereitung des 2. Europäischen Positiventreffens in München
8.7.1988: Gründung von Positiv e.V.
13. Treffen 1/89: Das FORUM wird zur regelmäßigen Einrichtung
12.-14.10.90: Erstes Positiven-Arbeitstreffen zusammen mit dem HIV-Referat der D.A.H.
25. Treffen 11/90: „Unsere Identitäten" mit großem Abschlußfest
18.-22.6.1992: Europäisches Positiven-Delegiertentreffen
Juni 1992: Die bundesweiten Frauen-Positiventreffen im Waldschlößchen finden ab jetzt unter dem Dach von Positiv e.V. statt.

Am 21.12.1992 ist Jörg B. Sauer an den Folgen von AIDS gestorben. Jörg ist einer der beiden Mitbegründer der Bundesweiten Positiventreffen im Waldschlößchen gewesen. Er gehört zu den für mich wichtigsten Personen, mit denen ich den Schwerpunkt meiner Arbeit, die Organisation und Durchführung von Veranstaltungen von und für Menschen mit HIV und AIDS im Waldschlößchen begonnen und weiter aufgebaut habe. Im Laufe der Jahre entwickelte sich zu ihm über die Arbeit hinaus eine Freundschaft, die zugleich wichtig für meine Motivation war, eben genau diese Arbeit im Waldschlößchen zu leisten.

Im Juni 1985 zog ich von meiner Heimatstadt Aachen, in der ich mich einige Jahre mehr oder weniger schwulenbewegt engagierte, hier ins Waldschlößchen, wo ich nun bereits seit über 7 Jahren lebe, arbeite und wohne.

Zu dieser Zeit war AIDS für mich schon nicht mehr nur ein theoretisches Phänomen. Weihnachten 1984/85 lernte ich hier im Waldschlößchen Gerd aus Köln kennen, der mich u.a. auch dadurch beeindruckte, wie er mit seiner bereits ausgebrochenen Krankheit umging. Und dies, ohne daß es damals bereits die vielfältigen psychosozialen Angebote der Deutschen AIDS-Hilfe und des Bildungswerks AIDS und Gesellschaft gegeben hätte. Überhaupt hätte ich mir kaum vorstellen können, daß mich dieses Virus noch derart beschäftigen würde – in nahezu jeder Hinsicht. Stattdessen war ich zu dieser Zeit noch beeindruckt von jenen

Schwulen, die im Zuge der vermehrt auftretenden HIV-Infektionen in Deutschland zum Test aufriefen, aus Verantwortung seinem schwulen Nächsten gegenüber. Nun hat der Umgang mit dem Virus in den Jahren seines Auftretens auch bei uns schwulen Männern vielfältige – und nicht immer leicht nachvollziehbare – Reaktionen ausgelöst. Ich für meinen Teil sah sehr schnell die Kurzsichtigkeit dieser schwulen Pflichttestungshaltung ein. Die Erfahrungen aus meiner Arbeit in den darauffolgenden Jahren haben meine Ansicht hierzu nur noch bestätigt.

Bis heute erlebe ich AIDS als einen der schlimmsten Angriffe auf meine nicht ganz einfach errungene schwule Identität. Mein Coming out spielte sich etwa 7 Jahre vor dem ersten Auftreten von AIDS ab. Die späten 70er Jahre prägten also meine schwule Sexualität. Leider viel zu selten und deshalb um so kostbarer erlebte (und erlebe!) ich Sexualität als einen Rauschzustand, der meine alltäglichen und zwischenmenschlichen Abgrenzungen wenigstens für kurze Zeit außer Kraft setzt. Safer Sex, ein kühler Kopf und Kondome sind daher für mich nicht immer selbstverständlich zu handhaben, und ich kann nach meinem ersten Test vor zwei Monaten, den ich nach langem und zähem Ringen durchführte, nur sagen, „Glück gehabt, die Übertragungswege waren klar!" Und so verstehe ich bis heute die Botschaften der Primärprävention auch nie als eine gleichzeitig moralische Zurechtweisung all derjenigen, die sich bis heute trotz besseren Wissens infizieren, auch wenn mir die Haltung etlicher Präventionsapostel in den AIDS-Hilfen in diesem Punkt ziemlich zu schaffen macht und ich bis heute noch keinen Zugang zu den Freuden des tantrischen Sex gefunden habe.

Mehrere Negativismen motivieren mich, so merkwürdig dies erscheinen mag, zu dieser Arbeit: die Gefährdung unserer sexuellen Lebensstile, die gesellschaftlich und politisch nicht immer freundlich gestimmte Reaktion auf die Hauptbetroffenengruppen, der Verlust von Freunden und guten Bekannten sowie von schwulen Männern, die für die schwule Kultur und Bewegung wichtig sind und waren.

Die Arbeit selbst ist – außer durch den unsäglichen und immer weiter wachsenden Aufwand an Verwaltung und den Kampf um die Finanzierung der eigenen Stelle – geprägt durch viele Begegnungen und die oft inspirierende Zusammenarbeit mit – nicht nur – infizierten Leuten, die aufgrund ihrer Biographie ein ähnliches Selbstverständnis und eine Idee mit ihrer Tätigkeit verbinden und daraus einen Teil ihrer Energie für die tägliche Arbeit mit AIDS ziehen.

Ich bin trotz meiner zusätzlichen ehrenamtlichen Vorstandsarbeit in der AIDS-Hilfe eher ein schlechter Funktionärsvertreter – dieses Feld muß ich leider anderen überlassen. Mein Helfersyndrom erreicht im Zuge meines Schaffens auch immer wieder schnell die Grenzen.

Um so mehr empfinde ich eine wichtige Basis meiner Arbeit manchmal als sehr zerbrechlich: Diese Basis sind vor allem bestimmte Leute, ihre Ideen und ihre Energien. Dabei sind die gemeinsamen Perspektiven im Arbeits- oder auch im privaten Bereich durch die Krankheit z.T. von einer zeitlichen Begrenztheit bestimmt, die ich nicht immer problemlos in meine alltägliche Arbeit und in die Freundschaften integrieren kann. Es ist nicht das erste Mal, daß ich mich am Grab eines Freundes und Mitstreiters wiederfinde, ohne die Gelegenheit gehabt zu haben, den berühmten Abschied noch rechtzeitig vorbereitet zu haben.

Meine Arbeit werde ich wohl noch eine Zeitlang weitermachen. Aber ich vermisse die konstruktiven und manchmal auch kontroversen Auseinandersetzungen, z.B. mit Jörg, Ingo, Konrad oder Dietmar.

Jetzt kommt unsere Power – Ein Netzwerk für Frauen bildet sich

Claudia Fischer

Als 1992 auf der Mitgliederversammlung in Weimar beschlossen wurde, ein Frauenreferat einzurichten, herrschte bei den Mitgliedern nicht nur eitel Sonnenschein. Vorausgegangen waren jahrelange Diskussionen darüber, warum denn Frauen zu einer Zielgruppe avancieren sollten. Ungeklärt war bis dato auch der Arbeitsauftrag: Sollen die haupt- und ehrenamtlichen Mitarbeiterinnen nun endlich eine zuständige Ansprechpartnerin in der Bundesgeschäftsstelle bekommen? Will sich AIDS-Hilfe dem breiten heterosexuellem Feld zuwenden, oder geht es um eine Interessenvertretung für HIV-infizierte und AIDS-kranke Frauen? Dementsprechend unklar war die Stellenausschreibung- sie glich eher einem Roman und forderte die omnipotente Frau.

Nicht überzeugt von meiner Omnipotenz, aber doch schon seit langer Zeit in der AIDS-Arbeit versiert, sah ich zuerst einmal die Möglichkeit, etwas Neues aufzubauen, was meinem Pioniergeist sehr entsprach. Ausgerüstet mit einem Haufen leerer Aktenordner und dem Gefühl, nicht so recht zu wissen, wo und wie ich diesen großen Arbeitsbereich anpacken sollte, der zudem argwöhnisch und gespannt beobachtet wurde, ging ich zunächst einmal auf Reisen, zum Klinkenputzen bei den regionalen AIDS-Hilfen. Relativ schnell kristallisierten sich die aktuellen Probleme heraus. Es gab und gibt immer noch große Schwierigkeiten, betroffene Frauen in die AIDS-Hilfe zu integrieren. Fatal ist, daß sich viele andere Beratungseinrichtungen ebenfalls nicht zuständig fühlen, wenn es um die Belange und Interessen von infizierten oder kranken Frauen geht.

Angesichts der Tatsache, daß die Anzahl der HIV-Infektionen bei Frauen überdurchschnittlich steigt und somit ein dringender Handlungsbedarf besteht, um den Bedürfnissen der Frauen gerecht zu werden, sah ich meine primäre Aufgabe darin, AIDS-Hilfe frauenfreundlicher und offener zu gestalten. Ich habe AIDS-Hilfe immer als einen Ort für Menschen mit HIV und AIDS verstanden und sehe deshalb auch keine Diskrepanz, wenn heute betroffene Frauen integriert werden sollen. Integration heißt für mich jedoch mehr als bloßes Dulden. Frauen müssen die Möglichkeit haben, sich mit ihren Problemen und Bedürfnissen auseinanderzusetzen, d.h. sie brauchen Raum, Zeit und Geld.

Und genau an diesem Punkt wird es schwierig. In Zeiten allgemeiner Mittelkürzungen stößt die Forderung nach einem eigenen Etat nicht unbedingt auf Gegenliebe. Es geht hier keineswegs darum, die einzelnen Bereiche der AIDS-Hilfe-Arbeit gegeneinander aufzurechnen, um festzustellen, welcher von ihnen der wichtigste und deshalb auch der am meisten zu fördernde ist. Aber etwas neu aufzubauen kostet Geld, und deshalb werden die leidigen Diskussionen noch einige Zeit weitergehen.

Andererseits gab es in dem halben Jahr meiner Tätigkeit auch viele positive Entwicklungen. Im November 92 wurde von einigen engagierten Frauen, die schon lange in der AIDS-Hilfe Frauenarbeit machen, das Netzwerk für Frauen mit HIV und AIDS gegründet. Alle hatten

das Bedürfnis, die häufig sehr isolierte Arbeitsweise aufzuheben und ein Bündnis zu schaffen, das der Arbeit mehr Struktur gibt, aber auch für mehr Aufmerksamkeit sorgt. Das Netzwerk will eine breite Lobby schaffen, durch die eine parteiliche und solidarische Vertretung von Frauen mit HIV und AIDS gewährleistet werden soll.

Erste konkrete Schritte wurden getan: Es gibt inzwischen eine Materialiensammlung, Literaturlisten und eine Adressenkartei, in der wichtige Ansprechpersonen – Ärzte, Unterstützer, Gruppen, Institutionen usw. – gesammelt und abgefragt werden können. Das Netzwerk plant verschiedene Tagungen und Workshops, um auf die spezifischen Belange von Frauen aufmerksam zu machen. Dieser Arbeitsbereich ist sehr wichtig, denn um die Situation von Frauen verbessern zu können, muß eine breite Öffentlichkeit geschaffen werden. Schweigen hat noch niemandem geholfen.

Öffentlichkeitsarbeit heißt für uns aber auch, in den eigenen Reihen immer wieder auf die Problematik von infizierten Frauen hinzuweisen und zu zeigen, daß sie einem festen Platz in der AIDS-Hilfe haben. Das geschah äußerst eindrucksvoll auf der letzten Bundespositivenversammlung in Hamburg. Dort hatten sich fast 50 infizierte Frauen eingefunden und in langen Diskussionen ihre Forderungen erarbeitet. Ich möchte sie an dieser Stelle für sich selbst sprechen lassen:

„Verehrte Männerwelt!

Ein Imagewechsel der AIDS-Hilfe tut not.

Ihr habt in den letzten Jahren viel Arbeit geleistet und AIDS-Hilfen zu dem gemacht, was sie heute darstellen. In der vergangenen Zeit waren hauptsächlich Schwule und i.v. Drogengebraucher von HIV und AIDS betroffen. Die Zeiten haben sich jedoch geändert. Immer mehr Frauen sind HIV-infiziert oder AIDS-krank, d.h. AIDS-Hilfe muß dem gerecht werden, was sie per Definition schon immer war: ein Ort für Menschen mit HIV und AIDS. Frauen sind auch Menschen! Frauenarbeit muß ein Standbein von AIDS-Hilfe werden. Der erste Schritt in die richtige Richtung ist deshalb die Einrichtung eines Frauenreferates in der D.A.H., das personell und finanziell adäquat ausgestattet sein muß. Ebenso wichtig ist die Einrichtung von Frauenreferaten in allen regionalen AIDS-Hilfen mit entsprechenden Mitteln.

Wir brauchen mehr frauenspezifische Aufklärung in Form von Plakaten und Broschüren. Es fehlt ein vielschichtiges Angebot an Seminaren, die die zu leistende Aufbauarbeit sicherstellen.

Uns ist klar, daß das etwas kostet. Deshalb fordern wir das Geld, das uns in unserer prozentualen Betroffenheit zusteht. Denn dieses Geld bekommt die AIDS-Hilfe längst.

Wir sehen uns als gleichberechtigte Partner und wollen gefälligst um unsere Meinung gefragt werden. Die Konsequenz daraus ist für uns Präsenz und Mitspracherecht in allen entscheidenden Gremien. Wir wollen Frauen im Vorstand der D.A.H. und in den Vorständen der regionalen AIDS-Hilfen sehen.

D.A.H. Aktuell und Virulent sind ein Sprachrohr für Menschen mit HIV und AIDS. Wir wollen in jeder Ausgabe mit unseren Belangen berücksichtigt werden.

Eure Ästhetik ist uns nicht fremd. Euch gefällt die Ausstattung der AIDS-Hilfe, uns nicht. Wir benötigen Räume, die wir nach unseren Vorstellungen gestalten können. Schwänze sind manchmal ganz schön, lenken uns aber von unserer Arbeit ab. Hilfreich wären hier eher kinderfreundliche Räume mit „toys" in der Kiste statt an der Wand.

Eins wird klar: Wir brauchen Eure wirkliche und wahre Solidarität und Unterstützung. Was heißt das konkret? Ihr müßt Euch mit den verschiedenen Lebenswelten von Frauen auseinandersetzen. Es reicht, wenn Medizin und Forschung uns auf „Gebärmutter und Eierstock" reduzieren.

Abschließend möchten wir auf die Gründung des Netzwerks für Frauen mit HIV und AIDS hinweisen. In seinem Rahmen soll es für uns leichter werden, Kontakte zu knüpfen, Erfahrungen auszutauschen, Unterstützung anzubieten, Informationen zugänglicher zu machen und vor allem auch politisch Einfluß zu nehmen. Wir fordern Euch und Eure Projekte auf, Mitglied im Netzwerk zu werden und die Belange von Frauen solidarisch zu unterstützen. Wir sehen diesen begonnen Prozeß und unsere Forderungen als konstruktive Auseinandersetzung mit Euch und nicht als Abgrenzung."

Dieser Brief löste auf der Positivenversammlung heiße Diskussionen aus, manche sprachen gar von einem „historischen Moment". Letztendlich wurden die Forderungen mit großem Beifall angenommen, und das Gefühl, eine entscheidende Hürde genommen zu haben, wurde mit reichlich Sekt begossen.

Auch anderweitig gestaltet sich die Zukunft des Frauennetzwerkes zunehmend rosiger. Die Mitgliedszahl steigt kontinuierlich, bis heute sind nahezu dreißig Institutionen aktiv am Auf- und Ausbau beteiligt und lassen auf eine erfolgreiche Arbeit hoffen. Die nächsten Monate werden sicherlich sehr arbeitsintensiv, denn das Netzwerk hat sich für das Jahr 1993 sehr viel vorgenommen.

Die D.A.H. unterstützt als Mitgliedsorganisation diese Entwicklung, indem sie dieses Jahr eine Plakatserie für Frauen sowie frauenspezifische Broschüren erstellen wird. Darüber hinaus werden 1993 neben den Bundestreffen der positiven Frauen, die regelmäßig im Waldschlößchen stattfinden, noch weitere Seminare, die sich speziell mit frauenspezifischen Themen und Fragestellungen auseinandersetzen, finanziert und durchgeführt.

Beim Rückblick auf die letzten sechs Monate mit all ihren Entwicklungen, Diskussionen und Begegnungen kommt bei mir sehr viel Hoffnung auf. Der Anfang ist geschafft, der Boden ist bereitet, die Früchte können wachsen, und es wird sicherlich noch viele spannende Momente in dieser Arbeit geben.

ohne
frauen
mit
und
AIDS
SCHARNHORST

Frauenspezifische Probleme bei HIV-Infektion und AIDS: Ein Überblick

von Erika Parsa

In den letzten Jahren ist der Anteil der heterosexuellen infizierten Frauen unter den HIV-Positiven und an AIDS Erkrankten überproportional angestiegen. Betrug 1985 die Rate der infizierten Frauen 8,1%, so bewegt sie sich heute bei nahezu 20%. Die Rate hat sich somit mehr als verdoppelt.

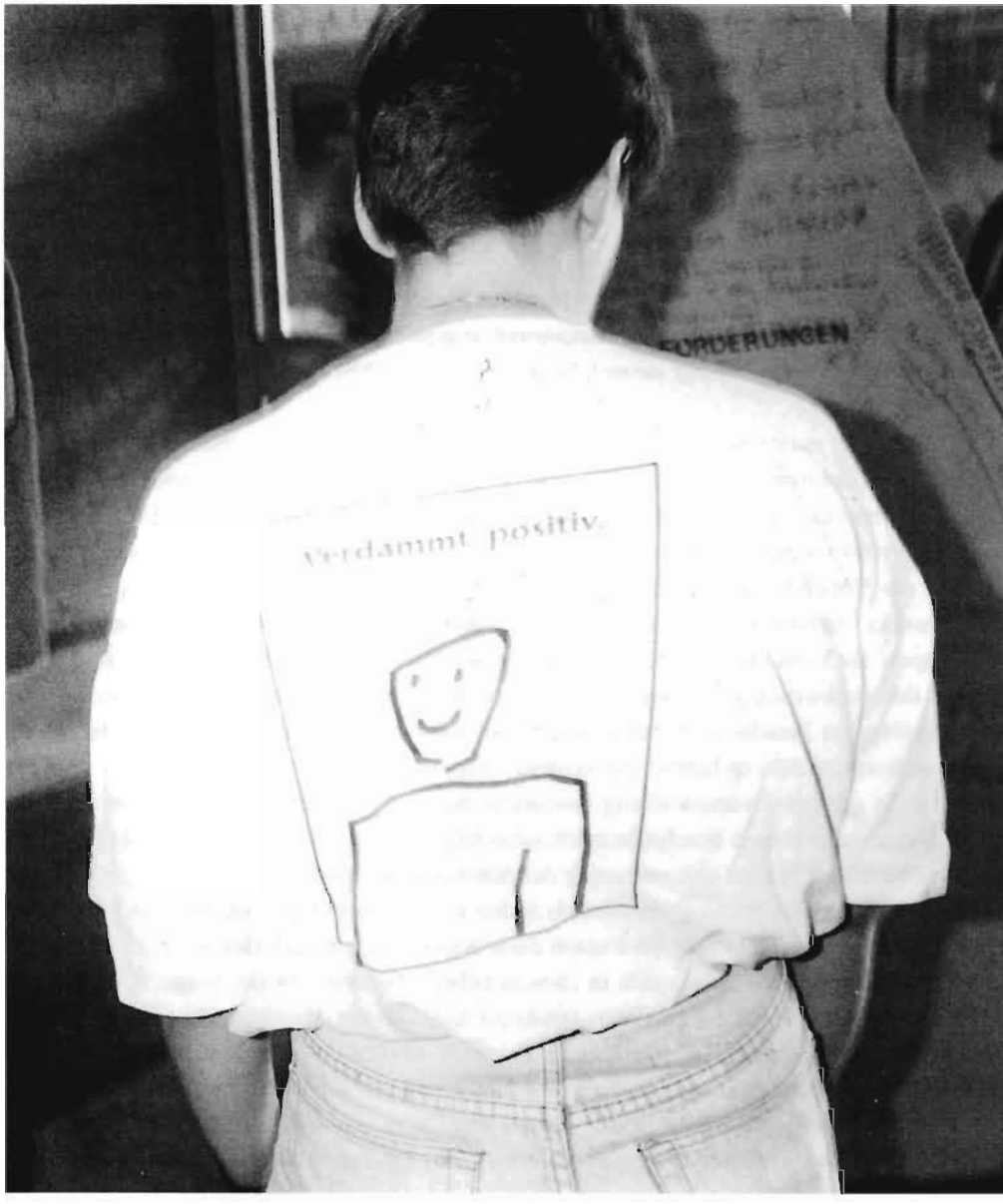
Betrachtet man vor diesem Hintergrund die frauenspezifische Forschung, so wird ein großes Defizit sichtbar. Großer Handlungsbedarf besteht ebenso in allen Bereichen der Frauenarbeit. Er resultiert aus der Tatsache, daß die bei Frauen im Zusammenhang mit AIDS auftretenden Probleme spezifisch weiblicher Art sind. Das zu verdeutlichen ist besonders wichtig, weil das Verschweigen dieser Spezifika nicht nur ein solidarisches Bündnis der Frauen untereinander verhindert, sondern auch das Zusammengehen mit anderen Hauptbetroffenengruppen. Ihr Verschweigen macht es nicht zuletzt unmöglich, sich angemessen und wirksam mit den Problemen auseinanderzusetzen, die sich aus dem Positivsein oder der Erkrankung ergeben: in Familie und Partnerschaft, bei Kinderwunsch und Schwangerschaft. Das weibliche Körpergefühl ist hierbei ein zentraler Aspekt.

Ein in diesem Zusammenhang besonders hervorzuhebendes Spezifikum ist, daß die an AIDS erkrankten Frauen durchschnittlich zehn Jahre jünger sind als betroffene Männer. Die meisten erkrankten Frauen gehören somit der Altersgruppe der 20- bis 30jährigen an. Das bedeutet, daß sie sich in einem grundsätzlich anderen Lebensabschnitt befinden als die betroffenen Männer. Folglich sind für die Frauen auch andere Fragen und Themen relevant.

Nahezu jede Frau befaßt sich in diesem Lebensabschnitt mit der Frage: Kind ja oder nein? Im Zusammenhang mit einer HIV-Infektion wird die Entscheidung für oder gegen ein Kind jedoch unter ganz anderen Bedingungen gefällt. In dieser Situation muß sich Frau etwa mit folgenden Fragen auseinandersetzen: Wie lange lebe ich noch? Werde ich für mein Kind selbst sorgen können? Wird das Kind gesund sein? Was passiert, wenn ich krank werde, wenn meine Kräfte schwinden? Wer ist dann für mein Kind da? Hält meine Beziehung diese Belastung aus?

Viele der Frauen, die in die Beratung der Berliner AIDS-Hilfe kommen, haben das positive Testergebnis im Rahmen der Schwangerschaftsvorsorge erhalten. Sie wurden ohne Vorwarnung von heute auf morgen mit diesem existentiellen Problem konfrontiert. Der überwiegende Teil der Gynäkologen ist nach wie vor nicht in der Lage, dieser Situation auch nur annähernd gerecht zu werden.

Traditionellerweise haben die Frauen in unserer Gesellschaft die Rolle der Managerin des Familienlebens inne. Sie sind verantwortlich für das Wohlbefinden ihres Partners und ihrer Kinder. Ihre Aufgabe ist es, für die Familie zu sorgen – deshalb dürfen sie selbst nicht krank werden.



Unsere tradierten Vorstellungen von Familie berücksichtigen nicht, daß die Sorgenträgerin selbst Hilfe brauchen könnte, und die Frauen machen aufgrund ihrer spezifischen Entwicklung nur selten davon Gebrauch. Der Rollenverteilung gemäß fordern Männer eine gesunde und leistungsstarke Frau und sind daher oft nicht fähig, eine Frau, wenn sie sich in einem kritischen physischen und psychischen Zustand befindet, zu unterstützen. Daher haben Frauen in der Regel ein weniger gut entwickeltes Unterstützungsumfeld als Männer. Das Schicksal des Positivseins trifft sie vereinzelt. Sie können auf keine Infrastruktur zurückgreifen, wo sie angenommen werden und sich aufgehoben fühlen können wie z.B. schwule Männer.

Das in unserer Gesellschaft ohnehin zwiespältige Verhältnis der Frauen zu ihrem eigenen Körper wird unter den Bedingungen von AIDS krisenhaft verschärft. Der weibliche Körper wird in unseren Massenmedien vielfach vermarktet. Allseitig – in Film, Fernsehen, Zeitung usw. – erscheint er als Träger von Botschaften, die ihm zumeist fremd sind, ihn also vergegenständlichen und funktionalisieren. Gleichzeitig wird den Frauen auf diese Weise vermittelt, daß ihr Körper ein Wertgegenstand ist. Auf ihre Erkrankung reagieren sie deshalb mit einem Gefühl des Wertverlusts, weil ihr Körper geschädigt oder zerstört wird. Durch das Positivsein verliert die Frau eines ihrer wichtigsten Attribute, das ihr gesellschaftliche Anerkennung verschafft, nämlich das der attraktiven Sexpartnerin. Erfahrungsgemäß verharren Frauen nach dem Erhalt des positiven Testergebnisses häufiger und länger in sexueller Inaktivität als betroffene Männer.

In den meisten AIDS-Hilfen treten Frauen – was in keinem Verhältnis zur tatsächlichen Zahl der Betroffenen steht – allenfalls am Rande auf. Ein Grund dafür ist, daß Frauen es häufig nicht gewöhnt sind, etwas für sich zu verlangen. Sie neigen eher dazu, sich zu isolieren und folgen individuellen Problemlösungsstrategien, die häufig zu Autoaggressionen führen. Nicht selten passiert es, daß der Partner als einziger von der Infektion weiß. Familienangehörige und Freunde werden oft nicht informiert, weil befürchtet wird, daß sie den Kontakt abbrechen oder die Frau diskriminieren könnten. Für viele Frauen bedeutet das permanentes Schauspielern und Sich-Verstecken-Müssen. Oftmals zeigt es sich, daß Freunde, die informiert wurden und mit Verständnis reagierten, die Konfrontation mit AIDS auf die Dauer nur schwer aushalten. Von einem bestimmten Punkt an verschließen sie sich, sie wehren ab und distanzieren sich.

HIV-infizierte oder an AIDS erkrankte Frauen nehmen sehr schnell wahr, daß sie kein anerkanntes Mitglied der heterosexuellen Gesellschaft mehr sind. Sie werden in der Regel ausschließlich über ihren HIV-Status definiert und dementsprechend von der Umwelt wahrgenommen und behandelt. Die Frauen werden so in eine Außenseiterrolle gedrängt. Um das zu verhindern, muß ein Weg gefunden werden, der von der immer noch herrschenden Abwehrhaltung gegenüber dem Thema AIDS und den Betroffenen in Akzeptanz und Solidarität einmündet.

Frauen mit HIV und AIDS bilden keine homogene Gruppe. Individuelle Bedürfnisse, Lebensalter, sozialer Status, Drogengebrauch, Übertragungswege sind verschieden. Was sie gemeinsam haben, sind die aus dem Positivsein erwachsenden spezifisch weiblichen Probleme. Demzufolge befinden sich die Frauen auch in einer gemeinsamen Interessenlage. Der Anspruch solidarischen Handelns ist allerdings nur schwer zu verwirklichen. Das Faktum des Betroffenseins heißt nicht automatisch, daß die Frauen Vertrauen zueinander haben, bei ihresgleichen Entlastung suchen und finden. Dergleichen passiert nur in Ausnahmefällen. Die vorhandenen Angebote, die es den Frauen ermöglichen, aufeinander zuzugehen und gemeinsam in ihrem Interesse tätig zu werden, reichen leider nicht aus. Neben dem Auf- und Ausbau solcher Angebotsstrukturen muß durch gezielte Öffentlichkeitsarbeit erreicht werden, daß Frauen ganz selbstverständlich die dort gebotene Hilfe und Unterstützung annehmen.

Kreatives Tanzen für Frauen mit HIV und AIDS

Cornelia Kricheldorff

Seit Mai 1991 arbeite ich hauptamtlich als Sozialpädagogin bei der Augsburger AIDS-Hilfe. Einer der Schwerpunkte in meiner Arbeit ist der Ausbau und die Verbesserung der psychosozialen Angebote für Frauen mit HIV und AIDS. Aus dieser Aufgabenstellung und in Zusammenarbeit mit dem Bildungswerk AIDS und Gesellschaft im Waldschlößchen entstand die Idee der von mir angebotenen Workshops für betroffene Frauen, die inhaltlich körperorientierte Arbeit, kreativen Tanz und andere kreative Medien verbinden.

Mit Tanz, körperorientierter Bewegung und Theater als Angebot in der psychosozialen Arbeit beschäftige ich mich inhaltlich seit einigen Jahren. Ich habe berufsbegleitend Zusatzausbildungen gemacht, so z.B. beim Freien Musikzentrum in München, und in einigen Theater- und Tanzgruppen mitgewirkt und Erfahrungen gesammelt.

Was ist kreativer Tanz?

„Tanzen mit Leib und Seele" oder „Bewegung aus der Mitte" sind z.B. Themen für Seminareinheiten. Ziel ist es, im Menschen schlummernde und brachliegende Bewegungs- und Tanzpotentiale zu aktivieren und dadurch den geistig-seelischen Bereich aufzuschließen für neue Erfahrungen. Starre Grenzen und eingefahrene Verhaltensweisen sollen dadurch durchbrochen werden.

Über den Bewegungs- und Tanzbereich hinaus integriere ich andere kreative Medien, wie Malen und Formen mit Ton, ebenfalls in meine Arbeit. Kreativer Tanz, wie ich ihn verstehe und praktisch umsetze, orientiert sich inhaltlich stark an Methoden und Erkenntnissen der Gestalttherapie. Er basiert nicht auf fixierten Bewegungsabläufen, sondern geht aus von Alltags- und Bewegungserfahrungen der TeilnehmerInnen und ermöglicht das Finden einer eigenen Ausdrucksform. Tanz wird dabei verstanden in seiner ursprünglichsten Form – als Bewegung, die der körperlich-seelisch-geistigen Einheit des Menschen entspringt. Kreativer Tanz ist also eine ganzheitliche Methode, die

- Spaß macht,
- Lebensfreude weckt,
- hilft, den eigenen Körper wahrzunehmen und mit ihm im Einklang zu leben,
- Begegnung und Auseinandersetzung mit anderen Menschen auf eine neue Art ermöglicht,
- Raum bietet, sich verstanden und akzeptiert zu fühlen, zu verstehen und zu akzeptieren.

Die Erfahrungen, die TeilnehmerInnen im kreativen Tanz machen können, wirken in den Alltag und auf das Gesamtbefinden.

Kreativer Tanz als Angebot für Frauen mit Hiv und Aids

Aus der o.g. Definition und Zielsetzung von kreativem Tanz läßt sich leicht ableiten, daß diese Art von körperorientierter Arbeit viel Bezug hat zu den Lebenswelten und -erfahrungen von Frauen mit Hiv und Aids. Den eigenen Körper in der Bewegung bewußt wahrzunehmen, mit all seinen Schwächen und Unzulänglichkeiten, ist schmerzhaft und zeigt Grenzen auf. Diese Erfahrung zu durchleben ist aber oft nötig, um „positiv", im wahrsten Sinne des Wortes leben zu können.

Frauen, die sich über die Nadel infiziert haben, tragen ja meist verdrängte, bittere Erfahrungen mit dem eigenen Körper in sich, z.B. im Zusammenhang mit sexuellem Mißbrauch, Drogenbeschaffungsprostitution etc. Aber auch Frauen, die die Hiv-Infektion über einen Partner erworben haben, fehlt oft der positive Bezug zum eigenen Körper oder er ist durch die Infektion oder Erkrankung abhanden gekommen.

Es ist für jede Frau und in jedem Fall notwendig und wichtig, die Erlebnisse und Erinnerungen, die durch den kreativen Tanz aktiviert werden und an die Oberfläche gelangen, ausdrücken und bearbeiten zu können – im bildnerischen Gestalten, in der szenischen Darstellung und im Gespräch.

Regelmäßig nach jeder Einheit sind Gespräche in der Gruppe und – wenn es sich als notwendig erweist – auch Einzelgespräche für mich wesentlicher Bestandteil der Arbeit mit kreativem Tanz. Ein verantwortungsvoller Umgang mit dieser Methode erfordert dies auf jeden Fall.

Meine Zeit – Zeit für mich

Zwei Seminare mit dem o.g. Titel wurden 1991 im Waldschlößchen angeboten, ein 4-tägiges Kreativseminar findet Anfang 1993 statt.

Bisher nahmen jeweils 9 Frauen teil. Für größere Gruppen ist zum einen der Körperarbeitsraum des Tagungshauses nicht geeignet. Andererseits ist es auch nicht sinnvoll, diese intensive Arbeit mit mehr Teilnehmerinnen durchzuführen, weil ich sonst den einzelnen Frauen nicht mehr gerecht werden kann. Das Altersspektrum der Frauen lag zwischen 20 und 40 Jahren, die Mehrzahl der Teilnehmerinnen war aber zwischen 20 und 25 Jahren alt. Die angebotene begleitende Kinderbetreuung wurde von den teilnehmenden Müttern kaum in Anspruch genommen. Meist konnten andere Betreuungsmöglichkeiten für die Kinder gefunden werden – einige Frauen äußerten auch explizit den Wunsch, das Wochenende ganz für sich selbst zu nutzen und damit das Thema „Meine Zeit – Zeit für mich" ausleben zu können.

Seminarplanung und -inhalte

Notwendig ist aus meiner Sicht eine sehr sorgfältige Planung bezüglich der methodischen Durchführung einzelner Seminareinheiten. Aufbau, Auswahl der Musik und der Einsatz von Medien sollten festgelegt sein. Dies erlaubt mir dann, was ich ebenso wichtig finde, flexibel

auf Ereignisse in der Gruppe und auf das Verhalten der Teilnehmerinnen reagieren zu können und das Programm entsprechend umzustellen.

Die genaue Planung ist also für mich nur ein Gerüst, der vorbereitete Inhalt verändert sich durch den Dialog mit der Gruppe ständig. Kaum eine Einheit wurde bisher praktisch so durchgeführt, wie sie von mir ursprünglich geplant worden war.

So entstand z.B. während des zweiten Seminars spontan die Idee einer Aufführung für die anderen Tagungsgruppen, die zur gleichen Zeit im Waldschlößchen waren. Gemalte Plakate, die aus der Bewegung entstanden und in Farbe umgesetzt worden waren, dienten dabei als fiktive Bühnenbilder. Kostüme wurden aus Schminke, Tüchern, Hüten und anderen einfachen Mitteln entwickelt, und in Kleingruppenarbeit entstanden Choreographien und szenische Darstellungen.

Den Mut der Frauen, ihre Gefühle anderen zu präsentieren und damit an eine, wenn auch begrenzte, Öffentlichkeit zu gehen, fand ich beachtlich. Triebfeder waren dabei vor allem die Frauen, die nicht zum ersten Mal an einem Kreativseminar teilnahmen. Sie sind für mich ein Indiz dafür, wie notwendig regelmäßige Gruppenarbeit mit kreativen Methoden ist, um anhaltende Einstellungs- und Verhaltensänderungen bewirken zu können.

Beispiele zum methodischen und inhaltlichen Aufbau einer Seminareinheit

Thema: Den Körper bewußt wahrnehmen

I. Initialphase

Bequemen Platz im Raum suchen

– Bewußtes Atmen
– Atem in verschiedene Körperregionen lenken
– Ballast des Alltags ausatmen

Körperreise

– von den Zehen bis zum Kopf nacheinander alle Körperteile in Bewegung bringen
– Fragestellungen:
  Welchen Körperteil will ich heute besonders beachten?
  Welchen Körperteil vernachlässige ich sonst?

II. Aktionsphase

Durch Schwingen der Arme im eigenen Rhythmus allmählich in Bewegung kommen

– freies Bewegen und Tanzen durch den Raum
– in der Bewegung Aufmerksamkeit auf den speziell ausgewählten Körperteil lenken und diesen bewußt in die Bewegung einbeziehen.

Begrüßen der anderen Teilnehmerinnen

– mit den Augen
– mit den Zehenspitzen
– mit einem Hüftschwung

– mit dem speziell ausgewählten Körperteil

WICHTIG: Dies sind jeweils Angebote, die von den Teilnehmerinnen angenommen werden können, aber nicht müssen.

Verschiedene Qualitäten des Gehens und Schreitens kennenlernen und ausprobieren

– bewußtes eigenes Gehen wahrnehmen (wie gehe ich im Alltag)
– extreme Gang- und Fortbewegungsarten ausprobieren, z.B. majestätisch Schreiten, Watscheln, Trampeln etc.
– dazwischen immer wieder bewußt das eigene Gehen genau betrachten und nachspüren, ob sich etwas verändert hat.

III. INTEGRATIONSPHASE

Partnerübung Spiegelbild

– eine Partnerin bewegt sich tänzerisch oder in einer ihr angenehmen Art und Weise durch den Raum, die andere folgt ihr als Spiegelbild (nonverbale Übung).
– Rollentausch

Anschließend – zunächst paarweise, dann in der Gruppe – Gespräch zu folgenden Fragen:

– Wie sieht mich meine Partnerin?
– Stimmt das mit meinem Selbstbild überein?
– Wie sehe ich die Partnerin?
– Stimmt das mit ihrem Selbstbild überein?

Ausführliches Eingehen auf die Fragen und Erfahrungen aus dem Alltag, die in diesem Zusammenhang zur Sprache kommen.

IV. ABSCHLUß

Die Gruppe tanzt frei im Raum. Nacheinander stellen die einzelnen Frauen kurze Sequenzen aus ihrem Bewegungsrepertoire der Gruppe vor; die Gesamtgruppe versucht dann, diese Vorgabe möglichst genau zu imitieren. (Gruppenspiegel und körperliches Feedback).

THEMA: ALTES ABSTREIFEN – NEUES ERFAHREN

I. INITIALPHASE

Dehnen und Strecken des Körpers mit einfachen Massageübungen

II. AKTIONSPHASE

Imagination zur Musik

– ich bin in einer Hülle
– ich bewege mich zunächst vorsichtig, dann immer heftiger in der Hülle
– durch die heftigen Bewegungen durchbreche ich die Hülle
– ich bewege mich außerhalb der Hülle

Hinweis an die Teilnehmerinnen:

– Beobachte, was Dir auf Deinem Weg außerhalb der Hülle alles begegnet, beachte wie Du Dich bewegst und was sich verändert hat!

Umsetzung dieser neuen Erlebnisse in Farben
- Such Dir einen bequemen Platz im Raum
- Versuche Dich an Einzelheiten und Eindrücke zu erinnern und male dies auf (wie waren die Farben außerhalb der Hülle, wie waren Gerüche, war es kalt oder warm etc.)

Anschließendes Gespräch in der Gruppe über die Bilder und zu den Fragen:
- Wie waren meine Erfahrungen mit Hüllen bisher – eher beschützend, eher einengend?
- Konnte ich z.B. einengende Hüllen sprengen und wie war es danach?
- War es schmerzhaft, schützende Hüllen verlassen zu müssen?

Breiten Raum für das Gespräch anbieten!

III. Integrationsphase und Abschluß
- Gedanken zu Erfahrungen mit Hüllen auf kleine Zettel schreiben
- Zettel in Luftballons stecken und aufblasen
- mit den Luftballons in der ganzen Gruppe spielen

Aufgabe: alle Ballons sollen immer in der Luft bleiben
- dünne Folie in die spielerische Aktivität einbeziehen
- Luftballons auf der Folie gleiten und rollen lassen
- Kreatives Spiel mit Luftballons und Folie mit vielen Möglichkeiten

(z.B. unter der Folie hindurchlaufen, sich darunter auf den Boden legen etc.)
Spannungen, die sich durch die intensive Arbeit vorher aufgebaut hatten, können so spielerisch wieder aufgelöst werden. Belastende Gedanken stecken in den Ballons und bekommen dadurch eine gewisse Leichtigkeit und Unbeschwertheit.
Jede Teilnehmerin kann zum Schluß einen beliebigen Luftballon mitnehmen!

Erfahrungen aus den Seminaren

Nicht jede betroffene Frau kann aufgrund ihrer persönlichen Situation – Familie, Erkrankung, langer Anfahrtsweg etc. – an Kreativseminaren im Waldschlößchen teilnehmen. Dezentralere Angebote, z.B. in örtlichen AIDS-Hilfen, wären wünschenswert, damit jede interessierte Frau die Möglichkeit hat, Zeit für sich und ihren eigenen Körper in Anspruch zu nehmen. Kreativseminare dieser oder ähnlicher Art sind dazu gut geeignet. Besondere Bestätigung für die Wirkung meiner Arbeit bekam ich durch die Rückmeldung einer Teilnehmerin, die schon wiederholt an einem Wochenende teilnahm: „Vom letzten Kreativseminar habe ich wochenlang gezehrt. Ich hoffe, diesmal wieder mit ebensoviel Power nach Hause fahren zu können."

Vielen Dank Brigitte!
Das Seminar im Januar 1993 hat denn auch den Titel:
„Hier ist unsere Power!"

Am Ball bleiben: Sport für Menschen mit Hiv und Aids

Yvette Florijn und Hans-Gerhard Weide

Theoretische Vorüberlegungen

Ergebnisse aus Medizin, Psychologie und Sportwissenschaft bezüglich sporttherapeutischer Maßnahmen in der sekundären Prävention vielfältiger Krankheitsbilder sind sehr ermutigend und wecken auch einige Hoffnung in der Behandlung von Menschen mit Hiv und Aids. Zum Thema Sport für Menschen mit Hiv und Aids gibt es bisher nur wenige Beiträge, die diesen noch sehr jungen Forschungsbereich genauer betrachten.

Hört man den Begriff „Sport" in Verbindung mit dem Wort „Aids", so mag das für viele zunächst einmal undurchsichtig erscheinen, und es stellt sich die Frage nach dem Zusammenhang: Verbindet man doch spontan mit Sport eher Leistung, Wettkampf oder Fitneß, mit Aids hingegen Krankheit, Siechtum und Tod. Daß aber Sport, in dosierter Form, gerade hier einen wertvollen Beitrag liefern kann, wurde erst in jüngerer Zeit deutlicher erkannt.

Erste Resultate über positive Auswirkungen sportlicher Betätigung bei Hiv-Infizierten liegen erst seit dem Jahr 1988 vor. Laperrière et al. (1988) konnten nach einem zehnwöchigen aeroben Ergometertraining einen signifikanten Anstieg der T-Helferzellen sowohl bei Hiv-Negativen als auch bei Hiv-Positiven beobachten.

In einer von Schlenzig (1989) durchgeführten kontrollierten Studie über acht Wochen wurden nach den ersten vier Wochen Verbesserungen der immunologischen Parameter beobachtet. Nach acht Wochen waren leichte Rückgänge dieser Parameter zu verzeichnen, was auf eine möglicherweise zu starke Steigerung des Trainings zurückgeführt wurde.

Untersuchungen im Bereich des Leistungs- und Hochleistungsports deuten auf einige negative Auswirkungen hin, wie z.B. erhöhte Infektanfälligkeit durch ein „erschöpftes" Immunsystem (Ricken, Kindermann, 1986; Uhlenbruck, Order, 1987). Die genannten Untersuchungen legen den Schluß nahe, daß Auswirkungen sportlicher Betätigung auf das Immunsystem von Intensität, Dauer und Häufigkeit der Beanspruchung abhängig sind. Daher muß bei einem sporttherapeutischen Programm für Hiv-Infizierte und Menschen mit Aids unbedingt eine übermäßige körperliche Belastung vermieden werden. Generell wird den TeilnehmerInnen empfohlen, vor Beginn sportlicher Aktivitäten Rücksprache mit dem behandelnden Arzt zu halten, um eine eventuelle Gefährdung durch eine zu hohe Trainingsbelastung auszuschließen.

Seit 1990 wird das Projekt „Sport und Hiv-Infektion" unter Leitung von Florijn (Wissenschaftliches Institut der Ärzte Deutschlands e.V.) im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit durchgeführt. Die übergreifende Zielsetzung bei den konzeptionellen Vorüberlegungen war, zur Erhellung des bisher wegen fehlender Forschungsergebnisse sehr eingeschränkten Wissensstandes über den Zusammenhang von Sport und Immunsystem bei Men-

schen mit Hiv und Aids beizutragen. Dabei sollten sowohl direkte physiologische Auswirkungen auf den Immunstatus als auch psychoneuroimmunologische Effekte und Interaktionen Berücksichtigung finden. Dies ging einher mit dem Anspruch, durch ein individuell dosiertes Sportangebot einen zusätzlichen therapeutischen Beitrag zur Verlängerung der Latenzphase bei Hiv-Infizierten zu leisten.

Die vom Wiad langfristig angelegte Forschungsstudie verstand sich – im Gegensatz zu Laborstudien, die auf kurze Beobachtungszeiträume begrenzt waren – von Anbeginn an als ein „offenes" Angebot unter den Bedingungen des „Praxisalltags" und unter Nutzung der lokalen Infrastrukturen. Die Sporttherapie sollte dabei nicht nur unter bewegungstherapeutischen Gesichtspunkten, sondern auch unter den Aspekten Freizeit, Wohlbefinden, Spiel, (Gruppen-)Erleben etc. betrachtet werden. Die bis zum November 1992 vorliegenden Ergebnisse dokumentieren positive Resultate aller gemessenen Parameter. Der positive Einfluß der sporttherapeutischen Maßnahmen war sowohl im Bereich der sportphysiologischen (Fahrradergometer-Untersuchungen) als auch im Bereich der immunologischen und psychologischen Parameter meßbar.

Analog dazu konnten diese Beobachtungen nicht in einer anonym parallelisierten Vergleichsgruppe festgestellt werden. Zwar konnten im Bereich der immunologischen Parameter bisher keine signifikanten Anstiege beobachtet werden, es zeigte sich jedoch eine Verzögerung der Progression im Krankheitsverlauf bei den Teilnehmern der Sportgruppe. Dabei dokumentierten Sportgruppenpatienten, die noch nicht dem Vollbild Aids zuzuordnen waren, eine langsamere Entwicklung des Immundefekts als vergleichsweise Patienten der parallelisierten Kontrollgruppe.

Die positiven Auswirkungen im Bereich der psychischen Befindlichkeit zeigten sich nach Aussagen der Teilnehmer in einem veränderten Lebensgefühl seit Beginn der sportlichen Betätigung. Die steigende körperliche Belastbarkeit bewirkte eine Steigerung des Selbstvertrauens, was als Verbesserung der Lebensqualität empfunden wurde. Über den Stellenwert des Sportprojekts berichtet ein Teilnehmer, der von Anfang an dabei war, im folgenden Artikel:

Sport für Menschen mit Hiv und Aids

Köln. Müngersdorfer Stadion. Grölende Fußballfans, Geißböcke, 1.FC. Und mittendrin eine unscheinbare Gruppe von Menschen, die sich zweimal wöchentlich hier zum Sport treffen.

Seit Frühjahr 1990 existiert in Köln eine Sportgruppe für Menschen mit Hiv und Aids. Die Gruppe wird organisiert vom Wissenschaftlichen Institut der Ärzte Deutschlands e.V. (Wiad) im Rahmen des sogenannten Hiv-Modells. Beim Hiv-Modell werden von insgesamt ca. 1.500 Positiven (ca. 1.000 im Raum Frankfurt, ca. 500 im Köln-Bonner Raum) regelmäßig die immunologischen Parameter kontrolliert; Ziel der Studie ist es, die symptomlose Latenzzeit von Hiv-Infizierten zu beobachten und Faktoren zu ihrer Verlängerung zu ermitteln; durch Betreuung und Begleituntersuchungen sollen zudem die positiven Auswirkungen des Sports auf die Entwicklung der Hiv-Infektion geklärt werden.

Im Folgenden berichtet einer, der fast von Anfang an bei einer Kölner Sportgruppe mitmacht, über Geschichte und Aktivitäten der Gruppe:

Vor ca. zwei Jahren stand in unserer Tageszeitung ein Hinweis auf die Einrichtung einer Sportgruppe durch das Wiad. Da ich immer gerne Sport betrieb, setzte ich mich sofort mit dem Wiad in Verbindung. Es wurde mit den anderen Interessenten ein Treffen vereinbart, und wir lernten uns in Köln-Chorweiler kennen. Doch leider war die Benutzung der Sporthalle nicht möglich. Es war durchgesickert, um was für eine Gruppe es sich handelt, und daraufhin gab der Elternbeirat der Schule seine Bedenken zum Ausdruck. Wieder ein Beispiel, wie wenig diese Menschen über Aids wußten. Doch unsere Trainerin gab nicht auf und fand die Möglichkeit, in den Sporthallen des Müngersdorfer Stadions uns fit zu machen. Zunächst wurden wir aufgewärmt durch entsprechende Übungen. Danach kommt dann der Gymnastikteil, bevor wir ein Lauftraining absolvieren. Danach werden je nach Jahreszeit Ballspiele veranstaltet. Das ganze findet an zwei Abenden in der Woche statt und dauert jeweils ca. 1 1/2 Stunden. Es macht großen Spaß und baut ungeheuer auf.

Was aber auch ein wichtiger Punkt ist, daß man Leute in derselben Lage und Situation kennenlernt. Man kann Erfahrungen austauschen und Gemeinsamkeiten umsetzen. Manchmal geht die Gruppe nach getanem Werk noch ein Bierchen trinken, was das Gruppengefühl steigert. Einmal im Jahr wird ein Ausflug übers Wochenende veranstaltet. Es ist schon erstaunlich, wie gut die Gruppe harmoniert und jeder einzelne zu einem guten Gelingen beiträgt.

Noch ein Wort zu unserer Trainerin. Durch sie stimmt die ganze Truppe und sie organisiert auch alle notwendigen Untersuchungen wie Blutwerte oder Messungen auf dem Fahrrad. Man wird also auch medizinisch überwacht. Unsere Trainerin ist unser goldenes Stück und wir sind für ihren Einsatz sehr dankbar.

Nachtrag der Redaktion: Das Kölner Sportprogramm wird im Rahmen eines Forschungsprojektes, das zur Zeit bis Ende 1992 läuft, durch den Bundes-Gesundheitsminister finanziert. Über die Fortsetzung des Projektes und damit auch des Sportprogramms wurde noch nicht entschieden. Bisher ist zu befürchten, daß dieses sinnvolle und beliebte Angebot für Positive zum Ende des Jahres 1992 wegen fehlender Finanzierung eingestellt werden muß.

(Erschienen in der Zeitschrift „Virulent" vom September 1992, 2. Jg, Heft 5).

Was sind die unterschiedlichen Zielsetzungen, die Menschen mit Hiv und Aids zum Sporttreiben motivieren können? Auf der psychischen Ebene geht es darum, durch den Sport ein neues, positives Verhältnis zum Körper zu entwickeln. Für viele beinhaltet er außerdem, wie oben beschrieben, die Chance, das Selbstbewußtsein zu stärken, indem sie eine gesteigerte körperliche Leistungsfähigkeit erfahren. Weiterhin kann die sportliche Aktivität einen Ausgleich zur täglichen Arbeit schaffen und Möglichkeiten zum Streßabbau und zur Entspannung bieten.

Im sozialen Bereich begünstigt der Sport den Aufbau sozialer Kontakte und fördert das Gemeinschaftsgefühl innerhalb der Gruppe. Dies ist vor allem für Menschen mit Hiv und Aids von Bedeutung, da sie in besonderem Maße Diskriminierung und Isolation erfahren. Gerade gemeinsame sportliche Aktivitäten sind geeignet, dem entgegenzuwirken. Hierbei ist es zudem möglich, über eigene Probleme offen zu sprechen sowie anderen Rat und Hilfe anzubieten. Die Bereitschaft zur Mitarbeit, Mitgestaltung und Mitverantwortung im Gruppenerlebnis und die Fähigkeit, sich in die Gemeinschaft zu integrieren, können gefördert werden.

Aus psychoneuroimmunologischer Sicht wird aus ähnlichen Überlegungen die Durchführung von Sportprogrammen in Gruppen empfohlen. Die Gemeinschaft „verführt" häufig im Anschluß an das Sporttreiben zu geselligen Aktionen. In ihrem Rahmen werden soziale Kontakte intensiviert, wodurch es möglich ist, noch mehr Unterstützung zu bekommen.

Unter pädagogischen Gesichtspunkten kommt neben der Gesundheitsmotivation der Vermittlung von Spiel und Spaß (Spaß- und Geselligkeitsmotivation) eine zentrale Rolle zu. Beides sind wichtige Faktoren, um eine langfristige und kontinuierliche Teilnahme zu garantieren. Auch der Aufbau von Primärmotivation zum Sport ist von Bedeutung, da es hierbei um das Erlernen einer sinnvollen Freizeitgestaltung geht. Sport als „Aktion" kann den Betroffenen helfen, die Rolle des passiv Erduldenden zu überwinden und wieder Kraft und Leistungsfähigkeit im Sinne einer aktiven Bewältigung zu entwickeln. Diese Erfahrung bedingt neben einem veränderten Körperempfinden die Förderung des Selbstwertgefühls. Die Erfahrung der Leistungsfähigkeit kann dazu beitragen, Ängste sowie Gefühle der Hilflosigkeit und des Ausgeliefertseins angesichts von Belastungen abzubauen und die Frustrationstoleranz zu erhöhen (Morgan, 196; Weber, 1984).

Zusammenfassend sind neben motorischen Zielen der Betreuungsarbeit, d.h. Verbesserung u.a. der motorischen Eigenschaften und der koordinativen Fähigkeiten, vor allem die bereits oben beschriebenen Erfolge im affektiven Bereich hervorzuheben. Hierzu gehören insbesondere die Verbesserung des allgemeinen Wohlbefindens, die Linderung der Angst durch ein intensiveres Körperverhältnis und Körpergefühl (Stärkung des Selbstbewußtseins und Selbstvertrauens), Freude und Lust an Spiel und Bewegung, Bereitschaft zur Einschränkung übersteigerten Leistungsstrebens, Erfolgserlebnisse, die Fähigkeit zum Erfühlen der eigenen Belastungsgrenze und somit eine Verbesserung der Lebensqualität.

Umsetzung und Erfahrungen

Im Rahmen des zweiten Bundespositiventreffens 1991 in Bonn wurde der Workshop „Sport und Hiv" angeboten, in dem u.a. Erfahrungen von Hiv-infizierten Sportlern in bezug auf die Angebotssituation und dem eigenen Zugang zum Sport thematisiert wurden. Die Diskussion verdeutlichte, daß das Interesse an sportlichen Aktivitäten zwar groß ist, aber kaum geeignete Angebote vorhanden sind. Sport in Vereinen ist für viele zu anstrengend und zu leistungsbezogen. Hiv-Positive, die auf dem Lande leben und sich in einer Gruppe sportlich betätigen wollen, finden überhaupt keine Angebote vor und müssen hierfür in die nächste Großstadt fahren.

Der folgende Artikel dokumentiert die oben skizzierten Schwierigkeiten:

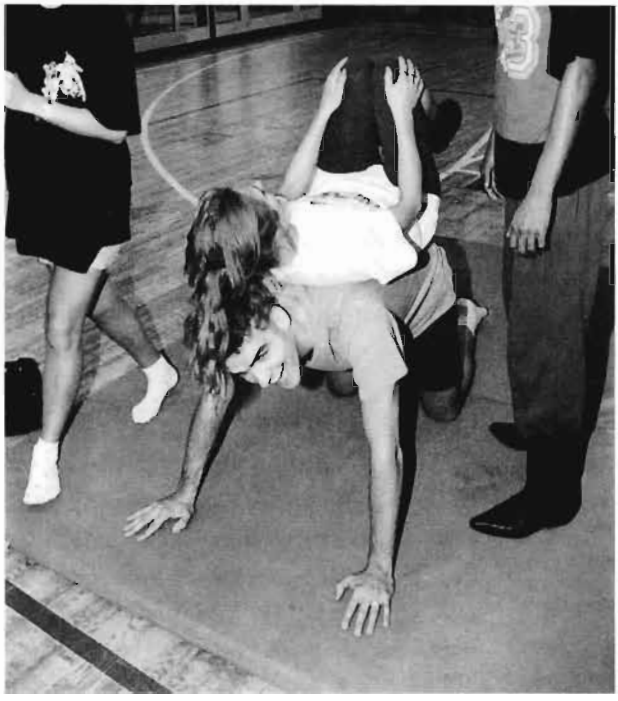
Sport hilft mir, den Alltagsstreß zu bewältigen Sportprojekte für Menschen mit Hiv und Aids

Yvette Florijn, Diplom-Sportlehrerin am Wissenschaftlichen Institut der Ärzte Deutschlands (Wiad), betreut ein Hiv-/Aids-Sportprojekt. Zweimal pro Woche trainiert sie dreizehn Positive. Im 30minütigen Aufwärmteil lockert sie ihre Sportler mit Gymnastik und Krafttraining auf. Mit und ohne Musik bewegt sich die Gruppe, Joggen, Bodybuilding, Tennis – kurzum: alles was Spaß macht, ist in Maßen erlaubt. Von Sportarten mit hohem Verletzungsrisiko – etwa Boxen – raten Sportmediziner allerdings ab. Dann das Ausdauertraining: 25 Minuten laufen. Yvette Florijn: „Laufen hat einen guten Einfluß auf das Immunsystem." Ein Ballspiel und zehn Minuten Entspannungstechnik beenden das 90minütige Training.

Während der Sportstunde wird die Belastbarkeit der Teilnehmer regelmäßig überprüft. Sämtliche Untersuchungsergebnisse belegen: Mit Bewegung kann die Progression der Erkrankung aufgehalten werden. Die Ergebnisse blieben konstant. Dennoch warnt die Diplom-Sportlehrerin vor euphorischen Schlüssen: „Sport ist kein Superheilmittel." Und vom Leistungssport sollte man sich verabschieden: „er hat negative Auswirkungen auf Hiv und Aids". Sportliche Betätigung ohne Leistungsdruck trägt hingegen auch zur Steigerung des Selbstwertgefühls bei.

Leicht wurde es Yvette Florijn nicht gemacht, geeignete Sporthallen für ihre Gruppe zu finden; erst mußte der Kölner Regierungspräsident Druck machen. Das Gesundheitsamt der Stadt mußte schließlich zur Beruhigung der Gemüter die Sportvereine über die Infektionswege von Hiv aufklären.

Seit einem Jahr arbeitet sie mit ihrer Gruppe zusammen. Nach Gymnastik und Ballspielen geht man oft noch aus. Dann reden die Sportler über ihre Erfahrungen: „In den letzten zwei Jahren habe ich einen starken Leistungsabfall bemerkt. Heute brauche ich wahnsinnig lange, bis ich wieder aufgeladen bin und was bringe," meint ein ehemaliger Leistungssportler. „Mir kommt es nicht mehr auf Leistungssteigerung an,



doch der Sport hilft mir den täglichen Streß besser zu bewältigen."

Sportangebote für Positive und Menschen mit Aids sind selten. Die Suche nach Vereinen ist beschwerlich. Selbst in schwulen Sportvereinen ist es für Positive nicht einfach sich einzubringen: „Die Schwulen nehmen oft keine Rücksicht auf einen Positiven", beklagte ein Sportler beim letzten Positiventreffen in Bonn. Kritik gibt es aber auch von schwulen Sportvereinen, die außerhalb der Metropolen versuchen, spezielle Angebote für Positive auf die Beine zu stellen. Diese Angebote würden kaum angenommen, weil alle in die Metropolen drängen, wo größere Anonymität gewährleistet ist. So kommt dann auch prompt das Gegenargument: „Wenn die Leute in meiner Gemeinde erfahren, daß ich Aids habe, bin ich sofort Job und Wohnung los. Ich brauche deshalb die Großstadt."

Noch komplizierter wird es, wenn Positive plötzlich in einem stinknormalen Sportverein auftauchen. „Die lehnen ja schon Schwule ab. Und als Positiver hast Du in diesem Vereinsleben keine Chance", berichtet ein frustrierter Aids-Sportler. Ob sich Menschen mit Hiv und Aids in eigenen Sportgruppen organisieren, ob sie in schwulen Sprotvereinen oder im Vereinsleben ihrer Gemeinde eine alternative Bewegungskultur zum Leistungssport entwickeln können, wird sich erweisen müssen. Das Bedürfnis nach sportlicher Betätigung ist jedenfalls vorhanden.

Hans-Peter Jahn

(Erschienen im Schwulenmagazin „Magnus", April 1992, 4. Jg., Nr. 4)

Aufgrund der weitgehend auf homosexuelle Männer zugeschnittenen Sportangebote wurde im Juli 1991 im Raum Köln/Bonn neben den bestehenden Sportgruppen auch eine gezielte Bewegungstherapie für Hiv-infizierte Hämophile angeboten. Die Besonderheit dieser Patientengruppe im Hinblick auf ihr Krankheitsbild ist die Tatsache, daß divergierende Prognosen aufgrund unterschiedlicher Lokalisationen der Blutungen ein Sportprogramm im Gruppenverband in einer Sporthalle erschweren. Aus diesem Grund wurde eine gezielte krankengymnastische Muskelkräftigung und Haltungsschulung in Form einer Wassertherapie unter gleichzeitiger Entlastung der Gelenke angeboten. Folgender Artikel machte u.a. auf dieses neue Angebot aufmerksam:

Mit Wassergymnastik gegen die Isolation Erste Bonner Sportgruppe für Hiv-Positive – Besonders für Bluterkranke

von Andrea Ziech

Bonn. Raus aus der Isolation – das ist für Hiv-Positive besonders wichtig. Sport kann nicht nur dazu dienen; er verzögert gleichzeitig das Auftreten der Immunschwäche-Krankheit.

Daher hat das Wissenschaftliche Institut der Ärzte Deutschlands (Wiad) in Köln bereits vor einem dreiviertel Jahr ein Sportprojekt gestartet. Jetzt gibt es ein solches Angebot auch in Bonn.

Es wendet sich in erster Linie an Hämophile (Bluterkranke), von denen viele durch das Hämophilie-Zentrum der Universitätskliniken in die frühere Bundeshauptstadt gezogen worden sind. Fast alle von ihnen seien durch Blutkonserven mit Hiv infiziert, erklärte Andreas Geiger von der Wiad.

Für die Bluterkranken sei Wassergymnastik die ideale Sportart, betonte Yvette Florijn, die die entstehende Gruppe betreut. Die Verletzungsgefahr sei bei anderen Sportarten zu groß. Über eine Übungshalle wird derzeit noch verhandelt.

Wiad stützt sich bei dem Projekt auf eine Langzeitstudie, bei der Ärzte in Miami die Folgen einer sportlichen Belastung von Hiv-Positiven getestet hatten. Die Amerikaner wiesen darin nach: Sport verbessert eindeutig die körperliche Konstitution der Infizierten. Anders als die amerikanischen Ärzte, so Geiger, lege das Institut aber großen Wert darauf, daß neben dem rein medizinischen Aspekt auch die Psyche der Kranken nicht zu kurz kommt. Ihnen Selbstvertrauen und Freude an der eigenen Belastbarkeit zu geben, erläuterte Yvette Florijn, seien einige dieser Aspekte. Das Erlebnis in einer Gruppe soll die Hiv-Positiven außerdem aus der Isolation lösen. So soll sich das Angebot auch nicht von „normalen" Sportgruppen unterscheiden. Unter dem Motto „Spiel – Entspannung – Freizeit" sind dazu auch die Freunde der Hiv-Positiven eingeladen. Damit, hoffen Yvette Florijn und Andreas Geiger, lasse sich vielleicht die Akzeptanz insgesamt stärken. Endziel ist für sie eine Beteiligung der Hiv-Positiven an allen Bereichen des alltäglichen Lebens.

Bluterkranke, die gern einmal in der Woche Wassergymnastik machen möchten, können sich bei Wiad unter der Rufnummer 810 41 72 oder bei Yvette Florijn unter 37 88 84 melden, die auch anonym gestellte Fragen beantwortet.

(erschienen in der Lokalzeitung „General-Anzeiger", 9. Juli 1991)

Der Frage nach spezifischen Sportmöglichkeiten für Menschen mit Hiv und Aids in der Bundesrepublik ist Weide in einer Studie nachgegangen. Im Rahmen seiner Magisterarbeit analysierte er die gegenwärtige Situation (Stand Februar 1992) und stellte Perspektiven für zukünftige Planungen vor. Das Ergebnis zeigt, daß neben wissenschaftlichen Projekten vorwiegend Selbsthilfegruppen (z. B. Aids-Hilfen) sportliche Aktivitäten anbieten, daß Hiv-Positive aber auch in „schwulen Sportvereinen" integriert sind oder dort „anonym" teilnehmen.

Die folgende graphische Darstellung zeigt die Situation der sportlichen Angebote für Menschen mit HIV und AIDS. Sie differenziert nach Selbsthilfegruppen, wissenschaftlichen Projekten und „schwulen Sportvereinen", wobei kein Anspruch auf Vollständigkeit erhoben wird. (Stand 19. Februar 1992)

Geographische Darstellung der Sportangebote für Menschen mit HIV und AIDS in der BRD

● Sportangebote in Selbsthilfegruppen
✖ Sportangebote im Rahmen von wissenschaftlichen Projekten
○ Sportangebote in „schwulen Sportvereinen"

Es wäre wünschenswert, wenn auch infizierten Frauen und drogenabhängigen Menschen Möglichkeiten für sportliche Aktivitäten geboten würden.

Angesichts der beschriebenen Situation ist für die Zukunft folgendes notwendig:

- Erarbeitung eines Ratgebers zum Thema „Sport für Menschen mit Hiv und Aids". Er soll alle Informationen enthalten, die im Zusammenhang mit Sport und Hiv-Infektion wichtig sind;
- Erstellen von Faltblättern mit knappen Informationen über Sport und Hiv/Aids, die an entsprechenden Stellen (z.B. Gesundheitsämter, Aids-Hilfen) ausgelegt werden;
- Aufklärung und Motivationsarbeit zum Thema Sport und Hiv/Aids, um möglichst vielen Menschen die Möglichkeiten aufzuzeigen, die der Sport ihnen bieten kann. Dies könnte durch informierte Ärzte oder andere Mitarbeiter des Gesundheits- und Betreuungsbereiches geschehen;
- „Schnupperkurse" (Nachmittags- oder Tagesangebot) zur näheren Information und zur Motivation, Wochenendworkshops (wie die Deutsche Aids-Hilfe e.V. sie durchführt) oder Informationsveranstaltungen;
- Fortbildungsmöglichkeiten für Gruppenleiter;
- Öffnung der Angebote für Partner und Sympathisanten;
- Ermöglichung von Aktivitäten, die über das Sportprogramm hinausgehen;
- Erschließung möglicher Geldquellen (z.B. Übernahme der Kosten durch Krankenkassen).

Persönliche Anmerkungen

Durch bereits durchgeführte Forschungsprojekte im Bereich „Sport und Hiv-Infektion", die eigenen positiven Erfahrungen im Freizeitsportbereich sowie durch Hiv-Infizierte im Freundes- und Bekanntenkreis wurde unser Interesse am Thema „Sport und Hiv" geweckt. Aufgrund der intensiven Auseinandersetzung sowohl aus wissenschaftlicher Sicht als auch aus Gesprächen mit Betroffenen wurde uns die Komplexität dieses Bereichs bewußt und ermunterte uns, zwei unterschiedlichen Fragestellungen nachzugehen: 1. Wie wirkt sich Sport tatsächlich auf den Immunstatus und auf die Psyche von Menschen mit Hiv und Aids aus? 2. Wie stellt sich die Angebotssituation in der Bundesrepublik dar? Aus diesen Ergebnissen sollten gezielt Perspektiven für die Zukunft entwickelt werden.

Die mehrjährigen Erfahrungen und der damit verbundene Informationsaustausch mit Betroffenen und Institutionen, die Betroffene betreuen, verdeutlichen den Stellenwert sowohl der Forschung als auch der konkreten sportpraktischen Angebote vor Ort. Die Ergebnisse auch längerfristig angelegter Projekte in diesem Bereich dokumentieren, daß moderater Sport keine negativen Auswirkungen auf den Krankheitsverlauf bei Hiv-Infizierten und Menschen mit Aids hat und positive Effekte vor allem im Bereich der psychischen Befindlichkeit und körperlichen Leistungsfähigkeit zu beobachten sind.

Aufgrund der individuellen Probleme und der unterschiedlichen körperlichen und seelischen Verfassungen in den verschiedenen Erkrankungsstadien gestaltet sich eine kontinuierliche Teilnahme der Menschen mit Hiv und Aids an Sportangeboten als besonders schwie-

rig. Gerade ARC- und AIDS-Vollbild-Patienten, die an Sportangeboten teilnehmen, können aufgrund des Auftretens von opportunistischen Infektionen nicht regelmäßig mitmachen. Durch längere Krankenhausaufenthalte und allgemeines Unwohlsein (Durchfälle, körperliche Schwäche u.a.) sind sie oft nicht in der Lage, an den Sportstunden teilzuehmen. Diese Problematik macht deutlich, daß Übungsleiter sehr flexibel sein müssen hinsichtlich Stundenplanung und Durchführung.

Ein zentraler Punkt bei der Arbeit mit AIDS-kranken Menschen ist das Umgehen mit Sterben, Tod und Trauer. Im Sport scheint es manchmal schwierig, diesem Bereich angemessenen zu berücksichtigen. Uns erscheint es jedoch sehr wichtig, Trauer zuzulassen, sie zu thematisieren und zu seinen Gefühlen zu stehen. Dies gilt nicht nur für die einzelnen Mitglieder in der Gruppe, sondern auch für die Gruppenleiter. Die bisherigen Erfahrungen im sporttherapeutischen Bereich mit einer solchen Zielgruppe zeigen, wie wichtig Supervision für den Gruppenleiter ist: Er ist nicht nur „Sportlehrer", sondern zugleich Freund und Seelentröster.

Wir wünschen uns, daß viele Betroffene die positiven Effekte des Sports für sich nutzen. Vor allem sollten zu ihrer Krankheit stehen können, ohne Diskriminierungen fürchten zu müssen: Spezielle Sportgruppen für Menschen mit HIV und AIDS wären dann überflüssig.

Adressenliste der Anbieter von Sportangeboten für Menschen mit HIV und AIDS (Stand Februar 1992)

I. SPORTANGEBOTE IM RAHMEN VON FORSCHUNGSPROJEKTEN

1. Sozialpädagogisches Institut Berlin — Detlef Reußner
   Stresemannstraße 30 — Heike Lamwersick
   W – 1000 Berlin 61 — Dr. Michael Kraus
   Tel.: 030/2592310 oder 2516094
   (Im Auftrag des Bundesministeriums für Forschung und Technologie)

2. Wissenschaftliches Institut der Ärzte Deutschlands e.V. (WIAD) — Yvette Florijn
   Bürgerstraße 12
   W – 5300 Bonn 2
   Tel.: 0228/356132 oder 8104172
   (Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit)

3. Justizvollzugsanstalt (JVA) Mannheim — Norbert Wolf
   Herzogenriedstraße 111 — Tel.: 0621/398395
   W – 6800 Mannheim
   Tel.: 0621/39839

II. Sportangebote im Rahmen von Selbsthilfegruppen

1. Aids-Hilfe Düsseldorf e.V. Worringer Straße 94-96 W – 4000 Düsseldorf 1 Tel.: 0211/353795	Frank Klettenberg Mitarbeiter der Ahd Tel.: 0211/7260526
2. „Positiv leben" Beratungsstelle Drogen & Aids An der Staufenmauer 4 Tel.: 069/2099	Norbert Reh Tel.: 069/20995
3. Aids-Beratungsstelle der Behörde für Arbeit, Gesundheit und Soziales Lübeckertordamm 5 W – 2000 Hamburg 1 Tel.: 040/2488-3443	Holger Hanck Tel.: 040/24882488
4. Münchner Aids-Hilfe e. V. Corneliusstraße 2 W – 8000 München 5 Tel.: 089/268071	Andreas Hastreiter c/o Aids-Hilfe München Tel.: 089/26807
5. Aids-Hilfe Münster e. V. Herwarthstraße 2 W – 4400 Münster Tel.: 0251/43031	Ulrich Besting
6. Fitness- und Entspannungsgruppe c/o Uwe Matthes W – 1000 Berlin Tel.: 030/3931979	
7. Gay Aikido Fasanenstraße 70 c/o W. Ziegler W – 1000 Berlin 15	Wolfgang Ziegler Tel.: 030/883 8963
8. Aids-Hilfe Darmstadt e. V. Hindenburgstraße 35 W – 6100 Darmstadt	Michael Lämmert Tel.: 06151/311177 Hans G. Weide Tel.: 06151/ 711414

9. AIDS-Hilfe Landau e. V.
Weißenburger Straße 2b
W – 6740 Landau
Tel.: 06341/88688

III. SPORTANGEBOTE IM RAHMEN VON SCHWULEN VEREINEN

1. Schwuler Sport-Verein
SSV Pott-Pritschen
c/o Klaus Hauck
Rüpingsweg 15
W – 4630 Bochum 7
Tel.: 0234/235094

2. „Vorspiel" – Schwuler Sportverein Berlin e.V.
Postfach 42 07 03
W – 1000 Berlin 42

3. „Wärmer Bremen"
lesbisch-schwuler Sportverein e.V.
Rat & Tat Zentrum
Theodor-Körner-Straße 1
W – 2800 Bremen 1

Kontakt über:
Tel.: 0421/700007

4. Frankfurter Volleyball Verein e.V.
Rossdorfer Straße 46
W – 6000 Frankfurt/a.M. 60
Schwuler Sportverein

Bernhard
Tel.: 069/441173

5. „Startschuß"
Schwuler Sportverein Hamburg e. V.
c/o Hein & Fiete
Gurlittstraße 47
W – 2000 Hamburg 1
Tel.: 040/240 333

Christiane Gottschall

IV. Sportangebote im Rahmen einer Kooperation

1. Aids-Hilfe Köln e.V.
SC Janus Köln e.V.
Beethovenstraße 1
W – 5000 Köln 1
Projekt: Kooperation Janus e. V.,
Aids-Hilfe und dem Verein für
Gesundheitssport und Sporttherapie in Köln

SC Janus
ab 4/92 AH Köln
Heidi Eichenbrenner
Tel.: 0221/202030

Literatur

Florijn, Y.: Zwischenbericht zur Studie „Sport und Hiv-Infektion". Unveröffentlichte Arbeit. Bonn, 1992

Laperriere, A.; O'Hearn, P. Ironson, G.; Cevalis, P.; Perry, A.; Klimas, N.; Schneidermann, N.; Flechter, M. A.: Aerobic Exercise Training and Immune Function in Healthy Hiv Antibody Negative and Positive Gay Males. Vortrag gehalten vor dem SBM-Conference in Boston, April, 1988

Morgan, U. P.: Anxiety Reduction Following Acute Physical Activity. Psychiatric Annals, 1976, i, 141-147

Ricken, K.H.; Kindermann, W.: Der Immunstatus des Leistungssportlers: Ursachen der Infektionsanfälligkeit. In: Deutsche Zeitschrift für Sportmedizin, 37, 1986, 38-42/Sonderheft

Schlenzig, C.: Auswirkungen einer sporttherapeutisch-pädagogischen Maßnahme auf den Immunstatus Hiv-infizierter Patienten. Unveröffentlichte Magisterarbeit. Heidelberg, 1989

Weide, H. G.: Sport für Menschen mit Hiv und Aids. Analyse der gegenwärtigen Situation und Perspektiven zukünftiger Planungen. Unveröffentlichte Magisterarbeit. Darmstadt, 1992

AIDS-Hilfe: Gesundheitsförderung am Beispiel NLP

Michael Schuhmacher

Nunmehr rund zehn Jahre erfolgreicher Arbeit der AIDS-Hilfen als Einschnitt zu nutzen, scheint mir notwendig: als Einschnitt im Handeln, als Pause in der Aktivität, zur Analyse dessen, was bislang geleistet wurde und was noch zu erreichen sein wird, zur Festlegung der Perspektiven und Methoden und sicherlich auch zum kritischen Überprüfen der Bandbreite von AIDS-Hilfe-Arbeit insgesamt.

Nicht ohne Grund besteht eine Aufgabenteilung zwischen der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) und den deutschen AIDS-Hilfen: Während die eine ihren Schwerpunkt auf die Prävention für die Allgemeinbevölkerung legt, setzt die andere Akzente ihrer Arbeit bei den sogenannten Hauptbetroffenengruppen, den Schwulen, DrogengebraucherInnen, den männlichen und weiblichen Prostituierten, den Blutern und jetzt auch bei den Frauen.

Diese Aufgabenteilung stimmt im Prinzip auch dann noch, wenn die BZgA in der Schwulenpresse inseriert und die örtlichen AIDS-Hilfen in den Schulen ihren Beitrag zum Sexualkundeunterricht leisten – ganz zu schweigen von den Beratungstelefonen, die hier wie da in der Mehrheit von der nichtbetroffenen Allgemeinbevölkerung genutzt werden.

Viele der nach außen auffälligen Aktivitäten verstellen jedoch den Blick auf einen wichtigen Teil der Arbeit, nämlich den, der mit und für Betroffene geleistet wird. Dieser zentrale Punkt der Arbeit der AIDS-Hilfen ist nur ein Ausschnitt dessen, was insgesamt getan wird.

Pflege, Betreuung, psychosoziale Unterstützung leisten in erster Linie Freunde, Verwandte, Familien und auch die Ärzte. Lediglich bei speziellen Fragestellungen, beim Wunsch, andere Positive und an AIDS Erkrankte kennenzulernen und sich auszutauschen, beim Wunsch, politisch in Selbsthilfearbeit mitzuwirken, bei der Notwendigkeit angemessener Pflege wenden sich Betroffene an die AIDS-Hilfen. Und wenn das sogenannte soziale Netz versagt, wenn Freunde und Familien sich verabschieden, das Geforderte nicht leisten können, dann wird AIDS-Hilfe wichtig.

Die Hauptbetroffenen sind aber in der Regel doppelt und dreifach involviert, als kriminalisierte DrogengebraucherInnen, die polizeilich gejagt und verfolgt werden (Stichwort Nationaler Rauschgiftbekämpfungsplan!), als schwule und bisexuelle Männer, denen die Infektion mit HIV oder die Erkrankung eigentlich ein zweites Coming out abnötigt, wo oft das erste als schwuler Mann oder Bisexueller noch nachzuholen ist; als Bluter, die die Auseinandersetzung mit ihren Familien und Ärzten verkraften müssen; als Prostituierte, für deren Verfolgung es nun einen weiteren Grund gibt, deren Arbeitsgrundlage per Gesetzesbeschluß aufgehoben wird, ohne daß es Regelungen für ein Recht auf Umschulung, Rente etc. gäbe.

Lange vernachlässigt wurden die infizierten Frauen, deren Problemen mit Partnerschaft, Kinderwunsch und Schwangerschaft sich nur ganz wenige angemessen annehmen.

Was aus all dem kurz Angerissenen folgt, sind eine Menge sogenannter „psychosozialer Problemstellungen", deren Lösung auch die AIDS-Hilfen nicht gerecht werden und auch nicht gerecht werden können. Individuellen Problemen von Frauen und Männern müssen individuelle Lösungen angeboten werden, und kollektive Auseinandersetzungen der einzelnen Gruppen und Subkulturen benötigen Lösungsansätze, die den Gruppen angemessen sind. Vor allem die Schwulen haben hier viel geleistet, aber auch die DrogengebraucherInnen mit Selbsthilfenetzwerken wie JES (Junkies, Ex-user, Substituierte) und seit neuestem auch die Frauen mit eigenem Netzwerk.

Zu kurz gekommen ist bei allem der individuelle Ansatz, das Hinschauen auf das Problem des einzelnen. AIDS-Hilfe ist zwar Selbsthilfe geblieben, hat sich aber zulange gegen Begriffe wie Patient, Klient etc. gewehrt. Aber natürlich gilt auch für HIV-Infektion und AIDS als chronische Erkrankung, daß es Ärzte braucht und Therapeuten und somit auch Patienten und Klienten gibt: Frauen und Männer, die Fragen und Probleme haben und Hilfestellung brauchen.

Um die Ziele der Beratung und Betreuung geht es, weniger um ihre Struktur. Will die Ärztin/der Arzt den immer eigenständiger werdenden Patienten/Klienten? Will die Therapeutin/der Therapeut Hilfestellung geben zur Eigenverantwortlichkeit, neue Möglichkeiten aufzeigen, Perspektiven vorstellen? Psychosoziale Angebote – und auch die Angebote der Medizin – müssen bei AIDS nach meiner Auffassung genau das leisten, müssen neue Wege und Möglichkeiten aufzeigen, Hilfestellung geben beim Wieder-selbst-verantwortlich-Werden.

Eine Erkrankung, die derzeit nicht heilbar ist, kann zur Resignation führen, sie kann aber auch mit den vorhandenen Möglichkeiten der Medizin, der Selbsthilfe, der psychosozialen Angebote so gestaltet werden, daß möglichst viel Lebensqualität erhalten bleibt. Dies sollte Ziel und Ergebnis aller Angebote sein.

AIDS als chronische Erkrankung

Menschen, die sich mit HIV infiziert haben, Menschen, die an AIDS erkrankt sind, sind für mich in den letzten acht Jahren tägliche Realität geworden – ebenso Freunde und Bekannte, die an den Folgen von AIDS gestorben sind. Es gibt einige wenige Fälle, bei denen, obwohl mehrfach positiv getestet, plötzlich keine Antikörper mehr nachweisbar waren und auch der Virusnachweis nicht möglich war. Ich kann diese Möglichkeit nicht ausschließen, bin aber Realist genug, um davon auszugehen, daß eine Infektion mit HIV derzeit immer noch bedeutet, daß nach einer unterschiedlich langen symptomlosen Zeit (und die verlängert sich von Jahr zu Jahr) in der Regel erste Krankheitssymptome auftreten. AIDS ist für mich eine chronische Krankheit, deren Verlauf immer besser beeinflußt werden kann, ohne daß bislang eine Heilung möglich wäre. Dieser Mangel an Heilungsmöglichkeit aber ist gleichzeitig das stärkste Argument für alle Möglichkeiten der Gesundheitsförderung.

Gesundheitsförderung

Wichtigste Grundlage für Gedanken zur Gesundheitsförderung ist die „Ottawa-Charta" der WHO. Erst am 21.11.1986 verabschiedet, spielt sie doch heute bereits eine wichtige Rolle, vor allem auch deshalb, weil statt eines Verzeichnisses eines Mangels (Krankheit als Mangel an...) Erfordernisse für Gesundheit formuliert werden.

„Gesundheitsförderung zielt auf einen Prozeß, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen. Um ein umfassendes körperliches, seelisches und soziales Wohlbefinden zu erlangen, ist es notwendig, daß sowohl einzelne als auch Gruppen ihre Bedürfnisse befriedigen, ihre Wünsche und Hoffnungen wahrnehmen und verwirklichen, sowie ihre Umwelt meistern und verändern können. In diesem Sinne ist die Gesundheit als ein wesentlicher Bestandteil des alltäglichen Lebens zu verstehen und nicht als vorrangiges Lebensziel. Gesundheit steht für ein positives Konzept, das in gleicher Weise die Bedeutung sozialer und individueller Ressourcen wie die Gesundheit betont, für die körperlichen Fähigkeiten." (aus der Ottawa-Charta)

Gesundheitsförderung im Zusammenhang mit AIDS, der HIV-Infektion und der Gefährdung durch sie bedeuten für die Arbeit der AIDS-Hilfe nicht ausschließlich Tod und Sterben, sondern vor allem viel Energie in Gesundheitsförderung und Gesundheitsbewußtsein zu stecken. Auch mit Infektion und Krankheit bleibt es unsere Aufgabe, möglichst solche Lebensbedingungen und -welten zu schaffen und zu fördern, die den Menschen gerecht werden. Für die Hauptbetroffenengruppen, mit denen wir eng zusammenarbeiten und die wir selbst sind, bleibt es daher auch im Rahmen der AIDS-Präventionsarbeit Ziel und Forderung, die vorhandenen Lebensräume zu schützen, zu sichern und auszubauen. Voraussetzungen für die Gesundheit sind Frieden, angemessene Wohnbedingungen, Bildung, Ernährung und Einkommen, ein stabiles Ökosystem, eine sorgfältige Verwendung vorhandener Naturressourcen, soziale Gerechtigkeit und Chancengleichheit. Jede Verbesserung des Gesundheitszustandes ist zwangsläufig fest an diese Grundvoraussetzungen gebunden. Ein guter Gesundheitszustand ist eine wesentliche Bedingung für soziale, ökonomische und persönliche Entwicklungen und entscheidender Bestandteil der Lebensqualität. Politische, ökonomische, soziale, kulturelle, biologische sowie Umwelt- und Verhaltensfaktoren können entweder der Gesundheit zuträglich sein oder sie schädigen. Gesundheitsförderndes Handeln zielt darauf ab, durch aktives parteiisches Eintreten diese Faktoren positiv zu beeinflussen. Gesundheitsförderndes Handeln bemüht sich darum, bestehende soziale Unterschiede zu verringern sowie gleiche Möglichkeiten und Voraussetzungen zu schaffen, damit alle Menschen befähigt werden, ihr größtmögliches Gesundheitspotential zu verwirklichen. Dies umfaßt sowohl Geborgenheit und Verwurzelung in einer unterstützenden sozialen Umwelt, den Zugang zu allen wesentlichen Informationen, die Entfaltung von praktischen Fertigkeiten als auch die Möglichkeit, selbst Entscheidungen in bezug auf die eigene Gesundheit treffen zu können. Menschen können ihr Gesundheitspotential nur dann weitestgehend entfalten, wenn sie auf die Faktoren, die ihre Gesundheit beeinflussen, selbst Einfluß nehmen.

Hier stimmen die Grundannahmen des Neuro-Linguistischen Programmierens (NLP) und der Gesundheitsförderung in wesentlichen Punkten überein. Vor allem auch die Hypothese des NLP, daß „Vorschläge für neue Regeln und Formen des Zusammenlebens von

Mensch und Natur nicht im Labor, sondern nur von Mitgliedern der betreffenden Gruppe selbst gefunden werden können."

Gesundheitsförderung im Rahmen der Arbeit der deutschen AIDS-Hilfen ist deshalb auch immer orientiert an den Hauptbetroffenengruppen, an Frauen, Drogengebrauchern, schwulen und bisexuellen Männern, männlichen und weiblichen Prostituierten. Gesundheitsförderung der deutschen AIDS-Hilfen meint immer zuerst, Individuum und Kollektiv der betroffenen Gruppen zu stärken und zu gesundheitsförderndem Handeln zu befähigen. Dieses sehr parteiliche Vorgehen findet sich wieder in Forderungen nach Abschaffung des §175, der Legalisierung des Drogengebrauchs, einem Berufsrecht für weibliche und männliche Prostituierte etc.

Was ist NLP?

Das neurolinguistische Programmieren (NLP) ist ein neues Modell menschlicher Kommunikation und menschlichen Verhaltens. Es wurde im Verlauf der vergangenen Jahre von Richard Bandler, John Grinder, Leslie Cameron-Bandler und Judith Delouzier entwickelt. Am Anfang dieser Entwicklung stand die systematische Untersuchung von Virginia Satier, Milton H. Erickson, Fritz Perls und anderen Therapeuten. NLP ist eine Kombination von pädagogischen, psychologischen, psychotherapeutischen und kommunikativen Fähigkeiten. NLP arbeitet nicht problemorientiert, sondern zielorientiert. NLP versucht zu beschreiben, was gute Kommunikation ist und wieweit es möglich ist, diese zu lehren und zu lernen. Es ist ein Modell, in dem die Voraussagen und die vorgenommenen Verhaltensänderungen laufend an der Wirklichkeit, d.h. am Verhalten der jeweiligen Person getestet und somit überprüft werden.

NEURO
zeigt an, daß Begriffe und Informationen neurologisch gespeichert werden und Wörter nur Etikette für innere Erfahrungen wie Bilder, Töne oder Gefühle sind.

LINGUISTISCH
steht für Sprache. Es wird untersucht, was beim Gebrauch der verschiedenen Wörter unbewußt weggelassen, vergessen oder versteckt wird.

PROGRAMMIEREN
steht für die verschiedenen Programme und inneren Denkprozesse, die entscheidend für unser zwischenmenschliches Verhalten sind.

Das NLP-Resonanz-Projekt von Dr. Gundel Kutschera Auszug aus dem Konzept

Dieses Projekt versucht die Frage zu beantworten: Wie können wir Resonanz und Lebensqualität in der Partnerschaft, der Familie, bei der Arbeit und in der Gemeinde verbessern? Die Hypothese ist, daß Vorschläge für neue Regeln und Formen des Zusammenlebens von

Mensch und Natur nicht im Labor, sondern nur von Mitgliedern der betreffenden Gruppe selbst gefunden werden können. Was NLP unter Resonanz versteht, läßt sich vielleicht am besten an einem Bild verdeutlichen:

Fast jeder von uns hat schon einmal einem Kind beim Schaukeln geholfen und dabei herausgefunden, daß man die Schaukel schnell in Schwung bringt, wenn man sie im Rhythmus der natürlichen Eigenschwingung anstößt. In der Physik wird dieses Phänomen Resonanz genannt, d.h. man hat einen Gleichklang von anregender und angeregter Schwingung. In diesem Zustand ist eine optimale Wechselwirkung zwischen Systemen möglich. Wenn man die Eigenschwingung nicht berücksichtigt, kann man die Schaukel zwar mit viel Energieaufwand zum Schwingen bringen, aber keine Resonanz erreichen.

Ähnlich scheint es in zwischenmenschlichen Beziehungen zu sein. Ist man auf die „Eigenfrequenz" des Partners, Kindes oder Kollegen eingestimmt, dann ist es leicht, gemeinsam im Gleichklang (Resonanz) zu schwingen.

Mit Resonanz läßt sich auch erklären, warum z.B. ein schwuler Präventionsmitarbeiter in Lokalen, die er selbst kennt und in denen er sich wohlfühlt, leichter seine Botschaften vermitteln und Kontakt herstellen kann als ein dafür angestellter heterosexueller Mitarbeiter, der sich auf die Eigenschwingung der Gäste und Betreiber eines Lokals nicht einstimmen kann.

Resonanz und Harmonie scheinen in uns und in unserer Umwelt aus dem Gleichgewicht geraten zu sein, und zwar nicht rein zufällig, sondern durch unser menschliches Gestalten und unser technologisches Wissen. Es scheint nicht genug zu sein, alte Regeln und Werte mit mehr Druck durchsetzen zu wollen. Neue Formen und Werte des Zusammenlebens von Mensch und Natur können durch Zusammenwirken von Technologie und neuen Werten, Zielen und Visionen gefunden werden, und Zerstörtes kann so regeneriert werden.

Hypothesen und Ziele für Resonanz und Lebensqualität

1. Jeder hat eine natürliche Eigenschwingung (Resonanz), die bewußt gemacht werden kann. Wir können gemeinsam in Resonanz sein.
2. Jeder ist frei und entscheidet selbst, wofür er/sie seine/ihre Fähigkeiten gebrauchen will und seinen/ihren Weg geht.
3. Jeder hat positive Werte, Emotionen und Visionen und lebt diese unterschiedlich in den verschiedenen Kontexten des Privat- und Arbeitsbereichs.
4. In jeder guten Beziehung sind die folgenden fünf Ebenen im Privat- und Arbeitsbereich klar vorhanden und klar unterschieden:

- Individuum (z.B. sich frei, schön, wichtig fühlen)
- Mann/Frau (sich als Mann/Frau akzeptiert und wohl fühlen)
- Hierarchie (Eltern/Kind; wer übernimmt Verantwortung)
- keine Hierarchie (z.B. gemeinsam spielen/Teamarbeit)
- Familie/Arbeit/Umwelt (z.B. Gemeinde, Verwandte, Gesellschaft).

Auf der Basis dieser Hypothesen und Ziele arbeiten Resonanzgruppen (z.B. Jugendgruppen, Paare, Familien, Alleinerzieher, Gruppen für bestimmte Arbeitsbereiche und auch eine Gruppe für Menschen mit HIV und AIDS).

In den Gruppen wird versucht, Antworten auf folgende Fragen zu finden:
- Was heißt Lebensqualität im Privat- und Arbeitsbereich?
- Wie kann ich mit mir und anderen in Resonanz sein?
- Wie kann ich noch liebevoller, respektvoller im Umgang mit anderen sein?
- Wie kann ich gemeinsam mit den Personen, die mir wichtig sind, eine Atmosphäre schaffen, so daß jeder gerne nach Hause kommt?
- Wie kann ich frei sein und gleichzeitig gemeinsam mit anderen sein?
- Wie kann ich mich frei und eigenverantwortlich in einer Beziehung fühlen?
- Wie kann ich noch toleranter und demokratischer sein?

Als Voraussetzung für die Beantwortung dieser Fragen werden Fähigkeiten geübt und gelernt, die für das Finden der Antworten nötig sind. Dazu gehören:
- mit sich in Resonanz sein;
- mit anderen in Resonanz sein;
- bewußt klare Ziele setzen;
- sensorische Genauigkeit;
- Flexibilität.

Für die Resonanzgruppe von Menschen mit HIV und AIDS bedeutet das, daß zunächst die eigene Resonanz wieder verbessert wird. Infektion und Erkrankung bedeuten eine Veränderung der eigenen Lebensplanung, neue Fähigkeiten für Beziehungen, eine veränderte Auseinandersetzung mit Werten wie Gesundheit, Glück, Lebensfreude und Eigenverantwortlichkeit.

Wieder mit sich in Einklang sein, Infektion und Erkrankung annehmen und gleichzeitig mehr Möglichkeiten kennenzulernen, wie Lebensqualität verbessert werden kann, sind die Ziele dieser Resonanzgruppe. Neue Möglichkeiten finden, um sich wieder besser auf Beziehung und Partnerschaft einlassen zu können, bessere Strategien für Arbeits- und Privatleben kennenlernen, oft auch wieder zur eigenen, glücklichen Sexualität zurückfinden, all das gehört ebenso dazu.

Die Ergebnisse werden mit Hilfe von Fragebögen erfaßt. Diese dienen auch dazu, den GruppenteilnehmerInnen ihre Fortschritte und Veränderungen deutlich zu machen.

NLP, AIDS und Gesundheit – ein Projekt

Was liegt näher, als die vorliegenden Erfahrungen des Resonanzprojektes noch stärker auf die Arbeit mit Menschen mit HIV und AIDS zu übertragen? Hilfreich waren hierbei die Erfahrungen, die in einem anderen Projekt „Verbesserung der Lebensqualität von Dialysepatienten und Personen mit Spenderniere" gemacht wurden.

Alle Konzepte und Erfolge für die Lebenssituation von Schwulen, Drogengebrauchern und Menschen mit HIV und AIDS können nur lebendig werden, wenn es Menschen gibt, die die wachsende Freiheit auch selbstbewußt und glücklich leben. Dazu werden Fähigkeiten benötigt, die erst gelernt werden müssen. Es muß zum Beispiel ein Selbstbewußtsein entstehen, das es jedem erlaubt, die neugewonnenen Möglichkeiten auch zu nutzen.

Die Streichung des §175 zum Beispiel wird erst dann wirklich eine neue Qualität des Lebens bedeuten, wenn neben den formalen, juristischen Schranken auch die eigenen inneren Schranken gefallen sind.

Lebensfreude und Lebensqualität mit HIV und AIDS lassen sich nur dann verwirklichen, wenn auch eine innere Überzeugung gewachsen ist, daß ich selbst mit der Infektion und mit der Erkrankung individuelle Möglichkeiten und Ressourcen habe, in Harmonie und Resonanz zu leben.

Safer Sex kann nur praktiziert werden, wenn ein innerer Prozeß stattgefunden hat, der es mir erlaubt, ohne Schmerz und Verlust selbstverständlich eine neue Form von Sexualität zu leben, die mich erfüllt und befriedigt. Das reine Wissen um die Möglichkeit der Infektion ist nur ein einzelner Bestandteil dieser Neuorientierung.

Das Projekt „NLP, AIDS und Gesundheit" bezieht sich im ersten Schritt auf schwule Männer, die bereits an AIDS erkrankt sind. Dies aus mehreren Gründen: Es erschien sinnvoll, aus der Gruppe der Hauptbetroffenen eine herauszunehmen und so weitestgehend sicherzustellen, auf einem gemeinsamen Lebenshintergrund aufbauen zu können. Ein zweites Kriterium ist eine bereits begonnene Erkrankung – dies vor allem auch deshalb, weil dann die Unterstützung und der Erfahrungsaustausch noch wichtiger sind als in der symptomlosen Zeit der Infektion. Lebensqualität erfährt mit dem Beginn der Erkrankung oft deutliche Einschränkungen, für die häufig keine Strategien der Bewältigung und der Veränderung erlernt wurden. Die Erkrankten sind häufig sehr jung und hatten im Gegensatz zu älteren Menschen wenig Gelegenheit, Strategien für Krankheit zu erlernen. In dieser Phase beginnt auch die intensive Auseinandersetzung mit den Möglichkeiten der medizinischen Behandlung. Obwohl es kein Heilmittel gibt, sind doch Medikamente zugelassen, die den Krankheitsverlauf verlangsamen können, bzw. sind auch prophylaktische Möglichkeiten und Behandlungsmethoden für die einzelnen opportunistischen Infektionen gegeben. Vielfach sind diese Möglichkeiten nicht ausreichend bekannt. Oft fehlen jedoch auch Informationen zu möglichen Nebenwirkungen, so daß eine eigenständige und selbstverantwortliche Abwägung des Nutzens und der Risiken nicht vorgenommen werden kann.

Alternative Möglichkeiten wie individuelle Umstellung der Ernährung, Teilnahme an Sportprogrammen, Entspannungsverfahren, therapeutische Hilfen, Selbsthilfegruppen etc. sind ebenfalls häufig nicht bekannt, oder es liegen nur ungenaue Informationen vor. Mehr Informationen zu haben, heißt mehr Möglichkeiten zu haben und damit wieder eigenverantwortlicher handeln zu können. Diese Verbesserung der Lebensqualität ist das Ziel der Resonanzgruppen im Projekt „NLP, AIDS und Gesundheit".

Auch hier soll noch einmal deutlich gesagt werden, daß es nicht darum geht, für alle Betroffenen allgemeingültige Lebenskonzepte zu vermitteln.Eine Umstellung der Ernährung zum Beispiel muß individuell vorgenommen werden. Allgemeine Erkenntnisse nutzen hier dem einzelnen nur soviel, wie sie Grundlage für eine individuelle Entscheidung sein können. Essen und Trinken sollen Spaß machen, sollen schmecken und ein Wohlgefühl erzeugen. Derjenige, der sich jeden Morgen Müsli verordnet, nur weil es als gesund gilt, wird nur dann eine Verbesserung der Lebensqualität feststellen, wenn es ihm auch schmeckt.

Im Bereich der Medizin liegt vielleicht eine der wichtigsten Auswirkungen des Resonanz-Gedankens. Zwar gibt es für die Prophylaxe und die Behandlung opportunistischer In-

fektionen inzwischen immer bessere Medikamente, jedoch haben diese den Nachteil unterschiedlicher Nebenwirkungen. Hinzu kommt, daß die regelmäßige Einnahme eines Medikaments, zumal wenn nicht eine eigene Entscheidung hierfür zugrunde liegt, es mit sich bringt, daß sich viele Betroffene unversehens in einer Krankheitsstadieneinteilung wiederfinden, die aus der Sicht der Statistik die weitere Lebenserwartung relativ genau eingrenzt. Eine Entscheidung für ein bestimmtes Medikament bedeutet oft auch das Eingeständnis einer nun sehr deutlich bestimmbaren „Rest-Lebenszeit".

Hier ist es wichtig, sich selbst in die Lage zu versetzen, auch gegen den Druck der behandelnden Ärzte darauf zu bestehen, für sich selbst eine Entscheidung für oder gegen ein bestimmtes Medikament zu treffen. Nur wenn hier Resonanz erreicht wird, mag sich Lebensqualität wirklich verbessern.

Viele Möglichkeiten einer verbesserten Akzeptanz der klassischen Medizin mögen im Bereich der alternativen Medizin liegen. Sicherlich kann ich ein Medikament besser annehmen, wenn ich die Möglichkeit bekomme, eventuell auftretende Leberschäden durch den Einsatz und das Erproben natürlicher Leberstärkungsmittel (z.B. Lebertees, Diät) zu reduzieren. Hinzu kommt, daß damit wieder eigene Möglichkeiten der Einflußnahme erschlossen werden. Es sollen Strategien gelernt werden, die schnell und effektiv zu den gesetzten Zielen führen. Grundlage dafür sind die vorhandenen Fähigkeiten derjenigen, die bereits heute Strategien gelernt haben, die ihnen helfen, angemessen im Kontext HIV/AIDS für sich mehr Lebensqualität zu erlangen. Diese Fähigkeiten sind lern- und lehrbar. Es ist nicht einzusehen, warum effektive Möglichkeiten des Lernens und Lehrens nicht genutzt werden sollen.

Mit der Zunahme der individuellen Möglichkeiten im Umgang mit der Infektion und Erkrankung wächst auch die Lebensqualität und das Selbstbewußtsein. Selbstbewußtsein aber ist dringend erforderlich, um Sexualität, Partnerschaft und Beziehung wieder besser leben zu können – und das in einer immer noch tendenziell diskriminierenden Umwelt.

In einem ersten Schritt werden daher mittels Interviews diese Strategien gesucht und zusammengestellt. Nach ihrer Auswertung können dann Programme für spezielle Resonanzgruppen entwickelt werden. Ebenso werden geeignete Methoden des Lernens angeboten und so der Erfahrungsaustausch zwischen den Betroffenen effektiviert.

Die Ergebnisse werden in Fragebögen festgehalten, ausgewertet und die Angebote laufend überprüft. Parallel werden die Teilnehmer der Resonanzgruppen regelmäßig von Ärzten überwacht. Die Hypothese ist, daß sich mit zunehmender Verbesserung der Lebensqualität und erhöhter Autonomie bei gleichzeitiger Nutzung aller Möglichkeiten auch der Krankheitsverlauf deutlich besser entwickelt als ohne diese Möglichkeiten. Untersuchungsergebnisse von an AIDS erkrankten Menschen ohne eine solche Begleitung liegen in ausreichender Zahl vor, so daß auf eine Kontrollgruppe verzichtet werden kann.

Perspektiven der AIDS-Hilfe-Arbeit

Die deutschen AIDS-Hilfen, die in zehn Jahren ein eigenständiges Profil entwickelt und in der Bundesrepublik erfolgreiche Arbeit geleistet haben, sahen sich in der Vergangenheit vielen

Anfeindungen und Kritik ausgesetzt. Vor allem die interessengruppenorientierte Präventionsarbeit, die nicht Rücksicht nehmen kann auf Empfindlichkeiten der Allgemeinbevölkerung, hat zu vielen Auseinandersetzungen Anlaß gegeben. Darüber hinaus sind aber auch die Erwartungen, die an die Arbeit der AIDS-Hilfe gestellt werden, so differenziert und überzogen, daß es gelegentlich wundert, daß diese Organisation überlebt hat.

In der Bundesrepublik Deutschland leben rund 60.000 Menschen mit HIV. Die meisten von ihnen sind schwul oder gebrauchen Drogen. Zunehmend finden sich aber auch heterosexuell Infizierte. Vor allem Frauen formulieren ihre besondere Situation. Die D.A.H. und die regionalen AIDS-Hilfen verstehen sich als Ansprechpartner für Infizierte und Erkrankte. AIDS-Hilfe definiert sich dabei sowohl als Selbsthilfeorganisation wie auch als professioneller Helfer, Berater und Pfleger. Die Präventionsarbeit der AIDS-Hilfen bezieht sich vorwiegend auf die sogenannten Hauptbetroffenengruppen, Schwule, Drogengebraucher, Frauen und deren PartnerInnen, mit dem Anspruch auf Stärkung der jeweiligen Identität.

AIDS-Hilfen sind in der Regel eingetragene Vereine (e.V.) mit den dazu gehörenden Strukturen (Vorstand, Mitgliederversammlung); die Geschäftsstellen werden von hauptamtlichen MitarbeiterInnen betrieben. Diese Strukturen erweisen sich gelegentlich als Hemmnis für professionelles Arbeiten. Vorstandswahlen und Beschlußfassungen von Mitgliederversammlungen sind hin und wieder sehr zufällig und dennoch bindend für die Arbeit des Vereins. Mehr oder weniger erfahrene Vorstände werden plötzlich zu Arbeitgebern, zu Dienst- und Fachvorgesetzten der hauptamtlichen MitarbeiterInnen und bestimmen so Arbeitsinhalte und Qualität der Arbeit, vielfach ohne wirkliche Kompetenz. Die Arbeit der Hauptamtlichen wird hingegen vom ehrenamtlichen Teil des Vereins, von der Selbsthilfeorganisation mißtrauisch beobachtet und ab und an sogar als störend empfunden. Mit diesem Widerspruch müssen AIDS-Hilfen leben, und die Diskussionen der vergangenen Jahre zeigen, wie anstrengend dieser Prozeß ist.

Hinzu kommt die Tatsache, daß sowohl die regionalen AIDS-Hilfen als auch deren Bundesverband in erster Linie aus Mitteln des Bundes, der Länder und der Kommunen finanziert werden, mit allem dazu erforderlichen Verwaltungsaufwand. Reine Präventionsarbeit bedeutet also in der Regel, daß 50% der zur Verfügung stehenden (vor allem hauptamtlichen) Zeit für Verwaltungsaufgaben und Abrechnung der öffentlichen Mittel verwendet werden müssen. Dies Betroffenen zu erklären, fällt zunehmend schwerer.

Den Strukturen der AIDS-Hilfe stehen Ärzte und Wissenschaftler gegenüber, das staatliche Gesundheitssystem und die betroffenen Frauen und Männer. Auch diesen ganz unterschiedlichen und sich teils widersprechenden Erwartungen (zum Beispiel in der Forschung) hat sich die AIDS-Hilfe zu stellen und die Spannungen auszuhalten.

Der Anspruch der AIDS-Hilfen, Selbsthilfeorganisation zu sein, legitimiert sich durch die Integration der Betroffenen in die Strukturen der Organisation. In der Realität bedeutet dies, daß die hauptamtlichen MitarbeiterInnen der Bundesgeschäftsstelle zu etwa einem Drittel selbst infiziert und teilweise auch erkrankt sind. Ähnliches gilt auch für die regionalen AIDS-Hilfen in unterschiedlicher Ausprägung. Hier stehen auf der einen Seite die Erwartungen der Nutzer der AIDS-Hilfe einer auf der anderen Seite in vielen Fällen begrenzten Leistungsfähigkeit gegenüber. Es muß respektiert werden können, daß MitarbeiterInnen der AIDS-Hilfen durch Infektion und Erkrankung, aber auch durch die Auseinandersetzung mit

Infektion und Erkrankung der Kolleginnen und Kollegen z.T. nur eingeschränkt leistungsfähig sind.

Die Arbeitsfähigkeit der AIDS-Hilfen wird zusätzlich mitbestimmt von der Finanzierung durch die öffentliche Hand, durch Zufinanzierung von Sponsoren (in vielen Fällen Pharma-Unternehmen), vom Vereinsrecht, vom Arbeitsrecht (z.B. Arbeitsverträge der hauptamtlichen Mitarbeiter) und von den Mitsprachemöglichkeiten der Betroffenen. Dies bedeutet, daß die inhaltlichen Vorgaben der öffentlichen Hand zunehmend deutlicher formuliert und an die Finanzierung der AIDS-Hilfen in wachsendem Maß Bedingungen geknüpft werden. Interessengruppenorientierte Präventionsarbeit wird kritisch beobachtet. Ablehnungsbescheide werden formal inhaltlich begründet, hinter vielen Argumenten stehen moralische und politische Bedenken gegen eine Präventionsarbeit, die Schwule und DrogengebraucherInnen zunehmend selbstbewußter auftreten läßt.

Finanzierungen durch die Pharmaindustrie werden mehr oder weniger unverhohlen an ein Wohlverhalten der AIDS-Hilfen geknüpft, wenn es um die Beurteilung von Medikamenten und Studien geht. Hier immer einen Weg zu finden, der einerseits die erforderliche Ausstattung mit Drittmitteln sichert, andererseits unvoreingenommene Information an Betroffene weitergeben läßt, ist zunehmend schwieriger.

Mitsprache und Mitarbeit von betroffenen Frauen und Männern ist hilfreich. Vielfach haben jedoch die Verantwortlichen in den AIDS-Hilfen in der Vergangenheit Personalentscheidungen getroffen, die nicht berücksichtigt haben, daß neben einer HIV-Infektion oder Zugehörigkeit zu einer der Hauptbetroffenengruppen auch weitere Qualifikationen erforderlich sind. Hier Korrekturen vorzunehmen, ist außerordentlich schwierig.

Der Anspruch auf Professionalität, die Funktion als Service-Einrichtung für alles, was mit HIV und AIDS zu tun hat, ist allumfassend. Von Primärprävention bis Trauerarbeit sollten alle Bereiche abgedeckt und mit angemessenen Projekten abgesichert sein. Dieses sich in jedem Jahr vergrößernde Spektrum der Erwartungen an AIDS-Hilfe wurde in den letzten Jahren immer auch zu befriedigen versucht. Es muß klar sein, daß hier nicht unbegrenzte Ressourcen zur Verfügung stehen.

Zusammengefaßt bedeutet dies, daß Widersprüche bestehen zwischen Selbsthilfeorganisation und professioneller Service-Einrichtung, zwischen Interessen von Betroffenen und Interessen von professionellen Helfern, zwischen Vereinsstrukturen und Erfordernissen professionellen Arbeitens. Diese unterschiedlichen Erwartungen lassen sich nur bedingt zur Deckung bringen. AIDS-Hilfe hat es versäumt, bestehende Spannungsverhältnisse aufzuzeigen. Im Laufe von nunmehr fast zehn Jahren ist dadurch ein Defizit entstanden, das viele der Probleme erklärt.

Alle diese Problemfelder und Spannungsverhältnisse beachtend nimmt es wirklich wunder, daß eine Organisation wie die Deutsche AIDS-Hilfe nach zehn Jahren immer noch besteht. Nicht nur, daß sie sich in ihrem ursprünglichen Ausmaß gehalten hat, die Zahl der AIDS-Hilfen ist trotz aller Einsparungen stetig gewachsen.

Wenn also über die Perspektiven für die kommenden Jahre gesprochen werden soll, so müssen zunächst die aufgezählten Spannungsverhältnisse gründlich diskutiert und vor allem auch akzeptiert werden. Diese Spannungsverhältnisse erklären, warum in den vergangenen Jahren so viele MitarbeiterInnen „das Handtuch geworfen haben". AIDS-Hilfe wird sich für die

kommenden Jahre darauf konzentrieren müssen, ihre Leistungspalette einzugrenzen und geeignetere Organisationsformen zu finden. Der eingetragene Verein als Unternehmensform scheint für die Erwartungen, die an AIDS-Hilfe herangetragen werden, nur bedingt geeignet zu sein. Die Auseinandersetzung um die Schwerpunktsetzung auf Selbsthilfe oder professionelle Hilfsorganisation müssen geführt und zu einem Ergebnis gebracht werden. Der Ansatz der Selbsthilfeorganisation und auch der Ansatz der Gesundheitsförderung waren gute und wichtige Entscheidungen für die Arbeit der AIDS-Hilfe. Die nunmehr allerorts geführte Debatte über „gesunde Städte", über Gesundheitsförderung in den Ländern und im Bund zeigt, daß die Arbeit der AIDS-Hilfen quasi zu einem Modell geworden ist.

Für die Hauptbetroffenengruppen bedeutet diese Erkenntnis auch einen Anlaß für Stolz. Gerade wir, die oft am Rande der Gesellschaft stehen, haben im Bereich der Gesundheitsförderung Zeichen gesetzt, die sich nunmehr im gesamten Gesundheitssystem wiederfinden. Gerade wir, die gegen eine unheilbare Krankheit kämpfen, haben gezeigt, wie man auch in einer solchen Situation, die am ehesten mit einem Kriegszustand zu vergleichen ist, dennoch kreativ und handlungsfähig sein kann. Ein Resümee nach zehn Jahren AIDS-Hilfe-Arbeit zu ziehen, bedeutet vor allem stolz zu sein auf das, was bisher geleistet worden ist.

Um die geschaffenen Freiräume mit Leben zu füllen, wird es notwendig sein, die Menschen mit mehr Eigenverantwortlichkeit auszustatten. So werden wir in den nächsten Jahren genug damit zu tun haben, die theoretisch geschaffenen Freiräume mit lebendigen und lebensfrohen Menschen zu füllen. Dies kann nur geschehen über einen individuellen Ansatz. Jeder muß für sich die Möglichkeiten finden können, die ihm erlauben, angemessen mit einem neugewonnenen Lebensraum umzugehen. Um diese Fähigkeit zu erlangen, muß es noch mehr Angebote in dem sogenannten psychosozialen Bereich geben, bis hin zu therapeutischen Angeboten, Selbsthilfegruppen und individuellen Einzeltherapien. Wir alle müssen erst lernen, mit der neuen Lebenssituation umzugehen.

Persönliche Gedanken zu meiner Arbeit

Wenn zu Beginn meiner Arbeit vor acht Jahren noch der Gedanke im Vordergrund stand, denjenigen zu helfen, die infiziert sind, so sind im Laufe der Jahre weitere wichtige Komponenten für meine Motivation hinzugekommen. Vor allem ist es der persönliche Gewinn, den ich aus dieser Arbeit ziehen kann. Ich habe mir immer gewünscht, einen Arbeitgeber zu haben, der mir zu arbeiten erlaubt, ohne Rücksicht zu nehmen auf Konventionen und Umgangsformen, die überwiegend heterosexuell geprägt sind. Mein Vorsatz war immer, mein schwules Leben ohne Einschränkungen auch im Beruf leben zu können. Insofern ist die Arbeit in der AIDS-Hilfe, die einer der großen schwulen Arbeitgeber ist, eine wichtige Erfüllung meiner Träume und Vorstellungen. Mit dieser Möglichkeit, ohne Angst und Verstellung arbeiten zu können, ist auch ein Selbstbewußtsein gewachsen, das es mir erlaubt hat, auch über den Rahmen von AIDS-Hilfe hinaus offen schwul aufzutreten, ohne permanent eine anstrengende Demonstration daraus machen zu müssen. Es war mir ein Bedürfnis, selbstverständlich schwul sein zu können, ohne daß die Qualität meiner Arbeit und meiner Person daran gemessen wird, welche Form von Sexualität ich meine eigene nenne.

Die häufige Frage von Professionellen aus anderen Bereichen der Sozialarbeit oder der Medizin und Psychologie, ob diese Arbeit nicht sehr anstrengend sei, kann ich auch heute noch immer nur damit beantworten, daß ich zu keiner Zeit vor AIDS in meinem beruflichen Werdegang soviel Kraft und Energie aus der Arbeit geschöpft habe wie jetzt. Gerade die Begegnung und das Zusammenarbeiten mit Menschen mit HIV und AIDS haben mir gezeigt, daß es möglich ist, kreativ, fröhlich und zufrieden zu leben, selbst wenn ein Virus oder eine Erkrankung eine deutliche Veränderung des Lebens bedeutet haben. Wenn ich hier Menschen getroffen habe, die dennoch ein sehr zufriedenes und erfülltes Leben geführt haben, habe ich viel von ihren Strategien und Möglichkeiten für mein Leben lernen können. Der Optimismus, den gerade auch kranke Menschen ausstrahlen können, hat mir immer geholfen, Perspektiven für mein eigenes Leben zu entwickeln. So war es auch weniger die Arbeit mit den direkt Betroffenen, die ich als anstrengend empfunden habe, als vielmehr die Auseinandersetzung mit der Organisation AIDS-Hilfe. Die aus den beschriebenen Spannungsverhältnissen entstehenden Probleme in der Arbeit haben mich immer mehr Energie gekostet als die eigentliche Präventionsarbeit vor Ort. Neid, Mißgunst, Einschätzungen und die Formen der Auseinandersetzung waren in vielen Fällen nicht so, wie es meinen Vorstellungen entsprochen hätte. So waren es letztlich immer Menschen mit HIV und AIDS, die mich trotz aller Auseinandersetzungen mit der Organisation und mit den Menschen, die dort arbeiten, davon überzeugt haben, daß es einen Sinn macht weiterzuarbeiten. Mein persönliches Ziel für die Arbeit der AIDS-Hilfen in den nächsten zehn Jahren wären daher Organistionsformen und Formen der Auseinandersetzung, die es uns erlauben, mit weniger Anstrengung und weniger Energieverlust unsere eigene Arbeit zu leisten.

Für mich waren es nie die großen, ausgefeilten Lebensentwürfe für Gruppen oder die Beschreibungen schwuler Lebensstile, die mich beeindruckt haben. Es waren vielmehr einzelne Menschen, die für sich Fähigkeiten entwickelt und Möglichkeiten gefunden haben, ihr eigenes Leben besser und glücklicher zu leben. Die Fähigkeiten und die Strategien, die auch für mich paßten, habe ich übernommen.

Meine langjährige Beschäftigung mit den Möglichkeiten der NLP haben mir geholfen, leichter und schneller meine Ziele zu erreichen und Frieden zu schließen mit der Vergangenheit. Es war niemals das Starre, Feste, das mich beeindruckt hat, es war immer das Kreative und Lebendige. Das ist es auch, was ich gerne weitergeben möchte. Daß das heute so leicht geht, verdanke ich vielen Menschen, die mir auf meinem Weg begegnet sind, diesen gilt auch mein Dank.

Im Bus nach Hamburg – Ein Erlebnisbericht über das Bundespositiventreffen 1992

Thomas Frey

Im Bus nach Hamburg: Ich werde zu spät kommen, das macht mich jetzt schon nervös. Ich versuche einzuschätzen, wann ich im Jugendgästehaus sein kann. Busbahnhof, U-Bahn, Linienbus (oder vielleicht zu Fuß?). Seit der Arbeit habe ich nichts mehr gegessen – wird es noch Abendbrot geben? Das ist 'ne schöne Frage, an die man sich halten kann, sie schiebt praktischerweise alle anderen ungeklärten Fragen, Erwartungen, Spannungen in den Hintergrund: werde ich noch etwas zu essen bekommen?

Der Linienbus ist gerade weg und ich beschließe, zu Fuß zu gehen. Ich gehe schnell, kämpfe mit einer zu schweren Reisetasche. Ich bin nervös, ein mulmiges Gefühl, das kann doch nicht nur wegen des Essens sein. 27 Jahre alt, 11 Jahre schwule Szene, man gewöhnt sich an alles, und jetzt Herzklopfen? Ein Jahr positives Testergebnis, fast täglich positive Patienten; jetzt Angst vor der „Bundespositivenversammlung für Menschen mit Hiv und Aids"?

Unterwegs frage ich eine Frau, ob die Richtung zum Jugendgästehaus stimmt. Ja (sie lächelt), die stimme, sie selbst sei auch Teilnehmerin, und wenn ich mich beeile, gäbe es noch was zu essen. Diese Begegnung nimmt mir fürs erste die Spannung, und ich komme ein wenig gelöster auf der „Horner Rennbahn" an.

Das Eröffnungsplenum ist verpaßt, in Halle und Speisesaal kenne ich erst mal keinen und während ich allein am Tisch meinen Tee trinke, kehrt das mulmige Gefühl zurück, und ich frage mich, warum ich überhaupt hier bin.

Manchmal hört man über die Lautsprecher, daß die „Orga-Mäuschen" zu einem Treffen zusammengerufen werden, und wenn man von der Eingangshalle in den Speisesaal, in die hinteren Räume oder das Café will, trifft man unweigerlich auf das, was es nach außen hin repräsentiert: das Tagungsbüro.

Da sitzen nette Damen und Herren, gut organisiert mit Telefon, Fax und Funkgerät, geben Schlüssel aus und U-Bahnkarten, wissen immer alles, sind manchmal etwas hektisch, aber auf jeden Fall immer da, auf den ersten Blick eine gut funktionierende Rezeption.

Das Tagungsbüro wird aber auch deshalb schnell zum Anlaufpunkt, weil man merkt, daß es eben keine wirtschaftlichen Interessen sind, um derentwillen die Orgamäuschen ihre Arbeit zum Erfolg lassen werden wollen (was ihnen gelingt). Da gibt's dann schon mal einen Keks und 'ne Zigarette, da wird nach dem Befinden gefragt, und wenn zwei Frischverliebte ein wenig Ruhe brauchen, gibt's auch ziemlich unproblematisch den Schlüssel zum Ruheraum (ist ja logisch). Das Tagungsbüro erscheint nicht der Positivenversammlung übergeordnet, sondern als Teil derselben. Und man hat das Gefühl, da sitzen Leute, die wollen das gleiche wie man selbst.

Vorerst wollen die „diensthabenden" Frauen vom Tagungsbüro partout nicht das gleiche wie ich. Ich soll nämlich in einen anderen Schlafraum als geplant. Sie haben auch keinen Button mehr für mich: „Morgen gibt's wieder welche"; sie sind aber so charmant, daß ich ihnen einiges mehr verzeihen würde. Ich bin in einem 6-Bett-Zimmer untergebracht, offensichtlich sind bisher nur 2 Betten belegt, von meinen Mitbewohnern keine Spur. Erstmal hinsetzen, durchatmen. Das Tagungsbüro hat aufgemuntert, es herrschte ein angenehmer Umgangston. Aus dem Programmheft habe ich mir vorher schon die Veranstaltung herausgesucht, in die ich heute Abend will: Berlin '93. Es kommen etwa 15-20 Leute, wir erzählen kurz, wer wir sind, welches Interesse wir an der Veranstaltung haben. Dann gibt es eine Menge Informationen – es dauert einige Zeit, bis wir (zumindest ansatzweise) alle auf demselben Wissensstand sind. Es stellt sich heraus, daß vom völligen Ignoranten bis zur in alle Geheimnisse Eingeweihten alles vorhanden ist.

Informationen werden manchmal vertraulich gehandelt. Man bekommt sie, wenn man nachhakt. Man muß am Ball bleiben. Es gibt Menschen, die beschäftigen sich, aus welchen Gründen auch immer, Tag und Nacht mit HIV und AIDS. Man trifft sie auch immer wieder. Eine holländische Kollegin hat das mir gegenüber mal „AIDS-Mafia" genannt.

Wo bleibt der Rest der HIV-positiven Menschen? Außen vor? Auch diejenigen, die durch AIDS-Hilfen und Beratungsstellen eher verärgert, durch Informationsbroschüren eher gelangweilt und durch Krankenhäuser eher abgeschreckt werden, hatten zumindest die Möglichkeit, neue Informationen zu bekommen. Man kann sicher nicht alle neuen Infos aufnehmen (wenn man denn überhaupt will), aber es gab die Möglichkeit, sich diejenigen zu holen, die einem wichtig erschienen.

Ausstellungen und Projekte haben angeregt, die lockere Atmosphäre trug das ihre dazu bei. Es gab sicher auch Enttäuschungen, vornehmlich dann, wenn Lösungen und Rezepte für spezielle Situationen erwartet wurden. Grundsätzlich hat die Versammlung einen angenehmen Rahmen geschaffen, in dem Informationen von Menschen an Menschen weitergegeben wurden und nicht von der AIDS-Lobby ans Fußvolk – leider ein Angebot, von dem man wieder nur in vorderster Front oder durch Zufall erfuhr.

Ich erfahre einiges über die nächste Internationale Welt-AIDS-Konferenz in Berlin; das meiste ärgert mich, besonders daß bei allem medizinischen „Kram" psychosoziale Belange unter „ferner liefen" bleiben, Pflege scheint überhaupt nicht vorgesehen zu sein, auf jeden Fall nicht in den Hauptsträngen Medizin und Forschung. Was aber besonders hängenbleibt, ist eine Diskussion darüber, wie stark Frauen in den Gremien vertreten sein sollten. Es sind starke Frauen in der Runde, und sie bringen mir da etwas nah, über das ich mir bisher nie sehr viele Gedanken gemacht habe. „Ihr Männer müßt auch unsere Lobby sein!", erscheint mir daraufhin auch ganz logisch. Die Zeit vergeht, wir trennen uns bislang noch unverrichteter Dinge. Morgen geht's ja weiter. Dieser Umstand war leider aus dem Programmheft nicht zu ersehen. Ich habe mir für den nächsten Abend schon etwas anderes vorgenommen und bedaure, daß wir nicht weitergekommen sind.

Der Abend endet ziemlich früh im Bett. Meine Zimmergenossen kenne ich immer noch nicht.

Wie immer komme ich nur schwer aus dem Bett. Das über mir ist schon wieder leer. Gegenüber liegt jemand begraben unter Kissen und Decken – komatös, würde ich mal sagen. Zum Frühstück also allein. Es gibt da offensichtlich noch jemanden, der nicht so richtig weiß, was jetzt passieren soll. Nach einem Kaffee in der Halle haben wir uns zum Mittagessen verabredet.

Ich sitze aufgeregt im Tagungsraum. Aufgeregt deswegen, weil das Thema Angehörige für mich momentan sehr wichtig ist. Und nicht nur für mich. Wir sind um die zwanzig Frauen und Männer. Helga stellt sich vor, ich habe sie einige Male als Besucherin in der Klinik gesehen. Jeder erzählt ein wenig von sich. Ich bin nicht der einzige, der aufgeregt ist. Einige haben ähnliche Schwierigkeiten wie ich. Andere erheblich größere. Wenn man eine verständnislose Mutter, einen intriganten Schwager und ahnungslose Kinder hat, ist das sicher belastender als relativ fitte Eltern, denen man nichts sagt, weil man Angst vor ihren Tränen hat. Irgendwie erleichtert mich das ein bißchen und ich habe noch nicht mal ein schlechtes Gewissen deswegen. Die meisten von uns sind mittlerweile ziemlich aufgewühlt, und es rollen auch ein paar Tränen. Helga macht Lösungsangebote, aber sie macht klar, daß die Lösungen hier auf der „Rennbahn" erstmal nicht gefunden werden. Es geht mir jetzt ziemlich gut, einfach ein paar Menschen, die in derselben Situation sind. Ich bin mit einem ICH in den Raum gekommen und verlasse ihn mit einem WIR.

Das gemeinsame Mittagessen verläuft sehr angenehm und das Date fürs Abendbrot ist schnell gemacht.

Am Nachmittag begegne ich einem alten Bekannten aus meiner Heimatstadt, den ich lange nicht gesehen habe. Ich habe schon vorher im Programm gelesen, daß er eine Arbeitsgruppe leiten wird. Er zeigt sich erstaunt, mich hier zu sehen: „Bist du positiv? Oh nein!"

Oh doch! Manchmal erzählt man es ganz beiläufig. Dann kommt eine Stunde bis zwei Wochen später jemand und fragt mehr oder weniger schüchtern nach. Manchmal wirft man's grob dahin mit dem Mehr-will-ich-darüber-nicht-sagen-Unterton. Dann fragt jemand sofort nach. Manchmal möchte man es lieber nicht erzählen, teils aus Angst vor Ablehnung, teils aus Angst vor dem Gegenteil. Aber es gibt Orte, wo es absolut keiner Unsicherheit, keiner Klärung und vor allen Dingen keiner Rechtfertigung bedarf. Wo ein ganzer Teil von dem, was man schon zigmal erklärt hat, wegfallen darf, und wo die Diskussion da beginnt, wo sie persönlich wichtig ist. Wo man sich gegenseitig von seinen Helferzellen berichten kann und wo man das auch sein lassen kann. Und wo man sich auf das Wesentliche beschränken kann. Es sei denn, man trifft seinen Hiv-negativen alten Bekannten aus der Heimatstadt.

In der Gruppe „Recht" sind wir leider nur zu dritt, incl. Leitung. Das mag damit zusammenhängen, daß im Programm darauf hingewiesen wird, daß der Workshop keine Rechtsberatung sein kann. Wir gestalten das ganze in einem weniger offiziellen Rahmen, und es wird ein sehr angenehmer Nachmittag mit Michael und Jakob im Café.

Um das Tagungscafé zu erreichen, muß man das halbe Haus durchqueren, fühlt sich aber deswegen nicht betrogen. Herr Darboven sorgt dafür, daß man den Kaffee umsonst bekommt und darf dafür ein kleines Werbetäfelchen aufstellen. Nette HamburgerInnen sorgen dafür,

daß weitere Getränke zu niedrigen Preisen an die Frau/den Mann gebracht werden. Besonders Emsige leeren Aschenbecher, räumen Flaschen weg, putzen Tische ab – von 10 Uhr morgens bis 1 Uhr in der Nacht. Man kann hinkommen, wann man will, es ist eigentlich immer voll. Und das ist im Grunde schon Aussage genug über Funktion und Erfolg des Tagungscafés.

Aus den gemeinsamen Mahlzeiten ist ein massiver Flirt geworden. Nach einem anfänglich etwas verhaltenen, dann ziemlich heftigen und langen Kuß werde ich offiziell zum „Kurschatten" erhoben. Ich habe es ja vorher nicht erwähnt, aber etwas in dieser Art gehörte schon zu meinen Erwartungen. Während ich durch die Stadt gehe, überlege ich, ob ich denn nun wirklich gern ein Kurschatten sein möchte. Der Besuch bei meiner Freundin lenkt mich auf jeden Fall erst mal ab.

Abends gibt's einiges an Alkohol und die Hemmschwelle ist niedrig genug, um gewisse Dienste des Tagungsbüros in Anspruch zu nehmen.

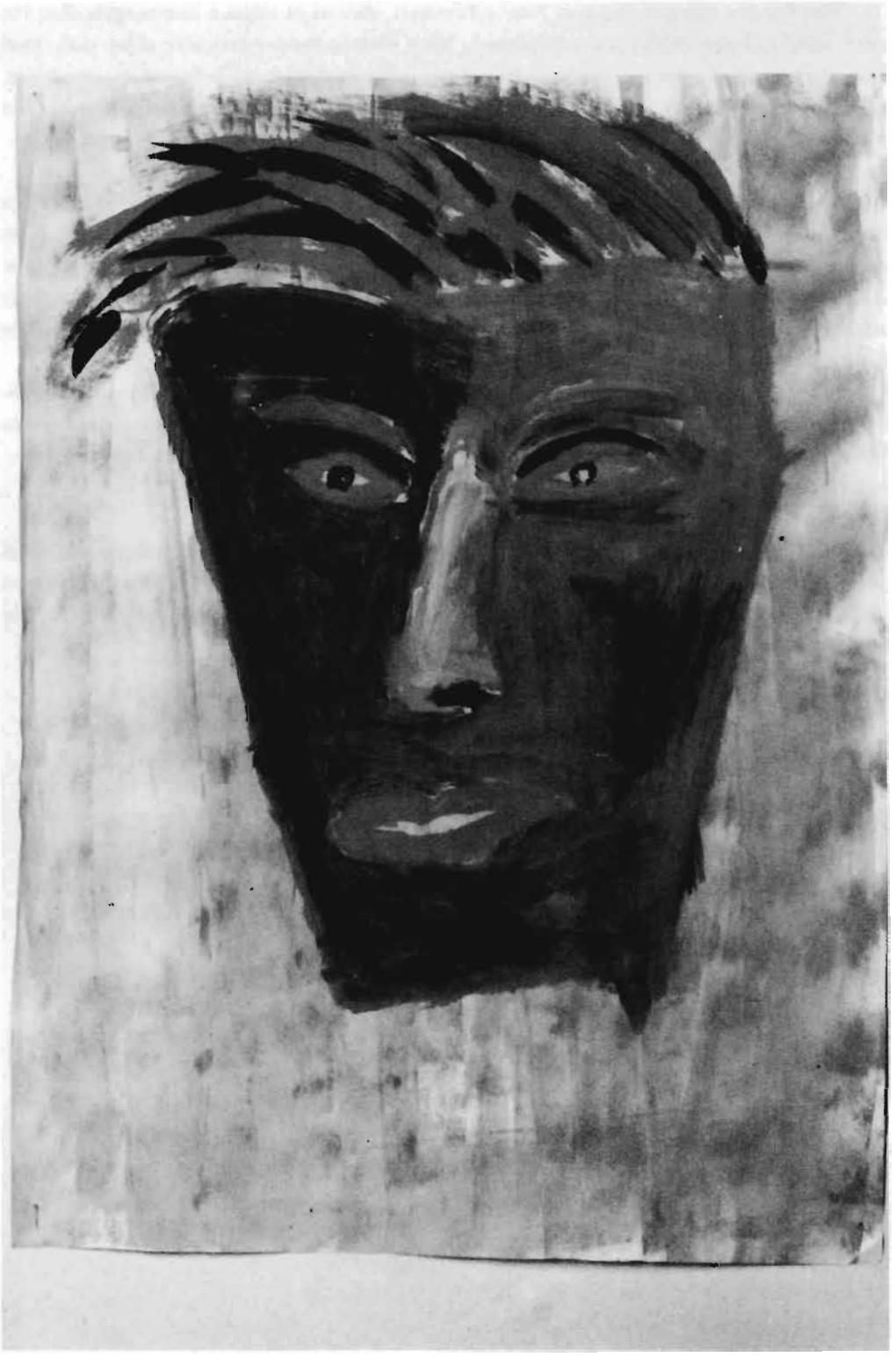
Samstagmorgen. Ich hasse die Hektik. Wir müssen (aus dem Ruheraum schnell raus und) uns sputen, um der Polamidonsubstitution nicht im Wege zu sein. Wir sind verkatert, und das nicht nur wegen des Alkohols. Ein Gefühl von Unsicherheit macht sich breit und nach dem durchschwiegenen Frühstück ziehe ich einen Spaziergang am Hafen jedem anderen Programm vor.

Nachmittags. Der Weg zur Turnhalle ist unterhaltsam, aber mit Hindernissen gespickt. Hans Georg muß den VW-Bus erstmal wieder zur Rennbahn lenken. Nach einem Blick in den Stadtplan wissen wir mehr und kommen mit halbstündiger Verspätung an. Yvette macht Lockerungsübungen, ein bißchen Aerobic, und es macht schon richtig Spaß. Ich versuche, beim Hüpfen die Namen der anderen auswendig zu lernen. Christina baut mit uns eine menschliche Pyramide und ich bin bloß froh, daß der süße Tagungsfotograf dabei ist, damit meine Leiden später dokumentiert sind. Eine Bemerkung läßt mich stutzen: „Macht nur das, was ihr könnt. Überanstrengt euch nicht." Bei der gleichen Übung, bei der meine Trainerin vor 2 Jahren noch geschrien hat: „Los, bewegt euch! Die Kiste hoch!" Ich überlege, ob das die Grenze zwischen (+) und (-) ist. Bin ich zu empfindlich?

Bei Fußball und Basketball geben wir alle unser letztes (mit dem Schongang ist es da nicht mehr so weit her), und ich bin erschöpft, verschwitzt und trotz zweifacher Niederlage bester Laune. Und wieder ein sehr schönes Wir-Gefühl.

Wenn man pünktlich zu einer Bundesversammlung für Menschen mit HIV und Aids kommt, kann man Angebote wie Atemtherapie, Malworkshop, Partnermassage, Entspannung und Meditation wahrnehmen. Wenn man zu spät kommt, sind die Gruppen voll und man kann sich erzählen lassen, daß sie ein Erfolg waren.

Beim Abendbrot wird klar, daß aus dem Flirt eine Krampfkiste geworden ist. Mir fällt es schwer zu sagen, was ich will. Selbst das sehr gute Essen reißt's nicht mehr raus, und das will schon was bedeuten. Ich verbringe also die Nacht mit meiner Freundin im Schmidt-Theater, tanze bis 6 Uhr früh, und die anschließende U-Bahnfahrt nach Horn entschädigt auch nochmal für einiges.



Ein Wecker klingelt. Er kann Tote aufwecken, aber nicht meinen Zimmergenossen mit dem verschobenen Schlaf-Wach-Rhythmus. Mein Krankenschwesternherz rührt sich. Muß man sich ernsthafte Sorgen machen? Die Sorge, kein Frühstück zu bekommen, überwiegt. Schnelldurchlauf in der Dusche. In der Halle erfahre ich, daß der Kurgast abgereist ist. Der Kurschatten bleibt zurück. Ich sage „sei's drum" und denke „Scheiße". Na ja.

Als der Hamburger Gesundheitssenator uns begrüßte, da kam zumindest bei mir nicht das Gefühl auf, da steht jetzt wieder einer, der redet, was wir alle gerne hören wollen, verspricht, was er doch nicht hält und interessiert sich eigentlich nicht. Ich weiß gar nicht genau warum, aber ich fühlte mich ernstgenommen. Und auch die Anwesenheit der Presse, die mir anfangs nicht besonders angenehm war, gab mir letztendlich ein gutes Gefühl: Wir sind wer und wir haben hier auch etwas zu sagen!

Im Abschlußplenum setzte sich das fort: die Bundespositivenversammlung als Sprachrohr der Positiven, Leute, die nicht mit sich machen lassen, was andere wollen, sondern die selber aktiv werden, zusammen, gemeinsam! Wenn ich das so schreibe, kommt es mir ein wenig kitschig vor. Aber da auf der „Rennbahn" war's ein tolles Gefühl!

Die letzte Nacht hab ich bei Katrin verbracht. Jetzt fahre ich mit dem Mietwagen noch mal zum Jugendgästehaus; ich werde für die D.A.H. einige Sachen nach Berlin fahren. Ich fahre in die Einfahrt, und mir wird's richtig schummrig. Die 4 Tage haben viel mit mir gemacht. Die Bewertung verschieb' ich schnell auf später.

Berührung – Ein grundlegendes Bedürfnis des Menschen

Dirk Hetzel

Im Oktober 1992 reiste ich nach San Francisco, um Irene Smith zu besuchen, die uns in Deutschland half, Ehrenamtliche in der Massage auszubilden. Zusammen mit Bettina Becher aus Berlin und dem verstorbenen Referatsleiter des Bereiches „Psychosoziales" der D.A.H., Axel Krause, begann Irene Smith vor dreieinhalb Jahren mit der Planung von Massageworkshops für TrainerInnen. Da Axel erkrankte, wurde ich 1990 mit der Umsetzung betraut. Bettina leitet schon seit 1988 Massageseminare im Auftrag der D.A.H.. Irene und Bettina sind ein wunderbares Team: zwei Frauen, die vermitteln können, daß sie von dem, was sie machen, überzeugt sind.

In diesem Beitrag will ich von den in San Francisco gemachten Erfahrungen mit „Berührung" berichten. Zum einen, weil es in dieser Stadt schon so etwas wie eine Massage-Kultur für Menschen mit HIV und AIDS gibt, zum anderen, weil wir uns Irene Smith, der Gründerin und Initiatorin von „Service Through Touch", verbunden fühlen.

Körperliche Berührung ist Unterstützung für Menschen, die häufig nur mit Gummihandschuhen angefaßt werden, für Menschen, die aufgrund ihrer körperlichen und seelischen Schmerzen, verursacht durch Untersuchungen, Krankheit, Diskriminierung und Ausgrenzung, das positive Verhältnis zu ihrem Körper und ihrer Sexualität verloren haben und kaum noch kontaktfähig sind.

Hierzulande findet die Massage als Betreuungsform jedoch kaum die ihr angemessene Würdigung. Sie wird auch von manchen sog. Professionellen und AIDS-Aktivisten belächelt. Viele meinen, Massage, die nicht von graduierten Physiotherapeuten angeboten wird, sei von geringem therapeutischen Wert. „Solch eine Arbeit machen sowieso nur Leute mit krankhaftem Helfersyndrom", sagen diejenigen, die unter ihrer harten Schale eigene Unsicherheiten und ihr Unvermögen verbergen.

Dieser Beitrag ist ein Plädoyer für „Krabbelseminare" und „Kuschelworkshops". Sie werden von Menschen, die ihr positives Körperimage zurückgewinnen wollen, gebraucht und dankbar angenommen. Sie unterstützen auch diejenigen, die sich für die Arbeit mit Kranken und Sterbenden verpflichtet haben. Denn sie kennen die Momente, in denen Worte kaum noch Bedeutung haben, in denen Berührung mehr Trost, Mut und Zuversicht geben kann. Dieser Beitrag wendet sich letztlich an Menschen, die in Stunden des Schmerzes, der Einsamkeit, Traurigkeit und vielleicht sogar des Sterbens jemanden bei sich wünschen.

Begegnung mit Alan

Heute lernte ich Alan Salby kennen. Alan, geboren in England, lebt seit 14 Jahren in San Francisco. Zehn Jahre lang war er in Sachen „Aids fund raising" tätig, seit sechs Jahren leistet er „Aids care". In dieser Zeit hat er im San Francisco General Hospital Menschen mit Aids unzählige Massagen gegeben. Seine – mit großem Stolz präsentierte – Spezialität sind heiße Fußwickel, die, wie er mir versicherte, fast ausschließlich von ihm angewandt werden. Sobald er eine besondere Verspannung oder Verhärtung der oberen Fußmuskulatur ertastet, geht er aus dem Zimmer und legt ein nasses Handtuch drei Minuten in die Mikrowelle. Nachdem er geprüft hat, ob das Handtuch die richtige Temperatur hat – es darf nicht zu heiß sein –, wickelt er es um die Füße des Patienten und massiert über dem Handtuch.

In den drei Stunden, in denen ich Alan im General Hospital begleiten durfte, lernte ich viel über „Berührung". Als erstes verteilten wir die Bay Area-Zeitung, eine der ältesten Schwulenzeitungen, an interessierte Patienten und fragten jeden, wie es ihm heute gehe, ob er vielleicht Schmerzen habe und eine Massage wünsche. An diesem Donnerstag wollten zwei Patienten eine Massage: Michael und Joseph.

Für Michael auf der Station 5A war es die erste Massage während seines Krankenhausaufenthaltes. Als wir eintraten, konnte wir sehen, wie sehr er sich über unseren Besuch freute. Seit vier Tagen hatte er das Bett nicht mehr verlassen, heute war der erste Tag, an dem er wieder aufstehen sollte. Um ihn darauf vorzubereiten, gab ihm Alan eine Fuß- und Beinmassage zur Belebung der Muskulatur. Seine Fußsohlen waren sehr trocken, deshalb wählte Alan zuerst ein geeignetes Massageöl aus. Da Michaels Füße sehr hart und steif waren, wandte Alan auch gleich seine spezielle Methode an: die heißen Fußwickel. In den fünf Minuten, in denen er die Wickel vorbereitete, war ich mit Michael allein im Zimmer, und er erzählte mir ein wenig aus seinem Leben:

Ursprünglich kam er aus Dallas, Texas. Durch seine Managertätigkeit bedingt, wechselte er häufig die Städte. Er arbeitete jeweils ein paar Jahre im Staate Illinois, in Denver, Los Angeles, Hollywood und San Francisco. Er erzählte mir, wie sehr er San Francisco liebe und was für eine wundervolle Zeit er hier bisher verbracht habe. Wir waren uns einig, daß diese Stadt ganz besonders durch ein Phänomen geprägt wird, das sie vielleicht zu einer der romantischsten Städte der Erde macht: den Nebel. Er schwärmte von Abenden, an denen er den Nebel über die Bucht und die Hügel der Stadt hat ziehen sehen und über die Gefühle, die er dabei hatte. Wie ein Schleier falle der Nebel über die Stadt und verwandele sie in eine Märchenstadt.

Alan kam mit den heißen Wickeln zurück, die er Michael um die Füße schlang. Die Erleichterung und Entkrampfung, die sie bewirkten, waren deutlich in Michaels Gesicht zu sehen. Nach einer Minute nahm Alan die Wickel wieder ab und stellte zufrieden fest: „Much

better!" Micheal nickte stumm und schloß seine Augen, um das, was folgen sollte, zu genießen. Alan holte aus seinem Beutel eine Creme mit Minze-Extrakten, die einen angenehmen Duft im Zimmer verbreiteten, und begann erneut Michaels Füße zu massieren. Nach 30 Minuten verließen wir ihn.

Joseph lag zwei Stockwerke höher auf der geschlossenen psychiatrischen Station 7B. Auf dem Weg dorthin erzählte mir Alan einiges über Josephs „besonderen Charakter", der ihn sympathisch, aber auch schwierig machte. Josephs fortgeschrittene Demenz und seine kriminelle Vergangenheit waren der Grund, weshalb er auf der geschlossenen Station lag, die mehr einem Gefängnis als einer Krankenstation glich. Gab es auf der 5A nur Einbettzimmer mit modernen Betten, verstellbaren Fernsehern und Telefon, so waren die Patienten auf der 7B in Dreibettzimmern untergebracht. Die pritschenähnlichen Betten waren schmutzig und unbequem. Die kleinen Fenster ließen kaum Licht in die Räume. Es gab weder Tische noch Stühle – aus Sicherheitsgründen.

Nichtsdestotrotz empfing uns Joseph sehr herzlich. Es war schwierig, ihn davon zu überzeugen, daß er nicht alles ausziehen müsse. Das hätte er nämlich am liebsten getan, weil er sexuell unausgeglichen war. Joseph stellte sich mir daher auch gleich sehr direkt vor: „Hi, ich bin Jospeh und bisexuell. Ich liebe es, Frauen zu ficken und Männerschwänze zu blasen." Jospeh bekam eine Rücken- und Brustmassage. Daß er sie genoß, konnte man sehen und hören. Er hatte keine Schmerzen. Auch bei ihm blieben wir 30 Minuten.

Begegnung mit Anne

Bei der Begegnung mit Anne fiel mir als erstes ihre Ruhe und Konzentration auf. Gleichzeitig strahlte sie Lebensfreude aus.

Anne kam vor sechs Monaten aus Neuseeland nach San Francisco. Sie lernte Irene vor zwei Jahren bei einem Gastseminar in Aukland kennen. Seitdem engagiert sich die examinierte Krankenschwester als ehrenamtliche Massagetherapeutin. Außerdem arbeitet Anne in der ambulanten Altenbetreuung San Franciscos.

Als wir auf der Station 5A ankamen, studierte Anne im Patientenbuch die von Alan bei seinem letzten Besuch gemachten Aufzeichnungen. Dann fragte sie die diensthabenden PflegerInnen, welche Patienten eine Massage wünschten. An diesem Nachmittag waren es drei. Von der Begegnung mit Harald will ich berichten.

Als wir in Haralds Zimmer gingen, war eine Krankenschwester bei ihm, die uns signalisierte, noch einen Moment vor der Tür zu warten. Als sie nach wenigen Minuten aus dem Zimmer kam, erzählte sie uns, sie habe Harald gerade mitteilen müssen, daß er nicht, wie vorgesehen, am nächsten Tag entlassen werden könne, sondern noch einige Tage im Kran-

kenhaus bleiben müsse. Harald sei deswegen sehr aufgebracht und aggressiv. Sie fragte Anne, ob sie ihm unter diesen Umständen eine Massage geben wolle. Anne überlegte einen Moment und meinte schließlich, Harald müsse selbst hierüber entscheiden.

Als wir in sein Zimmer traten, lag Harald mit dem Rücken zur Tür. Wir vernahmen nur leises Schluchzen. Anne ging langsam auf das Bett zu, ich blieb an der Tür stehen. Als Harald Anne bemerkte, drehte er sich um und sah sie an. Tränen rannen über sein Gesicht. Anne begrüßte ihn und sagte mit ruhiger Stimme: „You feel sad, Harald." Er antwortete nicht gleich. Dann holte er tief Luft: „Ich bin seit vier Wochen in diesem Zimmer eingesperrt und hatte mich so darauf gefreut, morgen entlassen zu werden. Und nun?" Er konnte nicht mehr weiterreden. Wieder liefen ihm die Tränen über die Wangen. Anne sagte zu ihm, sie verstehe seine Traurigkeit. Alles, was sie ihm anbieten könne, seien ein paar Minuten der Entspannung.

Harald war in den letzten Wochen mehrmals von Ehrenamtlichen massiert worden und willigte sofort ein. Er hatte auch nichts dagegen, daß ich im Zimmer blieb. Harald wünschte eine Rückenmassage und legte sich, da ihm die Vorderseite seines Körpers infolge von Behandlungen schmerzte, in Seitenlage. Da er mir den Rücken zuwandte, konnte ich während der Massage sein Gesicht nicht sehen.

Bevor Anne mit der Massage begann, wählte sie für sich einen geeigneten Sitzplatz, um in den nächsten dreißig Minuten nicht häufiger als nötig die Stellung wechseln zu müssen. Dann schloß sie ihre Augen und konzentrierte sich einige Augenblicke, bevor sie langsam beide Hände auf Haralds Rücken legte. Haralds Atmung war noch sehr unruhig, und ich konnte die Anspannung in seiner Rücken- und Schultermuskulatur sehen. Eine Weile bewegte Anne kaum ihre Hände, sondern ließ sie einfach auf seinem Rücken ruhen. Dann begann sie, mit den Handflächen kleine kreisförmige Bewegungen zu machen. Haralds Atmung wurde ruhiger. Anne wanderte mit ihren Händen langsam nach oben zu Haralds Schultern. Hier streichelte sie mit den Daumen langsam über Haralds Haaransatz, während die anderen Finger auf seinem Nacken und Hals ruhten. Sie verweilte so längere Zeit, und Haralds Atmung wurde immer ruhiger.

Während der halbstündigen Massage beobachtete ich abwechselnd Anne und Harald. Manchmal nahm ich beide als Einheit wahr. Anne schloß von Zeit zu Zeit die Augen, während sie Harald berührte. Sie schien nichts anderes mehr wahrzunehmen. Beide bemerkten nicht einmal, daß die Tür vorsichtig aufgemacht wurde und die Krankenschwester ins Zimmer blickte. Als sie Anne und Harald sah, lächelte sie, zwinkerte mir zu und schloß wieder leise die Tür.

Ich spürte, wie mich die Energie ergriff, die von den beiden ausging, und ich immer ruhiger und „leichter" wurde. Ich lehnte an der Wand und nahm die Situation nicht mehr bewußt war. Das, was ich erlebte, kam einer gemeinsamen Meditation nahe.

Als Anne ihre Massage beendet hatte, war Harald eingeschlafen. Sie deckte ihn zu, und wir verließen ruhig das Zimmer. Auch als wir auf dem Flur standen, sprachen wir nicht sofort miteinander.

Bevor wir an diesem Tag das Krankenhaus verließen, gingen wir noch einmal zu Harald. Als wir eintraten, lag er wach im Bett. Er lächelte uns zu, und plötzlich lief ihm eine Träne über die Wange. Ich war mir sicher, daß es keine Träne der Traurigkeit war.

Treffen mit Irene

Irene und ich trafen uns das erste Mal 1990 in Berlin, um gemeinsam die erste Workshopreihe für BetreuerInnen regionaler AIDS-Hilfen vorzubereiten. Mein Englisch war damals noch recht holperig, und meine Erfahrungen in Sachen Massage waren gleich Null. In mehreren Stunden mühevoller Kleinarbeit hatten wir schließlich das Programm für zwei Workshops festgelegt. Diese erste Begegnung war eine Prüfung für uns beide. Nie hätten wir uns träumen lassen, daß wir soviel Zeit und Energie in diese beiden Veranstaltungen investieren müßten.

1991 kam Irene zum zweiten Mal nach Deutschland. Dieses Mal waren die Veranstaltungen wesentlich schneller vorbereitet: Ich hatte inzwischen gelernt, worauf es bei der Massagearbeit ankommt, und Irenes Vorstellungen darüber, wie Seminare für deutsche TeilnehmerInnen zu strukturieren sind, waren präziser.

1992 hatte ich schließlich Gelegenheit, Irene in San Francisco besuchen. Sie empfing mich sehr herzlich und freute sich, mir ihre Arbeitsstätte zeigen zu können. In einem Zimmer ihrer geräumigen Wohnung standen lediglich ein Schreibtisch, ein Aktenschrank, ein paar Stühle, und an der Wand lehnte zusammengeklappt ein Massagetisch. Hier führt Irene seit zehn Jahren Ausbildungsprogramme durch. Häufig, so erzählte sie, waren mehr Menschen bei ihr gewesen, als Sitzplätze vorhanden waren. An einer Wand hingen viele Zeitungsartikel und Zertifikate, aber auch Auszeichnungen. Auf eine machte sie mich besonders aufmerk-

sam: nicht etwa auf die des Bürgermeisters von San Francisco, sondern eine kleine, von 10 verschiedenen AIDS-Projekten San Franciscos gefertigte Urkunde. Diese war Irene für ihre Verdienste um die Community verliehen worden. Daneben hingen viele Fotos von Veranstaltungen, die sie in den letzten Jahren als Trainerin leitete.

Sie hatte für uns gekocht. Während wir zusammen aßen, unterhielten wir uns. Wir sprachen über Axels Tod, die Arbeit in der D.A.H. und die KollegInnen, die sie kannte. Sie erzählte von ihren Plänen, sich aus der Arbeit zurückzuziehen, die sie über ein Jahrzehnt geleistet hatte. Über das Buch, an dem sie schrieb und das sie bald veröffentlichen wollte.

Nach dem Essen gingen wir ins Wohnzimmer. Wir hatten vereinbart, an diesem Abend ein Interview aufzunehmen. Eigentlich wollte ich Irene zu ihrer Lebensgeschichte befragen, um dann auf ihre heutige Arbeit einzugehen. Sie meinte jedoch, daß sie nicht mehr bereit sei, über ihr Leben als Drogengebraucherin und Hure zu sprechen. „Verstehst du, das liegt nun alles schon eine Ewigkeit zurück. So viele haben darüber geschrieben und mich als ‚Maria Magdalena' der Neuzeit bezeichnet, die von ihrem sündhaften Leben zu einer Art Heiligen geworden ist. Das möchte ich heute nicht mehr. Die Zeit damals war schlimm und hätte mich beinahe das Leben gekostet, wenn mir nicht meine Familie und andere Menschen beigestanden hätten. Ich bin heute 50 Jahre alt und danke Gott, daß ich noch lebe. Das ist alles, was ich heute dazu zu sagen habe." Ich sah, wie Ernst es ihr war und respektierte ihre Haltung.

Im folgenden Interview erzählt Irene von ihrer Arbeit – wie alles anfing, wie sie Menschen fand, die ihr dabei halfen, „Service Through Touch" aufzubauen.

Irene, wie sahen deine ersten Pläne für diese Organisation aus?

Ich glaube nicht, daß ich jemals eine Organisation geplant habe. Ich hatte Glück, für die Arbeit mit Menschen mit HIV Anfang 1982 den Weg bereiten zu können. Sie wurde von den Menschen mit HIV wie auch dem medizinischen Personal von Hospizen und Krankenhäusern begeistert begrüßt. 1984 bestand in dieser Community für mein Angebot ein besonders großer Bedarf, dem ich allein aber nicht gewachsen war. Deshalb fragten mich das Hospiz und einige Krankenhäuser, ob ich nicht andere Leute schulen könnte, was ich schließlich tat. Ich initiierte offene Community-Workshops. 1984 gründete ich Trainingsgruppen für im Hospiz tätige Massagetherapeuten. Als die erste AIDS-Station im San Francisco General Hospital eingerichtet wurde, fing ich dort auf der Station 5A zu arbeiten an.

Schon bald wurde ich gebeten, Leute für das Krankenhaus zu schulen. 1985 erschien dann ein Zeitungsartikel über meine Arbeit. Dieser Artikel stellte klar, daß es völlig unbedenklich ist, Menschen mit AIDS zu berühren. Er war ein so großer Erfolg, daß er bundesweit verbreitet wurde. Ende 1985 gingen mir aus den ganzen Vereinigten Staaten Bitten zu, schriftliche Informationen zu schicken oder selbst zu kommen, um Schulungen durchzuführen. So fing ich an, Informationen über die Techniken und unterschiedlichen Formen der Berührung zu verbreiten. Ich schrieb einfach nieder, was ich tat, und begann, in den USA herumzureisen und Workshops durchzuführen.

1986 war auch in San Francisco der Bedarf so groß geworden, daß ich beschloß, ein von mir koordiniertes Team zu schulen. Ich nannte es „Service Through Touch Massage Vol-

unteers". Diesem Team gehörten damals sieben Leute an, und wir arbeiteten in drei Krankenhäusern. 1989 waren in San Francisco 25 bis 30 Massage-Ehrenamtliche in 19 Gesundheitseinrichtungen, 13 Krankenhäusern, in Wohnungen und Hospizen tätig. Der Informations- und Servicebedarf nahm ständig zu. Deshalb wandelte ich die Organisation 1989 in eine gemeinnützige um, um mehr Unterstützung von der Community zu bekommen.

Ich glaube nicht, daß ich mich bewußt zum Aufbau einer Organisation entschlossen hatte. Die Organisation entwickelte sich einfach aus der Notwendigkeit. Berührung ist eines der größten Bedürfnisse von Menschen mit HIV.

Kannst du mir etwas über die Ehrenamtlichen erzählen? Welche Leute meldeten sich für die Massagetrainings?

Die Ehrenamtlichen repräsentierten einen breiten Querschnitt. In den frühen 80ern waren die meisten von ihnen schwule Männer aus der Community, die sich gegenseitig unterstützen wollten. Ende der 80er Jahre stellten die Homosexuellen immer noch eine große Gruppe dar, es kamen aber auch viele Professionelle aus der heterosexuellen Bevölkerung hinzu. Bei uns arbeiteten Mütter, deren Söhne oder Töchter erkrankt waren, Leute von der Kirche, z.B. Nonnen, Leute, die sich im sozialen Bereich engagierten. Heute haben wir in dieser Community weniger Homosexuelle und mehr heterosexuelle Frauen, die ehrenamtlich Massage anbieten.

Anfangs waren nur sehr wenige Leute in der Massage geschult. Bei den Ehrenamtlichen handelte es sich in erster Linie um Freunde, die Freunde unterstützen. Ab den späten 80ern bis heute waren die meisten, die Ehrenamtliche werden wollten, professionelle Massagetherapeuten. Aber auch jetzt noch bekommen wir viele Krankenschwestern und Masseure, Nonnen und Geistliche, die die Berührung in ihre Arbeit integrieren wollen.

Hat sich deiner Meinung nach die Arbeit verändert, als die schwulen Ehrenamtlichen weniger wurden?

In San Francisco hat die schwule Community Außergewöhnliches geleistet. Zehn Jahre lang haben sich die Schwulen als eine Familie gegenseitig unterstützt. Ich habe das Gefühl, diese Community hat ihre Energie und ihr Geld aufgezehrt. Ein Großteil der Leute hat viele Freunde verloren. Zehn Jahre lang haben sie ihre Zeit und ihr Geld gegeben. Ich bin froh darüber, daß sich vor einigen Jahren die heterosexuelle Bevölkerung geöffnet und viel geholfen hat. Ich glaube nämlich, daß diese Community eine Ruhepause braucht. Aber du hast recht, es hat sich etwas geändert, wir sehen das in unseren Schulungen.

Wie ist das Verhältnis zwischen den Ehrenamtlichen und den Hospizen und Krankenhäusern hier in San Francisco? Wie arbeiten sie zusammen? Gibt es Probleme?

Wir hatten ein Netzwerk von Massage-Ehrenamtlichen, das 19 Hilfseinrichtungen in der Region der San Francisco-Bucht umfaßte. Von 1982, als ich mit der Arbeit begann, bis heute, gab es kein einziges Problem. Das Verhältnis zwischen den Ehrenamtlichen und ihren Koordinatoren in den Gesundheitseinrichtungen gründete immer auf gegenseitigem Respekt und

Verständnis. Jede Einrichtung hatte ihr eigenes System. Die Massage-Ehrenamtlichen von „Service Through Touch" haben ihren Job nicht so verstanden, als seien sie Patientenfürsprecher, Geistliche, Krankenschwestern, Ärzte oder Alternativtherapeuten. Ihr Job war es, Menschen mit Hiv allein durch Berührung liebevoll zu unterstützen. Ich glaube, das war der Grund, weshalb das Verhältnis zwischen den Ehrenamtlichen und dem Personal der Gesundheitseinrichtungen so ausgezeichnet war.

Ich glaube, es ist sehr wichtig, daß die Massage-Ehrenamtlichen ihre Rolle kennen. Sie wurden für die Teamarbeit geschult. Wir boten verbindliche Unterstützungsgruppen an, an denen Ehrenamtliche einmal im Monat teilnehmen mußten. Sie sollten hier möglichst viel von dem Kummer und dem Ärger, die sich bei dieser besonderen Arbeit anstauen, abladen, um nichts in die Einrichtungen hineinzutragen.

In unseren Schulungen schrieben wir die einzelnen Schritte nieder. Wenn jemand wirklich Ehrenamtlicher werden wollte, wußte er so über sich und über seine Absichten, weshalb er diese Arbeit tun wollte, Bescheid. Die Ehrenamtlichen hatten deshalb eine gute Vorstellung davon, wie sie sich in ein sehr wichtiges System der Gesundheitsfürsorge einfügen. Ich glaube, sie wußten viel über die Dinge, mit denen Menschen mit Hiv konfrontiert werden. Und sie kannten ihre Rolle.

Viele Ehrenamtliche blieben drei, vier oder fünf Jahre dabei und waren sehr engagiert. In den Krankenhäusern war es nichts Ungewöhnliches, wenn die Krankenschwester einen Massage-Ehrenamtlichen bat, mit Herrn Soundso intensiv zu arbeiten, weil er starke Schmerzen habe. Kamen Ärzte und Krankenschwestern ins Zimmer, wenn gerade jemand massiert wurde, dann – und das kommt auch heute noch vor – sagten sie: „Entschuldigen Sie, wir kommen später wieder."

Aufgrund der Art, wie die Massagearbeit in die Community eingeführt wurde – also nicht in Konkurrenz zu, sondern in Teamwork mit den in der Gesundheitsversorgung Tätigen -, hat die Medizinerschaft die Bedeutung der Berührung wirklich anerkannt, und sie steht ihr sehr offen gegenüber.

Du hast von den Schulungen berichtet. Könntest du noch etwas zum Aufbau der Schulungen für Ehrenamtliche und Professionelle sagen?

Als erstes klären wir die Leute über die Hiv-Infektion auf. Viele verschiedene Organisationen bieten dieses Thema an, aber keine strukturiert es für Leute, die Massage machen wollen. Da ist nämlich einiges anders. Wir sprechen über die Hiv-Infektion, über spezielle Themen, wie z.B. Demenz. Und dann sprechen wir über Heilung. Ich glaube, einer der Hauptgründe, weshalb Massageleute wie auch Professionelle im Gesundheitswesen ausbrennen, ist, daß sie die Wörter „Heilung" und „Behandlung" durcheinanderbringen. Wer diese Arbeit tun will, muß sich das Wort „Heilung" genau anschauen, muß sehen, wie er zu ihm paßt, was er in bezug auf dieses Wort beabsichtigt und wie es ihn in dieser Arbeit betrifft. Wir benutzen einige didaktische Informationen zum „Emotionalen Wachsen", ein Begriff von Elizabeth Kübler-Ross, sprechen über unsere eigene Heilung im Rahmen dieser Arbeit und wie diese Arbeit für uns ein Katalysator ist, um eine Menge der in uns angestauten, unverarbeiteten Gefühle auszudrücken.

Wir versuchen den Leuten zu vermitteln, daß es okay ist, Emotionen auszudrücken. Und wir geben ihnen für die Bewältigung der großen emotionalen Belastung dieser Arbeit Hilfswerkzeuge an die Hand. Diese Werkzeuge sind überaus wichtig.

Wir bringen den Leuten bei, wie man in einem Krankenhaus arbeitet. Dort gibt es physikalische, praktische, hochtechnische Geräte, die man kennen muß. Zusätzlich gibt es die emotionale Belastung der Patienten. All das verursacht häufig ein starkes Burn-out beim Personal. Wer im Krankenhaus arbeitet, muß außerdem wissen: Wie gibt man Massagen inmitten von Schläuchen, Injektionsständern, im Bett?

Bei der Berührung in dieser besonderen Umgebung gibt es praktische Aspekte. Wir lehren die Leute, mit Teilen des Körpers zu arbeiten, statt mit dem ganzen Körper. Wir bringen ihnen Hand-, Fuß- oder einfache Kopfmassage bei. Diese Massageformen sind geeignet in einer Umgebung mit wenig Privatsphäre, wenn jemand operiert wurde oder wenn man nur ein paar Minuten Zeit hat.

Von hier aus gehen wir dazu über, den Leuten zu zeigen, wie man zu Hause Massagen gibt. Sie lernen, wie man sich in häuslicher Umgebung verhält und wie man auch für die Familie zur Verfügung steht, indem man über die Massage spricht und verschiedene Angehörige zum Mitmachen ermuntert. Für diese Arbeit in privater Umgebung lehren wir die Körpermassage, eine sehr sanfte Massage. Wir vermitteln eine sehr einfache Form der Massage, die für Menschen mit Hiv in allen Stadien der Krankheit geeignet ist.

Nachdem die Leute in den Schulungen mit dem ganzen Körper gearbeitet haben, verwenden wir viel Zeit darauf, über Sexualität zu sprechen, die einen Hauptaspekt in der Arbeit darstellt. Als Erwachsene erleben wir Berührung beim Sex, bei der Liebe, in der Beziehung. Wenn man jemanden berührt, kommt das Gefühl auf, daß man etwas mit einer anderen Person tut, und oft wird das als etwas Sexuelles mißverstanden. Deshalb ist es wichtig, daß wir uns mit diesem Gefühl auseinandersetzen, daß wir über die verschiedenen Weisen sprechen, wie Sexualität in diese Arbeit hineinspielt.

Ein weiterer wichtiger Punkt der Ausbildung ist das Reflektieren der emotionalen Komponenten bei der Arbeit mit Sterbenden, mit bettlägerigen Menschen in fortgeschrittenen Stadien der Hiv-Infektion. In dieser Phase geht es auch um die Bewußtmachung unseres eigenen Todes. Wir setzen uns mit den Gefühlen auseinander, die das eigene Sterben betreffen.

Dann gehen wir zum praktischen Teil der Arbeit mit Bettlägerigen und Sterbenden über. Wir vermitteln, wie man Kranke bettet und wie man mit Menschen in Seitenlage arbeitet. Und wir zeigen auch, wie in Seitenlage mit der Vorderseite des Körpers gearbeitet wird. Diese Massage kann abgeändert werden bis zum einfachen Auflegen der Hände. Wir beenden den Lehrteil des Workshops mit einigen sehr leichten Techniken der Akupressur, dem einfachen Händeauflegen oder dem Händehalten.

Wenn du mich also nach dem Ziel des Workshops fragst, dann müßte ich sagen: Das Ziel ist, den Leuten in einigen Tagen Techniken der Berührung zu vermitteln, die sie anwenden können. Und in diesen wenigen Tagen lassen wir eine Auseinandersetzung zu bis zu dem Punkt, an dem die Leute sagen können: „Ja, das ist eine Arbeit für mich" oder „Nein, ich glaube, das kann ich nicht." Denn wenn jemand stirbt, dann sollen sie fähig sein, beim Sterbenden zu sitzen und seine Hand halten. Das ist das Ziel.

Wie baut man eine Massage-Organisation auf?

Es gibt viele verschiedene Wege, diesen Service anzubieten. Der Ansatz von „Service Through Touch" war, in Krankenhäusern zu arbeiten. Wir hatten ein Krankenhaus-Massageteam. Aus Gründen der Verbindlichkeit war es mir lieber, wenn die Ehrenamtlichen im Krankenhaus arbeiteten. Die Kontinuität der Massagearbeit war hier mehr abgesichert, weil sich die Ehrenamtlichen bei Beginn und nach Beendigung ihres Besuchs in eine Liste eintragen mußten.

Viele Massage-Organisationen sind Projekte, wie z.B. das Minneapolis Massage Project mit ca. 150 Ehrenamtlichen. Dieses sehr große Projekt arbeitet so ähnlich wie Shanti. Dort werden die Ehrenamtlichen einfach einer Person mit Hiv zugeteilt, die sie zu Hause besuchen. Sie bilden also kein Krankenhaus-Team. Das Intouch Project in Seattle ist ebenfalls ein Massageprojekt, das über einige hundert Ehrenamtliche verfügt, die die Leute zu Hause besuchen, also auch ähnlich wie Shanti. Beides sind gemeinnützige Organisationen. Außerdem gibt es landesweit ehrenamtliche Massageprojekte, die als Ambulanzen mit drei oder vier Räumen einer Massageklinik angegliedert sind. Leute mit Hiv kommen einfach von der Straße herein oder rufen an. In der Anmeldung nimmt dann jemand die wichtigsten Daten auf gibt einige Informationen. Außerdem werden die Leute untersucht. Dann werden sie mit der Massage-Ambulanz vertraut gemacht.

Die Shanti Projects in San Francisco, Oregon und Los Angeles haben ebenfalls Massage-Komponenten. Die Shanti Projects in Oregon und Los Angeles führen für ihre Ehrenamtlichen Massagetrainings durch. Sie verwenden hierfür die Service Through Touch-Richtlinien. Das Shanti Project in San Francisco führt eine Liste, auf der Personen stehen, die Massage anbieten. Menschen mit Aids können dort anrufen und fragen: „Hi, ich bin zu Hause. Kann mir jemand eine Massage geben?" Die Leute auf dieser Liste werden nicht als Shanti -Ehrenamtliche gesehen. Sie bieten lediglich für sehr geringe Gebühren oder unentgeltlich Massage an.

Das Projekt gründet auf drei Komponenten: Verpflegung von Menschen mit Hiv, Gruppen für Menschen mit Hiv und Massage. Die Organisation verfügt über Massageräume und über Ehrenamtliche, die täglich eingeteilt sind. Die Leute kommen zum Essen und bekommen eine Massage oder nehmen an einer angeleiteten Gesprächsgruppe teil.

Die Massagetätigkeit kann also auf verschiedene Weise angeboten werden. Als erstes muß man jedoch herausfinden, welcher Gruppe innerhalb der Hiv-Community man Massage anbieten möchte, wie z.B. einige Massage-Projekte, die nur mit Hiv-Positiven arbeiten. Ihre Massage-Ehrenamtlichen müssen nicht so umfassend für die Arbeit mit Menschen in fortgeschrittenen Krankheitsstadien geschult werden. Sie gehen mit relativ gesunden Leuten um. Dann gibt es wieder Projekte, die nur mit Sterbenden arbeiten. Sie machen ausschließlich Hospiz-Arbeit.

Es gilt also als erstes herauszufinden, in welchem Stadium des Hiv-Kontinuums man arbeiten möchte, und als zweites, welche Arbeitsweise für einen selbst die geeignetste ist. Dann stellt man sich eine sehr kleine Gruppe zusammen mit nur zwei oder drei engagierten, gut geschulten Leuten, die man für zuverlässig hält. Man leistet ungefähr ein Jahr Pionierarbeit, um herauszufinden, welche Fragen und Probleme es in dieser Community gibt. Dann bildet man diese Ausgangsgruppe zu Lehrern aus. Schließlich wird das Projekt langsam

größer. Das ist alles. Man muß klein anfangen und der Arbeit langsam und sorgfältig den Weg bahnen.

Was ist das besondere an der Massage?

Darüber könnte ich dir stundenlang erzählen. Schauen wir, was Nola Ormant vom San Francisco General Hospital bei einer Umfrage, die wir gemacht haben, dazu sagt. Sie gehört zum Pflegepersonal der Station 5A: „Massage ist für einige Patienten eine sanfte Methode, um nachts Ruhe zu finden; sie ist eine Methode zur Entspannung für Menschen, die nicht bereit sind, über ihre Gefühle zu sprechen oder andere Entspannungstechniken anzuwenden." Die Frage „Wie können wir unser Programm verbessern?" beantwortet Nola so: „Mit mehr Massage-Ehrenamtlichen, die an mehreren Tagen arbeiten."

Janey Monan, Koordinatorin der Ehrenamtlichen am Kinderkrankenhaus, sagt: „Massage entspannt unsere Patienten bei Streß. Sie läßt unsere Patienten die Berührung als etwas Positives empfinden, wenn sie alle anderen Berührungen im medizinischen Bereich als ein 'Herumgeschoben- und Gestochen-Werden' erfahren."

Deborah Cassado vom Kaiser Hospital in San Francisco sagt einfach: „Die Massage-Ehrenamtlichen bieten einen Service von unschätzbarem Wert. Die Massage und die Massage-Ehrenamtlichen sind ein von den Patienten wie vom Personal hochgeschätztes Geschenk. Die sanfte fürsorgliche menschliche Berührung des Ehrenamtlichen ist durch nichts zu ersetzen."

Helga Cohen, Koordinatorin der Tagespflege von der Peter Kleber Community, ein Wohnheim für Hiv-infizierte oder obdachlose Menschen vor allem aus der Gruppe der Drogengebraucher, sagt: „Die Massage hilft den Menschen, ihren Körper wahrzunehmen, hilft ihnen, eine Beziehung zu ihrem Körper, ein gesundes Körperimage zu entwickeln. Den Menschen zu helfen, ein positiveres Körperimage zu entwickeln, kann dazu beitragen, eine Fülle von Gefühlen, die bei dieser Krankheit Schmerzen verursachen, abzuschwächen." Auf unsere Frage nach den Möglichkeiten zur Verbesserung des Programms antwortete sie, sie würde sich wünschen, daß wir ihr Leute schicken, um kleinere Massage-Workshops für die Heimbewohner durchzuführen, damit sie sich gegenseitig mit Hilfe der Fuß- oder Kopfmassage unterstützen können.

Man könnte endlos Vorteile aufzählen. Aber eine Geschichte kommt mir immer wieder in den Sinn. Ich besuchte meine Freundin Susan in der psychiatrischen Abteilung eines Krankenhauses. Ich ging in den Besucherraum und setzte mich auf das Sofa. Ich nahm einfach Susans Füße, legte sie in meinen Schoß und rieb sie. Sie schloß dabei ihre Augen und schien einzuschlafen. Einige Minuten später kam jemand, um sie zur ihrer Gesprächsgruppe abzuholen. Als ich sie wecken wollte, sah ich, daß Tränen über ihr Gesicht rannen. Ich sagte ihr, daß es Zeit ist, zur Gruppe zu gehen. Sie öffnete ihre Augen und sagte: „Ich danke dir. Das ist das erste Mal seit langer Zeit, daß ich mich geliebt habe." Und wir umarmten uns.

Diese Geschichte spiegelt das Ziel unserer Arbeit wider. Wir wünschen uns, daß Menschen mit Hiv sich wieder selbst lieben. Sie brauchen eine positive Einstellung zu sich selbst und zu ihrem Körper. Das heilt sie zwar nicht, macht aber das Leben lebenswert. Menschen mit Hiv brauchen ein Gefühl der Sicherheit. Und sie brauchen das Gefühl, daß man sich um sie kümmert. Das ist der Grund, weshalb ich vor über zehn Jahren mit dieser Arbeit begann.

Ein Stück Berührung

Die Form der Massage, wie ich sie bei Irene und Bettina kennengelernt habe, ist Berührung als zwischenmenschliches Erlebnis, ein Erlebnis, das sich nicht nur auf den Körper beschränkt, sondern ebenso geistige und seelische Dimensionen umfaßt. Diese Berührung unterscheidet sich von den alltäglichen Körperkontakten durch bewußtes Handeln, wobei immer der „Hintergrund", vor dem die Berührung stattfindet, berücksichtigt werden soll. Es handelt sich somit um eine prozeßorientierte Begegnung.

Moshe Feldenkrais, der Vater der nach ihm benannten Methode, hat gesagt: „Bewegung ist Leben. Ohne Bewegung ist Leben undenkbar." Bewegung bedeutet für ihn mehr als der rein physische Akt. Bewegung bedeutet Fluß. Im Fluß sein, heißt in Bewegung sein. „Laß es fließen!" ist eine der häufigsten Aufforderungen in prozeßorientierten Kursen. Das kann bedeuten, daß ich das, was mich gerade bewegt oder was ich gerade spüre, nicht abbrechen, sondern ihm meine ganze Aufmerksamkeit widmen soll. Es kann auch bedeuten, daß ich mich freimachen soll von meinen „Fesseln", die mich gerade blockieren. Ich soll versuchen, nicht zu steuern und zu kontrollieren, sondern loszulassen und wahrzunehmen, in welch einem Prozeß ich mich momentan befinde.

Diese von der jeweiligen Situation abhängigen Prozesse beinhalten immer auch Vergangenes. In solch einem Augenblick bewußter Wahrnehmung verbindet sich das Vergangene mit dem Gegenwärtigen. In ihm werden vielleicht schon vergessene Erlebnisse mitgeteilt, die mit der aktuellen Situation zu tun haben. Es ist, als ob eine Geschichte in dem Moment, in dem sie wieder in Fluß kommt, weitererzählt würde.

Darum geht es auch bei der Berührung. Sie hängt nicht nur von der Art der von mir gewählten Methode ab, also nicht allein davon, ob ich jemanden streichle oder welche seiner Körperstellen ich knete. Sie schließt ebenso die beiden Menschen ein, die miteinander in Kontakt treten: alles, was an Vergangenem im Moment der Berührung wieder lebendig wird. Das Besondere bei dieser Begegnung ist, daß gemeinsam versucht wird, zwei jeweils individuelle Prozesse in einen Fluß zu bringen. Das erfordert, daß jeder das, was der andere empfindet, berücksichtigt – aber nicht allein auf kognitiver Ebene. Hier ist vor allem das Wahrnehmungsvermögen gefragt: Wie kommuniziert der andere mit mir? Liegt er ruhig? Wie ist seine Atmung? Reagiert er auf meine Berührung? Lächelt er? Gibt er Laute von sich?

Kommunikation in der Berührung heißt Wahrnehmung dessen, was der andere mir mitteilt. Diese Wahrnehmungen können propriozeptiver (aus Muskeln, Sehnen oder Gelenken vermittelt), kinästethetischer (auf die Muskelempfindung bezogen), auditiver oder visueller Art sein. Sie spiegeln den Prozeß wider, in dem sich der andere befindet. Um in einem Fluß bleiben zu können, muß ich darauf achten, daß ich den Prozeß, in dem der andere sich befindet, nicht durch mein Handeln störe. Vielmehr muß ich versuchen, ihn zu unterstützen: Ich begebe mich in seinen Fluß, der dann meiner ist. Als Beispiel sei hier die Atmung genannt: Atmet der andere mit ruhigen, tiefen Zügen ein und aus, versuche ich, das gleiche zu tun. Beginnt die Atmung schneller zu werden, so fange auch ich an, schneller zu atmen.

Diese Form der prozeßhaften Berührung erleben wir – meist, ohne es bewußt wahrzunehmen – auch im Alltag: sei es beim Wiegen eines Kindes, beim Sex mit dem Partner, bei

der tröstenden Umarmung eines Weinenden. Oder wenn wir jemanden auf eine Mauer heben: Man zählt bis drei, und mit einem Ruck („in einem Fluß") ist er oben.

Bei der sanften Körpermassage als Angebot für Menschen mit AIDS, ist die prozeßorientierte Begegnung etwas modifiziert: Hier begegnen sich in der Regel zwei Menschen, die noch nicht miteinander vertraut sind. Eine „echte" prozeßorientierte Berührung kann sich erst im Laufe mehrerer Begegnungen entwickeln. Meist erreicht sie aber nicht die gleiche Intensität wie bei Menschen, die sich schon seit langem kennen oder in einer Partnerbeziehung leben. Massage als Angebot hat zudem professionellen Charakter. Professionalität stellt jedoch keine Barriere dar, hinter der sich jemand verstecken will, nur besitzt das Nähe/Distanz-Verhältnis zwischen Gebendem und Empfangendem eine andere Qualität. Das bedeutet nicht, daß Berührung als Angebot von geringerem Wert ist. Es sollen lediglich unterschiedliche Ebenen der Berührung aufgezeigt werden.

Da sich Menschen, die sich bereits längere Zeit kennen, häufig unbewußt prozeßorientiert begegnen, liegt die Bedeutung der Körpermassage für Menschen mit AIDS in der bewußten Anwendung dieser Berührungsform. Dies schließt unbewußte Abläufe nicht aus, jedoch gilt es, den Grad der bewußten Handlungen zu erhöhen, um die Prozesse in ihrer Wirkung besser erkennen zu können. Und so etwas muß trainiert werden. Es geht um das Schulen der Wahrnehmungsfähigkeit für eine Begegnung, in der ich mir selbst begegne.

Körpermassage heißt, daß einer gibt und der andere empfängt, was jedoch nicht mit „aktiv/passiv" gleichzusetzen ist. Denn der Gebende empfängt in gleichem Maße, wie der Empfangende gibt. Irene Smith formuliert es so: „Die ‚Heilung' in der Massage ist gegenseitig." Heilung bedeutet hier nicht Genesung, sondern ist im Sinne von Zufriedenheit oder Glücksempfinden zu verstehen. Um Heilung gegenseitig erleben zu können, bedarf es dieser Grundeinstellung: Der Mensch, dem ich als Anbietender begegne, ist – obgleich AIDS-krank – nicht schwach und hilflos. In der Körpermassage begegne ich nicht jemandem, der sich lediglich passiv hingibt und mit sich geschehen läßt, sondern einem gleichberechtigten Partner. Beim Empfangenden ist die personale Emanzipation (Helmut Schmitz) ebenso Voraussetzung wie beim Anbietenden. Denn in dieser Begegnung sind beide stark und schwach, können sich beide gegenseitig helfen und unterstützen.

Literatur

COHN, Ruth C.; Farau, Alfred: Gelebte Geschichte der Psychotherapie. Zwei Perspektiven. Klett-Cotta Verlag, Stuttgart 1991

FELDENKRAIS, Moshe: Die Feldenkraismethode in Aktion. Junfermann Verlag, Paderborn 1990

JACOBSON, Edmund: Entspannung als Therapie – Progressive Relaxation in Theorie und Praxis. Aus der Reihe Leben lernen, Band 69, Pfeiffer Verlag, München 1990

MINDEL, Arnold: Schlüssel zum Erwachen – Sterbeerlebnisse und Beistand im Koma. Walter-Verlag, Olten und Freiburg im Breisgau 1989

DERS.: Traumkörper Meditation – Arbeit an sich selbst. Walter-Verlag, Olten und Freiburg im Breisgau 1992

PAUL, Gerd; Walz, Loretta: Eine Stadt lebt mit AIDS – Hilfe und Selbsthilfe in San Francisco. Hrsg. von der Deutschen AIDS-Hilfe e.V., Nishen Verlag, Berlin 1986

SAN FRANCISCO STATE UNIVERSITY: Helpers in the War on AIDS – A Community Responds to an Epidemic. San Francisco State University, Journalism Department, San Francisco 1988

SCHMITZ, Hermann: Leib und Gefühl – Materialien zu einer philosophischen Therapeutik. Hrsg. von Hermann Gausebeck, Gerhard Risch und Hilarion Petzold aus der Reihe Innovative Psychotherapie und Humanwissenschaften, Band 48, Junfermann Verlag, Paderborn 1989

SMITH, Irene: Leitfaden für die Massage von Menschen mit AIDS. Übersetzt von Bettina Becher, hrsg. von der Deutschen AIDS-Hilfe e.V., Berlin 1990

Theater, Tanz und Körpertraining – kreative Arbeitsformen zur Selbsterfahrung in der Arbeit mit Schwulen und Positiven

Henry Meinhard

Dieser Artikel ist ein Versuch, meine mit Schwulen, Hiv-Infizierten und Aids-Kranken gemachten Erfahrungen in Kreativ-Workshops darzustellen. Grundlage sind eine Vielzahl von Veranstaltungen und Seminaren in den Bereichen Tanz, Theater, Performance, Bodypainting, Körpertherapie und Selbsterfahrung, die ich von 1984, als ich mit der Schwulenarbeit begann, bis heute durchgeführt habe. Meine Tätigkeit steht im Kontext meiner persönlichen Entwicklung, meiner Erfahrungen mit den Arbeitsformen Theater und Tanz, meiner therapeutischen Aus- und Fortbildungen und meiner sich daraus entwickelten Position in der politischen Schwulen- und Aids-Arbeit.

Versuch einer Standortbestimmung

Professionelle politische Schwulen- und Aids-Arbeit soll den Schwulen helfen, sich in dem Spannungsverhältnis von der auf sie einwirkenden gesellschaftlichen Realität und ihrem Recht auf Selbstbestimmung und Selbstverwirklichung zurechtzufinden. Grundvoraussetzung hierfür ist, daß sie den Zusammenhang zwischen ihren Wünschen, Ängsten und Erfahrungen einerseits und den gesellschaftlichen Faktoren andererseits erkennen. Selbstverwirklichung ist nicht nur individualisierte Kreativität, sondern eine soziale Erfahrung, die mit der alltäglichen Lebenspraxis verbunden ist, somit Bezug hat zu den Bedürfnissen und Interessen anderer.

Bei der Anwendung spielerischer Arbeitsformen wie Theater und Tanz ist – im Gegensatz zu verbal-kognitiv orientierten Arbeitsformen – beabsichtigt, die ganze Person, d.h. auch den Körper mit all seinen Sinnen einzubeziehen. Beim Spiel und bei der ästhetischen Produktion können die Teilnehmer Kommunikations- und Kooperationsbereitschaft, Kreativität und Phantasie entwickeln. Wichtig ist mir, den Schwulen – zusätzlich zu den Angeboten der kommerziellen Subkultur – Möglichkeiten für neue Erfahrungen und neue Kommunikationsformen zu bieten, die zu einer Stärkung des schwulen Selbstbewußtseins führen.

Kreative Arbeitsmethoden bei der Vermittlung von schwulen- oder Aids-relevanten Problemen zielen darauf ab, objektive Interessen erkennbar zu machen, wobei die subjektive Befindlichkeit, d.h. sinnliche und emotionale Bedürfnisse und Komponenten ebenso berücksichtigt werden. Zu zeigen, daß subjektive und objektive Bedürfnisse miteinander verbunden sind, ist wichtig: Das Individuum hat so die Chance zu erkennen, was es unter günstigen Bedingungen zustandebringen kann und was sich zur Intensivierung des Alltags- und Zusammenlebens entwickeln ließe. Wenn Schwule die Möglichkeit zu selbstbestimmten Aktivitäten nutzen, können sie durch die dabei gemachten Erfahrungen zum „Weiterlernen" motiviert werden.

Zusammenfassend kann ich mit Udo Ropohl sagen: „Die ästhetische Rezeption und Produktion umfaßt das sinnliche, emotionale und rationale Verhältnis des individuellen Subjektes zur Realität."[1]

Phantasie ist „emanzipatorischer Rohstoff"

Die Phantasie des Menschen steht in engem Zusammenhang mit der Realität, in der er lebt. Sie spiegelt sich im Verhalten und in der ästhetisch-kulturellen Praxis wider. So auch bei den Schwulen, und hier am auffälligsten bei den klassischen Randgruppen der Schwulenszene, den „Tunten" und den „Ledermännern".

Weder im Arbeits- noch im Freizeitbereich können die Phantasien von Schwulen und die daraus erwachsenden – vom Rest der Gesellschaft verschiedenen – Bedürfnisse nach echten zwischenmenschlichen Beziehungen eingelöst werden. Das gilt in gleichem Maße für den Wunsch nach Entfaltung und Entwicklung von Fähigkeiten. Mit dem Schluß, daß sich die Situation nicht ändern lasse, finden sich Schwule häufig damit ab.

Schwule haben große Schwierigkeiten bei der Entwicklung eines eigenständigen Lebenszusammenhangs in Abgrenzung zur heterosexuellen Welt. Die Angst vor Repressionen und mangelndes Selbstwertgefühl verhindern häufig das Entstehen von Utopien, die sie bräuchten, um ihre objektiven Bedürfnisse erkennen und umsetzen zu können. Erschwerend kommt hinzu, daß in unserer Gesellschaft die zwischenmenschliche Kommunikation durch das „Kurzschließen" von Phantasietätigkeit und Bedürfnissen über die Unterhaltungsmedien beeinträchtigt wird. Um so wichtiger ist es, mit den Phantasien der Schwulen zu arbeiten, denn Phantasie ist der Rohstoff für emanzipatorische Veränderungen.

Brachliegede Fähigkeiten aufspüren und entwickeln

Häufig beschränkt sich auch die Freizeit von Schwulen auf passives Konsumieren, wie z.B. Musik zu hören, fernzusehen, ins Kino und ins Theater zu gehen. Die kreative Freizeitgestaltung, z.B. selbst zu musizieren oder Theater zu spielen, ist eher eine Seltenheit. Eine weitere Möglichkeit, spielerisch aktiv zu werden, bietet der Sport. Die körperliche Betätigung bei sportlichem Tun hat gesundheitlichen Wert. Allerdings unterwerfen sich auch schwule Sportler dem herrschenden Männlichkeitsideal, was sie veranlaßt, Body-Building, Verteidigungs- und Kampfsportarten oder Leistungsschwimmen zu betreiben. Als Idole dienen Film- und Fernsehhelden. Das Leistungs- und Konkurrenzverhalten, das im beruflichen Alltag wie in den kommerziellen Subkulturen präsent ist, kommt somit auch in diesem Bereich zum Tragen.

Im Gegensatz dazu will ich durch das Spiel und das spielerische Umgehen mit Tanz, Theater und Körperlichkeit weitergehende Möglichkeiten eröffnen. Durch schöpferisches Tätigsein in der Gruppe können Schwule sich selbst wie auch andere neu erfahren und kennenlernen. Kreative Arbeit ermöglicht auf spielerische Weise geistige Entspannung und setzt Phantasiepotentiale frei.

Dieses „Sich-Sammeln" oder „Einen-ruhigen-Punkt-Finden" ist im hektischen Alltag kaum realisierbar. Bei den Teilnehmenden werden bisher brachliegende Ressourcen aktiviert, wodurch sie in der Lage sind, die eigene Situation zu erkennen und sie als „Aufgabe", nicht als unausweichliches Schicksal zu sehen. Erarbeitet werden neue Perspektiven und Ziele, die mit Hilfe spielerischer Methoden sogleich umgesetzt und überprüft werden.

Im Rahmen meiner Arbeit habe ich verschiedene Konzepte der Psychotherapie weiterentwickelt, und in dieser Form wende ich sie seit Jahren an. Wichtige Grundlage ist das „Konfliktschema" aus der „Positiven Psychotherapie" von Nossrat Peseschkian.[2] Ich nutze es als Fähigkeiten-Schema, mit dem sich alle Lebensbereiche ansprechen lassen. Zentraler Aspekt ist hier, durch das Aktivieren der Phantasiefähigkeit die Wünsche, Träume und Ängste der Schwulen/Positiven aufzugreifen, sie bewußt zu machen und eine Auseinandersetzung mit den dahinterstehenden Ursachen anzuregen. Das umfaßt das kognitive Handeln, also das Rationale und Begriffliche, wie auch die emotionalen und träumerischen Antriebsmomente der Teilnehmer.

Angesprochen werden auch alle Fähigkeiten, die sich auf Leistung beziehen. In unserer Gesellschaft werden wir vor allem mit Leistungsanforderungen konfrontiert, wobei der in Ausbildung, Beruf oder Schwulenszene ausgeübte Druck immer größer wird. Nur wer etwas leistet, ist auch etwas wert. Besonders schwer haben es kranke Menschen, die vor einer „perspektivlosen" Zukunft stehen, wie Aids-Kranke und Positive.

Leistungen, die in meinen Gruppen erbracht werden, haben einen anderen Charakter als die üblichen, liegen auf anderen Ebenen. Die bei der Produktion einer Theaterszene oder Bewegungsperformance gezeigte „Leistung" kann z.B. einem Positiven eine schon lange nicht mehr erlebte Selbstbestätigung geben. Ein hochgestecktes Ziel ist, dieses gestärkte Selbstbewußtsein, verbunden mit dem Erkennen von Zusammenhängen zwischen Individuum und Gesellschaft, zu einem dauerhaften Bedürfnis nach Aktivität, Kommunikation und politschem Engagement zu führen.

Die Fähigkeit, mit anderen in Kontakt zu treten, ist nicht weniger wichtig. Meine Arbeit zielt deshalb ebenso darauf ab, die Bereitschaft zu Kooperation und Koordination anzuregen und auszubauen. Basis ist das menschliche Bedürfnis nach Kontakt und Kommunitation, nach Sicherheit und Harmonie. Gegen Vereinzelung und Konkurrenz setze ich gemeinsames Tun und fördere kommunikative Fähigkeiten. Grundlage der Gruppenarbeit sind Kommunikationsspiele, denn Reden allein kann niemals gemeinsames Tun ersetzen. Im Mittelpunkt steht folgendes:

– die Begegnung mit anderen
– das Gefühl, sich gegenseitig zu verstehen
– der Eindruck, den die gegenseitige Aufgeschlossenheit hinterläßt
– der Eindruck, den der Versuch der Verständigung hinterläßt.

Zu erwähnen sind schließlich noch die körperlichen und sinnlichen Fähigkeiten. Die körperliche Funktion „Bewegung" wird im Zeitalter der Automation, des Computers und des Konsums immer unwichtiger. Im gleichen Zuge gerät die Nutzung der Sinne zusehens aus dem Gleichgewicht. Während die Bedeutung der Sehfähigkeit zunimmt, nimmt die des Tastens und Riechens ab. Deshalb lege ich auf die Nutzung körperlicher und sinnlicher Fähigkeiten

besonderen Wert. So haben Aufwärmtrainings, bei denen Elemente aus Sport, Tanz, Krankengymnastik, Entspannungsübungen und Yoga eingesetzt werden, Vorrang vor allen anderen Arbeitsschritten, weil ein gelockerter und gut durchbluteter Körper größere Energiepotentiale hat. In der Tanz- und Theaterarbeit, aber auch in den Selbsterfahrungsgruppen setze ich sehr viele Spiele und Übungen ein, bei denen das Training des Körpers und der fünf Sinne eine Rolle spielt. Diese Spiele, die auch die Wahrnehmungsgabe und die körperliche Ausdruckskraft schulen und fördern, dienen der körperlichen Sensibilisierung. Der bewußte, gezielte und differenzierte Einsatz der Sinne ist z.B. bei Tanz und Theaterspiel erforderlich.

„Gegenproduktion" als Arbeitsmittel

Die heute vorhandenen schwulen Subkulturen und Einrichtungen sind wichtige Sozialisationsinstanzen. Sie bilden ein Informationsnetzwerk und bieten vielfältige Kontaktmöglichkeiten. Die hier übliche Kommunikation ist jedoch häufig von oberflächlicher Art oder verläuft nach dem Muster „Erst knutschen, dann Sex machen und dann reden". Hier etwas aufzuweichen, zu erweitern, dem etwas entgegenzusetzen, subkulturelle und gesellschaftliche Zwänge zu lockern – das versuche ich durch meine Arbeit.

Mit „Gegenproduktionen" wird in Workshops und Seminaren versucht, angst- und konkurrenzfreie Räume zu schaffen und Situationen für Lernprozesse zu organisieren, die es den schwulen/positiven Teilnehmern ermöglichen, ihre Situation zu erkennen, sich ihrer Interessen und Bedürfnisse bewußt zu werden und sie zu artikulieren.

Meine Arbeitsinhalte setzen bei den individuellen Interessen der Teilnehmer und/oder bei gruppenrelvanten Themen an, die durch das Anregen und Entwickeln kreativer und kommunikativer Fähigkeiten bearbeitet werden. Ziel ist hierbei die individuelle wie auch die soziale Kreativität. Dabei gilt es, Arbeits- und Selbsterfahrungsprozesse zu organisieren, in denen Schwule und Hiv-Betroffene die eigene Produktivität erfahren und diese in Gegenproduktionen (zu den alltäglich berieselnden Unterhaltungsproduktionen) einbringen können. Bei der Erzeugung dieser Gegenproduktionen können Reflexionen wie Interpretationen und Distanzierungen im Hinblick auf die eigenen Lage erfolgen. Dadurch wird jedem Teilnehmer ein „Standortwechsel" ermöglicht, der für ihn und seine Gruppe neue Perspektiven eröffnet.

Ablauf einer „typischen" Arbeitseinheit

Der erste Schritt ist das intensive Kennenlernen des Arbeitsraums durch Sehen, Anfassen und Riechen, evtl. verbunden mit einer Atemübung. Während des Laufens durch den Raum lasse ich die Teilnehmer ihre Aufmerksamkeit allmählich auf die Füße richten: sie sollen sie spüren, fühlen und aufwärmen. Danach wird der restliche Körper „aufgeweckt" mit Körperübungen wie Dehnen, Strecken und Bewegen einzelner Körperteile. Hier setze ich gerne Musik ein, mit der sich auch springen und toben läßt. Wenn die Teilnehmer richtig „warm" sind, wird ihre Aufmerksamkeit wieder auf ihre Füße gelenkt. Mit Hilfe verschiedener Übungen

werden diese jetzt gezielt durchgeknetet, um einen besseren Bodenkontakt herzustellen. Wenn die Teilnehmer „angekommen" sind, können sie sich den anderen Gruppenmitgliedern widmen, z.B durch gegenseitiges Händeklatschen oder das Berühren bestimmter Körperteile. Die so gelockerte Gruppe kann jetzt über eine Entspannung oder die Aufforderung, sich etwas vorzustellen, in das Arbeitsthema einsteigen.

Die Phantasiearbeit nutze ich sehr unterschiedlich. Über das Vorgestellte kann gesprochen werden, man kann es aufschreiben, ein Bild davon malen oder es in Theaterspielaktionen ausdrücken. Bei letzteren lasse ich das Erlebte gerne von allen „Akteuren" gleichzeitig darstellen, damit sich niemand zu sehr beobachtet fühlt. Das Ziel ist hier, die Teilnehmer durch Nachfragen, Wiederholenlassen usw. „auf den Punkt" zu bringen.

Bei der Selbsterfahrung geht es darum zu erfahren, was die Aktion mit einem „macht", ob man das so will, ob man spielerisch etwas Neues erproben möchte usw. In der Vorbereitung einer Theaterszene oder -aktion wird der Ausdruck intensiviert und die Wirkung überprüft. Die Gruppe kann weitere Ausdrucksaufgaben oder gar ein gezieltes Training bekommen.

Nach der abschließenden Reflexion und dem Entwickeln von Perspektiven für die nächste Arbeitseinheit benötigt die Gruppe – inzwischen sind zweieinhalb bis drei Stunden vergangen – eine längere Ruhepause. Das Erlebte kann noch einmal nachempfunden und überdacht werden, um in den folgenden Arbeitsphasen wieder aufgegriffen und weiterentwickelt zu werden.

Hindernisse und Widerstände

Der Anspruch, in entspannten Situationen und konkurrenzfreien Räumen zu arbeiten, läßt sich nur verwirklichen, wenn das Gleiche – ich bevorzuge Teamarbeit – auch mit den Kollegen möglich ist. Das ist bei größeren Teams, in denen mit unterschiedlichen Arbeitsmethoden zu unterschiedlichen Themen gearbeitet wird, manchmal sehr schwierig. Kraft und Zeit wird verbraucht, die dann im eigentlichen Arbeitsprozeß mit der Gruppe fehlen. Das hat Auswirkungen auf das Klima der Veranstaltung, die negative Ausstrahlung erreicht alle Teilnehmer. Die inhaltliche Arbeit bleibt eher oberflächlich, wenn nicht alle Mitarbeiter, Moderatoren, Referenten und Trainer bereit sind, aufeinander einzugehen. Gerade bei Veranstaltungen zu Hiv und Aids kann es vorkommen, daß einzelne sehr stark in ihre eigene Problematik verstrickt sind. Sie sind dann meist nicht in der Lage, sich konstruktiv einzubringen. Das behindert die Entwicklung kreativer Prozesse und stellt für mich immer wieder eine riesige Herausforderung dar. In den Arbeitsgruppen versuche ich, diesen Problemkreis mit Hilfe therapeutischer und pädagogischer sowie sportlicher und künstlerischer Methoden zu bearbeiten, um die Teilnehmer in einem weniger belastenden Kontext ansprechen zu können.

In einer Selbsterfahrungsgruppe zum Thema Abschiednehmen und Trauer, die ich in Zusammenarbeit mit einer Atemtherapeutin kürzlich durchführte, konnten sich z.B. einige der Hiv-positiven Teilnehmer überhaupt nicht auf die Veranstaltungsinhalte einlassen. Sie begegneten uns und der Gruppe mit Aggression. Erst nach verschiedenen Sensibilisierungsspielen und Entspannungsübungen war es dem größeren Teil der Gruppe möglich, sich in den Arbeitsprozeß zu begeben und den persönlichen Fragen nachzugehen.

Eine solche Situation auszuhalten und die halbe Seminarwoche verstreichen zu lassen, ehe mit dem eigentlichen Selbsterfahrungsprozeß begonnen werden kann, verlangt Stehvermögen und Geduld. Es gehört jedoch zur Arbeit, jedem die Möglichkeit zu geben, für sich herauszufinden, was er will und kann, um dann zu entscheiden, ob und wie er sich einbringen möchte.

In der Tanz- oder Theaterarbeit kann es vorkommen, daß ich den Produktionsprozeß und die Qualität des Produkts zu sehr in den Vordergrund stelle und dabei die in den Gruppen ablaufenden, ästhetisch nicht sofort umsetzbaren Prozesse an den Rand dränge. Der Perfektionsanspruch oder der Wunsch, alle Prozesse darstellen zu wollen, dürfte jedoch dem Motto „Kultur ist die gesamte Lebensweise" zuwiderlaufen. In erster Linie kommt es darauf an, Selbstwahrnehmung und gemeinsames Arbeiten zu ermöglichen als Gegensatz zu den im Alltag stattfindenden Prozessen der Vergegenständlichung und Aneignung.

Besonders positiv reagieren darauf Schwule, die hier zum ersten Mal produktiv mit anderen Schwulen zusammenarbeiten. In den Workshops wird jedoch auch deutlich, daß manche Teilnehmer die hier gemachten Erfahrungen als einmalig und im Alltag nicht wiederholbar begreifen. Und das ist zum Teil auch richtig, das gilt vor allem für die ästhetisch-kulturellen Erfahrungen. Aber ist es nicht viel wichtiger, daß Schwule überhaupt dergleichen „Exotisches" erleben, um vielleicht ein Quentchen davon im Alltag zu realisieren?

Anmerkungen

[1] Udo Ropohl 1979, S. 92
[2] Nossrat Pesechkian 1980, S. 91

Literaturhinweis

Ropohl, Udo: Ästhetische Erziehung in der Jugendarbeit – Zur Theorie und Praxis der politischen Jugendkulturarbeit. Weinheim und Basel, 1979
Pesechkian, Nossrath: Positive Familientherapie. Frankfurt/M., 1980

Trauerberatung bei schwulen Hinterbliebenen

Martin Hilckmann und Norbert Zillich

Langsam dringt es ins Bewußtsein der Fachöffentlichkeit: Mit dem Tod ist das Leiden an der Krankheit AIDS nicht vorbei. Angesprochen sind die Hinterbliebenen, insbesondere die Partner der Verstorbenen. Neben Prävention und Versorgung eröffnet sich hier ein weiteres Feld in der psychosozialen AIDS-Arbeit. Trauerberatung ist in der Bundesrepublik nicht etabliert. Zur Zeit formieren sich vereinzelt selbsthilfe- und professionell orientierte Initiativen, deren Zukunft ungewiß und deren Klientel vorwiegend ältere Frauen sind.[1] Insofern fehlen weitgehend konzeptionelle Vorbilder. Hinzu kommt, daß Trauer in der Fachliteratur und Beratungspraxis vorherrschend in einem heterosexuell-familialen Bezugsrahmen gestellt wird. Die Situation schwuler Hinterbliebener, um die es hier gehen soll, steht dazu erst einmal quer und wirft ganz neue Fragen auf.

In diesem Artikel beleuchten wir die emotionale und soziale Lage schwuler Männer, die um ihre verstorbenen Partner trauern. In einem kurzen Abriß beschreiben wir psychische Manifestationen der Trauer, skizzieren zentrale wissenschaftliche Überlegungen, gehen auf die Besonderheiten der Trauer homosexueller Männer im Angesicht von AIDS ein, stellen drei schwule Trauerverläufe vor und ziehen Schlußfolgerungen für die Beratungsarbeit.

Trauer als Zustand

Die uns bekannte Trauer ist gekennzeichnet durch intensives Schmerzerleben, psychische Schwächung und lange Dauer.[2] Im Zentrum des individuellen Trauererlebens steht ein Selbstverlust, eine seelische Wunde; denn mit dem geliebten Menschen ist auch ein Teil des Hinterbliebenen gestorben, eine Person, mit der eine sinnstiftende gemeinsame Lebenspraxis gestaltet wurde. Die Wunde des Selbstverlusts löst Prozesse im Denken, Fühlen und Handeln aus, die als überwältigend, fremd und niederschmetternd erfahren werden.

Auf der kognitiven Ebene sind Reaktionen möglich wie Konfusion des Denkens (Konzentrationsschwierigkeiten, Verwirrungszustände), auditive und visuelle Fehlwahrnehmungen (Halluzination der Stimme oder von Begegnungen mit dem Verstorbenen), Träume, in denen der verlorene Mensch noch lebt, stereotype Gedankenmuster (z.B. ständige Beschäftigung mit den Umständen des Todes), Erinnerungsprozesse in adaptiver (sich schmerzhaft lösender) und regressiver (sich an den Toten bindender) Richtung oder Vermeiden von Erinnerung an Teilaspekte bis hin zur Verleugnung der Realität des Verlustes.

Emotional ist folgendes typisch: Schock bzw. Betäubung (Erleben von Trance, Empfindungslosigkeit), Erleichterung über den Tod des geliebten Menschen, Sehnsucht nach dem Verstorbenen, Depressivität (z.B. Desinteresse an der Außenwelt, allgemeine Leistungshem-

mung), Wut (auf sich selbst, weil man den Tod nicht verhindert hat, oder auf den Verstorbenen, weil man von ihm verlassen wurde), Schuldgefühle (überlebt oder etwas versäumt zu haben), Angst (vor der eigenen Sterblichkeit, der Zukunft oder wegen des Schicksals des Verstorbenen), Minderung des Selbstwertgefühls, Hilflosigkeit, Neid (auf Freunde und Bekannte, deren Partner noch leben) oder körperliche Empfindungen (z.B. Schlafstörungen, Müdigkeit, Kurzatmigkeit).

Auf der Ebene des Handelns äußert sich Trauer beispielsweise in Weinen, Schluchzen, Seufzen, im buchstäblichen Suchen und lauten Rufen nach dem Verstorbenen, im Aufsuchen von Orten, die an den geliebten Menschen erinnern, im behutsamen Umgang mit Erinnerungsstücken, im Annehmen von Verhaltenszügen des Verstorbenen (z.B. dessen Krankheitssymptome, Neigungen oder Habitus), in geistesabwesender Alltagsgestaltung, in rastloser Überaktivität (z.B. als Ausweichen vor schmerzhaften Erinnerungen), in stereotypen Verhaltensmustern bis hin zu Zwangshandlungen (z.B. ritualisierten Friedhofsbesuchen) oder in sozialem Rückzug (zwecks Auseinandersetzung mit dem Verlust).

All die genannten, den Hinterbliebenen oft peinlichen Reaktionen müssen zunächst als angemessen gelten, als „normale" Antworten auf den Tod einer geliebten Person. Diese Einstellung ist für die Beratung Trauernder wichtig, insbesondere dann, wenn sie die Einschätzung äußern, „verrückt" zu werden. In Trauer zu sein bedeutet, eine menschliche Grenzerfahrung zu machen, in der sich die Betroffenen häufig mit bisher unbekannten, irritierenden Persönlichkeitsanteilen konfrontiert sehen. Aufgabe der Berater ist es dann, die Ausnahmesituation zu erklären und den Gesprächspartner zu beruhigen.

Trauer als Prozeß

Unter dem Gesichtspunkt, daß Trauer in einem zeitlichen Kontinuum verläuft, sind verschiedenste phasenbezogene Modelle entwickelt worden, von denen wir stellvertretend nur das von Bowlby vorstellen. Er unterteilt den Trauerverlauf in vier Zeitabschnitte:

a) Betäubung,
b) Sehnsucht und Suche nach der verlorenen Figur,
c) Desorganisation und Verzweiflung sowie
d) Reorganisation.[5]

Die Kritik an solchen Phasenmodellen lautet: Sowenig bei Trauernden sämtliche der möglichen Trauermanifestationen auftreten, sowenig finden sich die konzipierten Phasenabfolgen bei jedem Hinterbliebenen.

Als Alternative wurden deshalb aufgabenbezogene Theorien entwickelt, die zeitlich weniger festgelegt sind. Als Beispiel sei der Ansatz von Worden genannt, demzufolge sich der Trauernde mit vier Aufgaben auseinanderzusetzen hat:

a) den Verlust als Realität akzeptieren,
b) den Trauerschmerz erfahren,
c) sich anpassen an eine Umwelt, in der der Verstobene fehlt und
d) emotionale Energie abziehen und in eine andere Beziehung investieren.[1]

Gemeinsam ist sowohl den phasen- als auch den aufgabenorientierten Trauertheorieansätzen die mehr oder weniger ausdrücklich betonte Vorstellung von einem optimalen Trauerverlauf. Werden die Phasen oder Aufgaben lediglich suboptimal durchlaufen oder gemeistert, drohen dem Hinterbliebenen nach dieser Auffassung psychische und/oder somatische Folgeschäden. Damit ist die Unterscheidung in „normale" und „pathologische" Trauer berührt, die in der Literatur über Hinterbliebene verbreitet ist und insbesondere bei Homosexuellen, die lange Zeit einer Pathologisierung unterlagen, ungute Gefühle wecken muß. Einen Ausweg weisen Jerneizig et al., die eine Zwischenkategorie der „problematischen Trauer" einführen und damit typische Komplikationen im Trauerverlauf meinen, die nicht zwangsläufig zu einer im klinischen Sinne pathologischen Dynamik führen müssen.[5]

Für den Berater ist die Auseinandersetzung mit den Trauertheorien trotz erkennbarer Begrenzungen empfehlenswert, weil sie wertvolle Arbeitsheuristiken liefern. Als Leitgedanke für die Beratung möchten wir formulieren, daß Trauerverarbeitung, wie das Leben generell, häufig in gleicher Weise glückende und weniger glückende Momente beinhaltet und es von daher nicht hilfreich ist, explizit oder implizit Maßstäbe für „richtiges" oder „falsches" Trauern aufzustellen.

Trauer bei schwulen Hinterbliebenen

Wir betonten bereits, daß Trauer gewöhnlich in einem familialen Rahmen angesiedelt wird. Dies reflektiert den Umstand, daß es für heterosexuelle Witwen und Witwer eine gesellschaftlich definierte Rolle gibt, so vage sie inzwischen auch geworden sein mag. Für schwule Hinterbliebene existiert eine solche Rolle nicht. Weder sie selbst noch ihre Umwelt verfügen über einen Orientierungsrahmen, wie sie mit der Situation der Trauer umzugehen haben (Doka 1987: 467). Damit sind wir bei den Besonderheiten, denen das Trauererleben homosexueller Männer im Angesicht von Aids unterliegt. Folgende Dimensionen erscheinen uns bedeutungsvoll:

- Mit Aids als Todesursache, welche die Aura von Krebs und Syphilis in einem umgibt [6], unterliegt die Trauer schwuler Hinterbliebener zumindest einer subtilen gesellschaftlichen Stigmatisierung. Im Unterschied zum Tod durch Herzinfarkt zieht der Tod durch Aids mehrheitlich kein Mitgefühl nach sich.
- Homosexuelle Partnerschaften sind sozial immer noch illegitim und juristisch nicht abgesichert. Dies hat Folgen für die Gestaltung der Beziehung nach innen und außen. Die Trauerverarbeitung des hinterbliebenen Partners bleibt davon nicht unberührt.
- Schwulen Hinterbliebenen mit positivem Hiv-Antikörperstatus, insbesondere solchen mit Aids-signifikanten Symptomen, steht ein lehrbuchhafter Trauerverlauf angesichts der eigenen mehr oder weniger definitiv einschätzbaren Lebensbegrenzung nicht offen. Welchen Einfluß die Verflechtung der Trauer um einen konkreten Verlust sowie um die eigene absehbar begrenzte Lebenserwartung besitzt, ist noch weitgehend ungeklärt.

Aufgrund dieser Komplizierung der Trauer tendieren amerikanische Autoren dazu, schwule Hinterbliebene für eine Risikopopulatiion zu halten, einen Personenkreis also, der in der

Trauer gesteigerten Belastungen ausgesetzt ist.[7] Dies mag so sein. Unseres Erachtens darf darüber aber nicht vergessen werden, daß schwulen Trauernden, wie allen anderen auch, verschiedene Optionen offen stehen, nämlich gebrochen mit versagenden Kräften, wiederhergestellt mit bleibenden Blessuren oder gestärkt mit neuen Lebensenergien aus der Trauer hervorzugehen. Insbesondere scheint es uns bedeutsam, neben gefährdenden auch auf hilfreiche Potentiale in der Trauersituation schwuler Hinterbliebener zu achten.

Als gefährdende Momente für den Trauerverlauf schwuler Männer sehen wir zum Beispiel:

- die ambivalente bis negative Reaktion des medizinisch-pflegerischen Personals auf das schwule Paar in Krankenhaus oder Sozialstation;
- die Nichtregelung von Erbschaftsformalitäten, von Beerdigungsart, Begräbnisritual und Trauerfeier;
- das Verhältnis zu den Herkunftsfamilien der Partner, sofern es eher belastend als unterstützend ist;
- den Kontakt zu Bestattungsunternehmen, sofern sie sich gegenüber speziellen Wünschen des hinterbliebenen Partners unsensibel und rigide zeigen;
- die Begräbniserfahrung, wenn die Mittelpunktrolle als „schwuler Witwer" emotional zu belastend erlebt oder der Status des homosexuellen Hinterbliebenen ignoriert wird.

Als möglicherweise hilfreiche Ressourcen im Trauerverlauf schwuler Männer möchten wir nennen:

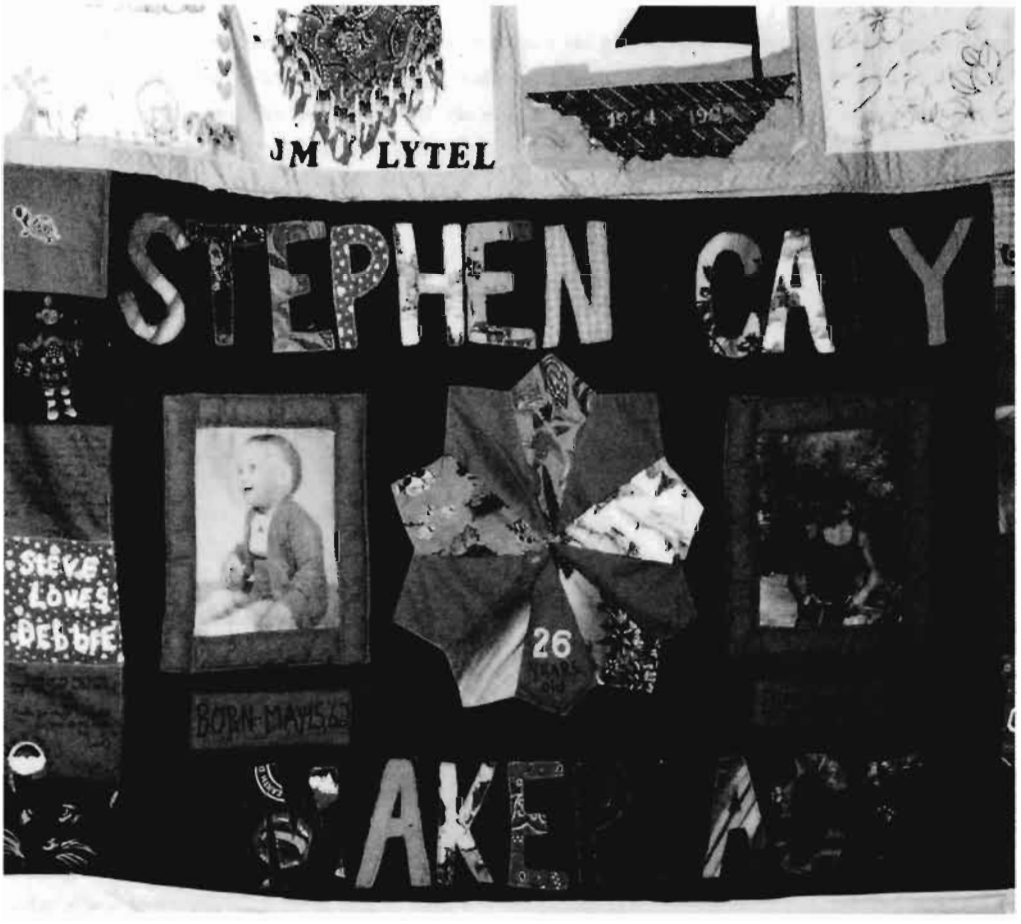
- die im Prozeß der homosexuellen Selbstfindung gemachte Grunderfahrung, daß das Leben mit Entwicklungen überrascht, die weder vorgesehen noch behaglich sind;
- die potentiell offenere Rollendefinition und Gestaltungsflexibilität in schwulen Beziehungen, die vielfach eine geringere Fixierung ausschließlich auf den Partner nach sich zieht;
- die Tatsache, daß im Leben schwuler Männer Abschnitte der Partnerschaft mit Abschnitten der Partnersuche häufiger wechseln und sie somit im Einstellen auf die Situation des Alleinseins tendenziell eingeübt sind;
- die sozialen und kulturellen Angebote der schwulen Gemeinschaft, die zumindest in Großstädten eine Reintegration erleichtern und insbesondere auch für Hiv-positve Männer eine „Szene" bereitstellen und so beispielsweise das Finden eines neuen Partners erleichtern;
- das kollektive Erleben von Sterben und Trauer unter homosexuellen Männern, das sukzessiv eine Sensibilisierung, ein Erfahrungswissen, eine Handlungskompetenz in einem von der Gesellschaft überwiegend mit Schweigen bedachten Lebensbereich und damit ein gelasseneres Verhältnis zur Endlichkeit der menschlichen Existenz schafft.

Mit den Beispielen gefährdender und hilfreicher Implikationen für die Trauerverarbeitung schwuler Männer sind lediglich Tendenzen benannt, die sich neben anderen Erfahrungsdimensionen im Einzelfall ganz anders darstellen und zu sehr verschiedenen Trauerprofilen zusammensetzen können. Uns war wichtig, auch konstruktive Trauerbewältigungspotentiale schwuler Männer zu benennen, um einer Neigung vorzubeugen, die sie vorschnell mitleidsvoll als „Opfer" oder klinisch als „pathologisch" einordnet.

Drei Trauerverläufe schwuler Hinterbliebener

Vermutlich haben die schwulen Hinterbliebenen von AIDS-Verstorbenen deshalb so lange keine Aufmerksamkeit gefunden, weil in der Selbstdefinition der Träger psychosozialer Versorgungsangebote mit dem Tod der unmittelbare Bezug zu Infektion bzw. Erkrankung aufgehoben wird und damit auch eine spezifische Verpflichtung und Zuständigkeit. Beratungsangebote sollten deshalb konzeptionell an dieser Bruchstelle anknüpfen. Unseres Erachtens ist es notwendig, die Trauer schwuler Männer im Sinne eines Statusübergangs [8] zu betrachten, der die Zeit vor, um und nach dem Tod umfaßt. Für die Beratungsarbeit ist es besonders wichtig, der Zeit vor dem Tod Beachtung zu schenken. Von Belang sind hier psychische Prozesse, die mit dem Begriff der „antizipatorischen Trauer" erfaßt werden und eine vorgreifende, sich auf den Verlust einstellende Auseinandersetzung darstellen. Bereits in diesem Stadium kann Trauerberatung hilfreich sein. Sie überlappt sich dabei mit Sterbebegleitung, die Angehörige einbezieht.

Wir stellen nun drei Trauerverläufe schwuler Hinterbliebener vor, die auf halboffenen Interviews (Erhebungszeit: August 1992) basieren, und vor allem die Bedeutung der Beziehung sowie der sozialen Umgebung mit ihrem Einfluß auf das Trauergeschehen beleuchten.



Harald

Harald ist 31 Jahre alt, von Beruf Verkäufer und mittlerweile Frührentner, da er vor drei Jahren Symptome einer Aids-Erkrankung entwickelte. Er lebt allein in einer Zweizimmer-Wohnung. Sein Partner Walter, 19 Jahre älter, ist vor 14 Monaten an den Folgen von Aids verstorben. Beide Partner waren bereits Hiv-infiziert, als sie sich kennenlernten. Obwohl das beiden bekannt war, wurde das Thema Aids in der Partnerschaft weitgehend tabuisiert.

Harald und Walter haben zusammengewohnt und sehr zurückgezogen gelebt. Die Beziehung dauerte viereinhalb Jahre, entsprach in vielerlei Hinsicht dem Klischee einer kleinbürgerlichen heterosexuellen Ehe, wobei Harald die Rolle der „Hausfrau" adaptiert hatte:

„Ich hab' morgens erst mal alles schön fertig gemacht, Walters Kaffee, seine Stullen und so weiter. Und dann um acht habe ich von der Arbeit aus Walter angerufen, um ihn zu wecken. Das fand ich dann schon sehr schön, weißt Du, jeden Morgen Walter zu wecken. Ich kam dann um halb vier nach Hause und Walter kurz vor vier. Da habe ich erst mal in die Badewanne schön Wasser einlaufen lassen – Walter mußte ja sein Bad haben –, also das waren so meine Pflichten, habe ich auch gerne gemacht, mußte ich auch machen."

Aus unserer Sicht kann die Beziehung als traditionell-symbiotisch bezeichnet werden. Dieses Beziehungsmuster setzte sich, als Walter erkrankte, weiter fort. Harald übernahm die Pflege und lehnte dabei jede Unterstützung von außen ab. Im Zuge der Erkrankung entstand eine gegenseitige Abhängigkeit zwischen den Partnern, die Haralds Selbstbewußtsein stärkte. Seine symbiotischen Bedürfnisse ließen offenbar den Gedanken an einen drohenden Verlust nicht zu:

„Nein, über Sterben und Tod haben wir nicht gesprochen. War auch nicht nötig. Wir hatten uns schon vor Walters Krankheit testamentarisch als Erben eingesetzt. [...] Daß Walter sterben würde, hab' ich einfach nicht geglaubt. Ich hab' gedacht – durch meine Pflege –, Walter kommt wieder hoch."

Antizipatorische Trauerverarbeitung, eine innere Auseinandersetzung mit dem bevorstehenden Ableben, hat offensichtlich nicht stattgefunden. Für Harald kam der Tod des Partners unerwartet und stellte einen Schock dar. Er war anschließend nicht in der Lage, die Bestattungsformalitäten zu regeln. Die Beerdigung wurde von einer älteren Dame, einer Bekannten Walters, organisiert. An die Bestattung selbst kann sich Harald kaum noch erinnern. Deutlich ist aber, daß die Realität des Todes im Nachhinein von Harald immer wieder bezweifelt wurde:

„Nach der Beerdigung bin ich zum Friedhof nochmal hin, ich hab' mich vor das Grab gekniet, hab' den großen Berg mit Blumen gesehen und dachte, da liegt Walter drunter. Ich konnte das nicht verstehen. Ich hab' meinen Blumenstrauß auf das Grab gelegt, und dann fing ich langsam an zu graben, mit meinen Händen, so ganz langsam. Ich kann mich erinnern, vier-, fünfmal habe ich gegraben, und da habe ich gesagt: Walter, ich komm nachher noch mal wieder, ich muß irgendwas besorgen. Ich hab' Angst gehabt, Walter lebt noch. Also,

ich hab' mich ja gefreut, Walter lebt noch. Ich hab' noch fest daran geglaubt. Ich muß irgendwas besorgen, damit Walter Luft bekommt. Ich wollte dann einen Spaten besorgen. Dann habe ich das aber doch gelassen. Ich hab' mal so einen Artikel gelesen: Ein Mensch kann 48 Stunden da unten liegen und trotzdem noch Luft kriegen. Dann habe ich Buch geführt, jede Stunde habe ich angestrichen. Jetzt hat Walter noch 12 Stunden Luft, auf Tage hinaus, obwohl ich mich dann verschätzt hab' mit der Zeit. Das ging dann auf Wochen hinaus. Das kann man sich gar nicht vorstellen."

„Du hattest das Gefühl, daß er gar nicht tot ist?"

„Ja, ja, Walter lebt, ja! Er liegt da unten und fängt jetzt an zu kratzen, wie man es früher oft gehört hat, im Mittelalter und so. Und das ging auf Monate hinaus. Ich hab' Kalender geführt, immer Striche gemacht: Dann ist Walter gestorben, dann hab' ich Walter zum letzten Mal gesehen, dann ist Walter beigesetzt worden und so weiter, also ich hab' auf Monate hinaus immer nur Buch geführt."

Diese Reaktionen Haralds lassen sich als regressive, der Psyche eines Erwachsenen nicht angemessene Verhaltensmuster deuten. Denken und Handeln stehen unter dem Schock des Verlusts ganz im Dienste der Realitätsverleugnung. In der Zeit um den Tod Walters dominieren selbstverlorene Bewältigungsmechanismen. Danach spielen auch andere Bewältigungsstrategien eine Rolle, die aber den regressiven Charakter nicht verlieren und dem Zweck dienen, die Beziehung zum Verstorbenen aufrechtzuerhalten. Zwei Monate nach Walters Tod hatte Harald eine für Trauernde typische Fehlwahrnehmung:

„Ich konnte nicht schlafen, da habe ich Walter gesehen, im Flur. Wirklich, ich hab' Walter da gesehen! Ich hab' so einen Schrecken bekommen, aber ich war auch glücklich, Walter zu sehen, und so schnell Walter da war, war er auch wieder weg. Aber ich muß sagen, als ich Walter gesehen habe, hab' ich am ganzen Körper gefroren, wie so ein Eisschrank. Das war nachts. Ich hab so gefroren."

„Glaubst Du, daß es ein Traum war?"

„Nein nein, erst habe ich gedacht: Das ist ein Traum. Ich hab' mich ein paar Tage später mit Frau X drüber unterhalten, die hat auch ihren Mann gesehen, und seit der Zeit glaube ich nicht an einen Traum. Es ist wirklich wahr gewesen. Ich träume jetzt sehr oft von Walter, ich wache aber nicht mehr auf. Ich träume nur noch, daß wir malern, das kommt sehr oft vor."

Die von Harald erlebte Fehlwahrnehmung, die für ihn einen eher tröstlichen als bedrohlichen Charakter hatte, ist im Sinne Spiegels als Variante des Verleugnens zu verstehen.[9] Auch die intensiven Träume, in denen der Verstorbene noch lebt, dienen diesem Zweck. In gleicher Weise kann Haralds fortdauernde Suche nach dem Verstorbenen interpretiert werden. Grundsätzlich ist feststellbar, daß er in Bewältigungsmechanismen verharrt, die in einem frühen Stadium des Trauerprozesses dienlich sind.

Harald ging immer wieder zum Friedhof, lief suchend umher und rief Walters Namen. Nach Bowlby führt der Wechsel von Suche und Frustration schließlich zur Akzeptanz der Realität des Todes.[10] Bei Harald ist das auch 14 Monate nach Walters Tod nicht der Fall. Das zeitliche Ausmaß des Trauerphänomens „Suche" deutet zumindest auf einen problematischen Trauerverlauf im Sinne von Jerneizig et al. hin.[11] Bedeutsam ist auch Haralds Reaktivierung kindlicher Kausalvorstellungen:

„Manchmal, da denke ich, ich hätte ihn noch mehr pflegen müssen, obwohl ich schon so viele Stunden von morgens bis spät in die Nacht gearbeitet habe, Intensivpflege, eine sehr gute Intensivpflege. Aber jetzt im Nachhinein, denke ich, ich hätte noch mehr machen müssen. Ich habe mich mit anderen darüber unterhalten, und die sagen alle: Nein, das is' kein Grund. Aber das sitzt so tief in mir drin."

„Hast Du deshalb Gewissensbisse?"

„Ja, sehr große..."

„Du fühlst Dich ein bißchen schuldig?"

„Ich fühle mich schuldig, ja..."

Schuldgefühle können, so Spiegel, nach Sühne verlangen. Typisch ist seiner Ansicht nach eine aufwendige Ausstattung der Beerdigung, die für Trauernde die Möglichkeit beinhaltet, „ein Opfer zu bringen, um sich in gewissen Grenzen von der Schuld gegenüber dem Toten zu befreien."[12] Eine andere Form der Wiedergutmachung sind ausgeprägte, fast ritualisierte Friedhofsbesuche, die sich bis zur Zwangshandlung steigern können.[13] Vermutlich ist die Interdependenz von Selbstbeschuldigung und Wiedergutmachung auch für die ritualisierten Grabbesuche von Harald verantwortlich:

„Welche Bedeutung hat das Grab für Dich?"

„Da liegt mein Walter. Das ist für mich ein heiliger Ort."

„Wie oft bist Du dort?"

„Jeden Tag, seit der Beisetzung bin ich jeden Tag da, manchmal mehrere Stunden. Und ich stelle auch jeden Tag eine Kerze auf."

„Unterhältst Du Dich auch mit Walter?"

„Ich unterhalte mich mit Walter. Ich streichle seinen Grabstein. Ich bleib' immer sehr lange da. Dann setze ich mich auf die Bank, gehe dann wieder zum Walter, und wenn ich mich dann verabschiede, sage ich: Mäuschen, sei nicht traurig, ich komme morgen wieder. Das

sage ich jeden Tag. Und dann gebe ich Walter einen Handkuß, wenn ich gehe. Das haben auch schon sehr viele Leute beobachtet, ob die jetzt denken, ich bin verrückt? Aber ich seh' das dann gar nicht. Viele starren mich dann mit großen Augen an, aber mich interessiert das nicht."

Kast stellt die These auf, daß manche Trauernde zu einem symbiotischen Verweilen beim Verstorbenen neigen, so daß neue Bindungen nicht eingegangen werden können.[14] Bei Harald fällt auf, daß die Symbiose mit Walter über dessen Tod hinaus Bestand hat. Eine neue Partnerschaft wird ausgeschlossen:

„Ich kann es nicht. Ich würde Walter verletzen, obwohl er nicht mehr da ist. Nee, also eigentlich ist er ja noch da, und ich würde mich auch noch verletzen."

„Inwiefern ist er noch da?"

„Walter ist überall."

„Du hast das Gefühl, er ist präsent, er ist jetzt hier?"

„Ja, ja, Walter ist überall."

Der Bewältigungsmechanismus des Erinnerns ist für eine innere Loslösung vom Verstorbenen wesentlich. Bei Harald funktioniert er einseitig, da lediglich Walters Vorzüge gesehen, Ambivalenzen hingegen geleugnet werden:

„So richtigen Streit haben wir nie gehabt. Ich habe sehr viel Quatsch gemacht, ich wollte Walter aufheitern, weißte. Walter hat sehr viel gelacht."

Erinnern steht bei Walter im Dienste der Idealisierung von Vergangenem, die Gegenwart scheint unwichtig, die Zukunft ohne Anziehungskraft.

Harald ist ein Mann, den man in schwulen Zusammenhängen gern verschweigt, weil er dem gängigen Idealbild „selbstbewußt schwul" nicht entspricht. Andererseits sind Männer wie er diejenigen, die Beratung und Unterstützung am dringlichsten benötigen. Bei Harald ist die Gefahr einer Chronifizierung der Trauer gegeben. Er bleibt in Trauermanifestationen befangen, die, nach gewisser Zeit nicht überwunden, verschroben anmuten. Die Trauer ist für ihn zum Lebensinhalt geworden. Dies liegt einmal sicherlich am symbiotischen Charakter seiner Beziehung zu Walter, zum anderen aber auch an seiner sozialen Isolation, aus der ihn niemand hervorlockt.

GARTH
WALL
NORGE

Christian

Christian ist 33 Jahre alt, von Beruf Außenhandelskaufmann, lebt von Krankengeld und wohnt allein in einer Zweizimmer-Wohnung. Er ist Hiv-infiziert und hat mit einem Kaposi-Sarkom am Fuß bereits Aids-signifikante Symptome. Sein Partner Fred, zwölf Jahre älter als Christian, ist vor zweieinhalb Jahren an den Folgen von Aids gestorben.

Die Beziehung von Christian und Fred dauerte über zehn Jahre. In den ersten acht Jahren ihrer Partnerschaft lebten sie in einem kleinen Ort, wo sie zusammenwohnten und gemeinsam ein Restaurant führten. Die Beziehung war „sexuell und emotional weitgehend monogam". Wesentliche Lebensbereiche wie Arbeit, Freizeit, Freundeskreis und Sexualität wurden miteinander geteilt. Es kann von einer konventionell-konsensualen Partnerschaft gesprochen werden.

Die Diagnose Aids hatte unmittelbare Konsequenzen, denn Freds Krankheit sprach sich im Ort herum. Diskriminierungen zwangen das Paar zum Umzug nach Berlin. Diesen existentiellen Einschnitt kommentiert Christian so:

„Also dann wurde dir eigentlich bewußt, daß das, was du dir in den letzten acht Jahren aufgebaut hast, daß das, was du für die Zukunft geplant hast, mit einem Schlag fine – vorbei war /.../ Wir wollten einfach nur unser Leben leben und zusammen alt werden. Und mit einem Mal siehst du: es ist alles aus. Das hat mich total sauer gemacht."

Doch die hier anklingende Wut fand seinerzeit kein Ventil. Ein halbes Jahr vor seinem Tod wurde Fred pflegebedürftig, Christian übernahm mit Unterstützung seiner Familie sowie einer Sozialstation die Pflege. Aids, Sterben und Tod waren in der letzten gemeinsamen Lebensphase kaum ein Thema zwischen den Partnern:

„Heute ist mir klar, warum ich mit Fred nicht über Tod und Sterben reden konnte. All das hätte mich an meine eigene Situation, an mein eigenes Positivsein erinnert. Das konnte ich damals nicht."

Vermeidungsreaktionen wie diese sind nicht per se dysfunktional. Sie können dazu dienen, das eigene Ich vor zu großen Belastungen zu schützen. Antizipatorische Trauerverarbeitung kann zudem auch anders als durch Reden über das in Aussicht stehende Lebensende stattfinden. Für Christian war vor allem der schlechte Gesundheitszustand von Fred bedeutsam, der ein Leugnen des nahenden Todes nicht zuließ und eine Einstellung auf den Verlust ermöglichte:

„Ich möchte es niemandem wünschen, so zu sterben. Er lag schon ein halbes Jahr und hatte schon die Knochen durchgelegen. Sämtliche unangenehmen Sachen sind eingetreten. Er hatte zig Infektionen, er konnte nicht mehr essen, mußte sich ständig übergeben, konnte den Stuhl nicht mehr halten, war am Katheter angeschlossen zum Pinkeln, wirklich absolut unangenehm. Und er selber hat dann gesagt, er will nicht mehr leben. Er war dann schon so weit, daß er die Infusionen nicht mehr wollte."

Infolgedessen konnte der Tod des Partners von Christian sogar als Erlösung empfunden werden. Auch unmittelbar nach dem Tod war es ihm möglich, auf individuell adäquate Abwehr- und Bewältigungsstrategien zurückzugreifen. Das entstehende Gefühl der Leere ohne Freund füllte er zunächst mit Alkohol und Tabletten. Doch fing er sich offensichtlich rasch, was sich an der Gestaltung der Trauerfeier ablesen läßt:

„Die Zeremonie in der Kirche war im Prinzip eine Formalität. Wichtiger war für mich die Feier hinterher, bei der außer meiner Familie nur gute Freunde teilgenommen haben. Wir sind in ein ziemlich schickes und sündhaft teures Restaurant gegangen. Wir haben wirklich den ganzen Nachmittag dort verbracht, und es gab 'ne Rechnung, das waren ungefähr zwei Monatsgehälter von mir. Aber ich dachte, Fred war nie ein kleinlicher Mensch, ich meine, wir haben ziemlich üppig gelebt, da wollte ich beim Abschied auch nicht kleinlich sein. Also praktisch war das keine Trauerfeier, sondern eher..."

„War es eher ein Fest?"

„Ja. Es war ein Fest, irgendwo. Das hat halt einige gestört. Aber andererseits, von der Feier hat Fred nichts. Die Feier habe ich für mich gemacht, das sollte mir Trost geben und 'ne Möglichkeit, auf meine Art Abschied zu nehmen. Und ich bin froh, daß ich es so gemacht habe."

Die Bestattung fand auf Wunsch des Verstorbenen in dessen Heimatort statt. Christian wurde bei der Bestattung von Freds Verwandtschaft ignoriert, was ihn tief verletzte:

„Ich saß dann wirklich irgendwo in der letzten Reihe, ohne daß mich ein einziger von seiner Familie angesprochen hätte. Ich bin dann noch mit raus zur Beisetzung, selbst da hat mich keiner angesprochen. Auch der Priester hat mich und unsere Beziehung mit keinem Wort erwähnt. Ich stand wirklich ganz hinten und dachte, das träumst du bloß. Ich hab mich so beschissen gefühlt, daß ich anschließend gleich nach Hause gefahren bin."

Dieses Erlebnis hat verhindert, daß Freds Grab für Christian, wie sonst üblich, eine Quelle des Trostes und der Erinnerung sein konnte:

„Ich habe nur schlechte Erinnerungen an das Grab und diesen Friedhof. Seit damals bin ich auch nicht mehr hingefahren."

Auch in der Zeit nach der Bestattung entwickelte Christian alternative Strategien der Bewältigung. Als Ersatz für Grabbesuche diente ein Quasi-Ritual, das an Fred erinnern sollte:

„Ich hab' damals, als Fred beerdigt war, ein Bild von ihm hingestellt, und da hab' ich eine Rose davorgestellt. Wenn die Rose verblüht war, habe ich sie merkwürdigerweise – das war ein Spleen von mir – zum Trocknen aufgehängt und eine frische vor das Bild gestellt. Und als ich vor gut einem Jahr aus der Wohnung ausgezogen bin, habe ich diesen Strauß auch nicht selber wegschmeißen können. Es waren bestimmt mindestens hundert Rosen."

In der neuen Wohnung wurde diese ritualisierte Form des Trauerns nicht fortgeführt. Möglicherweise ist die Trauerarbeit mit dem Umzug in einem wichtigen Teil abgeschlossen worden. Quasi-Rituale dieser Art verweisen auf das bedeutsame Trauerphänomen des Erinnerns.[15] Im günstigen Fall führt es wie bei Christian zu einer psychischen Reorganisation, die für Neues offen ist. Christian konnte auch aggressive Gefühle gegenüber dem Verstorbenen zulassen:

„Wir hatten in unserer Beziehung logischerweise immer mal dieses Thema: Irgendwann haust Du sowieso ab, hat er mir gesagt, und läßt mich sitzen, und dann sitze ich allein da, und so. Auf einmal war es aber genau umgekehrt. Das ist natürlich blöd, wenn ich so überlege, aber damals habe ich gedacht: Du bist so ein Arsch, was soll das, Du hast mir immer vorgehalten, irgendwann haust Du ab. Aber jetzt sitz' ich allein hier mit der ganzen Scheiße am Hals. Wie soll ich denn damit jetzt fertig werden. Also, ich war damals der Meinung, es ist ein Unding, daß er einfach weg ist und mich allein läßt mit dem ganzen Mist, weil er damit sicher besser zurechtgekommen wäre."

Relevant für die Trauerbewältigung ist, in welchem Ausmaß Aggressionen auf die eigene oder die verstorbene Person zielen. Freud hat darauf aufmerksam gemacht, daß Wutgefühle, die ursächlich den Verstorbenen meinen, bei einem depressiven Menschen auf das eigene Selbst umgelenkt werden.[16] Dieses Problem bestand bei Christian offenbar nicht; er konnte sich seiner Wut auf Fred stellen. Darüber hinaus fand er im Schreiben langer Briefe an den Verstorbenen ein Medium, mit dessen Hilfe er seinen Gefühlen Ausdruck verleihen konnte.

Christian gehört zu den schwulen Männern mit zurückgezogener Lebensweise, die öffentlich weniger wahrgenommen werden. Bei ihm fallen die Erschwernisse durch die soziale Umgebung auf, sei es die Diskriminierung im Herkunftsort oder bei der Bestattung. Allerdings scheint er individuelle Ressourcen zu haben, sich davon nicht unterkriegen zu lassen. Darauf verweist auch seine Fähigkeit, in der Trauerverarbeitung mehrere Qusai-Rituale zu entwickeln, die ihm jenseits vorgegebener Trauerkonventionen eine langsame psychische Reorganisation ermöglichen. Dabei ist ebenfalls trotz vormals enger Bindung ein realistischer Blick auf die Beziehung zu seinem Partner hilfreich.

Udo

Udo ist 30 Jahre alt, Beamter im mittleren Dienst und bewohnt allein eine Zweizimmer-Wohnung. Seit fünf Jahren weiß er, daß er HIV-infiziert ist. Udo hat bisher keine Symptome einer AIDS-Erkrankung. Sein Freund Björn, vier Jahre älter, ist vor sieben Monaten an den Folgen von AIDS verstorben. Die Beziehung dauerte zwei Jahre.

„Wir haben ziemlich häuslich gelebt für meine Verhältnisse, sind nicht so viel weggegangen. Es war eine sehr enge Beziehung, sehr innig und emotional; nicht so 'ne total offene mit viel Fremdgehen. Es gab zwar auch sexuelle Geschichten mit anderen, aber wir sind auch sexuell so gut mit einander klargekommen, daß wir das eigentlich kaum gebraucht haben."

Dennoch lebten beide in wesentlichen Lebensbereichen nicht zwangsläufig komplementär. So hatten sie zum Beispiel getrennte Wohnungen und eigenständige Freundeskreise. Aus unserer Sicht kann diese Partnerschaft als innovativ-autonomiebewußt bezeichnet werden.

Udo ist seit Jahren in schwulen AIDS-Selbsthilfeorganisationen aktiv. AIDS ist für ihn zu einem Lebensthema geworden und war auch in der Beziehung mit Björn von Beginn an zentral. Ein halbes Jahr vor seinem Tod wurde Björn pflegebedürftig. Das Paar war auf diese Situation vorbereitet:

„Klar war für uns, daß als Krankenhaus nur das Auguste-Viktoria-Krankenhaus in Berlin-Schöneberg in Frage kommt. Ich hab's auch bei Freunden erlebt: Die sind schwulenfreundlich und beziehen dich auch als Partner in die Pflege ein. Genauso geklärt war, daß ich mit Hilfe einer Sozialstation die Pflege übernehme in den Phasen, in denen Björn zu Hause war. Ich hab' damals halbtags gearbeitet, deshalb war das kein Problem."

Udos Aktivitäten und persönliche Erfahrungen im Zusammenhang mit AIDS haben also eine umfassende antizipatorische Trauerverarbeitung bewirkt, die sich neben einer inneren Auseinandersetzung auch in lebenspraktischen Vorbereitungen auf den Verlust äußerte:

„Ich hab' das bei Bekannten oft genug erlebt, daß die nach dem Tod ihres Freundes in ein riesiges Loch gefallen sind. Trotz der Pflege hab' ich drauf geachtet, daß der Kontakt zu meinen Freunden nicht abbricht. Merkwürdigerweise war es sogar Björn, der mich bestärkt hat, mit den Außenaktivitäten weiterzumachen, sonst hätte ich das bestimmt nicht durchgehalten."

Trotz seiner Erfahrungen und des selbstverständlichen Umgangs mit der Krankheit stellte der Zeitraum vor dem Tod des Freundes für Udo eine starke emotionale Belastung dar. Depressive und aggressive Emotionen spielten eine Rolle:

„Ich war zwischendurch ganz schön fertig und ziemlich verzweifelt. Ich hab mich so manches Mal bei einem Freund von mir ausgeheult. Ich hatte auch Wutausbrüche, bevor Björn gestorben ist, auch in der ganzen Zeit, als ich ihn gepflegt habe. Ich hab' das dann auch rausgelassen, mit Tanzen zum Beispiel. Ich bin dann rausgegangen in die Disco und bin dann wirklich auf der Tanzfläche rumgesprungen und rumgehampelt, so wie ich mich sonst nicht kannte, und hab' dann hinterher auch eine Erleichterung gemerkt."

Die Phase vor dem Tod des Partners war also durch eine intensive Einstimmung auf das Sterben und die Trauer gekennzeichnet, wobei Udo belastende Emotionen zulassen konnte und individuelle Formen der Bewältigung fand. Auch waren in den letzten drei Jahren mehrere Bekannte und Freunde an den Folgen von AIDS verstorben. Das läßt – im Sinne einer Bewältigungskompetenz – eine psychische Vorbereitung auf Verlusterfahrungen vermuten, die schon im Vorfeld der Beziehung mit Björn begann und sie prägte. Björn starb im Krankenhaus. Udo und zwei gute gemeinsame Freunde waren dabei:

„Irgendwann hatte ich das Gefühl, daß ich loslassen kann. Es war ein Abschiednehmen, das mir gar nicht so stark wehgetan hat. Was heißt: nicht stark wehgetan – es war irgendwie okay, daß er jetzt geht, nach einigen Stunden, das muß er auch gespürt haben. Er ist dann morgens gegen fünf Uhr eingeschlafen und er hat in meinen Armen gelegen. Alle waren da, und jeder hat ihn berührt in dem Moment. Er muß ohne Schmerzen ganz einfach eingeschlafen sein. Ich wollte dann erst mal mit ihm alleine sein. Ich war allein mit ihm im Zimmer, und da kam es bei mir irgendwie hoch, so daß ich ganz laut zwei-, dreimal geschrien hab'. Aber das war dann okay, weil da die Tränen gelaufen sind wie Wasserfälle. Das war dann wie eine innere Befreiung. Die haben ihn nicht gleich weggeschafft, was ich ganz gut fand, ich hab' dann später nochmal bei ihm am Bett gesessen und Rückschau gehalten. Die gemeinsame Zeit im Urlaub, als wir in Florida waren. Ja, ich denke, das war ein sehr – in Anführungsstrichen – gutes Abschiednehmen. Gut, klar erwischt es mich immer mal, wenn ich jetzt Videos zusammenschneide oder irgendwas mache, was mich an ihn erinnert, dann kommt es schon mal vor, daß ich mich auf die Erde werfe und anfange zu heulen. Doch ich denke, das ist eine Trauer, die ich zulassen kann, die ganz wichtig ist. Wenn ich das wegstecken würde, käme ich nicht damit klar."

Björns Tod war für Udo kein Schockerlebnis, was sowohl auf Udos antizipatorische Trauerverarbeitung als auch auf den friedlichen, schmerzfreien Sterbeprozeß seines Freundes zurückgeführt werden kann. Beide Faktoren haben vermutlich den unmittelbaren Ausdruck von Trauergefühlen ermöglicht, der Canacakis zufolge für eine gelingende Trauerbewältigung entscheidend ist.[17]

Die Bestattung und die Regelung der Formalitäten verliefen konfliktfrei. Udo hatte mit Hilfe seiner Freunde eine Trauerfeier organisiert, zu der ausschließlich gute Bekannte und Freunde eingeladen waren. Einige Tage nach der Trauerfeier wurde der Leichnam im Kreise von Björns Herkunftsfamilie in dessen Heimat beigesetzt:

„Zu meiner Familie hab' ich seit meinem Coming out keinen Kontakt mehr. Bei Björn war das anders. Er wollte in seinem Heimatdorf beigesetzt werden. Ich wollte da nicht unbedingt dabei sein, was mir auch einfach zuviel geworden wäre. Den ganzen Familienmuff, wo der größte Teil von denen mit dem Schwulsein und dem Positivsein gar nicht umgehen kann. Und ich da ganz alleine, und dann vielleicht noch mit dummen Sprüchen vollgelabert werden, das wollte ich mir nicht antun. Es gibt da unten ganz einfach keine Bekannten, keine schwulen Freunde. Ich wäre der einzige gewesen. Das hat Björns Mutter auch akzeptiert."

„Hast Du noch vor, das Grab aufzusuchen?"

„Ich hab' schon nochmal vor, da runter zu fahren, um – in Anführungsstrichen – nochmal Abschied zu nehmen, aber das Grab ist für mich nicht so wichtig. Ich brauch das nicht, um mich an ihn zu erinnern."

Udo ist ein Mann mit äußerst aktiven Bezügen zur großstädtischen schwulen Infrastruktur. Damit ist er im Hinblick auf soziale Unterstützung gut abgesichert. Die bei vielen Trauernden typischen Phänomene wie Verleugnung, Suche, Schuld, Wut etc. traten bei Udo nach dem

Tod seines Partners nicht auf. Offensichtlich hat der antizipatorische Bewältigungsprozeß eine vergleichsweise zügige Reorganisation seiner Lebenssituation ohne Björn begünstigt, denn seit zwei Monaten ist Udo wieder fest befreundet. Eine Rolle dürfte dabei aber auch die Qualität der Partnerschaft zwischen Udo und Björn gespielt haben. Der Verzicht auf traditionelle Beziehungsmuster, wie z.B. gemeinsame Wohnung oder gemeinsamer Freundeskreis, sowie Udos starke emotionale Bezüge zu Dritten wirkten vermutlich vorteilhaft.

Die vorgestellten drei Trauerverläufe verweisen darauf, wie individuell verschieden sich die Trauer bei schwulen Hinterbliebenen, die ihre Partner durch Aids verloren haben, darstellen kann. Bei Harald dominieren regressive Bewältigungsmechanismen. Er kann Ressourcen weder durch die Verarbeitung der Beziehung noch aus der sozialen Umgebung mobilisieren.

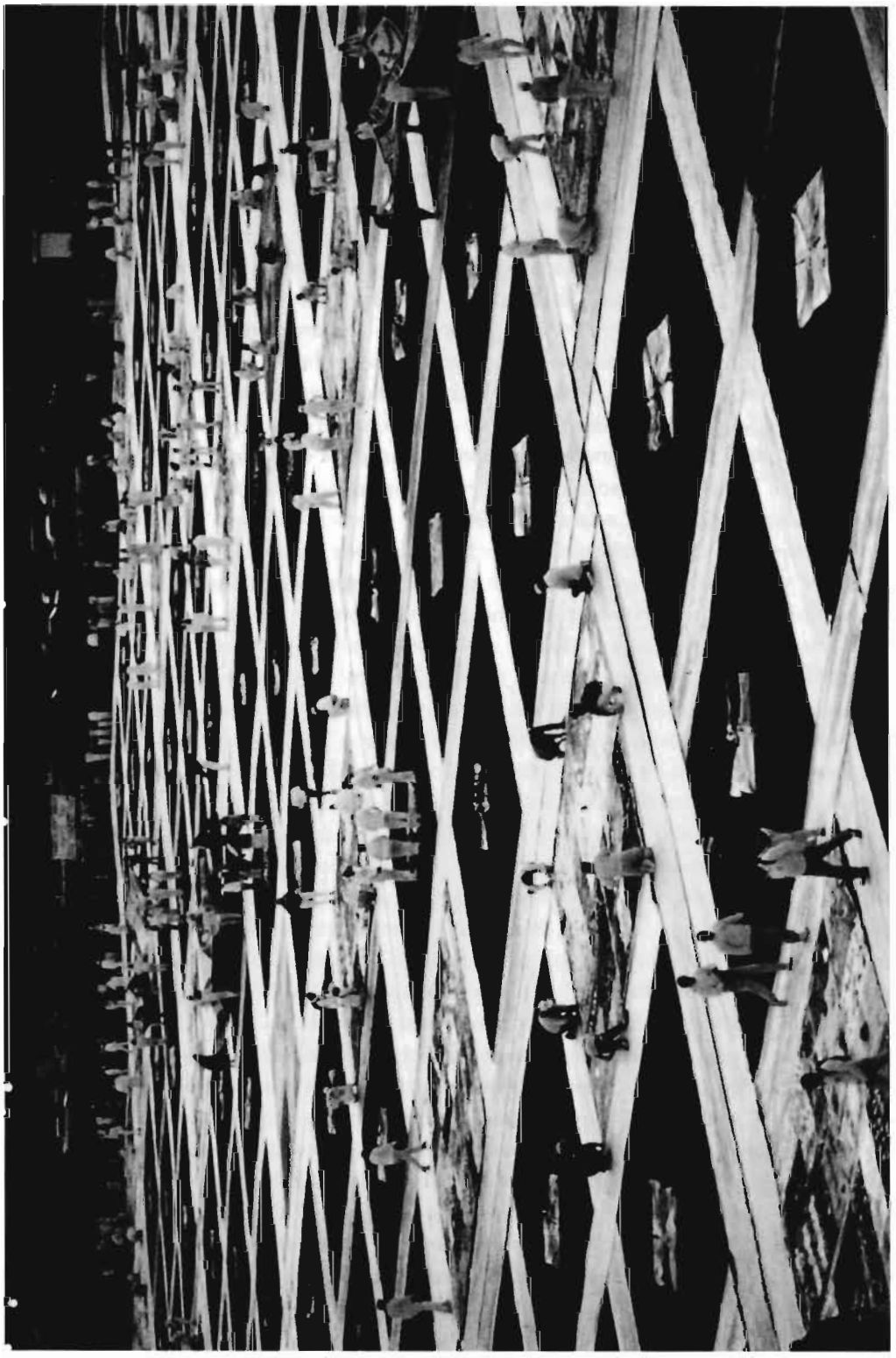
Verallgemeinernd kann vielleicht gesagt werden, daß traditionell-symbiotische Beziehungsmuster eine Verleugnung der Realität des Todes und letztlich einen problematischen Trauerverlauf begünstigen. Bei Christian überwiegen adaptive Bewältigungsstrategien. Er muß sich mit sozialer Nichtakzeptanz auseinandersetzen; die enge, langjährige Bindung an seinen Freund steht ihm in der Trauerverarbeitung nicht im Wege. Für konventionell-konsensuale Beziehungen gilt möglicherweise dennoch, daß die gelebte Komplementarität der Partner in den meisten Lebensbereichen eine psychische Reorganisation nach dem Tod nicht einfach macht. Bei Udo sticht die antizipatorische Bewältigung des Verlusts ins Auge. Er kann Ressourcen sowohl aus dem sozialen Umfeld als auch aus der Reflexion seiner Beziehung nutzen. Die Beibehaltung von weitgehender persönlicher Eigenständigkeit in innovativ-autonomiebewußten Partnerschaften scheint eine Reorganisation nach dem Ableben zu erleichtern.

Schlußfolgerungen für die Trauerberatung

Die meisten schwulen Hinterbliebenen bewältigen ihren Verlust ohne Hilfe von außen. Das bedeutet jedoch nicht, daß kein Gesprächsbedarf bestünde. Ein zentrales Problem besteht darin, daß von Trauernden selten Selbsthilfeaktivitäten ausgehen, weil ihre Ressourcen fast völlig von ihrer verstörten Gefühlswelt aufgezehrt werden. Doch mit sozialem Rückzug meldet man keinen Bedarf an, setzt man Träger psychosozialer Dienste nicht unter Handlungszwang. Für diese gilt demzufolge die Verpflichtung, eigenständig Angebote zu machen, z.B. in Form von individueller Beratung, organisierten Freizeitangeboten speziell für Trauernde, angeleiteten Trauergruppen oder Therapie.

Welche Art der Hilfe sinnvoll ist, hängt stets vom Einzelfall und den Wünschen der Hinterbliebenen ab. Individuelle Beratung bietet sich bei Einzelproblemen an, bei denen entlastendes Zuhören/Erläutern (z.B. im Falle irritierender Unrast) oder entlastendes Helfen (z.B. im Falle von Mietrechtsproblemen) angesagt sind. Organisierte Freizeitangebote können angezeigt sein, um schwule Trauernde aus ihrer sozialen Isolation hervorzulocken. Angeleitete Trauergruppen sind für Menschen geeignet, die den erlittenen Verlust gezielter mit anderen Betroffenen aufarbeiten wollen. Therapien schließlich machen besonders bei offensichtlichen Komplikationen im Trauerverlauf Sinn.

Unseres Erachtens sind im Rahmen der psychosozialen Begleitung von Trauernden folgende Aufgaben relevant: Wissensvermittlung über die Normalität der typischen Trauermani-



festationen, Thematisierung des Verlusts, um eine Akzeptanz der Realität des Todes zu fördern, Unterstützung bei der Wahrnehmung und Einordnung von Gefühlen wie Wut, Schuld oder Angst, Raum geben zum Ausdruck von Gefühlen wie Weinen, sensibel sein für wirtschaftliche, juristische oder alltagspraktische Probleme, Ermutigung des Trauernden zur Eigeninitiative, aufmerksam machen auf weitere Hilfsangebote. Die Helfer sind gut beraten, wenn sie die Hinterbliebenen nicht bedrängen, individuelle Besonderheiten respektieren und eigene normative Erwartungen an „richtiges" Trauern beständig kritisch hinterfragen.

Neben diesen allgemeinen Grundsätzen scheinen uns bezogen auf schwule Hinterbliebene weitere spezifische Gesichtspunkte beachtenswert. Zunächst einmal wäre zu wünschen, daß eine psychosoziale Unterstützung schon vor dem Verlust ansetzt und beispielsweise Überforderungen durch die Pflege, Konflikte in der Partnerschaft oder Ängste vor dem drohenden Verlust zum Gegenstand hat. Damit kann Konflikten wie einer nach dem Tod möglicherweise auftretenden Schuldproblematik vorgebeugt werden. Hilfreich kann auch der Hinweis auf den Vorteil der Verfügung eines Testaments oder die Klärung der Bestattungszeremonie sein, um juristische Auseiandersetzungen oder materielle Not kalkulierbar zu machen. Die Helfer sollten wissen, daß die Beerdigung für den schwulen Hinterbliebenen zum Desaster werden kann, wenn in der Grabrede beispielsweise sein Status ignoriert wird. Eine Beratung sollte Möglichkeiten sozialer Stigmatisierung ausloten, eventuell Vorschläge alternativer Gestaltungsformen unterbreiten und vermittelnd wirken, unter anderem bei der Wahl eines schwulenfreundlichen Bestattungsunternehmens.

Von Pollak [18] stammt der Hinweis, daß zunehmend homosexuelle Männer unterer sozialer Schichten von AIDS betroffen sein werden. Damit ist verstärkt auch mit wirtschaftlichen Sorgen parallel zur Trauer, beispielsweise Verlust des Partners bei persönlicher Arbeitslosigkeit, zu rechnen. Schließlich ist die besondere Situation HIV-infizierter Hinterbliebener zu berücksichtigen, denen in Teilen die Orientierung in der Trauer durch die Auseiandersetzung mit der eigenen begrenzten Lebenserwartung möglicherweise schwerer fällt.

Weder Selbsthilfeorganisationen noch die herkömmlichen Beratungsdienste der Gemeinden, Wohlfahrtsverbände und Kirchen haben bis dato ein adäquates Hilfsangebot für schwule Trauernde entwickelt, das die vorgenannten Überlegungen gezielt umsetzt. Zweifellos ist dieses Defizit auch auf einen Mangel an fachlicher Kompetenz zurückzuführen: Selbsthilfeorganisationen sind in der Regel wenig mit dem Phänomen Trauer und seinen Implikationen für Beratung und Betreuung vertraut; den traditionellen Einrichtungen fehlt meistens das Wissen um schwule Lebenswelten im Angesicht von AIDS. Aus dem Bereich der AIDS-Hilfen wissen wir, daß es in München, Hamburg, Frankfurt und Berlin Versuche der Trauerarbeit mit schwulen Hinterbliebenen gab, die aber anscheinend ohne überregionalen Erfahrungsaustausch wieder lokal versandet sind. In dieser Situation lohnt eine Auseiandersetzung mit bestehenden Konzeptionen von Trauerarbeit [19] für die Entwicklung eigener adäquater Arbeitsansätze. Für die herkömmlichen Beratungsdienste gilt, daß sie die homosexuelle Klientel oftmals allein durch Bezeichnungen wie „Ehe- und Familienberatungsstelle" abschrecken.[20] Da die fachlichen Kompetenzen derzeit unausgewogen verteilt sind, plädieren wir für ein Aufeinanderzugehen, einen Wissensaustausch, eine Zusammenarbeit und sogar für gemeinsame Trauerberatungs- und betreuungsprojekte von Selbsthilfeorganisationen und institutionellen Beratungseinrichtungen.

Anmerkungen

[1] Jerneizig et al. 1991, S. 11-14; Dille et al. 1992, S. 13 f.
[2] Lofland 1985, S. 172
[3] Bowlby 1991, S. 128 f.
[4] Worden 1987, S. 19-25
[5] Jerneizig et al. 1991, S. 36
[6] Becker 1986, S. 241
[7] z.B. Sanders 1988, S. 106 f.
[8] Spiegel 1973, S. 93 ff.
[9] Spiegel 1973, S. 170 ff.
[10] vgl. Bowlby 1991, S. 114 ff.
[11] Jerneizig et al. 1991, S. 36
[12] Spiegel 1973, S. 245 ff.
[13] Jerneizig 1991, S. 96
[14] Kast 1992, S. 133
[15] Spiegel 1973, S. 277 ff.
[16] Freud 1915/1969, S. 434
[17] Canacakis 1992, S. 25
[18] Pollak 1990, S. 73 f.
[19] z.B. Canacacis 1987, Jerneizig et al. 1991, Dille et al. 1992
[20] Siegal/Hoefer 1981, S. 532

Literatur

BECKER, Sophinette: Angst – Schuld – Krankheit. In: Frings, Matthias (Hg.): Dimensionen einer Krankheit – AIDS. Hamburg, 1986, S. 241-250

BOWLBY, John: Verlust. Trauer und Depression. Frankfurt 1991

CANACAKIS, Jorgos: Ich sehe Deine Tränen. Zürich/Stuttgart 1987

CANACAKIS, Jorgos: Ich begleite dich durch deine Trauer. Zürich/Stuttgart 1992

DILLE, Sabine; KAHL-PASSOTH, Susanne; v. WALTHER, Agnes: Nimmt das denn nie ein Ende? Mit Trauer leben lernen. Gütersloh 1992

DOKA, Kenneth J.: Silent Sorrow: Grief and the Loss of Significant Others. In: Death Studies, 1987, 11, S. 455-469

FREUD, Sigmund: Trauer und Melancholie (1915); in: ders.: Gesammelte Werke, Bd. 10, London/Frankfurt 1969

HILCKMANN, Martin: Trauerprozesse bei Hinterbliebenen von AIDS-Verstorbenen. Eine empirische Untersuchung. Diplomarbeit an der FHSS Berlin, 1992

JERNEIZIG, Ralf; LANGENMAYER, Arnold; SCHUBERT, Ulrich: Leitfaden zur Trauertherapie und Trauerberatung. Göttingen 1991

KAST, Verena: Trauern. Phasen und Chancen des psychischen Prozesses. Stuttgart 1992

LOFLAND, Lyn H.: The Social Shaping of Emotion: The Case of Grief. In: Symbolic Interaction, 1985, 8 (2), S. 171-190

POLLAK, Michael: Homosexuelle Lebenswelten im Zeichen von AIDS. edition sigma, Berlin 1990

SANDERS, Catherine M.: Risk Factors in Bereavement Outcome. In: Journal of Social Issues 1988, 44(3), S. 97-111

SIEGAL, Reva L.; HOEFER, David D.: Bereavement Counseling for Gay Individuals. In: American Journal of Psychotherapy, 1981, 35 (4), S. 517-525

SPIEGEL, Yorick: Der Prozeß des Trauerns. Analyse und Beratung. München 1973

WORDEN, William J.: Beratung und Therapie in Trauerfällen. Ein Handbuch. Bern/Stuttgart/Toronto 1987

ZILLICH, Norbert: Mit dem Tod leben lernen. Über kollektive und individuelle Trauer bei homosexuellen Männern im Angesicht von AIDS. In: WZB papers, Veröffentlichungsreihe der Forschungsgruppe Gesundheitsrisiken und Präventionspolitik, Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung, Berlin 1992

Was nützen alle Vorwürfe? – Arbeit mit Angehörigen

Helga Thielmann

Es begann vor einigen Jahren, als AIDS noch etwas Exotisches war. Jedenfalls für Otto Normalverbraucher. Sicher, auch ich hatte davon gehört, im Radio wurde darüber geredet. Aber ich dachte wie viele damals: Was geht's mich an? Meine Familie hat doch nichts damit zu tun. Doch der Wahn war kurz.

Er dauerte nur einige Monate. Irgendwann stand einer meiner Söhne – ich habe deren drei – vor mir und erklärte, er sei „positiv".

Eigentlich bin ich ziemlich hart im Nehmen, aber ich gestehe, daß ich weiche Knie bekam. In meinem Kopf überschlugen sich die Gedanken. Alles Mögliche wie Ansteckung, Tod, Sterben, wie soll ich mich verhalten, ging durch meinen Kopf. Man konnte mir wohl ansehen, was in mir vorging. In einem weiteren Gespräch zerstreute mein Sohn meine Bedenken. Jedenfalls für diesen Augenblick.

Der Gedanke an AIDS verließ mich in den folgenden Tagen nicht. Daran zu denken, ich könnte mein Kind verlieren, machte mich fast verrückt. Und ich konnte nichts tun! Das war für mich das Schlimmste. Ich, die immer Rat und Hilfe wußte, stand nun, wie es schien, völlig hilflos dieser Krankheit gegenüber. Damit wollte und konnte ich mich einfach nicht abfinden. Aber was sollte, besser: was konnte ich tun?

Einige Tage später fand ich einen Artikel über die örtliche AIDS-Hilfe in der Tageszeitung. Man schrieb über die seit einiger Zeit geleistete Arbeit und daß man noch ehrenamtliche Helfer suchte. Mir fiel ein, daß mein Sohn erzählt hatte, auch er sei bei einer AIDS-Hilfe engagiert. Kurzum: Da ich ohnehin zu jenem Zeitpunkt nach einer geeigneten sozialpolitischen Betätigung suchte, kam ich zu dem Schluß, daß ich ebensogut bei der AIDS-Hilfe etwas für die Belange meines Sohnes und anderer Betroffener tun könnte.

Ich hatte ein Vorgespräch mit einem jungen Mann, der zum Vorstand der AIDS-Hilfe gehörte. Ich sagte ihm, daß ich eigentlich selbst noch Hilfe brauche, um das Positivsein meines Sohnes verarbeiten zu können, daß ich aber auch gern helfen würde bei der sicherlich reichlich vorhandenen Arbeit. Wir wurden uns bald einig. Ich sollte in einigen Tagen an einem Gruppentreffen teilnehmen.

Mit ziemlich gemischten Gefühlen ging ich zu diesem Treffen. Ich wußte zwar, daß mein Sohn schwul ist, war aber sonst noch nie wissentlich mit Schwulen zusammengewesen. Doch ich hatte A gesagt, nun mußte ich auch B sagen. In der AIDS-Hilfe traf ich etwa zehn Leute, darunter ein oder zwei Frauen. Ich wurde sehr freundlich aufgenommen, obwohl es auch erstaunte Blicke gab, daß ich als Mutter dort aufkreuzte. Ich erzählte von meiner Hilflosigkeit, der Angst, meinen Sohn zu verlieren. Und man nahm sich meiner liebevoll an. Es gab an diesem Abend und in der folgenden Zeit oft gute Gespräche, innerhalb der Gruppe, aber auch mit einzelnen Leuten. Und ich lernte bald, mit meiner Hilflosigkeit umzugehen. Ich

nahm an Veranstaltungen teil, besuchte Seminare, lernte, wie man Telefondienst macht am Beratungstelefon, wo hilfesuchende Menschen anonym anrufen können. Und ich half mit, Präventionsveranstaltungen zu organisieren. Nach einigen Monaten bekam ich auf ABM-Basis eine Stelle als Verwaltungskraft in der AIDS-Hilfe.

In jene Zeit fiel „mein" erster Krisenanruf. Niemand außer mir war in der Dienststelle, als morgens früh ein junger Mann anrief. Er wollte unseren Psychologen sprechen. Er rief von auswärts an, es ging ihm seelisch sehr schlecht. Erst seit ein paar Tagen hatte er sein positives Testergebnis, war verzweifelt und wollte sich das Leben nehmen. Mir blieb also nichts weiter übrig, als mit ihm zu reden. Ich erzählte ihm, daß ich auch einen positiven Sohn habe und fragte ihn, ob er sich mir anvertrauen wolle. Wir haben dann über eine Stunde miteinander geredet. Ich sagte ihm, er könne mich auch zu Hause anrufen, wenn er jemanden zum Sprechen braucht. Danach habe ich ihn über viele Monate gemeinsam mit unserem Psychologen betreut.

Ich blieb zwei Jahre hauptamtliche Mitarbeiterin der AIDS-Hilfe. In den letzten Wochen vor Beendigung meiner Tätigkeit (die ABM war ausgelaufen und wurde nicht verlängert) kam ein Freundespaar in die AIDS-Hilfe. Beide hatten gerade ihr positives Testergebnis erhalten. Nun standen sie vor dem Problem, ihren Eltern sagen zu müssen, daß sie schwul und positiv sind. Nachdem sie einige Male unsere Sozialarbeiterin aufgesucht hatten, wandten sie sich an mich mit der Bitte, ich möge doch ein Gespräch mit ihren Müttern führen. Sie glaubten, daß ich ihre Mütter dazu bewegen könnte, die Situation zu akzeptieren.

Ich traf mich einige Male mit den Müttern, sah auch den Vater des einen jungen Mannes. Wir sprachen über AIDS und darüber, daß die beiden nicht mehr die besten Immunwerte hatten. Besonders bei einem Sohn waren sie schon sehr niedrig. Da seine Eltern finanziell recht gutgestellt waren und sie mich fragten, was sie für ihren Sohn tun könnten, gab ich ihnen den Rat: „Wenn Sie noch etwas Gutes tun wollen, dann tun Sie es bald."

Und hier hörte ihre Kooperation auf. Sie wollten überhaupt nicht begreifen, was tatsächlich mit ihrem Sohn geschah. Als er schon lange nicht mehr arbeiten konnte, versuchte ihm der Vater immer noch einzureden, wenn er nur wieder eine Arbeit hätte, ginge es ihm sicherlich wieder besser. Sie ließen sich alles mögliche erklären, aber wenn ich zur Tür hinausging, sah ich ihren Gesichtern an, daß sie nichts begriffen hatten. Eines Tages verbat sich der Vater meine weiteren Besuche mit den Worten, ich solle mich nicht länger in seine Familienangelegenheiten einmischen.

Zwischen den beiden jungen Menschen und mir hatte sich ein enges Vertrauensverhältnis entwickelt. Mein Freund war sehr traurig über die Reaktion seines Vaters. Später steckte ihm die Mutter heimlich immer wieder etwas zu, wovon der Vater aber nichts wissen durfte. Diese Menschen hatten sich im Laufe der Zeit nicht geändert, selbst angesichts des Todes wurde noch gelogen und verheimlicht. Mein Freund starb vor kurzer Zeit. Noch vor seiner Beerdigung warfen die Eltern seinen Lebenspartner aus dem Haus.

Die Mutter des anderen jungen Mannes war zugänglicher, obwohl sie große Probleme mit dem Schwulsein ihres Sohnes hatte. Sie gab ihm Liebe und Vertrauen, während der Vater es kategorisch ablehnte, über den Zustand seines Sohnes zu reden. Und so ist es auch heute noch.

Diese Erlebnisse gaben mir viel zu denken. Ich überlegte, daß sich die AIDS-Hilfen eigentlich auch um Eltern und Geschwister kümmern müßten. Denn für die Angehörigen

schien es ja fast genauso schwer zu sein, mit der Krankheit umzugehen. In dieser Zeit versuchte ich mit Kollegen, an meinem Wohnort eine Angehörigengruppe aufzubauen. Aber das scheiterte an der Schwellenangst der Menschen. Der Ort war nicht groß genug, um die AIDS-Hilfe anonym betreten zu können. Vielleicht war es für Eltern auch schwierig, mit jüngeren Menschen über ihre Probleme zu reden. Es mußte also eine andere Möglichkeit gefunden werden. Mir kam die Idee, man müsse Seminare oder Workshops für Angehörige veranstalten. So, wie man das auch für die Weiterbildung der AIDS-Hilfe-Mitarbeiter machte.

Als ich die Bundesgeschäftsstelle der Deutschen AIDS-Hilfe in Berlin besuchte, sprach ich gegenüber einem Kollegen, der für derartige Veranstaltungen zuständig war, das Thema „Eltern und Geschwister" an. Sicher, meinte er, aber das ginge wohl über die Vorstellung der AIDS-Hilfe hinaus. Ich ließ jedoch nicht locker und wiederholte jedes Mal, wenn ich in Berlin war, meine Forderung. In jener Zeit dachte ich noch nicht daran, diese Arbeit eines Tages selbst zu tun.

Als ich wieder einmal dem Berliner Kollegen mein Anliegen vortrug, meinte er, eigentlich könne ich doch diese Aufgabe übernehmen. Ich sei als betroffene Mutter sicherlich die Richtige dafür. Er führte ein kurzes Gespräch mit dem damals zuständigen Referenten. Dann war es beschlossene Sache, daß ich einen Workshop für „Eltern und Geschwister von Positiven und Menschen mit AIDS" leiten sollte. Ich wollte das gemeinsam mit einem Psychologen tun, damit es kein „Kaffeekränzchen" würde. Vielmehr sollte den Angehörigen die Möglichkeit geboten werden, über ihre Probleme zu reden. Ich dachte, wenn es ihnen gelingt, ihre eigenen Probleme mit dem Schwulsein und mit HIV/AIDS aufzuarbeiten, dann könnten sie auch einen besseren Kontakt zu den Betroffenen entwickeln. Denn was nützen alle Vorwürfe, wenn man eines Tages am Grab stehen und bereuen muß, so Vieles nicht gesagt und getan zu haben. Es müßte doch möglich sein, die noch verbleibende Zeit gut miteinander zu verbringen. Um die erwachsenen Kinder so akzeptieren zu können, wie sie sind, dazu gehört vor allem viel Verständnis.

Also machte ich mich auf die Suche nach einem Psychologen. Das war leichter gesagt als getan. Diejenigen, die ich kannte und gewollte hätte, bekam ich nicht, da sie zu beschäftigt waren. Eines Tages sprach mich ein Kollege an und fragte mich, ob ich schon einen Psychologen hätte. Als ich verneinte, gab er mir eine Berliner Adresse. Dieser Psychologe hätte einen guten Ruf, und ich sollte es doch einmal dort versuchen. Ich rief ihn an, wir trafen uns, und ich erzählte ihm von meinem Vorhaben. Er erbat sich Bedenkzeit. Nach einiger Zeit sagte er zu.

Wir legten den Termin für unseren ersten Workshop fest. Ich wählte einen Ort in Oberbayern mit einem besonders guten Tagungshaus. Denn die Leute sollten sich auch wohlfühlen. Ich schrieb die Einladungen, schilderte kurz, wer ich war und was ich vorhatte, und verschickte sie bundesweit an die AIDS-Hilfen. Dann wartete ich auf Anmeldungen. Ich war sehr gespannt, ob es Menschen gab, die bereit waren, über ihre Probleme zu reden. Der Psychologe und ich hatten uns darauf geeinigt, nicht mehr als zehn Personen in den Workshop zu nehmen. Schließlich hatte ich neun Anmeldungen.

Ich war ziemlich aufgeregt auf der Fahrt zum Tagungsort. Gewiß, ich hatte schon an etlichen Seminaren teilgenommen, aber hier war ich zum ersten Mal selber verantwortlich. War das richtig, was ich mit dem Workshop erreichen wollte? Waren Menschen, die sich nicht kannten, überhaupt bereit, ihre Verhältnisse und Probleme auf den Tisch zu legen? Solche und ähnliche Gedanke gingen mir durch den Kopf.

Am Bahnhof des Bestimmungsortes standen einige suchend dreinblickende Leute. Ich sprach sie an, und richtig: Sie wollten auch zum Workshop. Nett waren sie alle, und so wuchs auch mein Mut wieder. Das Haus war toll und der Service angenehm. Dann kam der Psychologe: ein Mensch mit Charisma, der die Menschen schnell in seinen Bann zog und auf diese Weise das Kennenlernen erleichterte. Wir arbeiteten von Freitagabend bis Sonntagmittag, und es wurde ein voller Erfolg.

Inzwischen sind die Angehörigen-Workshops so begehrt, daß wir trotz erhöhter Teilnehmerzahlen Absagen erteilen müssen. Einige Menschen kommen immer wieder, wenn sich ihre Situation verändert hat. Und in jedem Workshop gibt es Neulinge. Bei den Teilnehmern überwiegen die Mütter, ab und zu ist auch ein Bruder oder eine Schwester darunter. Aber es gibt auch Väter, die den Weg zu uns finden. Bei ihnen wird besonders deutlich, wie wandlungsfähig Menschen sein können.

In den Workshops treffen sich Angehörige von Schwulen, von weiblichen und männlichen Drogengebrauchern und Ex-Usern, von Blutern, von Menschen, die nicht den „klassischen" Betroffenengruppen zuzurechnen sind. Für die Angehörigen von ehemals oder aktuell Drogengebrauchenden ist die Situation besonders dramatisch. Durch die Drogenkarriere ihrer Angehörigen sind diese Familien eigentlich längst am Ende ihrer Kräfte angelangt. Jetzt sind sie auch noch mit der Tatsache Aids konfrontiert.

Jeder hat in unseren Workshops Gelegenheit, sich ausführlich mitzuteilen. Viele Teilnehmer sprechen hier zum ersten Mal über ihre Probleme, ihre seelische Not. Ihr soziales Umfeld soll nichts von der Infizierung oder Erkrankung erfahren, sie haben Angst vor Repressalien und dem Verlust ihrer sozialen Bindungen. Immer wieder kommt die Schuldfrage zur Sprache, und es wird über die schlechte Verständigung mit den Betroffenen geklagt. Es ist erstaunlich, mit welcher Offenheit die Menschen sich ihr Leid von der Seele reden.

Aufgrund meiner Anstellung bei der Deutschen Aids-Hilfe lebe ich nun seit etwa zwei Jahren in Berlin. Hier gründete ich 1991 eine örtliche Angehörigengruppe. Unsere Gruppe – Eltern, Geschwister und Lebenspartner von Betroffenen – trifft sich in Abständen von drei Wochen. Hier erfahre ich hautnah die alltäglichen Probleme im Zusammenhang mit Pflege, Betreuung und Sterbebegleitung und wie die Angehörigen nach dem Tod des Betroffenen weiterleben. Die Erfahrungen aus dieser Gruppe haben mir zu der Erkenntnis verholfen, daß wir die Menschen, die sich der Pflege widmen, nicht alleinlassen dürfen, vor allem nicht in ländlichen Gebieten. Dort nämlich, wo die Erkrankung möglichst geheim bleiben soll, ist die Familie bei der Pflege besonders gefordert. Auch sind nicht alle Sozialstationen bereit, Aids-Kranke zu versorgen. Ebenso wichtig ist es, die Hinterbliebenen nach dem Tod ihres Angehörigen noch ein Stück zu begleiten, da sie viele Fragen aufzuarbeiten haben und hierbei Unterstützung brauchen. Für diese Menschen werden im kommenden Jahr „Trauerseminare" veranstaltet.

In letzter Zeit bin ich einige Male zu „Positiventreffen" eingeladen worden. Für mich war es sehr lehrreich, dort mit den Betroffenen über ihre Probleme mit der Familie zu sprechen. Es gibt offensichtlich recht viele Eltern, die auf ihre Söhne oder Töchter mit Unverständnis und Ablehnung reagieren. Manchmal fühle ich mich hilflos. Dann wünsche ich mir, es gäbe mehr Möglichkeiten, um auch solche Eltern zu erreichen, um ihnen klarmachen zu können, daß mit etwas mehr Entgegenkommen und Toleranz viel Lebensqualität gewonnen werden kann.

Zwischen allen Stühlen – Arbeit mit Strichern

Wolfgang Werner

Wer über das Thema „Aspekte der Arbeit mit Strichern" schreiben will, denkt zunächst an die Diskrepanz zwischen der notwendigen Darstellung von öffentlichkeitswirksamen Angeboten für Stricher und der für ihren Beruf so notwendigen Diskretion. Das gilt besonders für Hiv-positive Stricher, denn selbst unter Strichern werden positive Kollegen diskriminiert. In den Sinn kommen auch die Schwierigkeiten, die freie Träger mit staatlichen Institutionen haben, wenn es z.B. um Stricher geht, die auf Trebe sind und nicht mehr in ihre Heimatorte zurück wollen. Dann reihen sich in Gedanken die Arbeitsweisen auf, die vom Pädo-Ansatz bis zum karitativ-moralischen Imperativ „Weg vom Strich!" reichen. Alle Arbeitsweisen geben vor, die Interessen der Jugendlichen zu vertreten, doch viele Mitarbeiter von Stricherprojekten bevorzugen immer noch die klassische Sozialarbeit – die Selbsthilfeförderung bleibt ausgeklammert. Erst in letzter Zeit scheinen auch hier die Dämme zu brechen. Dann gibt es noch die Verbindung zur Huren- und Schwulenbewegung mit all ihren Tücken und moralischen Altlasten – letzteres gilt besonders für die Schwulenbewegung.

Die gesellschaftliche Mehrfachstigmatisierung von Strichern – Schwule, „Aids-Schleudern" und Prostituierte – und die weitgehende Tabuisierung stricherrelevanter Themen kommen hinzu. Deshalb will ich auch versuchen, Stricher in den sozialen Kontext ihrer näheren Bezugsgruppen einzuordnen. Auf die Frage, welcher Herkunft Stricher seien, werde ich nicht eingehen; darüber ist bereits einiges geschrieben worden. Ich sage einfach: Stricher sind da und sie sitzen zwischen allen Stühlen!

Für Stricher gibt es eine Problemrangfolge, die primär von ihrem Lebensstil beeinflußt wird. An erster Stelle steht das Geldverdienen, denn das Stricherleben ist nicht billig. Professionelle Stricher müssen z.B. hohe Mieten bezahlen, solche ohne Wohnung sind gezwungen, 24 teure Stunden auf der Straße zu verbringen, und Junkie-Stricher müssen ihre Sucht finanzieren. Danach kommt die Sorge um die Ernährung. Die Gesundheitsvor- und Fürsorge vieler Stricher steht am unteren Ende der Problemskala. Wenn Geld benötigt wird, um den nächsten Tag zu überstehen, werden Krankheiten in Kauf genommen oder ignoriert. Minderjährige Stricher besitzen in den seltensten Fällen Krankenscheine und werden meist von Streetworkern zu den Gesundheitsämtern geschickt, wenn äußerlich wahrnehmbare oder lästige Krankheiten (Krätze, Geschwüre, Durchfall etc.) auftreten. Verschiebungen in der Skala gibt es bei den Profis, die ihren Körper als Kapital ansehen. Sie machen aber nur ca. 5-10 % aller Stricher aus. Und selbst Profis stellen häufig die Gesundheitsvor- und Fürsorge hintan. Da die Krankenkassen sich weigern, Prostituierte aufzunehmen, können Stricher nicht auf die Leistungen der Krankenversicherung, z.B. Krankengeld, zurückgreifen. Da Prostitution nicht als Beruf anerkannt ist, haben Stricher überdies keinen Rentenanspruch.

Auch das Thema AIDS rangiert auf einem der hinteren Plätze. Stricher verdrängen es gerne, weil andere Probleme viel näherliegen. Bedürfnisse wie Zuwendung, Wohnung oder Geld können viele Stricher nur durch das Anbieten risikoreicher Sexualpraktiken befriedigen. Das Verhalten von Freiern, sich unsafe Sex zu erkaufen, spielt dabei eine große Rolle.

Die Grenzöffnung 1989

Mit dem Wegfall der Mauer geriet der relativ geregelte Ablauf des Stricheralltags aus den Fugen. Stricher hatten sich bundesweit – trotz aller Widrigkeiten – gut mit den regional unterschiedlichen Gegebenheiten arrangiert. In der einen Stadt, etwa in Köln, lohnte es sich, in Clubs zu arbeiten, in einer anderen, wie in Hamburg, waren der Bahnhof oder die Stricherkneipen „in", in der nächsten die Saunen oder Klappen.

Wenn ich heute mit Strichern über ihren Alltag rede, kommt das Gespräch schnell auf die zunehmende Wohnungsnot, die Angst vor Rechtsradikalen und die ungewisse materielle Zukunft vor der Kulisse allgemeiner Orientierungslosigkeit. Vor der Maueröffnung, so sehen es West- wie Ost-Stricher, sei die Situation in der jeweiligen Szene besser gewesen als heute.

West-Stricher sind zum Teil aus ihrer traditionellen Szene verdrängt worden. Der Markt kollabierte zeitweise durch den zunehmenden „Strichertourismus" aus der ehemaligen DDR und den Ostblockländern. Es gab mehr Stricher als Freier, und die Gewalt auf dem Strich eskalierte in relativ kurzer Zeit. Ende 1989 bis Mitte 1990 platzten die Berliner Stricherkneipen und die Szene am Bahnhof Zoo aus allen Nähten. Für West-Stricher stellten sich erste existenzielle Probleme. Viele Freier orientierten sich an den relativ geringen Preisen, die von unerfahrenen Strichern gefordert wurden. Andere Freier waren irritiert von der für sie neuen, unüberschaubaren Situation und von der Gewalt und zogen sich zunächst aus der Stricherszene zurück. Wenn West-Stricher in Berlin bleiben wollten oder mußten, waren sie gezwungen, sich dem geringeren Preisniveau anzupassen oder risikoreichere Dienstleistungen anzubieten. Allgemein gilt, daß für Stricher das Geldverdienen schwieriger geworden ist.

Ost-Stricher mußten sich mit der für sie neuen Stricherszene auseinandersetzen. In der DDR gab es keinen professionellen Strich – von dem von der Stasi gesteuerten einmal abgesehen. Das Stricher/Freierverhältnis wurde bei gegenseitiger Sympathie nicht allein vom Geld bestimmt. Die Beziehungen waren im allgemeinen auf gegenseitiges Vertrauen angelegt und waren weniger kurzlebig als im Westen. Über Geld wurde eigentlich nicht verhandelt; der Freier zahlte das, was er für angemessen hielt. Das Vertrauensverhältnis beeinflußte auch die Sexpraktiken. Safer Sex hatte für Ost-Stricher nie den Stellenwert, den er für West-Stricher hatte, die sich seit Beginn der 80er Jahre mit HIV auseinandersetzen mußten. DDR-Stricher konnten die Safer Sex-Regeln nicht internalisieren, weil offizielle DDR-Stellen AIDS als eine „kapitalistische Seuche" deklarierten. Die Statistiken waren auch auf ihrer Seite. Noch heute sind von Ost-Strichern Sätze zu hören wie: „Ich kenne keinen Ost-Stricher, der Kondome nimmt." Oder: „Wenn ich zu jemandem Vertrauen habe, brauche ich keine Kondome."

Lagen die Probleme der West-Stricher nach der Maueröffnung vor allem im materiellen Bereich, so lagen sie für Ost-Stricher häufig in der Auseinandersetzung mit diametralen Stricher-, Freier- und Szenebildern im Ost-West-Vergleich. Dazu kam die Beschäftigung mit dem

Thema AIDS, einschließlich der damit verbundenen Reflexion der eigenen Sexualität. Die Grenzöffnung 1989 dürfte für Stricher in Ost und West ein ähnlich einschneidendes Erlebnis gewesen sein, wie die Konfrontation der West-Stricher mit AIDS in den frühen 80er Jahren: Nichts ist mehr, wie es vorher war.

Stricher als Sündenböcke

Stricher sind bequeme Sündenböcke. Sie haben schuld an der Jugendgewalt, der Ausbreitung von Drogen und AIDS. Hier ziehen die Sensationspresse, Teile der Senatsverwaltungen und Vollzugsbeamte von Polizei, Bundesgrenzschutz usw. einmütig an einem Strang. Die Existenz von Strichern scheint vieles zu rechtfertigen, was der moderne Staat an polizeilichen oder sonstigen Maßnahmen zu bieten hat.

War es ab Mitte der 80er Jahre vor allem die Diskussion um Zwangstests für Prostituierte, so sind es heute die unzähligen Bahnhofsverbote oder brutalen Kneipen-Razzien à la Tabasco, die viele Stricher und Freier diskriminieren und kriminalisieren. Zur Erinnerung: Während einer Razzia in der Stricherkneipe Tabasco durften Gäste ihre Notdurft auch auf Bitten nicht verrichten; die Namen der Gäste wurden bei der Rückgabe der Personalausweise laut verlesen; es gab einige Verletzte durch Überreaktionen der Polizisten etc. Der Grund für die Razzia war die Suche nach Straftätern aus der Stricherszene, nachdem in Berlin drei Freier ermordet worden waren. Das Verhalten der Polizei war allerdings, gelinde gesagt, unprofessionell und zeugte von Unkenntnis der Stricherszene.

Stricher und Ordnungshüter

Erschwerend kam hinzu, daß die Berliner Polizei seinerzeit schon im Dialog mit den Mitarbeitern des „Schwulen Überfalltelefons" stand, das vom „Gay Switchboard" Mann-O-Meter betrieben wird. Der Schwulenbeauftragte (offizieller Titel: „Vertrauensbeamter der Berliner Polizei für Homosexuelle Bürger"), der aus Protest gegen die Umstände dieser Razzia seinen Posten zur Disposition stellte, ging am Ende politisch gestärkt aus diesem Fall hervor. Heute ist der Schwulenbeauftragte der Polizei im „Arbeitskreis Stricher" vertreten. Zwar hat sich die Einstellung der Polizei gegenüber Strichern noch nicht grundlegend geändert. Ermutigt jedoch durch seine vertrauensbildenden Maßnahmen wenden sich Stricher – auch bei Dienstvergehen von Vollzugsbeamten – verstärkt an den Schwulenbeauftragten. In einem Fall wurden bereits Abmahnungen gegen Polizisten ausgesprochen.

Leider wird die Beziehung zwischen Strichern und der Polizei sowie anderen Instanzen von Rechtsvorschriften, Mißtrauen und Diskriminierungen bestimmt. Spannungen ergeben sich aus dem „Rechts"-Empfinden der Ordnungshüter und aus den beiderseits vorhandenen Vorurteilen. Darüber hinaus sind die Ordnungskräfte auf Bahnhöfen und in Stricherkneipen durch das Allgemeine Sicherheits- und Ordnungsgesetz (ASOG) mit umfassenden Kompetenzen ausgestattet. Im Bahnhof Zoo sind z.B. acht verschiedene Institutionen (vom Bundesgrenzschutz bis zu den „Schwarzen Sheriffs") berechtigt, Bahnhofsverbote im Auftrag

des Hausherrn auszusprechen. Die politische Großwetterlage und die Einstellung der Ordnungshüter zu Strichern scheinen die Anzahl der Razzien und Bahnhofsverbote zu regeln. Die Rudimente der DDR-Zuständigkeiten auf dem Bahnhofsgelände schaffen darüber hinaus ein Kompetenzwirrwarr, das selbst für Sozialarbeiter eine ständige Quelle für Überraschungen bietet.

Ein Bahnhofsverbot bedeutet, daß man – unter Androhung einer Geldstrafe – das Bahnhofsgelände für bestimmte Zeit nicht mehr betreten darf. Für Stricher kommt das einem Berufsverbot gleich; denn für die Minderjährigen unter ihnen bleiben die Türen der meisten Stricherkneipen verschlossen. Viele nehmen es daher in Kauf, Bahnhofsverbote zu sammeln wie andere Altersgenossen Fußballbilder. Bei zehn Bahnhofsverboten erfolgt eine Anzeige wegen Hausfriedensbruchs. Der Schritt von der Ordnungswidrigkeit zur Straftat wäre damit getan.

Zudem versucht die Polizei, einen Keil zwischen deutsche und ausländische Stricher zu treiben. In Interviews, Talk-Runden und persönlichen Gesprächen wird immer wieder verlautbart, daß die Polizei im Grunde nichts gegen Stricher habe, die „vernünftig" anschaffen gehen. Nur gegen solche, die kriminell handeln (Beischlafdiebstahl, Drogendelikte, Körperverletzung, Mord etc.), hätte sie etwas einzuwenden, und die kämen meist aus Rumänien, Polen oder dem arabischen Raum. Der latente oder offene Ausländerhaß vieler deutscher Stricher wird durch derartige Äußerungen gestärkt. Die Bemühungen der wenigen im Stricherbereich tätigen Sozialarbeiter werden somit auch dort konterkariert, wo es um die Schaffung von Solidarität unter Strichern geht.

Die Insel Berlin

Berlin war vor der Maueröffnung eine Insel, deren Transitwege kontrolliert wurden. Der Zuzug von Strichern aus „Wessiland" oder dem Ausland hielt sich – im wahrsten Sinne des Wortes – in Grenzen. Anders als in der Bundesrepublik, wo sich in vielen Städten eine ausgeprägte Clubstruktur entwickelt hatte (z.B. Köln) und Stricher problemlos von einer Stadt zur anderen fahren konnten, wenn ihr „Marktwert" sank, bot Berlin eine relativ geschlossene Szene. Es gab eine Handvoll Stricherkneipen, ein paar Stricherklappen, zwei Schwulensaunen, natürlich auch Callboys – und den Mythos Bahnhof Zoo. Unter den Strichern gab es Drogenabhängige, Trebegänger, Heimkinder. Viele Stricher stammten aus Berliner Familien, türkischen, arabischen und deutschen. An sozialen Brennpunkten, wie z.B. am Bahnhof Zoo, gingen Sticher unterschiedlicher Nationalität jahrelang nebeneinander anschaffen, ohne daß es zu rassistisch motivierten Auseinandersetzungen gekommen wäre. Wenn es Krach gab, dann wegen Geld oder „Beziehungskisten".

Anlaufstellen für Stricher, wie der Beratungsbus am Bahnhof Zoo, wurden von Ausländern und Deutschen gemeinsam benutzt. Wurde versucht – was mitunter vorkam -, Türken aus dem Beratungsbus zu verdrängen, stellten die Mitarbeiter die Jugendlichen vor die Wahl, entweder ihre türkischen Kollegen im Bus zu akzeptieren oder dem Beratungsbus fernzubleiben. Ansonsten ließ man sich beraten, spielte Karten und hielt locker Kontakt zueinander. Es gab zwar eine Hierarchie unter den Strichern, die durch bestimmte Interaktionsmuster und

Diskriminierungen gekennzeichnet war. Sie waren jedoch nicht so ausgeprägt wie heute. Darüber hinaus waren viele Jugendliche auf die guten Kontakte zu türkischen oder arabischen Dealern angewiesen.

Berlin – Anlaufstelle Ost

Berlin ist seit 1989 Anlaufstelle für Stricher aus dem Osten. Von heute auf morgen kamen Hunderte polnischer, rumänischer und ostdeutscher Stricher nach Berlin, um aus den verschiedensten Gründen anschaffen zu gehen. Einige Jungs aus der DDR lernten damals den „Strich" von einer ganz neuen Seite kennen; denn für sie war das „Auf-den-Strich-Gehen" identisch mit dem, was im Westen als „Cruising" bezeichnet wird. So wurde mancher DDR-Junge aus purem Zufall zu einem Stricher in westlichem Sinne. Anders war die Situation der polnischen und rumänischen Jugendlichen. Polen wie Rumänien sind seit dem Zusammenbruch des Comecon von schweren Wirtschaftskrisen gekennzeichnet. Vor allem rumänische Familien sind auf den Besitz „harter Währungen" angewiesen, um überleben zu können. Vor diesem Hintergrund erhielt die Prostitution eine neue Qualität: die der Elendsprostitution.

Börsenkrach am Bahnhof Zoo

Das Zusammenspiel aller Faktoren ergab eine gefährliche Mischung, die vor allem am Autostrich am Bahnhof Zoo (Jebensstraße) eskalierte. Vor der Grenzöffnung warteten dort gleichzeitig im Schnitt höchstens 30 Stricher auf Freier. Plötzlich waren es 300 und mehr, so daß die Freier Schwierigkeiten hatten, sich einen Weg durch die Masse der Jungs zu bahnen. Die alteingesessenen Stricher wurden von ihrer Konkurrenz regelrecht überrollt. In Unwissenheit über die Preise vor Ort waren die „Billigstricher" aus Polen, Rumänien und der DDR (es gab damals noch die DDR-Mark) bereit, für 10 DM bis 20 DM ihre sexuellen Dienste anzubieten. Die Freier, auf der Suche nach Neuem, machten hiervon nur allzugern Gebrauch, wodurch sich die Preise prompt auf dieses Niveau einpendelten. Leidtragende waren vor allem die Junkie-Stricher, die, um ihren Heroinbedarf decken zu können, entweder noch mehr Freier benötigten als sonst oder gezwungen waren, unsafe Sex anzubieten. Schwer traf es auch professionelle Stricher oder Callboys; denn die Mieten der teuren Apartments paßten sich nicht dem Preisverfall des „Hurenlohns" an.

Die Gewaltspirale

Sozial benachteiligte Gruppen suchen nach anderen Gruppen, die ihrer Meinung nach schuld sind an ihrem sozialen Elend, und bilden Koalitionen. So verbündeten sich deutsche und türkische Stricher gegen die „Billigstricher", ohne etwas gegen sie ausrichten zu können. Ohnmachtsgefühle kamen auf; denn die anderen waren schlagkräftiger und traten nur in Grup-

pen von 20 bis 30 Leuten auf – ein Novum für den hiesigen Strich, auf dem bisher individuell und anonym gearbeitet wurde. Diese nach Nationalitäten getrennten Gruppen bildeten für rumänische und polnische Stricher, die kaum über Deutschkenntnisse verfügten, einen Schutzraum, den sie mit körperlicher Gewalt und mit Waffen gegen jeden verteidigten, der ihn ihrer Meinung nach verletzte.

Die Stricher aus der DDR wurden bald in den Kreis der „Alteingesessenen" aufgenommen, nach dem Motto: „Deutsche müssen ja zusammenhalten." Als gleichberechtigt wurden auch Stricher türkischer Herkunft eingestuft. Damit war seitens der Stricher zudem klar definiert, wer Zugang zum Beratungsbus hatte und wer nicht. Dem Beraterteam wurde mit Boykott des Busses gedroht, falls Rumänen oder Polen „einen Fuß in unseren Bus" setzen würden. Das Team organisierte daraufhin mehrere Treffen, an denen polnische und rumänische Stricher mit Deutschkenntnissen sowie deutsche Stricher teilnahmen. Dabei wurde deutlich, daß der Beratungsbus keine spezifischen Angebote für Polen und Rumänen bereitstellen konnte. Neben der Sprachbarriere und den aufgestauten Aggressionen hielt die Polen und Rumänen das von allen Strichern aus ehemaligen Ostblockländern internalisierte tiefe Mißtrauen gegenüber staatlichen Institutionen von einem Besuch des Busses ab. Die nationalen Divergenzen konnten auf diesen Treffen auch nicht ansatzweise gelöst werden.

Dem von den polnischen und rumänischen Gruppen in der Szene ausgeübten Druck fielen zunächst Junkie-Stricher, Türken und Araber zum Opfer, die für einige Zeit vom Bahnhof Zoo und aus den Stricherkneipen verdrängt wurden.

Das massive Auftreten osteuropäischer Stricher, das durch die geographische Lage Berlins (70 km bis zur polnischen Grenze) begünstigt wurde, brachte noch eine andere Veränderung mit sich: Puff- und Clubbesitzer, vor allem aus den Niederlanden, kamen nach Berlin, um „Frischfleisch" zu suchen. Berlin erhielt so eine wichtige Verteilerfunktion für deutsche und europäische Stricherclubs. Heute wird der „Nachschub" vor allem aus Rumänien (ein Junge kann hier in einem Monat soviel verdienen, wie ein rumänischer Arbeiter in einem Jahr) und der zerfallenden Tschechoslowakei organisiert.

Psychososoziale Angebote für Stricher

In Berlin gibt es seit Mitte der 70er Jahre psychosoziale Angebote für Stricher. Der Beratungsbus steht seit 1974 am Bahnhof Zoo, das Bundesmodellprojekt Streetwork ist inzwischen jedoch ausgelaufen. Einige Gesundheitsämter werden aufgrund ihrer akzeptierenden Prostitutionsarbeit von Strichern angenommen. Mit der Gründung der AIDS-Hilfen wurde der Selbsthilfegedanke nach und nach auch in der Stricherszene lebendig. Diese ist zur Zeit in Bewegung; denn erst die Vernetzung der staatlichen Anlaufstellen (Beratungsbus, Jugendämter etc.), der AIDS-Hilfen und der schwulen Selbsthilfe (z.B. Mann-O-Meter) mit ersten Ansätzen einer Stricher-Selbsthilfestruktur hat die notwendigen Freiräume geschaffen, in denen Stricher ihre grundlegenden Bedürfnisse öffentlichkeitswirksam äußern können.

Beispiele nichtstaatlicher Stricherarbeit

Seit 1992 gibt es den Stricherbeauftragten der Deutschen AIDS-Hilfe (Ralf Kuklinski), der dem Schwulenreferat angegliedert ist. Seine Aufgaben liegen vor allem in den Bereichen Seminararbeit, zielgruppengerechte Überarbeitung vorhandener und Erstellung spezifischer Präventionsmaterialien. Eine weitere Aufgabe ist die Entwicklung von Präventionsmodellen für folgende Strichergruppen:

- professionelle Stricher (Callboys, Angestellte in Clubs etc.)
- Stricher ohne professionelles Bewußtsein, wozu unselbständige Stricher (z.B. solche, die nicht freiwillig anschaffen gehen) und mißbrauchte Stricher gehören
- Multiplikatoren (z.B. Ex-Stricher und Alt-Stricher)
- Junkie-Stricher
- schwer erreichbare Stricher (z.B. sehr junge Stricher aus Geheimclubs und Trebegänger)
- Stricher ohne rechtliche Selbständigkeit (v.a. Minderjährige)
- ausländische Stricher
- Freier-Stricher (Stricher, die auch als Freier auftreten).

Auf der politischen Ebene stehen der Stricherbeauftragte und das Schwulenreferat als direkte Ansprech- und Lobbypartner für die Stricherselbsthilfe und andere Stricherprojekte zur Verfügung. Die Lobby-Arbeit umfaßt u.a.

- die Forderung, die rechtliche und gesellschaftliche Diskriminierung von Strichern und Huren abzubauen (Berufsanerkennung, Streichung bzw. Modifizierung der §§ 175, 176a etc.) sowie die hierfür nötigen Rechtsgutachten zu erstellen
- Entstigmatisierung positiver Stricher
- Vernetzung von nationalen und internationalen Strichergruppen
- Stärkung der Stricherselbsthilfe durch Bereitstellung von Räumen in den regionalen AIDS-Hilfen
- Finanzierung von Stricherkongressen
- ideelle Unterstützung von Stricherprojekten
- Förderung interdisziplinärer Projekte
- offensives Eintreten für Junkie-Stricher (Ausbau und Förderung von Substitution, Suchtakzeptanz, Unterstützung oder Erarbeitung von Konzepten, die sich gezielt mit Drogen und Sexualität beschäftigen etc.).

„QUER/STRICH"

ist die zur Zeit einzige Stricher-Selbsthilfegruppe in Deutschland. Stricher, Freier, Sozialarbeiter und andere an der Stricherarbeit interessierte Menschen können in dieser Aktionsgruppe mitarbeiten. Auf feste Vereinsstrukturen wird ausdrücklich verzichtet, ebenso auf staatliche Finanzierung. Die Aufgaben von „quer/strich" sind vor allem politische Lobbyarbeit, Öffentlichkeitsarbeit und Vernetzung mit anderen Strichergruppen.

„QUER/STRICHER" sind seit ihrem ersten Treffen im März 1992 auf allen wichtigen prostitutions-, schwulen- und AIDS-relevanten Veranstaltungen (z.B. HOMOLULU) sowie in Talk-Shows und Rundfunksendungen zu sehen und zu hören gewesen. Inhalte dieser Öffentlichkeitsarbeit sind vor allem die Diskussion um die Anerkennung der Prostitution als Beruf und die Forderung nach Entstigmatisierung von Strichern in der Gesellschaft wie in der schwulen Szene. „quer/strich" setzt sich aber auch mit Themen auseinander, die das Verhältnis der Stricher untereinander betreffen. Diskutiert und informiert wird über Solidaritätsförderung in verschiedenen Strichergruppen (Callboys, Bahnhofsstricher, ausländische Stricher etc.), über Sexualpraktiken, die regionalen Unterschiede der Stricherszene und die Möglichkeiten der Professionalisierung. „quer/strich" versorgt den Neueinsteiger wie den Profi mit wichtigen Kontakten und Informationen.

DIE BERLINER AIDS-HILFE (BAH):
beschäftigt seit 1992 einen hauptamtlichen Sozialarbeiter, der sich ausschließlich mit Stricherarbeit befaßt. Die Mitarbeiter der BAH leisten Streetwork in der Stricherszene (Bahnhof, Kneipen, Klappen) und bieten eine feste Sprechstunde in den Räumen der BAH an, um bei Problemen (z.B. Schulden, Obdachlosigkeit, Positivsein, beruflicher Umstieg) individuell helfen zu können. Hierbei kann auf das breite soziale Angebot der BAH zurückgegriffen werden (Sozialberatung, Betreuung Positiver, Kleiderkammer etc.).

Durch die ständige Präsenz der BAH-Streetworker in der Szene konnte das traditionelle Mißtrauen der Wirte von Stricherkneipen und der Stricher gegenüber Sozialarbeitern in relativ kurzer Zeit abgebaut werden. Aufgrund der Erfahrungen, die Stricher mit Heimerziehung, Sozialämtern oder Familienfürsorge usw. gemacht haben, haben sie Vorbehalte gegenüber Sozialarbeitern. Szenewirte wiederum denken bei jedem Sozialarbeiter zuerst an die Gesundheitsbehörden, die ihnen Schwierigkeiten in puncto „Förderung von Prostitution" oder „minderjährige Stricher" machen wollen. Erst wenn das Mißtrauen überwunden ist, kann die eigentliche Präventionsarbeit mit Strichern beginnen.

Ein anderes Arbeitsfeld der BAH-Streetworker ist die Vernetzung von Projekten und Personen, die in Berlin Stricherarbeit leisten oder mit Strichern in Kontakt kommen. 1992 wurde der „Arbeitskreis Stricher" ins Leben gerufen, der die Berliner Stricherarbeit koordinieren soll. Teilnehmer sind u.a. Mitarbeiter des Gesundheitsamtes Charlottenburg, der Treberhilfe, der Senatsjugendverwaltung, von MANN-O-METER, des Prenzlberger AIDS-Projekts, des Kontakt- und Beratungsladens (KuB, Anlaufstelle für Jugendliche mit WG-Angebot), des TU-Projekts zur Stricherarbeit sowie der Ansprechpartner der Berliner Polizei für homosexuelle Bürger. Neben der Vernetzung und dem Erfahrungsaustausch gilt es, die einzelnen Projekte mit den Spezifika der Stricherthematik vertraut zu machen. Aus Heimen und Anlaufstellen wird immer wieder über besondere Schwierigkeiten mit Strichern berichtet (z.B. „unsteter Lebenswandel"). Diese würden nicht so sehr ins Gewicht fallen, wenn die einzelnen Institutionen stricherorientiert mit akzeptierendem Ansatz arbeiten würden. Die Teilnehmer des Arbeitskreises sollen außerdem als Multiplikatoren tätig werden und in ihren Projekten Lobby-Arbeit für Stricher leisten.

MANN-O-METER:
ist ein „Gay Switchboard", das Information und Beratung zu allen Fragen schwulen Lebens (Kneipen, Coming out, antischwule Gewalt, Safer Sex, AIDS etc.) gibt. Daneben gibt es eine Arbeitsgruppe, die sich der Vor-Ort-Arbeit widmet. Hauptamtliche, Ehrenamtliche, ein Praktikant und ein Zivildienstleistender sind in verschiedenen Bereichen der schwulen Szene tätig (streetwork-ähnliche Präsenz in Kneipen und Parkanlagen etc.) oder suchen Schwule an bestimmten Orten, z.B. im Knast, auf.

Ein Teil dieser Vor-Ort-Arbeit befaßt sich mit schwulen Strichern. Stricher, die ihr Coming out hinter sich haben, stehen mehreren Problemen gegenüber. Ein Stricher formulierte es präzise: „Die Gesellschaft diskriminiert mich als Schwuler, und die Schwulen diskriminieren mich als Stricher!" MANN-O-METER sieht sich deshalb vor allem als Verbindungsglied zwischen der Schwulen- und Stricherszene. Auch selbstbewußte, offen schwule Stricher kennen meist nur den Teil der schwulen Subkultur, in dem sie Geld verdienen können (Stricherkneipen und Schwulensaunen), der Rest bleibt für sie weitgehend unbekannt. Weil in der schwulen Szene das Thema Stricher weitgehend tabu ist und schwule Freier diskriminiert werden, kommt es so gut wie nie vor, daß sich Freier mit Strichern offen dort zeigen. Aus diesem Grunde nehmen Stricher viele Angebote der schwulen Subkultur (z.B. Beratung, Freizeitaktivitäten) nicht wahr. Andererseits wird in der Stricherszene das Thema Homosexualität verdrängt. Offen schwulen Strichern (besonders den „tuntigen") wird vorgeworfen, Spaß am Sex zu haben, während andere Stricher ihren Ekel überwinden müßten.

Das Verhalten der Freier wie auch das der Kollegen zögert im allgemeinen das schwule Coming out vieler Stricher hinaus. Das Coming out als Stricher wird von vielen als leichter empfunden. Ein Anliegen von MANN-O-METER ist es daher, die Emanzipation schwuler Stricher zu fördern, indem u.a. die Stricher-Selbsthilfe und die Forderung nach Anerkennung des Strichers als Beruf unterstützt und die Entstigmatisierung von Strichern in der schwulen Szene forciert wird. Mitarbeiter von MANN-O-METER nehmen außerdem am „Arbeitskreis Stricher" und an der Konzeptarbeit von „SUBWAY BERLIN E.V." teil. MANN-O-METER bietet darüber hinaus eine auch für Stricher interessante Dienstleistung an: das schwule Überfalltelefon. Opfer antischwuler Gewalt können z.B. Erstberatung und Krisenintervention sowie Rechtsbeistand, Begleitung zu Polizei und zu Gerichten etc. in Anspruch nehmen.

Ein weiterer Schwerpunkt ist seit November 1992 die Freierarbeit. In Kooperation mit der BAH wird alle 14 Tage für zwei Stunden eine Freiergruppe angeboten. Bisher wurden dort Themen behandelt wie die Verantwortung von Freiern gegenüber Strichern, Gewalt zwischen Freiern und Strichern, Homo- und Bisexualität, Schwierigkeiten der Kontaktaufnahme mit Strichern in Kneipen und Bahnhöfen, Vereinsamung. Die Themen wurden nicht vorgegeben, sondern ergaben sich aus dem Gesprächsverlauf. Bemerkenswert war die von den Freiern internalisierte Trennung von Schwulen- und Stricherszene. Keiner der Freier hat Schwierigkeiten, sich in der Stricherszene als Freier zu bezeichnen. Freier, die ihr schwules Coming out hinter sich haben, verheimlichen das jedoch in der Schwulenszene. Andere Freier haben noch niemandem von ihrer Homosexualität erzählt. Schwerpunkt der Freierarbeit wird daher Emanzipation und Förderung der Entstigmatisierung von Freiern in der Schwulenszene sein. Eine Vernetzung mit „QUER/STRICH" ist angestrebt.

Staatliche Stricherarbeit am Beispiel des Beratungsbusses am Bahnhof Zoo

Seit 1976 steht der Beratungsbus am Bahnhof Zoo. Er ist ein niedrigschwelliges Angebot für Jugendliche und junge Erwachsene, die sich am Bahnhof aufhalten und der Prostitution nachgehen oder engen Kontakt zum Umfeld haben. In dem ausrangierten Doppeldeckerbus der BVG arbeiten z.Zt. vier verbeamtete oder angestellte Sozialarbeiter, zwei Praktikantinnen und – wenn es in diesem Jahr noch Mittel gibt – zwei Gruppenhelfer des Jugendamtes. Der Beratungsbus ist eine Außenstelle des Bezirksamtes Charlottenburg, Abt. Gesundheit, Beratungsstelle Geschlechtskrankheiten. Die Mitarbeiter leisten am Bahnhof Zoo Streetwork und halten im Bus Sprechstunden ab. Für Stricher sowie weibliche und männliche Beschaffungsprostituierte gibt es spezielle Sprechstunden im Beratungsbus.

Die neue zielgruppenspezifische Arbeitsweise brachte eine Öffnung des Teams für Selbsthilfe-Ansätze mit sich, die die Gründung einer Strichergruppe ermöglichte. Diese Gruppe, die sich vor kurzem den Namen „AUFSTRICH BERLIN" gab, wird von Mitarbeitern des Beratungsbusses unter Beachtung des Aspekts der Selbsthilfe angeleitet. Ziele von „AUFSTRICH BERLIN" sind u.a. die Vernetzung mit anderen Strichergruppen in Deutschland, Anerkennung des Stricherberufs, Initiierung eines Sozialfonds für Stricher von „AUFSTRICH", Stärkung des Selbstbewußtseins durch Selbstbehauptungstrainings, Engagement gegen Gewalt, Förderung von Solidarität auf dem Strich, gemeinsame Freizeitaktivitäten und Kurzreisen.

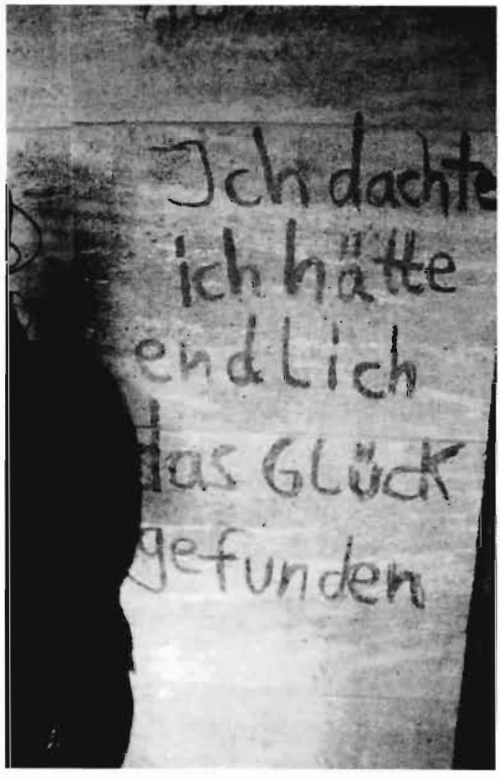
Die Mitarbeiter des Beratungsbusses können auf gute Beziehungen zu Ämtern, vor allem aber auf gute Kenntnisse der Amtsstrukturen zurückgreifen. Auch steht ihnen mit dem Gesundheitsamt Charlottenburg eine relativ progressive Dienststelle zur Seite, die in der AIDS-Beratung sowie der kostenlosen und anonymen Behandlung von strichertypischen Krankheiten (Krätze, sexuell übertragbare Krankheiten) über lange Erfahrungen und kompetente Mitarbeiter verfügt. Nur die Freierarbeit wird offiziell noch als „Täterarbeit" bezeichnet.

Die Mitarbeiter des Beratungsbusses nehmen am „Arbeitskreis Stricher" und an der Konzeption des Projekts „SUBWAY BERLIN E.V." teil. Sie dürfen allerdings nicht bezirksübergreifend arbeiten. Zumindest in der Theorie heißt das, daß z.B. nur Charlottenburger Stricher beraten werden dürften!

Schwierigkeiten in der Stricherarbeit

Wer als Streetworker in der Szene unterwegs ist, repräsentiert die Institution, für die er arbeitet. Streetworker werden etikettiert, ebenso die Stricher, die sich an sie wenden. Streetworker von AIDS-Hilfen führen das Stigma AIDS, die von schwulen Projekten das Stigma Homosexualität mit sich. Staatliche Projekte werden mit Zwang und Amtsmief in Verbindung gebracht. Selbst Streetworker mit guten Arbeitsansätzen werden deshalb von so manchen Strichern gemieden.

Jedes der beschriebenen Projekte hat mit spezifischen, in den Strukturen der jeweiligen Vereine oder Ämter liegenden Problemen zu kämpfen (unterschiedliche Arbeitsschwerpunkte, Raum- und Teamsituation, Einhaltung von Dienstwegen, Dienstvorschriften etc.). Die ein-


Ich dachte
ich hätte
endlich
das Glück
gefunden

zelnen Projekte können jeweils nur Teillösungen bieten, die sich auf ihr spezielles Arbeitsfeld beziehen. Bei übergreifenden Problemen muß umständlich an das jeweilige Projekt verwiesen werden. Die getrennte Arbeitsweise birgt zudem die Gefahr der Doppel- und Dreifachbetreuung einzelner Stricher.

Kein Projekt verfügt über Übernachtungsmöglichkeiten für Stricher. Die vorhandenen Sleep-ins und Jugendwohngemeinschaften sind weitgehend auf die Bedürfnisse von Jugendlichen ausgerichtet, die einen geregelten Tagesablauf haben. In diesen Einrichtungen fühlen sich Stricher nicht wohl, weil sie dort meist Strukturen vorfinden, vor denen sie geflohen sind (Heim, Familie).

In Heimen und Jugendwohngemeinschaften sind die Themen Stricher und Homosexualität weitgehend tabu, offen lebende Stricher werden von Mitbewohnern diskriminiert. Die Heimerzieher und Sozialarbeiter stehen diesem Tatbestand im allgemeinen ratlos gegenüber. Aus der mangelhaften Auseinandersetzung mit der eigenen Sexualität resultiert ihre Unsicherheit im Umgang mit Strichern.

Konzept des Stricherprojekts „Subway, Berlin e.V."

Aus dem „Arbeitskreis Stricher" formierte sich Anfang 1992 eine Arbeitsgruppe, die eine Angebotslücke für Stricher schließen will. Mitarbeiter der Berliner Aids-Hilfe, des Beratungsbusses und von Mann-O-Meter konzipierten eine Anlaufstelle für Stricher mit Übernachtungsmöglichkeit und angeschlossener Übergangswohnung. Laut Konzept sollen die Sozialarbeiter sowohl in der Szene wie in der Anlaufstelle arbeiten; denn das Weiterreichen oder Abschieben an andere Institutionen kennen die Jugendlichen nur zu genau. Folgendes ist geplant:

- Die szenenah gelegene Anlaufstelle soll primäre Bedürfnisse der Jugendlichen abdecken (essen, duschen, Wäsche waschen, ausruhen etc.). Vorgesehen ist ein kontinuierliches Beratungs- und Betreuungsangebot durch Straßensozialarbeiter, einen Arzt und durch Honorarkräfte (z.B. für die Rechtsberatung). Die Anlaufstelle soll auch Platz für die StricherSelbsthilfe bieten.
- Die Übernachtungsmöglichkeit, der Anlaufstelle räumlich angegliedert, soll den Jugendlichen unbürokratisch und anonym die Möglichkeit bieten, sich der Prostitution zu entziehen. Die Übernachtungsstelle soll rund um die Uhr geöffnet sein.
- Die Übergangswohnung soll Jugendlichen die Möglichkeit längerfristigen Wohnens bieten, um z.B. einen anderen Beruf zu erlernen oder die Schule zu besuchen.

Dieses Konzept wurde den Senatsverwaltungen für Jugend und Gesundheit vorgelegt, nachdem ein als gemeinnützig anerkannter Trägerverein gegründet wurde. Die Finanzierung des Projekts „Subway, Berlin" wurde zwar in Aussicht gestellt, bis dato jedoch nicht genehmigt.

Huren- und Stricher-Selbsthilfe

Die Hurenorganisation kann auf eine langjährige effektive Öffentlichkeitsarbeit zurückblicken. Vieles wurde zur Entstigmatisierung der Huren getan. Weite Teile der Frauenbewegung stehen politisch hinter ihnen. Im Zentrum ihrer Forderungen steht die Anerkennung des Berufs Hure mit allen sozialen und rechtlichen Vorteilen (Altersversorgung, Krankenversicherung). Die Minderjährigenprostitution wird im allgemeinen abgelehnt.

Der Großteil der Stricher ist minderjährig, ihre sexuelle Orientierung ist in der Regel noch nicht abgeschlossen. Nur etwa 5-10% sind volljährige Profis, die selbstbewußt als Stricher arbeiten. Stricher haben keine starke Lobby. Viele Probleme der Stricher ergeben sich aus den Aspekten Minderjährigkeit und mangelnder Bezug zur Schwulenszene.

Aber: Die Stricher-Selbsthilfe ist in Bewegung geraten, nachdem Selbsthilfeansätze auf etlichen Stricherseminaren diskutiert und angedacht wurden. In Hamburg und Berlin z.B. existieren einige Gruppen, die bei Stricherprojekten angesiedelt sind oder autonom agieren. Die Hamburger Strichergruppe gründete sich direkt nach dem Hurenkongreß und siedelte sich bei Basis an, einem Stricheranlauf- und Übernachtungsprojekt. Auf dem letzten Hurenkongreß (Bremen 1992) wurde, motiviert durch unterschiedliche Problemgewichtung, eine partielle Trennung der Huren- und Stricherbewegung beschlossen. Wo es Berührungspunkte gibt, wird jedoch wie gewohnt zusammengearbeitet.

Schwule und Drogen – HARMphARM – Ein Projekt entsteht

Helmut Ahrens

„In der durchvergesellschafteten Gesellschaft sind die meisten Situationen, in denen Entscheidungen stattfinden, vorgezeichnet, und die Rationalität des Ichs wird herabgesetzt zur Wahl des kleinsten Schritts. Durchweg handelt es sich um nichts als um minimale Alternativen, ums Abwägen des geringsten Nachteils, und „realistisch" ist, wer solche Entscheidungen korrekt fällt."

Theodor W. Adorno 1973

Was ist unter dem HARMphARM-Projekt zu verstehen?

Auf Bundespositivenversammlungen und in Workshops der Deutschen AIDS-Hilfe e.V. haben sich schwule Männer 1991 und 1992 getroffen, um sich über die inneren und äußeren Aspekte des Gebrauchs von Alkohol, Drogen und Medikamenten in Schwulenszenen auseinanderzusetzen. Im Vordergrund des Interesses stand und steht zunächst eine Bestandsaufnahme der Verbreitung des Substanzgebrauchs zum Zwecke der Berauschung und Betäubung unter schwulen Männern. Zugleich wurden die Gründe diskutiert, deretwegen schwule Männer heute Alkohol, Drogen und Medikamente konsumieren; ebenso wurden die Gefahren und Risiken erörtert, die mit dem Gebrauch von Substanzen, die zur Berauschung und Betäubung genommen werden, verbunden sind. Als gemeinsame Einschätzung von inzwischen 35 schwulen Männern mit eigenen Alkohol-, Drogen- und Medikamentenerfahrungen ergab die erste Bestandsaufnahme, daß in den großstädtischen Schwulenszenen Alkohol-, Drogen- und mit Einschränkung auch Medikamentengebrauch für viele schwule Männer zur Alltagserfahrung gehören.

Eine Reihe von inzwischen älteren schwulen Männern blickt auf langjährige Rauscherfahrungen zurück, in denen pharmakologische Rauschsubstanzen einschließlich des Alkohols eine wichtige Rolle in ihrem Freizeitleben spielten und spielen. Wenige begreifen ihre Rauscherfahrungen mit Alkohol, Drogen und mit einschlägigen Medikamenten jedoch als Ausdruck einer Abhängigkeitsentwicklung, sondern als Ausdruck ihrer Experimentier- und Lebensfreude im Zusammenhang mit ihrer schwulen Lebensweise. Dementsprechend wird ein sozialer und selbstkontrollierter Umgang mit Rauschsubstanzen akzeptiert, während ein durch Abhängigkeitssymptome belasteter Umgang mit Rauschsubstanzen als problematisch angesehen wird.

Wegen der unabweisbaren gesundheitlichen, psychischen und sozialen Risiken und Gefahren des legalen und illegalen Rauschmittelkonsums in Schwulenszenen haben sich schwule Männer im HARMphARM-Projekt zusammengefunden, das sich zur Aufgabe ge-

macht hat, andere schwule Männer durch Informationsmaterial über die Risiken und Gefahren des Rauschmittelgebrauchs in ihren Szenen zu informieren, zu beraten und über das Projekt „HARMphARM & Science" Praktiken und Risiken des Alkohol-, Drogen- und Medikamentengebrauchs unter schwulen Männern zu erforschen.
Konkret sind schwule Männer im HARMphARM-Projekt auf vier Ebenen aktiv:

- Erarbeitung einer Informationsbroschüre für schwule Männer als Projekt für gesundheitliche Aufklärung zum risikoarmen Umgang mit Alkohol, Drogen und Medikamenten in Schwulenszenen.
- Durchführung von D.A.H.-Workshops zum Erfahrungsaustausch und HARMphARM-Workshops zur Auseinandersetzung mit aktuellen und grundsätzlichen Fragen von schwulen Männern, für die Alkohol-, Drogen- und Medikamentengebrauch eine Rolle spielen.
- Planung und Durchführung einer Studie zur Frage: „Wie leben schwule Männer heute mit Alkohol, Drogen und Medikamenten?" Gegenwärtig wird eine Pilotstudie durchgeführt.
- Aufbau eines Informationsnetzwerkes und eines HARMphARM-Büros.

Ein Teil der Projekte wird in Kooperation mit der Deutschen Aids-Hilfe durchgeführt, bis auf die geplante Studie, deren Finanzierung zur Zeit noch nicht gesichert ist, das Informationsnetzwerk und das HARMphARM-Büro. Das HARMphARM-Projekt versteht sich als ein Informationsnetzwerk für schwule Männer mit Alkohol-, Drogen- und Medikamentenerfahrungen, in dem Fragen zu Risiken und Nebenwirkungen der unterschiedlichen legalen und illegalen Rauschsubstanzen nach verschiedenen praktischen und theoretischen Gesichtspunkten bearbeitet werden. 1993 wird in Berlin ein HARMphARM-Büro eingerichtet, von dem aus Informationen zu Fragen im Zusammenhang mit Alkohol, Drogen und Medikamenten regional abgefragt werden können. Dort wird ein zentrales Informationsnetzwerk eingerichtet, in dem mittelfristig auch bundesweit schwule Männer Informationen abrufen können. Mittelfristig ist ebenfalls an die Einrichtung einer zentralen Telefonberatung für schwule Männer mit praktischen Fragen zu Problemen bei Alkohol-, Drogen- und Medikamentengebrauch gedacht. Inwieweit sich diese mittelfristig geplanten Projekte realisieren lassen, hängt ab von der Dauer und Intensität des Interesses der Aktivisten im HARMphARM-Projekt und von den Finanzierungschancen.

Gegenwärtig drehen sich die Aktivitäten von HARMphARM um die Herstellung einer Informationsbroschüre und um die Durchführung von themenspezifischen Workshops mit der D.A.H. zum Thema „Schwule und Drogen" und um die Durchführung einer Studie im Projekt „HARMphARM & Science".

Die „HARMphARM-Aktivisten" treten für einen rauschakzeptierenden, aber risikominimierenden Umgang mit Alkohol, Drogen und Medikamenten ein. Dementsprechend ist die gesundheitliche Aufklärung auf User-Gruppen in Schwulenszenen zugeschnitten. Nach Maßgabe der präventiven Botschaft des Safer Use werden analog zur präventiven Botschaft des Safer Sex solche Praktiken des Gebrauchs von Alkohol, Drogen und Medikamenten propagiert, die die Risikowahrnehmung, die Fähigkeit zur Selbstkontrolle und die psychosozialen Kompetenzen zur Bewältigung von Entwicklungsphasen, in denen Alkohol, Drogen und Medikamente im Leben schwuler Männer eine Rolle spielen, stärken.

Die Auseinandersetzung mit Drogenfragen, mit dem Umgang und Konsum von Alkohol und die Auseinandersetzung mit dem Gebrauch von Medikamenten in ihrer Doppelfunktion als Rausch- und Betäubungsmittel einerseits und als Heil- und Arzneimittel andererseits gehört heute zu den Entwicklungsaufgaben schwuler Männer, wie z.B. vergleichbare Auseinandersetzungen mit Fragen des Coming out, mit Fragen zu Hiv und Aids, kurz: wie die Auseinandersetzung mit analog vergleichbaren Bedürfnissen und gesundheitlichen, psychischen und sozialen Problemlagen, die das Leben als schwuler Mann mit sich bringt.

Wie Fragen zur Sexualität können Fragen zu gesundheitlichen Gefahren und Risiken im Umgang mit Alkohol, Drogen und Medikamenten teils alters-, schicht- und milieuspezifisch in Abhängigkeit von den verschiedenen Lebensweisen und Identitäten schwuler Männer bearbeitet werden, teils allgemein. Unabweisbar ist die Tatsache, daß, egal ob Rauschsubstanzen legal oder illegal sind, ihr Konsum so verbreitet ist wie in anderen Bevölkerungsgruppen. Dementsprechend haben Schwule allgemeine Fragen und Probleme mit Alkohol-, Drogen- und Medikamentengebrauch, aber zugleich auch spezifische Probleme, welche die schwule Lebensweise, die schwule Sexualität und das schwule Rauschverlangen mit sich bringen.

Die Projekte von HARMphARM sind darauf ausgerichtet, einen informellen Rahmen zu schaffen, in dem Selbstreflexion, persönliche Reifung und mehr Sicherheit im Umgang mit Alkohol, Drogen und Medikamenten wachsen können, indem Begegnungen unter schwulen Männern mit vergleichbaren Interessen, Erfahrungen, Problemen und Fragestellungen themenzentriert organisiert werden. Information, Vernetzung, Vermittlung und Beratung sowie Forschung bestimmen vor diesem Hintergrund des Interesses und Selbstverständnisses die hauptsächlichen Aktivitäten im HARMphARM-Projekt.

Die Arbeitsweisen von HARMphARM sind auf interessengeleitete und themenspezifische Projekte ausgerichtet, die einen Beitrag zu einem risikoarmen und schadensbegrenzenden Umgang schwuler Männer mit Alkohol, Drogen und Medikamenten leisten wollen. In diesem Sinne sind HARMphARM-Projekte parteiliche Informations-, Arbeits- und Serviceprojekte für schwule Männer mit Alkohol-, Drogen- und Medikamentenerfahrungen.

Stand der praktischen und theoretischen Aktivitäten

Erarbeitung einer Informationsbroschüre „Schwule und Drogen, Safer Use jetzt!"

Auf einem Arbeitstreffen der D.A.H. im Dezember 1992 wurden Arbeitsaufträge an die Teilnehmer verteilt, um den heutigen Erfahrungs- und Wissensstand zu Praktiken und Risiken des Gebrauchs von Alkohol, Drogen und Medikamenten zu recherchieren und aufzuarbeiten.

Entlang des erarbeiteten inhaltlichen Leitfadens werden die einzelnen Monosubstanzen vorgestellt: Verbreitung, Art und Umfang des Gebrauchs in Schwulenszenen, verträgliche und unverträgliche Dosierungen, bekannte Komplikationen, Toleranzen, Abhängigkeitsgefahren, risikoarme und risikoreiche Applikationsformen und zu erwartende gesundheitliche akute, kurzzeitige und langzeitliche Schäden. Die Ergebnisse dieser Recherche anhand vorhandener Fachliteratur und anhand von persönlichen Erfahrungen von Usern werden zusammengefaßt und mit praktischen Tips zum Safer Use in einer Informationsbroschüre verarbeitet.

Workshops

Mit der D.a.h. führt HARMphARM in Kooperation zwei Workshops jeweils im Frühjahr und Herbst durch.

Das Thema im Frühjahr lautet:
„Zur Analogie von sexueller Entwicklung und Rauschentwicklung im Leben drogenerfahrener schwuler Männer". Es geht um eine Bestandsaufnahme, Analyse und das Selbstverständnis der verknüpfenden Schnittpunkte von sexueller Entwicklung und drogeninduzierter Rauscherfahrung in der Biographie schwuler Männer. Zentral ist dabei der Erfahrungsaustausch mit Selbstverständnisdiskussion vor dem Hintergrund der Herausbildung normabweichender Rausch- und Liebesbedürfnisse sexuell aktiver und drogengebrauchender schwuler Männer.

Im Herbst 1993 wird das folgende Thema bearbeitet: „Zur Rolle von Medikamentengebrauch in Hiv-spezifischen gesundheitlichen Krisensituationen". Psychische Belastungssituationen und körperliche Krankheiten im Zusammenhang mit Hiv und Aids werden durch Einnahme unterschiedlicher Medikamente beantwortet, deren Risiken und Nebenwirkungen teils bekannt und teils unbekannt sind. Verträglichkeiten und Unverträglichkeiten bei Alkohol-, Drogen- und Medikamentengebrauch unter Hiv-Positiven und an Aids Erkrankten, die z.B. mit Azt, Ddi und anderen Medikamenten behandelt werden, sollen in Erfahrung gebracht werden. Unter Berücksichtigung von Abhängigkeitsgefahren, die bei Dauergebrauch von Tranquilizern, Schmerz- und Schlafmitteln, Benzodiazepinen, Barbituraten etc. auftreten können, soll die Doppelrolle, die Medikamenten als Heilmittel, aber andererseits in Einzelfällen als Suchtmittel zukommen kann, anhand eigener Erfahrung der Teilnehmer bestimmt werden.

Kooperationsworkshop von D.a.h. und „HARMphARM & Science"

Einen eigenen Workshop führt das Projekt „HARMphARM & Science" am Freitag, dem 5. und Samstag, dem 6. März 1993 im HARMphARM-Büro, Kalkreuthstraße 15 in 1000 Berlin 30 durch: „Ecstasy – Risiken und Nebenwirkungen". Es handelt sich um Vortrag, Erfahrungsaustausch und Diskussion zum heutigen Erfahrungs- und Wissensstand über Ecstasy (Midma).

Am Mittwoch, dem 9. Juni 1993 findet um 19.00 Uhr ebenfalls im HARMphARM-Büro aus Anlaß der „IX International Conference on Aids" in Berlin ein Erfahrungsaustausch mit Vertretern internationaler AIDS-Selbsthilfegruppen zum Thema: „Gays and drugs" statt. Das Treffen dient dem Kennenlernen der schwulen Männer, die in ihren nationalen Aids-Selbsthilfegruppen („nongovernmental-self-help-groups") die Themenbereiche Alkohol-, Drogen- und Medikamentengebrauch unter dem Gesichtspunkt von Hiv und Aids bzw. schwulenspezifischen Problemstellungen bearbeiten.

Einen weiteren eigenen Workshop führt HARMphARM vom 10. bis 12. September 1993 zum Thema: „Sex und Drogen" durch. Der Tagungsort steht noch nicht fest. Alle HARMphARM-Workshops müssen von den Teilnehmern selbst finanziert werden.

Wissenschaftliche Information und Forschung

In dem Projekt „HARMphARM & Science" geht es um die wissenschaftliche Untersuchung von Problemen und Fragen, die der Alkohol-, Drogen- und Medikamentengebrauch unter schwulen Männern hervorbringt. Aktuell wird eine Vorstudie zur Exploration von relevanten sozialwissenschaftlichen Forschungsfragen durchgeführt. Zu diesem Zweck wurde ein Fragebogen an 100 schwule Männer im Bundesgebiet verschickt, um über die Verbreitung von Alkohol, Drogen und Medikamenten erste Informationen zu gewinnen. Zugleich werden in Zusammenarbeit mit der Deutschen Aids-Hilfe mit 15 Hiv-positiven und mit 15 Hiv-negativen oder ungetesteten schwulen Männern qualitative Interviews zu den Fragen Hiv, spezifische Belastungssituationen und Bedeutung von Alkohol-, Drogen- und Medikamentengebrauch durchgeführt.

In einer ersten Befragungsphase schwuler Männer zu ihren Alkohol-, Drogen- und Medikamentenerfahrungen, die das Projekt HARMphARM & Science 1992 im Rahmen einer Vorstudie durchführte, wurde in den Interviews u. a. nach Motiven zum Gebrauch legaler und illegaler Rausch- und Betäubungsmittel gefragt. Zusätzlich wurde in einem Pretest-Fragebogen mit standardisierten Fragen nach den am häufigsten gebrauchten Rausch- und Betäubungsmitteln gefragt.

Obgleich die Voruntersuchung 1993 fortgesetzt wird und noch nicht abgeschlossen ist, scheinen die bisherigen Ergebnisse der Befragung folgendes zu bestätigen: es ist dem Lebensstil schwuler Männer geschuldet, daß es im Verlaufe der Herausbildung eines schwulenspezifisch rauschorientierten Lebensstils und im Zuge der Entwicklung komplexer sexueller Bedürfnisse im Verein mit der Herausbildung eines schwulen Selbstbewußtseins und einer schwulen Identität zu einer bewußten Auseinandersetzung mit Rauschmittelsubstanzen kommt, die in der Subkultur präsent und verfügbar sind.

Während sozial und/oder psychisch belastete schwule Männer über Probleme mit dem Gebrauch von Alkohol und Drogen als Rausch- und Betäubungsmittel und mit Einschränkungen auch mit Medikamenten berichten, scheint unter sozial integriert lebenden schwulen Männern die Kompetenz gewachsen zu sein, mit legalen und illegalen Rausch- und Betäubungsmitteln ohne schwerwiegende psychische und gesundheitliche Probleme umzugehen. Dies legen jedenfalls der Tendenz nach erste Untersuchungsergebnisse der Vorstudie nahe.

Sozial etabliert lebende schwule Männer konnten ihren Alkohol- und Drogenkonsum gut in ihren schwulen Lebensstil integrieren. Aber auch die befragten schwulen User härterer Drogen wie Opiat- bzw. Heroin-User und Heroinabhängige aus sozial instabilen Verhältnissen berichten nicht mehrheitlich von Problemlagen, die ihr Drogenkonsum hervorgerufen hat. Vielmehr sind es in Einzelfällen dem Alkohol und Drogenkonsum vorausgehende individuelle Problemlagen schwuler Männer, die den Verlauf von Drogenexperimenten oder auch den Verlauf von regelmäßigem Drogengebrauch mit Abhängigkeitstendenz ungünstig beeinflussen. Alle schwulen User von Alkohol, Drogen und Medikamenten sind interessiert an Drogeninfos und wünschen sich eine fachlich kompetente Beratung und Information über die Risiken und Nebenwirkungen ihres Konsums von Rauschsubstanzen in ihren „Stammszenen".

In Einzelfällen wird in den Interviews über schwere gesundheitliche Akutgefahren und über Folgeschäden bei Dauergebrauch, insbesondere bei Alkohol und bei Heroin berichtet. Verelendete Drogen-User haben es in der Schwulenszene schwer, akzeptiert zu werden. Intravenöser Drogengebrauch wird von schwulen Männern mehrheitlich abgelehnt. Spritzdrogen-User haben es in den Schwulenszenen schwerer, sich als solche zu offenbaren, als andere Drogen-User es mit ihrem Drogengebrauch haben. „Situative Feierabend-User" haben es insgesamt leichter, von ihrer Lebensweise und mit ihrem Erscheinungsbild in der Schwulenszene akzeptiert und anerkannt zu werden.

Drogennotfälle, Drogentod durch Überdosis und Drogentod durch Suizid als Reaktion auf ausweglose Situationen unter Aids-Erkrankten sind in der Schwulenszene bekannt. Vereinzelt wird auch über „Unfälle" im Zusammenhang mit Sex und Drogenmischkonsum berichtet. „Recreational drugs" wie Lsd, Cannabis, Ecstasy und Kokain werden neben Amphetaminen und Poppers mit und ohne Kombination mit Alkohol überwiegend beim Tanzen und beim Sex benutzt.

Davon zu unterscheiden ist der dauerhafte Gebrauch von Heroin und mit Einschränkung auch der regelmäßige und übermäßige Gebrauch von Alkohol und der abhängige Tabletten- bzw. Medikamentenmißbrauch. Er ist nicht typisch für die schwule Szene und ihren Umgang mit Rausch- und Betäubungssubstanzen.

Beide Gruppen, die regelmäßigen und mehrheitlich abhängig werdenden User von harten Drogen wie Heroin und Alkohol fallen aus der schwulen „Vergnügungsszene" heraus, sobald sie aus der Rolle fallen und als „Sexualobjekt" uninteressant werden. Dies ändert sich wieder situativ für Fixer, die über den Strich ihr Geld für den Drogenkonsum beschaffen. Die Problemzonen im Untersuchungsfeld „Schwule und Drogen" liegen offenbar auf unterschiedlichen Ebenen:

- Problematische soziale, psychische und gesundheitliche Konfliktkonstellationen schlagen sich in Einzelfällen als ungünstiger Verlauf von Alkohol-, Drogen- und Medikamentenerfahrungen unter schwulen Männern nieder.
- Abhängig gewordene User von Alkohol, Drogen oder Medikamenten scheinen situativ eine höhere Risikobereitschaft in bezug auf Dosierung der Drogenmenge, risikohafte Techniken der Applikation, polytoxikomanen Drogenkonsum und in bezug auf die Wahrnehmung von bekannten gesundheitlichen und psychischen Abhängigkeitsrisiken zu haben als situative „Feierabend-User".
- Die Mehrheit der Alkohol-, Drogen- und/oder medikamentenerfahrenen schwulen User betreibt einen situativen und sozial kontextabhängigen Gebrauch von Rauschmittelsubstanzen auf der Basis eines selbstbewußten rauschakzeptierenden schwulen Lebensstils.
- Hiv- und Aids-spezifische Belastungssituationen schlagen sich situativ als polarisierende Verhaltensänderungen im Vergleich zu sonstigen Gewohnheiten im Umgang mit Alkohol, Drogen und Medikamenten nieder. Einige reduzieren ihren gewohnten Konsum, andere stellen den Konsum einzelner Monosubstanzen teilweise oder ganz ein. Einige nehmen mehr und intensiver Rauschsubstanzen. In Einzelfällen wurden Suizidversuche durch bewußte Überdosierung unter Aids-Erkrankten beobachtet, die für ihr Leben keine Zukunft mehr sahen. Einzelne berichten über einen erhöhten oder überhaupt erstmaligen Gebrauch von Tabletten in Hiv-spezifischen Belastungssituationen.

- Der „white-collar"-Drogenkonsum in den großstädtischen schwulen Szenen ist primär auf Lustgewinn und Vergnügen während klar abgrenzbarer Zeiträume und Aktivitäten in der Freizeit beschränkt und stellt sich szeneabhängig unterschiedlich dar.
- Auf der Basis von Alkoholgebrauch als einer sozial akzeptierten und integrierten Form des Substanzgebrauchs haben sich in den einzelnen schwulen Bar- und Diskothekenszenen bis hinein in die privaten schwulen Treffpunkte und Freundeskreise vergleichbare Umgangsformen mit illegalen Drogensubstanzen entwickelt, so daß von einer rauschakzeptierenden Alkohol- und Drogensubkultur gesprochen werden kann, die dadurch auffällt, daß sie mit den Drogenrisiken allgemein „gut umgehen" kann.
- Die dominant verbreiteten Rauschsubstanzen sind Alkohol, Cannabisprodukte und Poppers. Danach scheinen szenespezifisch zusätzlich Ecstasy, LSD, Amphetamine, Kokain und in Einzelfällen Heroin eine Rolle zu spielen. Alkohol und Drogen werden konsumiert, „um Tanzen und Sex intensiver zu erleben" und aus „Lust auf Rausch mit aller Lebens- und Liebeslust".
- Viele Schwule gebrauchen Alkohol und Drogen, um nachts „fit zu sein und viel zu erleben", mit anderen Worten, um „gut abzufahren". Andere Gründe, wie Streßabbau, Abschalten von der Arbeit, Überwinden von Ängsten, Depressionen, Angst vor AIDS, Vergessen von Konflikten, Überwindung von psychischen und gesundheitlichen Krisen etc. spielen eine weitaus geringere Rolle in den Angaben der Befragten.
- In Einzelfällen wird Abhängigkeit als Grund des Konsums von Rausch- und Betäubungsmitteln einschließlich des Gebrauchs von Medikamenten, die zur Überbrückung von Entzugsbeschwerden, bei Komplikationen infolge von falschen Dosierungen oder bei Überdosierung, in psychischen Streßsituationen etc. benutzt werden, angegeben.
- Als eine ständige Gefahr beim Drogenkonsum schildern viele Befragte die Unreinheit der illegalen Rauschsubstanzen, die auf dem Schwarzmarkt erworben werden und die Unwissenheit unter drogenexperimentierenden Schwulen über die psychischen Wirkungsweisen,- Abhängigkeitsgefahren, die Gefahr von Überdosierung beim polytoxischen Substanzgebrauch und dessen Nebenwirkungen.
- Als weitere Gefahren werden Einsamkeit und Alleinsein beim Alkohol-, Drogen- und Medikamentengebrauch erkannt.
- Über problematischen Konsum von Alkohol, Drogen und Medikamenten wird unter befreundeten schwulen Männern relativ offen gesprochen. Dies trifft stärker auf die Szenezusammenhänge großstädtischer Schwulenszenen zu, insofern es sich nicht um Freier- und Stricherszenen handelt, als auf schwule Drogen-User in Vorstädten oder in Treffpunkten am Stadtrand.

Zwischen denjenigen zu unterscheiden, die rund um die Uhr Alkohol, Drogen und Medikamente als Rausch- und Betäubungsmittel nehmen und schwul sind und denjenigen, die schwul leben und situativ im Zusammenhang mit ihrer schwulen Lebensweise Rausch- und Betäubungsmittel in ihrer Freizeit zum Vergnügen nehmen, ist nur sinnvoll in bezug auf den Lebensstil und die unterschiedliche Abhängigkeitsproblematik sowie in bezug auf unterschiedliche soziale Bezüge, in denen die beiden Gruppen Alkohol-, Drogen- und Medikamentengebrauch überwiegend betreiben. Obgleich sich beide Gruppen über die Gefahren und Risiken des Alkohol-, Drogen- und Medikamentengebrauchs individuell informieren, fol-

gen doch unterschiedliche Konsequenzen daraus. In Abhängigkeit von den jeweils individuellen Interessen, den Lebensweisen, dem sozialen Umfeld, in dem schwule Männer leben und in dem Rauschsubstanzen genommen werden sowie in Abhängigkeit von individuellen psychischen, sozialen und gesundheitlichen Konfliktlagen werden die Gefahren des Substanzgebrauchs unterschiedlich wahrgenommen und verarbeitet. Neben anderen Einflußfaktoren ausschlaggebend für einen entwicklungsfördernden oder entwicklungshemmenden Verlauf von Substanzgebrauch sind der Einfluß von alters- und milieuspezifischen Lebensweisen, soziale und berufliche Integration, persönliche Reife, schwule Identität und Art der Integration des Gebrauchs von Alkohol, Drogen und Medikamenten in den schwulen Lebensstil, Offenheit im Ansprechen von Bedürfnissen und Problemen im Freundeskreis, Dauer der Alkohol-, Drogen- und Medikamentenerfahrungen, bisherige Schadenserfahrungen und subjektive Sinnhaftigkeit und Bedeutungen des Gebrauchs von berauschenden Substanzen.

Die bisherigen Ergebnisse der Befragung und der Interviews legen es nahe, gezielt nach den sozialen, psychischen und gesellschaftlichen Vermittlungsprozessen des Kompetenzerwerbs im Umgang mit Drogenrisiken, Risikowahrnehmung und Risikoverhalten zu fragen. Während ein hoher Anteil der befragten schwulen Männer sich praktisch durch Information über Risiken und Nebenwirkungen von Alkohol, Drogen und Medikamenten risikobewußt verhält, trifft dies auf einen anderen Teil weniger zu. Es handelt sich dabei um jüngere schwule Männer und um extrem problembelastete schwule Männer in sozialen, psychischen oder gesundheitlichen Konfliktlagen sowie um eine Teilgruppe unter verelendeten schwulen Fixern.

Das Interesse der Forschung gilt der Frage nach den Bedingungen von Handlungsfähigkeit und risikogerechtem Verhalten schwuler Männer im Kontext ihres Alkohol-, Drogen- und Medikamentenkonsums. Selbstkontrolle und Wahrnehmung der Drogenrisiken scheinen dort gegeben zu sein, wo schwule Rausch- und Liebesbedürfnisse sich in Gesellschaft mit sozialer und kultureller Sicherheit befinden und persönliche Reife im Verlauf von sowohl substanzabhängiger als auch von substanzunabhängiger Rauscherfahrung und Entwicklung erworben wurde.

Unter diesen Bedingungen können auch extreme Belastungen, in denen kompensatorischer Rauschmittelkonsum stattfindet, bewältigt werden: „Ich habe meinen Freund ein 3/4 Jahr zu Hause gepflegt. Ich war selber positiv. Als es ihm so schlecht ging, daß ich ihn rund um die Uhr versorgen mußte, habe ich mich krankschreiben lassen. Ich habe oft nur vier Stunden schlafen können. Mit Haschisch habe ich mich beruhigt. Dann konnte ich zu mir selbst kommen und so bin ich dann doch eingeschlafen. Ich konnte damals nicht gut schlafen. Als A. starb, habe ich intensive Trauerphasen durchlebt. Ich habe keine Tabletten zur Beruhigung genommen, aber ich habe mehr als sonst Haschisch geraucht. Das hat mir gut getan... Jetzt ist alles wieder normaler geworden. Wenn ich ausgehe zum Tanzen oder so, rauche ich gern eine Haschischzigarette. Ich glaube, ich bin ein gewöhnlicher Drogen-User. Ich trinke selten Alkohol. Wegen Aids nehme ich Azt. Ich hatte eine Zeitlang Nervenschmerzen. Das waren auch Nebenwirkungen von Aids-Medikamenten. Wenn ich Haschisch geraucht habe, wurde das weniger. Abgesehen davon, daß man ja immer Hunger kriegt, glaube ich nicht, daß mein Cannabiskonsum gesundheitlich gefährlich ist. Am Ende meines Lebens werde ich nicht die Dinge, die mir sonst in meinem Leben gut getan haben, aufgeben, es sei denn, sie tun mir nicht mehr gut..."

Auszug aus einem Interview mit einem HIV-positiven schwulen Mann

Ein anderer schwuler Mann schildert seine Erfahrungen mit Heroin: „Zuerst war alles easy. Ich habe ab und zu Heroin genommen. Ich hatte aber Probleme mit meinem Schwulsein. Ich bin sowieso Einzelgänger. Ich konnte keinen Kontakt zu schwulen Männern finden. Dann habe ich mich verliebt, und mein damaliger Freund hat ebenfalls angefangen mit dem Fixen. Das ging dann nach einiger Zeit drunter und drüber. Wir hatten keine Wohnung mehr und die Polizei hat mich bei einer Razzia verhaftet. Wir hatten eine Zeitlang ein gutes Auskommen. Mein Freund ist anschaffen gegangen... Das hat mich alles wenig gekratzt. Ich war ja zugeballert. Heute habe ich mich erholt. Ich bin zwar positiv, aber ich bekomme Methadon. Ich habe jetzt wieder eine Arbeit und es geht mir gesundheitlich besser. Ich esse gut. Es fehlt mir mein Freund. Der ist vor drei Jahren an einer Überdosis gestorben..."

Weitere Befragungen sind notwendig, um Forschungshypothesen über den Zusammenhang von schwulen Lebensstilen und der Bedeutung von Alkohol-, Drogen- und Medikamentengebrauch zu formulieren. Weshalb sich z.B. die einen risikobewußt und die anderen risikoignorant verhalten, kann bisher nicht allgemein beantwortet werden. Wir wissen nicht einmal, wie und in welchem Umfang die einzelnen legalen und illegalen Rauschsubstanzen unter schwulen Männern verbreitet sind. Es gehört zum Selbstverständnis und zu den Zukunftsaufgaben des Projektes „HARMphARM & Science", Praxis und Prozeß der substanzabhängigen Rauschentwicklung unter schwulen Männern phänomenologisch zu beschreiben und den Stand der Forschung auf sozialwissenschaftlichem und medizinischem Gebiet zu dokumentieren, um dieses Wissen interessierten schwulen Männern zugänglich zu machen. Es ist jedoch zur Zeit ungewiß, in welchem Umfang sich diese selbstgestellten Aufgaben der „HARMphARM & Science" bewältigen lassen.

Insgesamt haben die schwulen Männer, die in den Projekten der HARMphARM mitarbeiten, innerhalb kürzester Zeit aus eigener Initiative eine Reihe wichtiger Projekte auf den Weg gebracht, von denen schwule Männer mit Alkohol-, Drogen- und Medikamentenerfahrungen schon jetzt profitieren können. Wir suchen weitere interessierte schwule Männer, die themenspezifisch und projektbezogen bei uns mitarbeiten wollen.

„positiv leben"

Rainer Jarchow

Wie alle anderen, die sich der schwulen Emanzipationsbewegung zugehörig fühlten, hörte ich 1982/83 zum ersten Mal von jener Krankheit, die in den USA eine neue Schwulenhatz auszulösen drohte. Und wie viele andere auch sah ich die Bedrohung für die bundesdeutsche Bewegung, die nach dem sog. Beethovenhallendebakel ihre Wunden leckte. Ich hatte mich 1982 als Psychotherapeut in Köln niedergelassen und mich dort der ältesten und größten Schwulen- und Lesbengruppe angeschlossen, der „gay liberation front" (glf). Mein Hauptaugenmerk lag auf der Errichtung eines Schwulen- und Lesbenzentrums für Köln, das über die glf hinaus alle bestehenden schwul-lesbischen Gruppierungen beheimaten sollte.

Dem Drängen Michael Zgonjanins, es müsse auch in Deutschland etwas gegen die GRID (Gay Related Immunodeficiency)-Bedrohung getan werden, gab ich nur zögernd nach: Ich wollte mich nicht zersplittern. Aber ich konnte nicht mehr länger meine Augen davor verschließen, daß auch in der Bundesrepublik Deutschland die Öffentlichkeit aufmerksam wurde: Eine Schwulenkrankheit breitet sich aus und gab willkommenen Anlaß, voyeuristisch über Schwule und ihre Sexpraktiken in Saunen und Dunkelräumen zu berichten. Der Kampf um die Anerkennung schwuler Lebensweisen geriet ins Hintertreffen.

In Köln trafen sich einige Interessierte, die sich darin einig waren, daß es einer Bewegung bedürfte, die der zunehmenden Diskriminierung entgegenwirken sollte und die die Anstrengung und Solidarität aller zum Ziel haben müßte. Wir sahen, daß die Deutsche Krebshilfe das geschafft hatte, was wir erreichen wollten: Unter einem Dach alle Kräfte sammeln und eine Gegenbewegung gegen Angst bilden, die Lobby sein kann.

So gründeten wir die Deutsche AIDS-Hilfe Köln, die sich später, nach der Gründung der Dachorganisation der Deutschen AIDS-Hilfe in Berlin, in AIDS-Hilfe Köln umbenannte.

Nachdem das Schwulen- und Lesbenzentrum SCHULZ in Köln eröffnet war und meinen Erwartungen entsprechend gut lief, meinte ich, dort nicht mehr nötig zu sein und machte fortan die Arbeit im AIDS-Bereich zu meinem Hauptthema: Beratungstelefon zu AIDS zweimal wöchentlich im SCHULZ, Ausbildung ehrenamtlicher Telefonberater, Kontakte knüpfen in Nordrhein-Westfalen, die zur Gründung der AIDS-Hilfe NRW führten, wöchentliche Positivengruppe in meiner Wohnung, Beantragung von Geldern, Anmietung von Räumen, Auszug der AIDS-Hilfe Köln aus dem SCHULZ.

Anfang 1986 wurde im Kölner Gesundheitsamt die erste Bundesmodellstelle zu AIDS eingerichtet, und ich bewarb mich: Es schien mir ideal, diese Stelle mit jemandem zu besetzen, der schwul ist, eine psychosoziale Ausbildung hat und die Basis kennt, der also als Verbindungsmann zwischen Politik, Verwaltung und AIDS-Bewegung fungieren kann.

Ebenfalls Anfang 1986 trat Bernd Flury an mich heran: Er wollte bundesweit Positive zu einem Erfahrungsaustausch ins Waldschlößchen einladen – unter Umgehung der D.A.H.,

nachdem diese nicht von vornherein Zustimmung signalisiert hatte. Er bat mich, als psychotherapeutischer Begleiter sozusagen im Hintergrund bereit zu stehen, falls Unvorhersehbares passierte. Dieses Wochenende im Mai 86 bedeutete für mich persönlich insofern eine Veränderung meiner Motivation für mein AIDS-Engagement, als durch die Begegnung mit vierzig Infizierten aus dem ganzen Bundesgebiet zu meiner schwulenpolitischen Begründung eine tiefe emotionale Betroffenheit hinzukam: Waren es bisher immer Einzelschicksale, denen ich begegnete, so waren es plötzlich viele, die in ihrer Wirkung mehr als die Summe von einzelnen ausmachten: die Gemeinschaft Infizierter.

Natürlich waren es zumeist junge Leute, die angesichts der Diagnose ihre Lebensperspektiven und -planungen ändern mußten bzw. wollten. Und natürlich waren es oft finanzielle Gründe, die behinderten und einschränkten.

Im August 1986 trafen sich in Königswinter zum ersten Mal diejenigen, die innerhalb des Bundesmodells „Psychosoziale Beratung" arbeiteten: Das war mein zweiter Blick über den Kölner AIDS-Tellerrand: Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aus zehn Bundesländern, die in Gesundheitsämtern und AIDS-Hilfen arbeiteten.

Meine persönliche Situation hatte sich im Sommer 86 insofern geändert, als ich durch den Tod meines Vaters zu ziemlich viel Geld gekommen war, und ich wußte von Anfnag an, daß ich nicht alles für mich behalten wollte: Ich sah dieses Erbe als Geschenk, das mich verpflichtete – und was lag näher, als hier an den AIDS-Bereich zu denken.

Mit Freunden, die mich und die Arbeit, die ich tat, kannten, setzte ich mich zusammen, und wir überlegten, was mit einer Million Mark, die ich zur Verfügung stellen wollte, optimal getan werden könnte. Dieses Geld einer AIDS-Hilfe zur Verfügung zu stellen, darin waren wir uns alle einig, hieße, Kommunen aus der Pflicht zu entlassen, was wir ablehnten.

Es entstand der Plan, eine AIDS-Stiftung zu gründen, die Betroffenen Geld geben würde, die aufgrund ihrer Infektion oder Erkrankung in finanzielle Not gerieten. Zwei Nöte waren mir bereits wiederholt begegnet: Zum einen wollten viele, die von ihrer Infektion erfuhren bzw. bei denen die Erkrankung ausbrach, ihre Wohnung oder sogar ihren Wohnort wechseln, was ich gut verstehen konnte: Als Infizierter lebt es sich leichter in einer Großstadt, wo sich bereits damals eine Infrastruktur für Postive abzeichnete. Außerdem war dort die medizinische Versorgung gesicherter. Ein solcher Umzug kostet Geld – neben all den anderen Dingen, die er auch kostet.

Die andere Not: Auf den ersten Waldschlößchentreffen zeigte sich schnell, wie gut es war, andere zu besuchen, aus den eigenen vier Wänden herauszukommen, vielleicht sogar gemeinsam zu verreisen – oder auch, wenn die Erkrankung schon fortgeschritten war, mit einer Begleitperson. Auch hierfür war kein Geld vorhanden. Eine Stiftung könnte da helfen.

Und es kam noch ein Drittes hinzu: Von Beginn meiner Arbeit an war deutlich, welch enorme Rolle die Presse bei der Bewältigung der AIDS-Problematik spielte. Sehr oft bestand professionelle und ehrenamtliche Arbeit zu Beginn eines Tages in nichts anderem als der Dementierung oder Richtigstellung der Presseberichterstattung. Ich wünschte mir einen Journalistenpreis, der herausragende journalistische Arbeit zu AIDS auszeichnen und einer breiteren Öffentlichkeit bekanntmachen könnte. Ich hatte mein Anliegen immer mal wieder an verschiedenen Stellen vorgebracht, war auf viel Verständnis gestoßen, aber niemand war bereit, einen solchen Preis zur Verfügung zu stellen. Auch das könnte eine AIDS-Stiftung machen.

Im Februar 1987 waren die Vorbereitungen so weit abgeschlossen, daß die Satzung beim Innenminister des Landes Nordrhein-Westfalen eingereicht werden konnte, nach dessen Genehmigung die Stiftung gegründet war.

Auf der Suche nach einem Namen für die Stiftung fiel mir immer wieder „body positive" ein, die Hilfsorganisation Betroffener in London, die Dietmar Bolle mitbegründet hatte, den ich auf den Waldschlößchentreffen kennengelernt hatte. „Positiv leben" schien mir die angemessenste Übersetzung, die die „Verurteilung" durch ein positives Testergebnis mit der Hoffnung auf Perspektive und Lebensmut verband.

Die Stiftung hatte drei Ziele:

1. Sie unterstützt schnell und unbürokratisch HIV-positive und an AIDS erkrankte Menschen, die auf Grund ihrer Infektion in finanzielle Notlagen geraten sind.
2. Sie tritt allgemein für die gesellschaftliche Integration und gegen die Diskriminierung Betroffener ein.
3. Sie zeichnet journalistische Arbeiten mit einem Journalistenpreis aus.

Uns war klar, daß zur Verfolgung dieser Ziele eine Million Mark nicht viel ist: Denn diese Million sollte nicht ausgegeben, sondern so angelegt werden, daß die Erträge von jährlich ca. 80.000 DM ausgeschüttet werden können. Wir brauchten also Unterstützer, Zustifter, Spender.

Ich schickte den Satzungsentwurf an die Bundesgesundheitsministerin, Frau Dr. Rita Süßmuth, und an den Gesundheitsminister des Landes Nordrhein-Westfalen und war erfreut, als kurz darauf auf dem Krankenhaustag in Düsseldorf sowohl der Bundeskanzler als auch Gesundheitsminister Heinemann eine AIDS-Stiftung forderten.

Das Land erklärte sich schnell bereit, die Deutsche AIDS-Stiftung „positiv leben" durch eine Zustiftung von einer weiteren Million von vornherein auf eine breitere Grundlage zu stellen. Der Minister schrieb auch die größten Unternehmen Nordrhein-Westfalens an und bat um Zuwendung (mit magerem Ergebnis – AIDS war eben keine „gesellschaftsfähige Krankheit"), unterstützte auch in den ersten beiden Jahren die Geschäftsstelle mit zwei sechsstelligen Beträgen: Die Arbeit konnte beginnen.

Leider konnte sich die Bundesgesundheitsministerin dieser Initiative nicht anschließen: Dem Bundeskanzler waren von Kranken- und Lebensversicherungen drei Millionen Mark für eine AIDS-Stiftung in Aussicht gestellt worden, die nicht in eine Stiftung gesteckt werden sollten, in die eine SPD-geführte Landesregierung bereits investiert hatte. Die Gründung einer zweiten AIDS-Stiftung war unvermeidlich. Frau Süßmuth und ich verabredeten aber, gegenseitig für das Kuratorium der jeweils anderen Stiftung zur Verfügung zu stehen, um auf diese Weise auch nach außen zu dokumentieren, daß die beiden Stiftungen nicht miteinander konkurrierten.

Daß die Existenz zweier Stiftungen aber irritieren würde, war klar und wurde Ende 1988 besonders deutlich, als eine große Kunstauktion „art against AIDS" zugunsten der Nationalen AIDS-Stiftung durchgeführt wurde, die einige Unterstützer der Deutschen AIDS-Stiftung „positiv leben" verärgerte. Beide Stiftungen schlossen sich deswegen am 01.01.1989 zur Arbeitsgemeinschaft deutscher AIDS-Stiftungen zusammen und treten bei bundesweiten Benefiz-Veranstaltungen grundsätzlich gemeinsam auf, was auch deswegen angemessen ist, weil beide Stiftungen inhaltlich die gleichen Ziele verfolgen.

Wie arbeitet die Deutsche AIDS-Stiftung „positiv leben" heute, sechs Jahre nach ihrer Gründung?

Nach wie vor ist die Einzelfallhilfe das eigentliche Anliegen und umfangmäßig der Schwerpunkt der Arbeit: Insgesamt konnte weit über 5.000 Menschen mit HIV und AIDS finanziell geholfen werden, und allein im Jahr 1992 wurden über 700.000 DM dafür aufgebracht – von Spenderinnen und Spendern, die sicher sein können, daß ihre Spende ohne Abzug für Verwaltung o.ä. direkt den Betroffenen zugute kommt.

Da wir mit der Stiftung kein eigenes bundesweites Beratungsnetz aufbauen wollten, bestand das Konzept von Anfang an darin, daß wir AntragstellerInnen an Beratungsstellen vor Ort verweisen: Wer Geld von der Stiftung braucht, wendet sich an eine AIDS-Hilfe, ein Gesundheitsamt, eine Drogenberatungsstelle o.ä. und stellt dort seine/ihre Situation dar. Von dort aus kann dann – auch anonym – der Antrag an die Stiftung gestellt werden, und das Geld geht von dort an die Beratungsstelle, die damit der Stiftung gegenüber als Bürge auftritt, daß zum einen die gemachten Angaben der Wirklichkeit entsprechen und daß zum anderen das Geld auch bei dem/der AntragstellerIn ankommt. Die Bereiche Erholung, Kur und Wohnen stellten von Anfang an die wichtigsten Bereiche dar, aus denen Anträge kommen. Daneben stehen die Bereiche Lebensstandard, Fahrtkosten, Psychosoziales, Nahrung, Rechtshilfe, Telefon, Arbeit und Kleidung. Um die soziale Struktur der AntragstellerInnen deutlich zu machen, nenne ich im folgenden einige Daten aus dem Jahresbericht, der 1992 vorgelegt wurde:

Es ist nachweisbar, daß die Menschen, die bei der Deutschen AIDS-Stiftung „positiv leben" Hilfen beantragen, innerhalb der von AIDS betroffenen Menschen nochmals eine Benachteiligtengruppe darstellen.

Das bezieht sich auf die Altersstruktur: Während mehr als 70% der an Krebs verstorbenen Menschen zum Zeitpunkt ihres Todes älter als 65 sind, sind fast 60% der an AIDS erkrankten Menschen beim Ausbruch der Krankheit noch keine 40 Jahre alt.

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

Das Durchschnittsalter derer, die sich an die Stiftung wenden, ist nochmals deutlich unter dem ohnehin sehr niedrigen Durchschnittsalter der an AIDS erkrankten Menschen. Dabei liegt das Durchschnittsalter der Frauen nochmals unter dem der Männer. Und da so junge Menschen in der Regel noch keinen Rentenanspruch haben (und wenn doch, dann einen sehr geringen), müssen sehr viele AntragstellerInnen von der Sozialhilfe leben.

Des weiteren muß erwähnt werden, daß inzwischen (in den ersten drei Jahren Stiftungsarbeit war das anders) der Anteil der DrogenbenutzerInnen unter den AntragstellerInnen bei über 50% liegt. Auch der Anteil der Frauen (ca. 30%) liegt weit über den vom Bundesgesundheitsamt herausgegeben Zahlen – weitere Hinweise darauf, daß es sich bei den Hilfesuchenden um eine Benachteiligtengruppe unter den Benachteiligten handelt.

Neben dem Herzstück der Stiftungsarbeit, der Einzelfallhilfe, liegt ein weiterer Arbeitsschwerpunkt in der Unterstützung von Projekten, die der Diskriminierung Infizierter und Kranker entgegenwirken und auf Integration zielen. Dabei handelt es sich z.B. um die Förderung von Wohnprojekten, aber auch Urlaubsprojekten, Ausstellungen, Theateraufführungen (vor allem im Justizvollzugsbereich) – Projekte, die in der Regel sehr teuer sind.

Da die Deutsche AIDS-Stiftung „positiv leben" grundsätzlich über weniger Geld verfügt, als von Dritten beantragt wird, haben wir im Vorstand einen Grundsatzbeschluß herbeigeführt, der besagt, daß die Liquidität von Stiftungsgeldern für Einzelfallhilfe gesichert sein muß, bevor Gelder für Projekte ausgegen werden – zumal Projektanträge sich oft im fünfstelligen Bereich bewegen (oder auch mehr – aber die haben angesichts der Finanzierungsmöglichkeit der Stiftung keine Chance), während wir im Durchschnitt pro Einzelfall ca. 700 DM ausgeben. Aufgrund des sehr starken Anstiegs von Anträgen im Einzelfallbereich (von 665 Anträgen im Jahre 1990 über 978 im Jahre 1991 bis auf fast 1.200 Anträge im Jahr 1992) mußten wir also die Förderung im Projektbereich drosseln, denn die Spenden nahmen längst nicht in dem Umfang zu, wie wir es benötigt hätten.

Durch die zweckgebundene Spende eines Mannes, dessen Freund vor über einem Jahr an AIDS gestorben ist, war es uns möglich, in der letzten Zeit ein größeres Projekt zu fördern, das die Zielsetzung der Deutschen AIDS-Stiftung „postiv leben" besonders deutlich macht: Das Denkraum-Fragment „NAMEN UND STEINE" des Berliner Künstlers Tom Fecht, das in diesem Band an anderer Stelle ausführlich vorgestellt wird.

Für die Namenssteine verwendet Tom Fecht alte Pflastersteine, sog. Katzenköpfe, Steine eines seit Jahrhunderten in ganz Europa verbreiteten Pflastertyps aus Basalt und Granit. Auf den abgenutzten Kopfseiten werden in einem Sandstrahlverfahren die Namen von Menschen eingelassen, die an AIDS verstorben sind. Die Kasseler Installation anläßlich der Documenta IX mit 250 Steinen, auf denen die Namen bekannter und unbekannter AIDS-Opfer stehen, bildete den Ausgangspunkt für ein nomadisierendes Gedächtnis, das bis zur Jahrtausendwende durch ganz Europa ziehen soll und dabei laufend ergänzt und durch immer wieder neue Zusammenhänge ständig verändert wird.

Die Selbstverständlichkeit und Einfachheit dieser ruhigen und bewußt unspektakulären Form birgt Anteilnahme, fordert Solidarität und ermöglicht persönliche und kollektive Erinnerung. Sie soll aber auch die Lebenden unterstützen: Wer auf diese Weise den Namen eines AIDS-Toten verewigt wissen möchte, bestellt einen Stein mit dem entsprechenden Namen bei der Deutschen AIDS-Stiftung „positiv leben" und zahlt 250 DM, von denen 200 DM für die Herstellung des Steines benötigt werden und 50 DM direkt der Stiftung für die Einzelfallhilfe zugute kommen. Diese Art von besinnlicher Hilfe für Betroffene paßt gut zu dem, was ich mit der Gründung der Stiftung vor sechs Jahren erreichen wollte.

Namen und Steine – Ein Denkraum-Fragment

Ulrich Heide

AIDS ist längst nicht mehr anonym, AIDS trägt viele Namen: Die Namen der Menschen, die daran verstorben sind. Diese Tatsache ist der Ausgangspunkt einer mobilen Installation des Künstlers Tom Fecht, eines neuen Fragments seines 1989 begonnenen Langzeitprojekts DENKRAUM. Die Deutsche AIDS-Stiftung „positiv leben" fördert diese Arbeit, weil sie einen würdigen Raum schafft, um an die durch AIDS verstorbenen Menschen zu erinnern und um das Thema AIDS in die Öffentlichkeit zu tragen. Damit können wir Zeichen setzen gegen Verdrängung, Vergessen und Ausgrenzung, für Solidarität und Menschlichkeit. Gerade in einer Zeit steigender Aggression und Gewaltbereitschaft gegen Minderheiten erscheint dies nötiger denn je.

Tom Fechts Langzeitprojekt DENKRAUM

DENKRAUM kann als ein Versuch verstanden werden, mit Kunst öffentliches Nachdenken über Sexualität und Tod zu initiieren. Für Tom Fecht steht der in seiner Unversehrtheit gefährdete Körper im Mittelpunkt der künstlerischen Arbeit. Seine stets als Fragmente gekennzeichneten Installationen nähern sich dem menschlichen Körper als einem öffentlichen Raum. 1989 zunächst als ungewöhnliche Maßnahme gegen einen ungewöhnlichen und frühen Tod entstanden, hat sich DENKRAUM zu einem vielschichtigen Langzeitprojekt entwickelt, das für neue Erfahrungen offen bleibt und mit neuen Arbeitsschritten ständig wächst.

Öffentlichkeit über AIDS herzustellen bedeutet immer auch, Gemeinsamkeiten zu entwickeln. So hat die Deutsche AIDS-Stiftung „positiv leben" wichtige Arbeitsschritte dieses Projektes seit 1989 begleitet. Inzwischen steht DENKRAUM auch für die gemeinsame Suche nach einem Symbol. Wir suchen nach Formen der Solidarität mit Infizierten und Kranken, nach Formen, die sich mit den Anliegen der AIDS-Prävention verbinden. Die gemeinsamen Schritte, die wir mit DENKRAUM gehen, sollen auf dieses Ziel zuführen, auch wenn jeder Schritt ein eigenständiger Baustein bleibt.

NAMEN UND STEINE

1992 entstand ein DENKRAUM-Fragment aus Namen und Steinen, das „Kasseler Fragment", von Tom Fecht auch als MEMOIRE NOMADE bezeichnet. Das „nomadisierende Gedächtnis" soll als mobiles Denkmal bis zur Jahrtausendwende ein Wanderleben führen. Laufend durch neue NAMENS-STEINE ergänzt, bleibt es durch immer neue Zusammenhänge lebendig und wird sich mit jedem weiteren Namen und jedem weiteren Stein ständig verändern. Die Steine tragen jeweils

den Namen eines an AIDS verstorbenen Menschen, bekannte und unbekannte Namen aus zahlreichen Ländern. Die erste Installation bestand aus 250 Steinen und nahm besonderen Bezug auf die große Zahl von Künstlern, die an AIDS verstorben sind. Das Fragment wurde auf dem Gelände der DOCUMENTA IX in Kassel realisiert, einem der wichtigsten internationalen Ereignisse zeitgenössischer Kunst. Gleichzeitig war diese Installation eine Hommage an HIV-positive und an AIDS erkrankte Menschen aus den unterschiedlichsten künstlerisch-kreativen Bereichen, die bereits Mitte der achtziger Jahre das Schweigen um AIDS brachen und so einen wesentlichen Beitrag leisteten, diese Krankheit zumindest ein Stück weit aus der Tabuzone zu holen.

Es folgte die Installation COUR DES TREPASSES (Hof der Verschwundenen) im Ostberliner Museum für Naturkunde, die anläßlich des Welt-AIDS-Tages 1992 an die zahlreichen weniger bekannten AIDS-Toten erinnerte.

Die künstlerische Konzeption des DENKRAUM-Fragments NAMENS-STEINE stellt einen unmittelbaren Bezug zwischen den an AIDS verstorbenen Menschen und einer breiten Öffentlichkeit her. Die Selbstverständlichkeit und Einfachheit dieser ruhigen und bewußt unspektakulären Form birgt Anteilnahme, fordert Solidarität und ermöglicht persönliche und kollektive Erinnerung. Namen sind Teil menschlicher Identität, Bruchstück einer einmaligen und unverwechselbaren Biographie, Fragmente, mit denen sich Erinnerungen, Bilder und Gefühle verbinden.

Für die NAMENS-STEINE verwendet Tom Fecht alte Pflastersteine, sog. Katzenköpfe, aus den Pflasterungen von Straßen und öffentlichen Plätzen. Sie gehören zu einem seit Jahrhunderten in ganz Europa verbreiteten Pflastertyp, der sich durch seine handwerkliche Fertigung regional unterscheidet. So ist jeder Stein durch sein Material, seine Farbe, seine Form, seine Größe und sein Gewicht einmalig. Witterung und ganz unterschiedliche Formen der Abnutzung haben jeden Stein geprägt und auf seiner Oberfläche sichtbare Spuren hinterlassen. Die Steine werden aus verschiedenen Regionen und Ländern in ein Atelier nach Berlin gebracht. Auf der abgenutzten Kopfseite der Steine werden mit einem besonderen Sandstrahlverfahren die Namen eingraviert. Auch wenn kein Stein dem anderen gleicht, so wie kein Mensch einem anderen, verbindet diese Namen doch eine Gemeinsamkeit: Die Todesursache AIDS.

Die NAMENS-STEINE bilden ein mobiles, ständig wachsendes Gedächtnis, werden von Tom Fecht immer wieder zu neuen DENKRAUM-Fragmenten zusammengefaßt. Für 1993/94 sind Installationen in Zürich, Köln, Reims, Bonn und St. Petersburg geplant. Dabei wirken die Deutsche AIDS-Stiftung „positiv leben" und ihre Partner in anderen Ländern mit. So unterschiedlich diese Orte, so verschieden die Anlässe und die Installationen auch sein mögen: sie werden immer öffentlich sein.

Form und Inhalt dieser unprätentiösen Installationen bleiben immer nachvollziehbar. So führen sie zu einer neuen Qualität der Wahrnehmung auf Straßen und Plätzen, vor und in Gebäuden, dort, wo sich viele Menschen treffen und dort, wo Momente der Ruhe möglich sind; Orte, in denen man sich in einer Beziehung zum anderen begreift. Individuelle Gefühle und gemeinsame Betroffenheit können sich in aller Öffentlichkeit zu einer neuen gesellschaftlichen Qualität ergänzen.

Tom Fecht widersteht dem Zeitgeist, dem er eine schwerwiegende Ausgrenzung des Todes vorwirft: „In dem Maße, wie die Gesellschaft den Tod tabuisiert, ist sie bereit, ihn zu ignorieren." Mit seinen Fragmenten erschließt er öffentliche Räume und trennt so den Tod

nicht vom Alltag ab. Damit gelingt es ihm, der Kirche eines ihrer letzten Monopole streitig zu machen und den Tod zu säkularisieren, ohne die Gefühle christlich orientierter Menschen zu verletzen. Hierin kann das Verdienst gesehen werden: Geschaffen wird ein Raum für Trauer(arbeit), in dem sich Hinterbliebene mit sehr unterschiedlichen Wertvorstellungen begegnen und in ihrer persönlichen Trauer akzeptieren können.

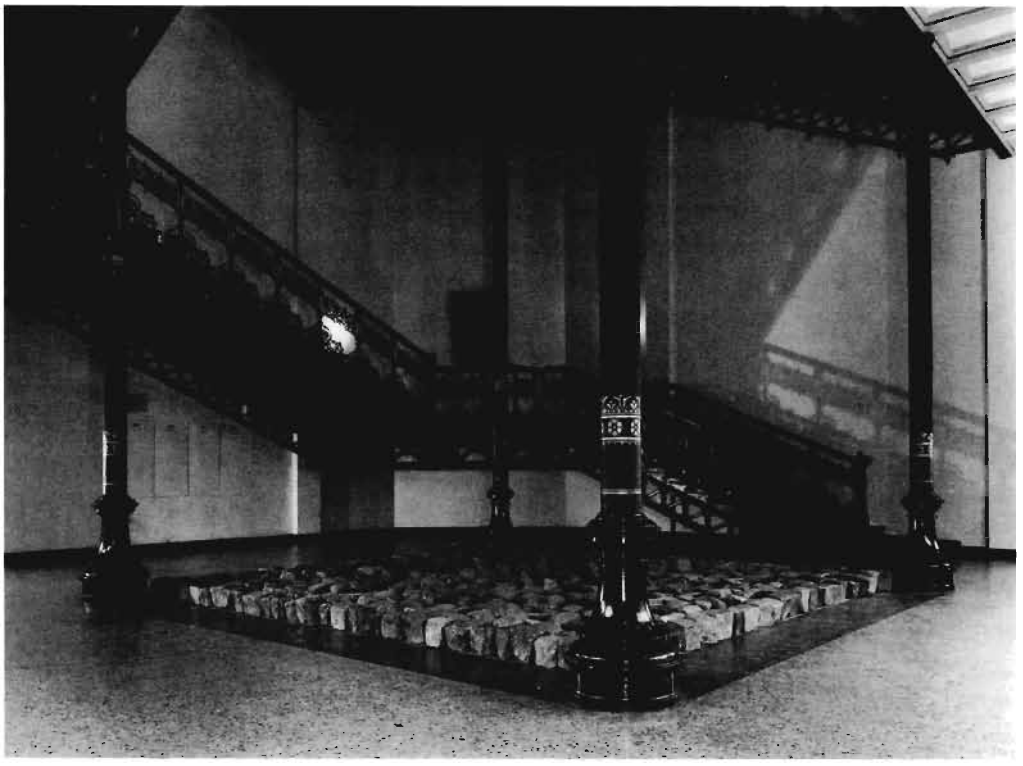
Die Installationen sind somit Orte des Gedenkens und der Erinnerung, aber auch Orte der Aufforderung zur Prävention und zur Solidarität mit den Infizierten und Kranken. Zu den zentralen Motiven des Projekts zählt die Frage, wie Anteilnahme wachsen kann. Der Berliner Sozialwissenschaftler und AIDS-Experte Rolf Rosenbrock schreibt hierzu: „Gegen Tendenzen zur Sündenbock-Verfolgung und Minderheiten-Unterdrückung helfen zuallererst sachliche Informationen darüber, daß und wie sich jeder Mensch selbst vor AIDS schützen kann – ohne Ausgrenzung, ohne Menschenjagd, ohne staatlichen Zwang. Aber die Information allein reicht nicht aus: Denn die Versuchung, sexuell, rassisch und kulturell vom gewohnten Normbild abweichende Gruppen und Menschen zu stigmatisieren, liegt tiefer. Ihr kann auf Dauer nur in dem Maße begegnet werden, wie die Verschiedenheit der menschlichen Spezies, ihre Ausdrucksformen und Lebensspiele in und zwischen den Gesellschaften und Kulturen wahrgenommen und akzeptiert wird... Keine dieser Lernaufgaben kann durch bloße Wissensvermittlung und soziales Marketing gelöst werden. Aufklärung ist im doppelten Sinn notwendig: Neben der Information wird der Beitrag der Künste, sprachlich nicht vermittelbare Symbole hervorzubringen, zu verknüpfen und dadurch Menschen anzurühren, unverzichtbar."

Wir sehen in den spezifischen Möglichkeiten der Kunst einen eigenständigen Beitrag zu einer weit verstandenen Prävention. In diesem Projekt verbinden sich also neue Möglichkeiten individueller Trauer mit der Aufforderung zur Solidarität, zu der die Prävention genauso gehört wie die konkrete materielle Hilfe für Menschen mit HIV und AIDS.

Zur Finanzierung des Projekts NAMEN UND STEINE

Die Deutsche AIDS-Stiftung „positiv leben" fördert das Projekt NAMEN UND STEINE. Die Stiftung hat sich hierzu entschlossen, weil sie glaubt, daß es dem Künstler Tom Fecht mit seinen Installationen auf eine leise, aber gerade deshalb großartige und überzeugende Weise gelingt, zu einem besseren Verständnis der Krankheit AIDS beizutragen und zu dem, was AIDS bei den unmittelbar betroffenen Menschen und in der ganzen Gesellschaft auslöst. Insoweit sind die NAMENS-STEINE Aufklärung im besten Sinne.

Gleichwohl ist die Stiftung, die vor allem Menschen mit HIV und AIDS unmittelbar helfen will, darauf angewiesen, dieses Projekt nicht aus ihren laufenden Spendeneinnahmen zu finanzieren. Im Gegenteil: Tom Fecht und die Deutsche AIDS-Stiftung „positiv leben" wollen über dieses Projekt Mittel für die Einzelfallhilfe der Stiftung einwerben, um die Forderung nach Solidarität mit betroffenen Menschen konkret werden zu lassen. Deshalb sucht die Stiftung Großspender und Sponsoren, die gezielt dieses Projekt unterstützen und dabei immer auch einen Teil des Spendenbetrages für die Einzelfallhilfe bereitstellen. Die Stiftung benötigt die ideelle und finanzielle Hilfe vieler Menschen, die zur Fortführung und zum Ausbau des



FREDDY MERCURY
IKARUS
ANTHONY PERKINS
MARIANNE
FAN SCHAFER
DENK RAUM
JEAN PAUL ARON

Projekts beitragen wollen. Hierfür gibt es zwei Möglichkeiten, die gleichzeitig konkrete Beiträge für weitere Installationen sind:

– die NAMENS-STEINE und
– die Editions-STEINE.

NAMENS-STEINE können für eine Spende von 250 DM bei der Deutschen AIDS-Stiftung „positiv leben" bestellt werden. Dabei sichert die Stiftung zu, daß ein neuer Stein mit dem vom Spender angegebenen Namen hergestellt und in zukünftigen Installationen verwendet wird. Die Herstellung eines NAMENS-STEINS kostet ca. 200 DM. Ein Anteil von 50 DM der Spende wird für die Einzelfallhilfe der Deutschen AIDS-Stiftung „positiv leben" eingesetzt.

Editions-STEINE können für eine zweckgebundene Spende von mindestens 500 DM bestellt werden. Bei einer solchen Spende werden 150 DM für die Herstellung eines Editions-STEINS (Beschriftung DENKRAUM und fortlaufende Nummer/Jahr) verwendet, 100 DM für Gemeinkosten des Projekts und mindestens 250 DM für die Einzelfallhilfe der Deutschen AIDS-Stiftung „positiv leben". Spender erhalten neben der Spendenbescheinigung eine Grafik zum Projekt, die vom Künstler Tom Fecht signiert und numeriert wurde; die Numerierung entspricht hierbei der Numerierung der Editions-STEINE.

Dieser Finanzierungsweg soll einerseits die Fortsetzung und den Ausbau des Projekts sichern, wobei die Möglichkeiten der Deutschen AIDS-Stiftung zur Hilfe im Einzelfall nicht beeinträchtigt werden. Andererseits wird hiermit die Bitte und Aufforderung an all diejenigen gerichtet, die sich Menschen mit HIV und AIDS – verstorbenen wie lebenden – nahe fühlen, sich dieses Projekt der Deutschen AIDS-Stiftung „positiv leben" und des Künstlers Tom Fecht im Wortsinn zu eigen zu machen.

Spenden und Bestellungen an:
Deutsche AIDS-Stiftung „Positiv leben"
z. Hd. Frau Jutta Büren
Pipinstr. 7
5000 Köln 1
Tel.: 0221/25 10 61
Fax.: 0221/25 10 63
Spendenkonto 5000,
Westdeutsche Landesbank, Köln
(BLZ 370 500 00)

AutorInnenverzeichnis

AHRENS, Helmut: Dipl. Soziologe, hauptamtlicher Mitarbeiter der Deutschen AIDS-Hilfe (1986-1991), Vorstandsmitglied der D.A.H. (1991-1992).

BOCHOW, Michael: Dr. rer. pol., Soziologe, Wissenschaftlicher Mitarbeiter am Max-Planck-Institut für Bildungsforschung, Berlin (1980-1986), seit 1987 Wissenschaftlicher Mitarbeiter der Gesellschaft für interdisziplinäre Sozialforschung in Anwendung mbH (Intersofia), Berlin und tätig in der sozialwissenschaftlichen AIDS-Forschung und Einstellungsforschung.

FISCHER, Claudia: Studium der Sozialpädagogik, Mitbegründerin der Braunschweiger AIDS-Hilfe (1985), hauptamtliche Mitarbeiterin beim Hurenprojekt HYDRA (1988-92), seit 1992 Leiterin des Fachbereichs „Frauen" der Deutschen AIDS-Hilfe.

FLORIJN, Yvette: Dipl. Sportlehrerin, seit 1990 Leitung von Sportgruppen für Menschen mit HIV und AIDS, arbeitet als wissenschaftliche Mitarbeiterin im Projekt „Sport und HIV-Infektion" des Wissenschaftlichen Instituts der Ärzteschaft Deutschlands e.V. (WIAD).

FREY, Thomas: Exam. Krankenpfleger, Studium der Psychologie.

HEIDE, Ulrich: Dr. phil., Erziehungswissenschaftler, seit 1987 Geschäftsführer der Deutschen AIDS-Stiftung „positiv leben".

HILCKMANN, Martin: Dipl. Sozialarbeiter.

JARCHOW, Rainer: Ev. Theologe und Psychotherapeut. Mitbegründer der AIDS-Hilfe Köln und Nordrhein-Westfalen. Stifter und Vorstandsvorsitzender der Deutschen AIDS-Stiftung „positiv leben".

KRICHELDORFF, Cornelia: Dipl. Sozialpädagogin, Studium der Soziologie, Pädagogik und Gerontologie, Zusatzausbildungen in Tanz- und Bewegungstherapie. Bis Ende 1992 hauptamtliche Mitarbeiterin der Augsburger AIDS-Hilfe e.V.

MEINHARD, Henry: Dipl. Sozialpädagoge, Tanz- und Theaterpädagoge, Ausbildung in Tanz, Jazztanz, Yoga, Körper- und Maskentheater u.a. an der Leonard Pitt School of Mime (San Francisco). Seit 1978 freiberufliche Tanz- und Theaterarbeit, Performances, Körpertherapie- und Selbsterfahrungsgruppen. Schwulenarbeit seit 1984.

PARSA, Erika: Dipl. Soziologin, seit 1985 hauptamtliche Mitarbeiterin der Berliner AIDS-Hilfe e.V., vorher tätig im Forschungsprojekt „Soziogenese der frauenspezifischen Suchtentwicklung" für das Bundesministerium für Jugend, Frauen, Familie und Gesundheit.

SCHUHMACHER, Michael: Bankkaufmann, NLP-Practitioner, Resonanzprojekt: NLP – AIDS und Gesundheit, seit 1984 hauptamtlich in der AIDS-Hilfe, Leiter des Referats „Menschen mit HIV und AIDS", Deutsche AIDS-Hilfe.

THIELMANN, Helga: 1986 ehrenamtliche Mitarbeit in der AIDS-Hilfe Göttingen, 1987-89 hauptamtliche Mitarbeiterin der AIDS-Hilfe Göttingen, seit 1991 hauptamtliche Mitarbeiterin der Deutschen AIDS-Hilfe, ab 1990 Arbeit mit Angehörigen.

VORHAGEN, Wolfgang: Dipl. Pädagoge, seit 1985 hauptamtlicher Mitarbeiter im freien Tagungshaus Waldschlößchen, seit 1987 Schwerpunkt der Arbeit im dortigen Bildungswerk AIDS und Gesellschaft e.V. Mitbegründer und Mitarbeiter von Positiv e.V., der Organisationsgruppe der Bundesweiten Positiventreffen, Vorstand der Niedersächsischen AIDS-Hilfe (Landesverband) und in der Göttinger AIDS-Hilfe.

WEIDE, Hans-Georg: Sportwissenschaftler (MA), leitet seit 1990 Sportgruppen für Menschen mit HIV und AIDS.

WERNER, Wolfgang: Studium der Erziehungswissenschaften, Sozialpädagogik und Sozialarbeit, seit 1988 ehrenamtlicher Mitarbeiter des schwulen Infoladens „Mann-O-Meter", seit 1989 Honorarkraft des Bezirksamts Charlottenburg

ZILLICH, Norbert: Dr. phil., wissenschaftlicher Mitarbeiter und Lehrbeauftragter an der Fachhochschule für Sozialarbeit und Sozialpädagogik Berlin.

Zu den Herausgebern

BINIASZ, Thomas: Dipl. Psychologe, Studium der Religionswissenschaften und Publizistik, seit 1986 Mitarbeiter in der AIDS-Hilfe, ab 1990 freier Mitarbeiter der Deutschen AIDS-Hilfe, seit 1991 hauptamtlicher Mitarbeiter im Bundesmodellprojekt „AIDS-Prävention in den Neuen Bundesländern", Brandenburg.

HETZEL, Dirk: Studium der Philosophie und Psychologie, seit 1988 in der AIDS-Hilfe tätig, 1989 bis 91 freier Mitarbeiter der Deutschen AIDS-Hilfe, ab 1992 hauptamtlicher Mitarbeiter im Fachbereich „Psychosoziales".

Bildnachweis

Seite 23, D.A.H.-Serie, Foto: Norbert Heuler, Gestaltung: Detlev Pusch, Berlin
Seite 36, Foto: Wolfgang Vorhagen, Reinhausen
Seite 42, Foto: Wolfgang Vorhagen, Reinhausen
Seite 48, Foto: Reinhard Lorenz, Berlin
Seite 50, Foto: D.A.H.-Archiv
Seite 52, Foto: Reinhard Lorenz, Berlin
Seite 60, Foto: Reinhard Lorenz, Berlin
Seite 64, Foto: Reinhard Lorenz, Berlin
Seite 73, Foto: Reinhard Lorenz, Berlin
Seite 89, gemalt von: Angelo Pala, Foto: Reinhard Lorenz, Berlin
Seite 92, Foto: Dirk Hetzel, Berlin
Seite 93, Foto: Dirk Hetzel, Berlin
Seite 95, Foto: Dirk Hetzel, Berlin
Seite 102, Foto: Sybilla Herbrich, erschienen in „Helpers in the War on AIDS"
Seite 107, Foto: Henry Meinhard, Wiesbaden
Seite 109, Foto: Henry Meinhard, Wiesbaden
Seite 112, Foto: Henry Meinhard, Wiesbaden
Seite 119, Foto: Markus Faigle, Berlin
Seite 124, Foto: Markus Faigle, Berlin
Seite 131, Foto: Markus Faigle, Berlin
Seite 142, Foto: Sönke Müller
Seite 150, Foto oben: Sönke Müller, Fotos unten: Wolfgang Werner
Seite 168, Foto: Werner Maschmann, Kassel, MEMOIRE NOMADE, KASSEL
Seite 171, Fotos: Susanne Trappmann, Köln, COUR DES TRESPASSES, BERLIN

Der Titel „Netzwerk Aids“ spiegelt zum einen
den interdisziplinären Arbeitsansatz der am Aids-Prozeß
beteiligten Wissenschaften wider.
Zum andern verweist er
auf die unterschiedlichen Inhalte und Methoden
der dargestellten Projekte,
die jedoch alle ein gemeinsames Ziel haben:
Sie wollen den in der Aids-Krise lebenden Menschen
existenzielle Lebenshilfen anbieten.