

Risikomanagement

Aspekte der Primärprävention von HIV/AIDS

Dokumentation der
Präventionsfachkonferenz der Deutschen AIDS-Hilfe e.V.
vom 10. bis 12. Mai 1996 in Berlin

Risikomanagement

Aspekte der Primärprävention von HIV/AIDS

Dokumentation der
Präventionsfachkonferenz der Deutschen AIDS-Hilfe e.V.
vom 10. bis 12. Mai 1996 in Berlin

1. Auflage: September 1996
© Deutsche AIDS-Hilfe, Berlin
Erstellung / Layout: Archiv für Sozialpolitik, Frankfurt/Main
Druck: FM-Druck, Karben

Inhaltsverzeichnis

	Seite
<i>Stefan Etgeton</i>	
Vorwort: Zwischen Kalkül und Exzeß	7
Programm	9
<i>Guido Vael</i>	
Begrüßung durch den Vorstand der Deutschen AIDS-Hilfe	11
<i>Dr. Regine Hildebrandt</i>	
Ansprache der Schirmherrin der Veranstaltung	13
<i>Dr. Elisabeth Pott</i>	
Eröffnungsreferat 1	15
<i>Prof. Dr. Rolf Rosenbrock</i>	
Eröffnungsreferat 2	17
<i>Dirk Meyer</i>	
Eröffnungsreferat 3	24
Diskussion der Eröffnungsreferate	29
<i>Hans-Peter von Aarburg</i>	
Sexualität zwischen psychohygienischer Fitneß und Rausch	31
<i>Dr. Michael Bochow</i>	
Risikomanagement - Aspekte der Primärprävention von HIV/AIDS	41
Podiumsdiskussion: Risikomanagement - Individuelle und kollektive Reaktionen auf die Bedrohung durch HIV in den verschiedenen Szenen	47
Protokolle der Arbeitsgruppen	
A) Sind AIDS-Hilfen ein sinnvoller Ort für Prävention?	50
B) Kollektive Reaktionen der Drogenszene auf HIV und AIDS	52
C) Ungeschützten Sex verstehen und akzeptieren	52
D) Spezifische Aspekte der HIV-Prävention für und mit Frauen: Frauen als Partnerinnen von Prostitutionstouristen	55
E) Biographische Aspekte des Risikomanagements	
Teilgruppe I	58
Teilgruppe II	61
<i>Wayne Blankenship</i>	
HIV-negativ bleiben: Begehren, Widersprüche und Anreize	63
<i>Onno de Zwart</i>	
Von hinten besehen: Analer Sex im AIDS-Zeitalter	70
<i>Petra Narimani</i>	
Zur Notwendigkeit kulturspezifischer Angebote in der Primärprävention	74
Podiumsdiskussion: Die Zukunft der HIV-Prävention	86

Zwischen Kalkül und Exzeß Risikomanagement als Paradigma der strukturellen Prävention

Vorwort von Stefan Etgeton, Deutsche AIDS-Hilfe, Berlin

Der Begriff des Risikos hat in der AIDS-Auseinandersetzung eine bewegte Geschichte hinter sich. Nachdem einmal klar war, daß es sich bei der mysteriösen Immunschwäche nicht um eine »Schwulenseuche«, sondern um eine ganz »normale« Infektion handelte, bürgerte sich der Begriff der »Risikogruppe« ein. Damit ließ sich dem frei flutenden Virus eine Zuschreibung - sei's von Schuld oder von Bedrohung - geben, die es erlaubte, AIDS weiterhin an die »riskierten Gruppen«, wie man dann etwas vorsichtiger sagte, zu binden. Bald wurde jedoch klar, daß der Begriff der »Gruppe« eigentlich das Problem darstellte; ging es doch vielmehr um »Risikosituationen« und »Risikoverhalten«: Agieren in einem Feld von Wünschen, Phantasmen, Bedrohungen und Ängsten, in dem es, da es um Rausch und Leidenschaft geht, keine hundertprozentige Sicherheit geben kann. Die Infektionswege sind relativ geklärt und die Präventionsbotschaften ziemlich eindeutig, fest banal. Die Probleme fangen dort an, wo es darum geht, sie in der jeweiligen Situation, den eigenen Bedürfnissen und Obsessionen entsprechend umzusetzen. Die persönlichen Gestaltungsformen von Lust und Rausch sind keine fremden Mächte, sondern Güter und Talente, die es zu schützen und zu pflegen gilt. Unter dieser Maßgabe kommt es darauf an, daß einzelne und Gruppen im Zielkonflikt zwischen exzessiver Lust auf der einen und dem eigenen Schutzbedürfnis auf der anderen Seite möglichst souverän agieren können. Der Begriff des »Risikomanagements« trägt dem Umstand Rechnung, daß auch die Verhütung von Infektionen keinen Wert an sich darstellt, sondern einen Preis fordert, der individuell sehr unterschiedlich kalkuliert wird.

Dieses Kalkül hängt sehr von der jeweiligen Lebenssituation, vom sozialen Umfeld, ja direkt von politischen Rahmenbedingungen ab. Lassen sich sexuelle Begegnungen mehr oder weniger selbstbewußt gestalten, so werden die Spielräume bei intravenösem Konsum kriminalisierter Rauschmittel schlagartige enger. Wer mit einem Bein oder ganz und gar im Knast steht, dem nützt die offizielle Auskunft wenig, man solle doch ein rauschfreies Leben führen und im Justizvollzug gebe es ohnehin weder Drogen noch Sexualität. Risikomanagement beschränkt sich hier auf das, was unter dem staatlich erzeugten Beschaffungsdruck eben möglich ist. Solange aber die Gesellschaft zu Rausch und Drogen kein zivilisiertes Verhältnis entwickelt und, statt Formen ihrer Kultivierung von sich aus anzubieten, lieber Junkies durch die Innenstädte jagen läßt - so lange bleiben Präventionsanstrengungen in diesem Bereich Sisyphoswerke.

Der soziale Kontext entscheidet über die Grenzen des eigenen Risikomanagements. Darum sind Frauen so allgemein und dann auch wieder sehr konkret von AIDS mehr betroffen als die meisten Männer. Gesellschaftlich wird ihnen die Beziehungsarbeit, die »Liebesmüh« zugeschanzt, und ihre Leistungen in diesem Bereich sind dabei wesentlich auch sexuelle. Frauen, die daraus die lebenspraktische oder aus der Not geborene Konsequenz ziehen, aus ihrer unbezahlten Leistung eine Dienstleistung zu machen, verstoßen damit kaum, wie es die Gerichte behaupten, gegen das allgemeine »sittliche Empfinden«. Wo kämen sonst all die Freier her? Vielmehr deckt die Prostitution auf, daß Beziehungsarbeit, sei sie sexuell oder emotional, ihren Preis hat, nur daß hier die Männer ihn entrichten. Gewöhnlich tragen Frauen die Kosten, und dazu gehört auch das Risiko schwanger zu werden oder sich mit HIV zu infizieren. Die Kontexte, in denen AIDS für Frauen relevant wird, sind daher vielfältig: familiär, professionell, emotional, sexuell - und ihr Risikomanagement ist es auch.

Die WHO hat in ihrer Ottawa-Charta von 1986 Gesundheit definiert als Zustand geistigen, seelischen, körperlichen und sozialen Wohlbefindens. Die Entstehung und der Verlauf vieler Krankheiten bestätigen diese umfassende Sicht auf den Menschen. Dies gilt auch für AIDS. Nicht nur die Infektion hat ihre sozialen Mitursachen, sondern auch die Entwicklung der Erkrankung. Lange schon wird dies unter dem Titel »Kofaktoren« diskutiert, um es notdürftig ins virologische

Muster zu integrieren. Das Immunsystem reagiert sensibel auf Einflüsse und funktioniert bei keinem Menschen identisch. Gesundheit ist keine Ansammlung von Befunden, sondern ein Feld das offen ist für Wünsche, auch (selbst) destruktive, Phantasmen und Bedürfnisse. In jedem einzelnen Leib verschränken sich unterschiedliche Ebenen, werden genetische, biographische, ästhetische, soziale Texte miteinander verknüpft und übereinander gelagert, die zu einer je eigenen Textur zusammentreten. Dies gilt es bei allen Entscheidungen zu respektieren, nicht nur beim Präventionsverhalten, sondern auch bei der Frage: »Mache ich einen Test?« oder »Fange ich eine Therapie an?« Auch hier müssen unterschiedliche Risiken gegeneinander abgewogen werden. Das geht meistens nicht ohne kompetente fachliche Beratung und eine intensive Auseinandersetzung mit Menschen, die ähnliche Erfahrungen haben. Selbsthilfe ist daher ein besonders geeigneter Ort, um Formen des Risikomanagements einzuüben und auszuprobieren - und zwar auf allen Ebenen der Prävention.

Mit ihrer Präventionsfachkonferenz hat die Deutsche AIDS-Hilfe einen Versuch unternommen, den Begriff »Risikomanagement« für ihre Präventionsarbeit zu präzisieren, aber auch kritisch zu diskutieren. Dabei stand die Sexualität, insbesondere schwule Sexualität, im Zentrum der Debatte. Deutlich wurde auch, daß der Begriff »Management« eher mit rationalem Kalkül als mit besinnungsloser Leidenschaft in Verbindung gebracht wird. Dieser Vorbehalt zeigte sich vor allem in den Diskussionen. In den Vorträgen sollten einzelne Aspekte des Themas eingehender beleuchtet werden.

Das Forum der Präventionskonferenz bietet der Deutschen AIDS-Hilfe Gelegenheit, ihre eigene Arbeit auf den Prüfstand zu stellen. Das Thema »Risikomanagement« diente daher auch als ein Fokus für die Präventionsbemühungen der AIDS-Hilfe insgesamt. Diese Ausweitung lag durchaus im Sinne der Veranstalter. Allen, die zum Gelingen der Tagung beigetragen haben, sei an dieser Stelle herzlich gedankt, insbesondere den ReferentInnen für ihre anregenden Impulse.

Programm

Freitag, 10.05.96

- 14.00 Uhr *Begrüßung der TeilnehmerInnen* durch den Vorstand der Deutschen AIDS-Hilfe e.V.; Guido Vael
- Ansprache der Schirmherrin der Veranstaltung*; Dr. Regine Hildebrandt, Vorsitzende der Gesundheitsministerkonferenz
- anschließend *Eröffnungsreferate*
Dr. Elisabeth Pott, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln
Prof. Dr. Rolf Rosenbrock, Wissenschaftszentrum Berlin
Dirk Meyer, Landesverband der AIDS-Hilfen NRW
- (kurze Pause)
- 16.00 - 17.00 Uhr *Diskussion der Eröffnungsreferate*
Moderation: Justin Westhoff, Wissenschaftsjournalist
- 17.00 - 18.00 Uhr Pause
- 18.00 - 19.00 Uhr *Vortrag: »Sexualität zwischen psychohygienischer Fitness und Rausch«*
Hans-Peter von Aarburg, Psychoanalytisches Seminar Zürich
- ca. 19.30 - 21.00 Uhr *Empfang* der Deutschen AIDS-Hilfe e.V.

Samstag, 11.05.96

- 9.30 - 10.00 Uhr *Referat: »Risikomanagement«*
Dr. Michael Bochow, Intersofia, Berlin
- 10.00 - 10.30 Uhr Pause
- 10.30 - 12.30 Uhr *Podiumsdiskussion: »Risikomanagement - individuelle und kollektive Reaktionen auf die Bedrohung durch HIV in den verschiedenen Szenen«*
TeilnehmerInnen: Robert Böhm, JES Oldenburg; Anja Kintzel, OffensHIVe, Berlin; Dr. Michael Bochow, Intersofia, Berlin; Armin Ketterer, Berlin
Moderation: Ejo Eckerle, Journalist
- 12.30 - 14.00 Uhr Mittagspause
- 14.00 - 15.30 Uhr und 15.45 - 17.00 Uhr *Arbeitsgruppen*
- A) *Sind AIDS-Hilfen ein sinnvoller Ort für Prävention?*
Diskussionsleitung: Hans Hengelein, Niedersächsisches Sozialministerium
Protokoll: Stefan Etgeton, Deutsche AIDS-Hilfe
Berichterstattung: Uli Meurer, Deutsche AIDS-Hilfe
- B) *Kollektive Reaktionen der Drogenszene auf HIV und AIDS*
Diskussionsleitung: Fredi Lang, Berliner AIDS-Hilfe
Berichterstattung: Gundula Barsch, Deutsche AIDS-Hilfe

C) Ungeschützten Sex verstehen und akzeptieren

Diskussionsleitung: Christopher Knoll, SchwuKK e.V., München
 Protokoll: Clemens Sindelar, Deutsche AIDS-Hilfe e.V.

D) Spezifische Aspekte der HIV-Prävention für und mit Frauen: Frauen als Partnerinnen von Prostitutionstouristen

Diskussionsleitung: Andrea Rothe, Berlin
 Protokoll: Mona Schenk, Deutsche AIDS-Hilfe, Berlin
 Berichterstattung: Britta Pfennig, Deutsche AIDS-Hilfe, Berlin
 * Interessierte Männer sind zu dieser AG ausdrücklich eingeladen

E) Biographische Aspekte des Risikomanagements

Teilgruppe I, Protokoll: Karl Lemmen und Armin Traute
 Teilgruppe II, Diskussionsleitung: Christoph Schmidpeter
 Protokoll: Rainer Schilling

17.00 - 17.45 Uhr

Pause

Treffen der Diskussionsleiter, Protokollanten und Berichterstatter zur Koordinierung des anschließenden Plenums

17.45 Uhr

Plenum: Die einzelnen Arbeitsgruppen stellen ihre Ergebnisse vor

Sonntag, 12.05.96

9.00 - 11.00 Uhr

Referate

»HIV-negativ bleiben: Begehren, Widersprüche und Anreize«
 (deutsche Übersetzung des englischen Vortrags)

Wayne Blankenship, MA, San Francisco AIDS Foundation, USA

»Von hinten besehen: Analer Sex im AIDS-Zeitalter«

Onno de Zwart, Schwulen- und Lesbenstudien, Universität Utrecht, und Gesundheitsamt Rotterdam

»Zur Notwendigkeit kulturspezifischer Angebote in der Primärprävention«

Petra Narimani, VIA - Verband der Initiativgruppen in der Ausländerarbeit, Berlin

11.00 - 11.30 Uhr

Pause

11.30 - 13.00 Uhr

Podiumsdiskussion: »Die Zukunft der HIV-Prävention«

TeilnehmerInnen: Dr. Dr. Müller, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Bonn; Dirk Meyer, Landesverband der AIDS-Hilfen NRW; Guido Vaal, Vorstand der Deutschen AIDS-Hilfe; Prof. Dr. D. Kleiber, FU Berlin; Gisela Hilgefort, AIDS-Hilfe Trier, EU-Projekt »Entwicklung von frauenspezifischen Präventionskonzepten«

Moderation: Justin Westhoff, Wissenschaftsjournalist

ca. 13.00 Uhr

Ende der Tagung

Begrüßung durch den Vorstand der Deutschen AIDS-Hilfe

Guido Vael

Sehr geehrte Frau Ministerin Dr. Hildebrandt,
Sehr geehrte Frau Dr. Pott,
Meine Damen und Herren,
Liebe Freundinnen, liebe Freunde,

Ich begrüße Sie ganz herzlich zu der Präventionsfachkonferenz der Deutschen AIDS-Hilfe. Frau Ministerin Hildebrandt danke ich ganz besonders für Ihre Bereitschaft, die Schirmherrschaft für diese Veranstaltung zu übernehmen. Es ehrt uns sehr, Frau Ministerin, daß Sie persönlich anwesend sind und nachher das Wort an uns richten.

Seit nunmehr dreizehn Jahren ist die Deutsche AIDS-Hilfe mit ihren Mitgliedsorganisationen gemeinsam mit der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung die tragende Säule für die HIV und AIDS-Prävention in unserem Land. Die Aufgabenteilung zwischen der BZgA mit ihrem Schwerpunkt »Allgemeinbevölkerung« und der DAH mit ihrem Schwerpunkt »Hauptbetroffenen-
gruppen« hat sich dabei bestens bewährt.

Wenn wir als AIDS-Hilfe unsere selbstgestellte Aufgabe verantwortungsvoll durchführen wollen, dann müssen wir unsere Arbeit in regelmäßigen Abständen überprüfen und reflektieren. In den vergangenen Jahren haben wir uns dazu mehrmals mit WissenschaftlerInnen, PraktikerInnen und Betroffenen zu eintägigen Präventionsfachgesprächen zusammengesetzt und uns z.B. über Zielgruppen, Präventionsaufgaben, Verantwortlichkeit oder Sexualität in der Partnerschaft ausgetauscht. Auch wenn diese Gesprächskreise sinnvoll und intensiv waren, so blieben sie immer irgendwie unvollständig. Da außerdem die psychosozialen Aspekte von HIV und AIDS und die Prävention im Rahmen der deutschen und internationalen Kongresse in der Regel nur Randthemen sind, haben wir uns dazu entschlossen, eine Präventionsfachkonferenz zu installieren, die auf zwei Tagen und für einen größeren Kreis von TeilnehmerInnen ausgelegt ist. Für mehr reichten uns die Mittel nicht.

Wir möchten so eine größere Vielfalt an Aspekten, Facetten und Meinungen bündeln.

Für die Zukunft hoffen wir, daß die Präventionskonferenz zu der zentralen Veranstaltung des Fachverbandes Deutsche AIDS-Hilfe wird, so wie unsere jährliche Bundespositivenversammlung im Laufe der Zeit sich zu der zentralen Veranstaltung des Interessenverbandes Deutsche AIDS-Hilfe entwickelt hat. So wollen wir die Dualität unseres Selbstverständnisses, einerseits der Interessensverband der Menschen mit HIV und AIDS und der Hauptbetroffenenengruppen, andererseits der Fachverband für Prävention zu sein, eindrucksvoll demonstrieren.

Meine Damen und Herren,

eine Begrüßung soll kein Eröffnungsreferat sein. Es ist mir dennoch ein Bedürfnis, ein paar Gedanken anzubringen, die mich seit längerer Zeit beschäftigen.

Denken wir mal zurück an die Anfangszeiten von AIDS: Außerhalb der AIDS-Hilfen wurde penetrant von »Risikogruppen« gesprochen. Dieser Ausdruck impliziert einen starken ordnungspolitischen Ansatz in der Prävention, deren Auswirkungen wir bis heute in Bayern durchaus noch verspüren. Später wurde immer häufiger von Personen in Risikosituationen und von »riskierten Gruppen« gesprochen. Mit dieser Bezeichnung verbinde ich den Wandel von Restriktion zur mehr Fürsorge. Die heutige Präventionskonferenz nun trägt den Arbeitstitel »Risikomanagement«. Dieser Begriff, der vor etwa zwei Jahren von Michael Bochow eingeführt wurde, setzt die Selbstbefähigung der Einzelnen voraus und prägt immer stärker die Inhalte der Präventionsarbeit, auch außerhalb Deutschlands, wie die Änderungen der Botschaften in den Niederlanden und den USA belegen.

Die Entwicklung in der Prävention von einer Polizeilogik über Fürsorge hin zu der Befähigung zu einem selbstbestimmten Handeln bewerte ich durchaus als einen Erfolg unserer Arbeit.

»Management« bezeichnet Entscheidungen, die auf der rationalen Ebene getroffen werden. Management setzt nicht nur eine Entscheidungsfähigkeit, sondern auch eine Entscheidungsfreiheit voraus. Die gesellschaftlichen Rahmenbedingungen sind jedoch immer noch so, daß eine Entscheidungsfreiheit nicht gegeben ist, ja häufig gar nicht toleriert wird, gerade bei einer Krankheit, die in Zusammenhang mit Sexualität und Rausch steht. Unsere Erfahrungen zeigen außerdem, daß das Wissen über Übertragungswege und Risikosituationen nicht automatisch zu einer Verhaltensänderung führt. Das Schlagwort »Risikofaktor Liebe«, das in der letzten Zeit so gerne betont wird, ist dafür ein Hinweis.

Es ist nun mal Fakt, daß das sogenannte vernünftige Verhalten nicht ohne weiteres erlernbar ist. Selbst wenn die kognitiven Fähigkeiten, Erfahrung und Reife vorhanden sind, wird Wissen nicht umstandslos in Handeln umgesetzt. Emotionen und Faktoren, die im Psychischen, im Unbewußten liegen, haben einen wesentlich stärkeren Einfluß auf das Verhalten.

Nicht umsonst stehen Themen im Mittelpunkt unserer Diskussionen wie: Tabu Unsafe Sex, kollektives Trauma, Survivor Syndrom und die Streitfrage, ob der Drogenkonsum zu ungeschütztem Sex führt oder ob nicht vielmehr Substanzen deswegen konsumiert werden, weil ein problematischer Wunsch nach ungeschütztem Kontakt, nach Verströmung vorhanden ist.

- Wo liegt die Grenze der Prävention?
- Kann diese Frage überhaupt beantwortet werden?
- Sind wir bereit, Grenzen zu akzeptieren?
- Ist das immer stärkere Ausdifferenzieren unserer Zielgruppen nicht möglicherweise Ausdruck dieser Grenze und unserer Unfähigkeit?

Sozusagen Aktionismus, um die Unfähigkeit zu kaschieren, weil wir an den Kern des Problems nicht herankommen. Diese Fragen sind provokant und entstanden aus meiner schwulen Lebenswelt. Als schwuler Mann und als Streetworker, der im Münchner Schwulenzentrum angesiedelt ist, erlebe ich immer häufiger eine depressive Szene. Ich sehe, wie mancherorts soziale Subsysteme zerstört werden. Ich werde konfrontiert mit einem zunehmenden Alkohol- und Drogenkonsum, und ich stehe zu oft ratlos und hilflos davor.

Diese Bemerkungen sollten nicht als Resignation verstanden werden. Ich wollte nur veranschaulichen, mit welchen Problemen der Praktiker, der Präventionsarbeiter vor Ort, konfrontiert wird. Die Fragen zeigen, daß wir in unseren Bemühungen nicht nachlassen dürfen, nein, wir müssen sie eher noch verstärken. Ich möchte zugleich verdeutlichen, wie notwendig eine Präventionsfachkonferenz ist, nicht als einmalige Veranstaltung, sondern als ein regelmäßiges Forum, wo wir uns ohne zu großem Zeitdruck, mit Ruhe und Sachlichkeit den Problemen widmen können, die uns unter den Nägeln brennen.

Ich danke allen Anwesenden für die Bereitschaft, an den Diskussionsprozessen teilzunehmen, und wünsche uns eine erfolgreiche Tagung.

Danke schön.

Ansprache der Schirmherrin der Veranstaltung

Dr. Regine Hildebrandt, Vorsitzende der Gesundheitsministerkonferenz

Meine sehr verehrten Damen und Herren,

herzlich willkommen in Berlin. Ich bin als Schirmfrau eingeladen worden, weil ich die Vorsitzende der Gesundheitsministerkonferenz bin. Aber auch persönlich ist es mir ein großes Anliegen, mit dieser Veranstaltung die Präventionsarbeit der Deutschen AIDS-Hilfe zu unterstützen.

Prävention ist für mich die Hauptausrichtung unserer Tätigkeit, damit erst gar nicht so viele Menschen erkranken. Herr Vael hat gerade sehr anschaulich von der Problematik gesprochen, die letztlich AIDS-Prävention so schwer macht. Wenn Menschen keine Perspektiven haben oder für sich sehen und frustriert sind, in der Gesellschaft keine Rolle wahrnehmen zu können, dann ist es sehr schwer, sie zu motivieren, sich dennoch aufzurappeln und das Leben in beide Hände zu nehmen.

Sie haben das gerade an einem anderen Beispiel gesehen, hier in Berlin-Brandenburg. Wir hatten die Abstimmung über die Zusammenführung der beiden Länder. Wir wollten ein Land werden, aber wir sind es nicht geworden. Fast zwei Drittel der Brandenburger haben dagegen gestimmt. Die Ablehnung lag nicht daran, daß wir nicht genug geworben hätten für ein Land. Sie lag an dem allgemeinen Frust, an der Unzufriedenheit mit der Politik, daran, wie sich die Verhältnisse derzeit entwickeln: das Sparpaket der Bundesregierung, der Sozialabbau und die Sparnotwendigkeiten insgesamt. Bei einer solchen Entwicklung gewöhnen sich auch die, die bis jetzt »ganz normal« gewesen sind, das Saufen an und sehen zu, wie sie sich noch zu sonstigen kurzatmigen Freuden verhelfen können.

In einer solchen Situation wird es mit der Prävention natürlich kompliziert, denn damit wäre wohl auch eine Veränderung der Gesellschaft verbunden. Nämlich die Ausrichtung auf eine solidarische Gesellschaft, in der jeder und jede einen Platz hat und in der man auch jedem mit Fug und Recht sagen kann: »Komm, wir helfen Dir! Du wirst hier gebraucht, mach mit, wir haben Möglichkeiten für Dich.« Kausal werden wir an das Problem wohl nicht herankommen, aber wir wollen bei allen begrenzten Möglichkeiten die Dinge in Angriff nehmen, die wir tun können.

Wenn wir auf die Entwicklung hier im Osten schauen, dann sieht es so aus, daß 1989 auf dem Gebiet des heutigen Landes Brandenburg sechs bestätigte HIV-positive Antikörpertests und eine AIDS-Erkrankung festgestellt wurden. 1995 waren es 90 bestätigte HIV-positive Antikörpertests, 24 AIDS-Erkrankungen und 12 Todesfälle - in einem Land mit 2,5 Millionen Einwohnern. Wir freuen uns sehr darüber, daß die epidemische Ausdehnung - wenn ich das so sagen darf - nicht in dem Ausmaß stattgefunden hat, wie wir es befürchtet hatten. Aber wenn wir feststellen, daß 1995 im Land Brandenburg allein die Zahl der Erkrankten von 14 auf 24 angestiegen ist, so ist das doch besorgniserregend. Ich weiß, daß dies im Bundesmaßstab geradezu lächerliche Zahlen sind, aber es zeigt dann doch, daß die Betroffenenzahl zunimmt. In Berlin haben wir etwa 11.000 bestätigte HIV-positive Antikörpertests, 2.900 Erkrankungen und 1.800 Todesfälle. In der gesamten Bundesrepublik, das werden Sie wissen, gibt es 72.000 bestätigte HIV-positive Antikörpertests, 14.000 Erkrankte und 9.000 Todesfälle, so die Zahlen von Ende 1995. Eine insgesamt natürlich relativ trostlose Perspektive für das Land Brandenburg, nahe an Berlin, die für Deutschland üblichen Ergebnisse vor Augen. Die Frage ist: Was kann man tun? Ein wichtiges Zeichen ist ihre Präventionskonferenz.

Dies sei an den Anfang gestellt: Herzlichen Dank, daß die Deutsche AIDS-Hilfe dies zu ihrer Sache macht und auch gerade die Prävention in den Vordergrund rückt. Diese Arbeit zeitigt bereits Erfolge. Wir können uns gegenseitig Mut machen, denn in der Tat haben Erhebungen der letzten Zeit ergeben, daß es ganz offensichtlich Sinn macht. Während in Ländern, wie beispielsweise Frankreich, Spanien oder Griechenland, die Ausbreitungsmuster so aussehen, daß die Neuinfektionsrate zunimmt, hat sich in Deutschland die Neuinfektionsrate auf etwa 2.000 pro Jahr stabilisiert. Das ist natürlich im-

mer noch zuviel, wenigstens aber kein Anstieg. Von daher scheint es richtig und sinnvoll zu sein, mit dem nötigen Engagement und mit allen Methoden, die möglich und sinnvoll sind, Prävention weiterzuführen. Notwendig ist sie insbesondere deswegen, weil wir trotz aller Bemühungen eine Kausaltherapie noch nicht anbieten können. Wichtig ist mir auch zu sagen, daß die Menschen über die Krankheit informiert werden wollen. Ein Jugendbericht von 1995 und eine Studie haben gezeigt, daß Jugendliche der Meinung sind, sie wissen zu wenig über AIDS. 28% der Jugendlichen sind dieser Ansicht und 67% sind der Meinung, daß von staatlicher Seite mehr für Aufklärung getan werden sollte. Es ist keinesfalls so, daß dieses Thema den Leuten zum Hals heraushängt, sondern sie sind im Gegenteil interessiert, sich auf dieses Thema einzulassen und mehr darüber zu erfahren.

Die Präventionsarbeit ist notwendig, das zeigen die Zahlen, und es ist wichtig, daß man dafür die nötigen Möglichkeiten und Mittel hat. Damit sind wir bei einem trostlosen Kapitel. In Zeiten knapper Kassen fängt man immer da zu kürzen an, wo scheinbar noch ein bißchen Flexibilität vorhanden ist, wie im freiwilligen Bereich und damit bei der Prävention. Selbst die Krankenkassen sind da nur Spielball und werden in der Organisation einer vernünftigen Präventionsarbeit eingeeengt. Auch deswegen bin ich gerne Schirmfrau Ihrer Veranstaltung, weil ich verdeutlichen will, daß es auch in Zeiten knapper Kassen wichtig ist, Gelder zur Verfügung zu stellen.

Das Non-plus-ultra sind Menschen, die bereit sind, sich zu engagieren. Geld allein nützt da nichts. Wir brauchen Menschen, die sich mit dem nötigen Engagement für die Notwendigkeit einer Strategie der Infektions- und Krankheitsverhinderung einsetzen. Soll Aufklärungsarbeit in den unterschiedlichsten Bereichen Erfolg haben, muß die Gesamtbevölkerung in diese Form der Aufklärungsarbeit, und somit der Präventionsarbeit, einbezogen werden. Mich haben Sie dabei. Mit unseren spärlichen Mitteln werden wir uns bemühen, die AIDS-Prävention im Lande möglichst effektiv zu gestalten. Wir werden dafür bei allen relevanten Stellen werben, daß hier der Rotstift nicht so zuschlagen darf, daß eine sinnvolle Arbeit nicht mehr möglich ist.

Ich wünsche Ihnen, als denjenigen, die diese Arbeit mit ihrer ganzen Persönlichkeit tun, viel Erfolg dabei, nicht bloß heute und in den nächsten zwei Tagen, sondern überhaupt. Immer dann, wenn Sie denken, das nimmt jetzt alles überhand, dann schauen Sie nach Ostdeutschland. Wollen wir doch mal sehen, ob es uns gelingt, auf einem sehr niedrigen Infektions- und Erkrankungsniveau stabile Verhältnisse durch gute Präventionsarbeit hinzubekommen. Die gegenwärtigen Zahlen bieten eine gute Voraussetzung dafür. Damit hätten wir dann eine Perspektive für die nachfolgenden Generationen erreicht. Ihnen ganz viel Erfolg. Unsere Unterstützung haben Sie!

Eröffnungsreferat 1

Dr. Elisabeth Pott, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), Köln

Sehr geehrte Damen und Herren!

Ich danke Ihnen für die Einladung, zur Eröffnung Ihrer Präventionsfachkonferenz zu sprechen. Es hat in den letzten Jahren zahlreiche Kongresse und Konferenzen zum Thema AIDS gegeben. Auch in diesem Jahr finden der Deutsche AIDS-Kongreß in München und der Welt-AIDS-Kongreß in Vancouver statt.

Da könnte man sich zunächst einmal die Frage stellen, warum denn noch eine AIDS-Konferenz? Die Antwort lautet: Weil gerade das Thema Prävention, obwohl es in der Eindämmung der Ausbreitung von HIV/AIDS die wichtigste Maßnahme ist, bei vielen Kongressen allenfalls als Randthema in Erscheinung tritt. Die Bedeutung der Prävention auf den großen Fachkongressen steht geradezu in einem umgekehrten Verhältnis zu ihrer Bedeutung in der Realität. Deshalb ist es ganz wichtig, daß sich Tagungen auch einmal ausschließlich und im Schwerpunkt mit diesem Thema befassen. Zehn Jahre AIDS-Prävention erfordern eine Zwischenbilanz, erfordern die Auseinandersetzung mit Veränderungsnotwendigkeiten vor dem Hintergrund geänderter Rahmenbedingungen, geänderter Lebensstile und Gewohnheiten von Zielgruppen, aufgrund des Auftretens neuer Probleme und aufgrund von neuen Erkenntnissen.

Der Aufbau dieser zehn Jahre Präventionsarbeit war nicht immer einfach. Es hat viele Probleme und Schwierigkeiten auch in der Zusammenarbeit von BZgA und DAH gegeben. Das ist allerdings auch nicht verwunderlich, wenn eine Behörde, die doch eng an bürokratische Verfahren gebunden ist - ich denke z.B. nur an die Haushaltsvorschriften - eng mit einer Selbsthilfe- und Betroffenenorganisation, die ganz andere Verfahrensvorstellungen hat, zusammenarbeitet. Aber schließlich hat der Erfolg die Mühe gelohnt. Das ist die wichtigste Bestätigung für die geleistete Arbeit und damit auch für die Kooperationsbemühungen vor diesem schwierigen Hintergrund. Die Tatsache, daß Deutschland heute im europäischen Vergleich erst an neunter Stelle steht, was die Ausbreitung von HIV und AIDS angeht, das hohe Informationsniveau und das deutlich gestiegene Schutzverhalten in der Bevölkerung zeigen, daß das Aufklärungskonzept und die Arbeitsteilung zwischen BZgA und DAH, zwischen Staat und nicht-staatlichen Organisationen und die Kooperation mit vielen anderen Anbietern der richtige Weg ist.

Von den heute immer noch zu beobachtenden 2.000 bis 3.000 Neuinfektionen pro Jahr ist allerdings immer noch jede einzelne eine Infektion zu viel. Deshalb dürfen wir in unseren Bemühungen auch nicht nachlassen. Was die Aufklärungsstrategie betrifft, so wurde von den modernen Prinzipien der Gesundheitsförderung, wie z.B. Stärkung persönlicher Fähigkeiten und Kompetenzen, Förderung von Gemeinschaftsaktionen, Einbeziehung von Betroffenen, ausgegangen. Nach diesem Konzept wurde die AIDS-Aufklärung in Deutschland entwickelt.

Über die Erfolge in der Prävention hinaus ist die bisherige Arbeit in einem weiteren wichtigen Bereich erfolgreich gewesen. Es handelt sich um das Thema Solidarität. Die Zahlen zeigen - auch wenn schmerzliche Einzelfälle heute immer noch vorkommen -, daß auch hier eine wesentliche Verbesserung in der Einstellung zu Menschen, die mit HIV infiziert oder an AIDS erkrankt sind, erreicht worden ist. Es konnten Vorurteile abgebaut werden und Ausgrenzungstendenzen deutlich vermindert werden. Es zeigte sich, daß die einzelnen Teilgebiete, Informationen über Ansteckungswege und Schutzmöglichkeiten anzubieten, zu Schutzverhalten zu motivieren und zum solidarischen Handeln aufzufordern, wichtige Bausteine einer Gesamtstrategie sind. Auch wenn die Mittel knapper werden, auch wenn wir über neue Wege nachdenken müssen, bleibt diese Verbindung unverzichtbar.

Wir stehen heute, nach zehn Jahren, in vielen Bereichen vor veränderten Situationen. Die Arbeit der DAH und der AIDS-Hilfen hat sich aus einer Community entwickelt, die einen großen Zusammen-

halt geboten hat und in der mit viel Engagement Menschen, die sich in ein breites Netz eingebunden gefühlt haben, die Kraft aufgebracht haben, in diesem schwierigen Feld gute Arbeit zu leisten. Heute sind wir in einer Situation, in der in den nachwachsenden Generationen dieses Netz nicht mehr in diesem Maße vorhanden ist, in der eine andere Jugendkultur vorhanden ist, mit der wir anders umgehen müssen und für die wir noch keine geeigneten Aufklärungsstrategien haben. Das gilt sowohl für die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, als auch für die Deutsche AIDS-Hilfe und die regionalen AIDS-Hilfen. Daran müssen wir intensiv arbeiten, das sind wir den nachwachsenden Generationen schuldig. Ich hoffe, daß dieser Kongreß auch einen wichtigen Beitrag leisten kann, um solche neuen Wege zu entwickeln.

Darüber hinaus ist ein immer größer werdender Druck durch den zunehmenden Bedarf an Betreuung, Versorgung und Pflege von kranken Menschen auf die AIDS-Hilfen entstanden. Dadurch wurde die Präventionsarbeit der AIDS-Hilfen zurückgedrängt.

Hier gilt es nach Möglichkeiten und Wegen zu suchen, wie die Prävention als Aufgabengebiet der DAH und der AIDS-Hilfen in Zukunft trotz schwieriger Rahmenbedingungen intensiviert werden kann. Prävention muß nach wie vor eine wichtige und zentrale Aufgabe der AIDS-Hilfen bleiben und wieder werden. Dabei müssen, wie es in diesem Kongreß auch vorgesehen ist, auch kritische Fragen nach Defiziten und Schwachstellen bisheriger Strategien gestellt werden. Ebenso müssen systematische Zugangswege zur Lösung neuer Fragestellungen und Problemkonstellationen entwickelt werden. Es stellt sich heute z.B. die Frage, ob angesichts einer hohen Fluktuation von Mitarbeitern in den AIDS-Hilfen die Schulung und Vorbereitung für die Präventionsarbeit ausreicht, damit Mitarbeiter hinreichend motiviert sind, sich dieser Aufgabe zu widmen. Schließlich besteht angesichts immer weiter reduzierter Mittel in den Haushalten der Kommunen, der Länder und des Bundes die Notwendigkeit zu prüfen, wie bei geringerem Finanzvolumen das günstigste Kosten-Nutzen-Verhältnis, also die bestmögliche Wirkung von Aufklärung bei begrenzten Mitteln erreicht werden kann. Dazu gehört auch die Frage nach einer weiteren Verbesserung der Kooperation. Z.B. sollten Schnittstellen und Überschneidungen von Kooperationspartnern auf bessere Nutzung von Ergänzungsmöglichkeiten und die Vermeidung von Doppelarbeit hin überprüft werden. Das Schlüsselwort der Zukunft heißt: Kooperation. Um die erreichten Erfolge der Aufklärung zu sichern, wird angesichts der schwierigen Haushaltslage eine noch engere Zusammenarbeit zwischen DAH und BZgA und ebenso zwischen Bund, Ländern, Kommunen und anderen Trägern immer wichtiger. Deshalb müssen auch neue Kooperationsformen entwickelt und ausprobiert werden. Als unverzichtbar für die Zukunft muß heute auch das Thema der Qualitätssicherung angesehen werden. In einer Zeit, in der aus ökonomischen Gründen alles in Frage gestellt wird, was seine Wirksamkeit nicht auch wissenschaftlich nachweisen kann, gehört die Qualitätssicherung als unverzichtbarer Bestandteil zu jeder Maßnahme.

Als letztes möchte ich noch auf die Situation der ehrenamtlichen Mitarbeiter eingehen. Neben einer kleinen Zahl von hauptamtlichen Mitarbeitern sind sowohl in der DAH als auch in den lokalen AIDS-Hilfen viele ehrenamtliche Mitarbeiter tätig. Durch die hauptamtlichen Mitarbeiter, die natürlich für die Kontinuität und Qualität der Arbeit unverzichtbar sind und denen alle Anerkennung für die schwierige Arbeit gebührt, dürfen wir allerdings nicht das hohe Engagement und den selbstlosen Einsatz der ehrenamtlichen Mitarbeiter vergessen. Da es in Deutschland keine Kultur gibt, ehrenamtliches Engagement zu würdigen, arbeiten viele Menschen - oft über Jahre - in anstrengenden und schwierigen Arbeitsgebieten ohne die gebührende Anerkennung, oft sogar ohne wirklich wahrgenommen zu werden. Das sollten wir im AIDS-Bereich unbedingt ändern. Dabei geht es übrigens ausnahmsweise meistens nicht um Geld. Es geht um persönliche Rückmeldung, um »Pflege«, um Kommunikation, also um Wertschätzung dieser Mitarbeiter.

Die DAH hat es geschafft, ihre Arbeit in der AIDS-Prävention in den letzten zehn Jahren unverzichtbar zu machen. Die BZgA wird auch in Zukunft die Arbeit der DAH unterstützen und ihren Beitrag zu einer Weiterentwicklung der Kooperation leisten.

Eröffnungsreferat 2

Prof. Dr. Rolf Rosenbrock, Wissenschaftszentrum Berlin (WZB)

Liebe Frau Ministerin Hildebrandt,
liebe Frau Pott,
liebe Freundinnen und Freunde,
meine sehr verehrten Damen und Herren,

ich muß viele Vorträge, auch viele Vorträge zu AIDS halten und die meisten - ich gestehe es offen - halte ich, weil ich sie halten muß. Und es gibt solche, die halte ich, weil es mir Freude macht. Und der heutige gehört eindeutig zu den letzteren. Und da gibt es eine ganze Reihe von Gründen dafür. Der erste ist - und der ist auch schon verschiedentlich angeklungen -, daß Primärprävention, das heißt daß die Verhütung von Infektionen, leider und auch noch auf lange Sicht das einzige epidemiologisch relevante Mittel ist, Leiden und Sterben an AIDS zu verhindern. Der zweite Grund geht schon darüber hinaus. Das Modell der AIDS-Prävention in Deutschland ist gegenüber dem hiesigen, herkömmlichen der Gesundheitspolitik, das heißt gegenüber dem gesellschaftlichen Risikomanagement, einmalig innovativ. AIDS-Prävention ist in gewisser Weise ein gesellschaftliches Pilotprojekt. Und wer wie ich und viele andere in der Perspektive an einer Schwerpunktsetzung der Gesundheitspolitik auf einer Senkung von Erkrankungswahrscheinlichkeiten durch Ermöglichung von gesundheitlichen Lernprozessen und durch die Verringerung von Risiken und die Mehrung von Ressourcen, wer also an Public Health interessiert ist, der muß auch ein massives Interesse an der Fortsetzung, Weiterentwicklung und Verbesserung der AIDS-Prävention haben. Denn nur von einem lebendigen und erfolgreichen Modell wird die gesamte Gesellschaft lernen können. Und das bringt mich zu meinem dritten Grund, heute besonders gerne zu Ihnen beziehungsweise Euch zu sprechen: Primärprävention der HIV-Infektion ist eindeutig noch verbesserungsbedürftig und auch verbesserungsfähig. Das war auch einer der Gründe, warum ich in den letzten Monaten und Jahren jede sich bietende Gelegenheit wahrgenommen habe, meinen Freundinnen und Freunden aus der AIDS-Hilfe nahezu bringen, mal wieder einen sichtbaren Auftakt und einen Akt zu gestalten, in dem die AIDS-Hilfe die Belebung und Weiterentwicklung ihres ursprünglichen Existenzgrundes deutlich machen kann und in Angriff nehmen kann. AIDS-Hilfe ist von ihrer Grundidee her die Selbsthilfe der von HIV und AIDS betroffenen Gruppen für die von niemandem sonst zu leistende Organisation der primären Prävention in diesen Gruppen.

Ein letzter Grund, weshalb ich das alles so gut finde, liegt darin, daß in den Vorbereitungen zu dieser Konferenz die DAH in den letzten Tagen, in den letzten drei Tagen, ein Symposium in Chorin in Brandenburg veranstaltet hat, bei dem, man kann sagen Experten und Praktiker aus vier bis fünf Ländern zusammengesessen haben und sich gegenseitig unterrichtet haben, was sie für Probleme sehen, wie es weitergehen soll, aus den USA, aus Frankreich, aus Holland, die Briten konnten aus irgendwelchen Gründen nicht kommen, aber es war auch so sehr interessant. Und Wayne Blankenship von der San Francisco AIDS Foundation und Onno de Zwart von der Gesundheitsverwaltung Rotterdam werden am Sonntag ja auch noch dazu reden. Ich konnte die Ergebnisse dieses Symposiums noch nicht voll in mein Referat einarbeiten, werde aber versuchen, es an einigen Stellen zu tun.

Was also ist die Lage der Primärprävention von HIV und AIDS in Deutschland? Über die Verbreitung der HIV-Infektionen und AIDS sowie über die Verteilung nach Gruppen, Geschlechtern, Altersgruppen, Sozialschicht und Übertragungswegen liegen für Deutschland epidemiologische Daten vor in weit größerem Umfang und weit besserer Qualität als zu den meisten anderen Krankheiten. Das gilt trotz aller Einschränkungen, daß wir bei weitem nicht alles wissen und auch oft nicht über sehr zeitnahe Informationen verfügen. Aber insgesamt kann man sagen, daß die quantitativen Informationen zum Infektions- und Krankheitsgeschehen als Anleitung für Präventionsstrategien und Präventionshandeln völlig ausreichen und insgesamt auch zur Verbesserung der insgesamt auch

unzweifelhaft effektiven Präventionsstrategie ausreichen. Das heißt auf der Ebene brauchen wir, glaube ich, nichts nachzulegen.

Die Zahlen, die von daher kommen, sagen uns, daß sich AIDS in Deutschland auf dem Wege von der Epidemie zur Endemie befindet, also auf dem Wege zu einem Gleichgewicht zwischen der Anzahl der Neuinfektionen und der Neuerkrankungen. Nach wie vor entfallen über drei Viertel auch der neuen Erkrankungen auf die beiden hauptsächlich betroffenen Gruppen. Das sind die schwulen Männer und die i.v.-Drogengebraucher. Auf sehr niedrigem Niveau, aber unzweifelhaft mit dem dynamischsten Zuwachs beobachten wir Neuerkrankungen aus heterosexuellem Geschlechtsverkehr, in der Regel verursacht durch sexuellem Kontakt mit Partnern aus hauptsächlich betroffenen Gruppen. Aber selbst wenn diese realistische und nicht nur einfach optimistisch eingefärbte Einschätzung stimmt, 2.000 bis 4.000 Neuinfektionen pro Jahr bleiben ein hinreichender Grund für gesundheitswissenschaftliches und gesundheitspolitisches Engagement.

Dazu grundsätzlich drei Vorbemerkungen:

1. AIDS-Prävention ist stets Handeln unter Ungewißheit. Wir haben und werden es auch nicht haben, wir haben kein unstrittiges oder vollständiges Erklärungsmodell für sexuelles Handeln und für Drogenverhalten. Wir haben zwar unzweifelhaft Erfolge, große Erfolge in der AIDS-Prävention errungen, aber wir wissen auch, daß das ein großes Zusammenspiel und ein Tummelplatz für Gesundheitspsychologen, Gesundheitssoziologen, Pädagogen, Kommunikations- und Medienwissenschaftler und alle möglichen anderen Disziplinen war. Und natürlich möchte heute jede dieser Disziplinen die unbestreitbaren Erfolge für sich verbuchen. Nur läßt sich dies alles nicht beweisen. Wenn wir fragen, woran liegen die Erfolge der Prävention, was hat denn diese Verhaltensänderungen bewirkt, kommen wir nicht sehr viel weiter. War es das gute gesellschaftliche Lernklima? War es der soziale Zusammenhalt innerhalb der betroffenen Gruppen? War es der kombinierte Einsatz von bevölkerungsweiten Streubotschaften, zielgruppenspezifischer und von den Betroffenen organisierten Kampagnen und persönlicher Beratung? War es die Qualität der Botschaft und ihrer Übermittlung? War es die Erweiterung des klassischen Paradigmas der Gesundheitserziehung um Elemente der Stützung der Lebenslage, also das was strukturelle Prävention genannt wird? Oder war es in letzter Instanz der Problemdruck durch die massenhafte persönliche Konfrontation mit den Risikofolgen, also mit der HIV-Infektion und mit AIDS-Kranken im persönlichen Umfeld? Wir wissen darüber wirklich nicht viel. Wir können nur den Gesamteffekt sehr vielfältig gemischter Präventionsanstrengungen halbwegs zufriedenstellend messen. Wissenschaftlich folgt daraus ein Dilemma, das wir wissenschaftlich sauber, sozusagen faktorenanalytisch, den Erfolg von einzelnen Präventionsmaßnahmen schlicht nicht messen können, und wer das Gegenteil behauptet, verhält sich unseriös, möglicherweise aus edlen Motiven, wissenschaftlich wird es dadurch nicht besser. Politisch setzt uns das vor die Notwendigkeit, eigentlich weiterhin einem, sagen wir, aufgeklärten Konzept der Polypragmasie zu folgen. Das heißt, alles, was plausibel ist und was sozusagen irgendwo schon mal seine Tauglichkeit unter Beweis gestellt hat und andere ebenfalls plausible und taugliche Ansätze nicht behindert oder zerstört, sollte gemacht werden. Das ist natürlich keine, besonders wissenschaftlich, erfreuliche Ausgangsposition, aber dafür hat sie den Charme, realistisch zu sein.
2. AIDS-Prävention zielt auf die Reduktion von Wahrscheinlichkeiten. Modelle, die auf die vollständige Eliminierung des Infektionsrisikos zielen, laufen immer Gefahr unrealistisch oder totalitär zu sein. Oft sind sie beides zusammen. Am deutlichsten war das natürlich auf der Ebene des gesamtgesellschaftlichen Risikomanagements. Noch vor weniger als zehn Jahren kursierten die Konzepte, die gesamte erwachsene oder geschlechtsreife Bevölkerung wellenweise und wiederholt durchzutesten und die Positiven auszusondern. Der Grundgedanke dabei war immer der des Krieges gegen das Virus bis zur vollständigen Ausrottung. Dahinter stand letztlich immer dieses Nullrisiko-Denken, und das ist einfach die falsche Richtung zu denken. Aber die Frage des Nullrisiko-Denkens ist auch eine Frage auf der Ebene darunter, nämlich des institutionellen Risiko-

managements, für das die AIDS-Hilfen die wichtigste Agentur für die hauptsächlich betroffenen Gruppen darstellen. Für die AIDS-Hilfen, die von vornherein diesem Paradigma nicht gefolgt sind, bedeutete die Konzentration auf das Paradigma der Schadensbegrenzung zum Beispiel von vornherein die Konzentration auf die wesentlichen Risiken, das heißt auf den ungeschützten penetrierenden Geschlechtsverkehr zwischen Menschen mit unterschiedlichem oder unbekanntem Sero-Status sowie auf das Needle-Sharing. Aber auch auf der unteren, entscheidenden Ebene des Risikomanagements, das heißt auf der Ebene des individuellen Risikomanagements, hat das Paradigma der Risikominimierung anstelle der Risikoausschaltung einige wichtige Implikationen. Es ist zwar richtig - und das sollte man auch nicht herunterspielen -, daß »the one wrong fuck“ beziehungsweise »the one wrong shot“ die Infektion bringen kann, aber ebenso richtig ist auch, daß ein stabil erfolgreiches Risikomanagement bei vielen Menschen offenbar ein langer Lernprozeß mit Erfolgen und Mißerfolgen, mit Fortschritten und Rückschlägen ist. Und es wäre verheerend entmutigend für die Betroffenen und auch für die Präventionshelfer, solche Ereignisse einfach zu stigmatisieren, zu verdrängen oder moralisch zu verurteilen.

3. Nicht jede Erkenntnis aus sozialwissenschaftlicher und sonstiger Präventionsforschung ist in konkrete Prävention umsetzbar. Wenn diese Konferenz praxisorientiert sein will und bleiben möchte, dann sollte sie dies stets im Auge zu behalten, daß es bestimmte Erkenntnisse gibt, die einfach nicht in Politik umgesetzt werden können, weil das, was daraus folgen würde, aus den Erkenntnissen, außerhalb der Reichweite öffentlicher und bevölkerungsbezogener Instrumente liegt. Ich komme da gleich zu einem Beispiel. Ich will nur hier allgemein festhalten, es gibt einfach Grenzen der Prävention, die wir trotz aller Erfolge und Bemühungen nicht werden überschreiten können.

Unter dem Gesichtswinkel dieser drei Vorbemerkungen ist die Verwendbarkeit, und das heißt die präventionspolitische Umsetzbarkeit, von Forschungsergebnissen und -befunden zu prüfen, die über die bloß quantitative Erfassung des Risiko-, Infektions-, Erkrankungs- und Sterbe geschehens weit hinausgeht. Wir wissen nicht nur sehr viel quantitativ über HIV-Infektionen und AIDS, sondern es gibt wahrscheinlich auch keine andere Krankheit, wo wir soviel Kenntnisse über soziale und psychische Faktoren der Übertragungssituationen erworben und publiziert haben. Wir wissen heute über Frequenzen, Arten, Formen, Orte und Bedingungen sexueller Begegnungen und des i.v.-Drogengebrauchs sehr viel mehr als vor zehn Jahren. Und wir wissen auch, daß der sexuell aktive Mensch nicht in erster Linie ein mehr oder weniger risikomeidendes Wesen ist, sondern daß sein Verhalten in unterschiedlichen Kontexten völlig unterschiedlich ist, und daß es von sehr komplexen Faktorenbündeln abhängt, je nachdem, welcher Gruppe er angehört, je nach Geschlecht, je nach Altersgruppe, je nach kulturellem Hintergrund, je nach Rolle, usw. usf. und vor allen Dingen auch, je nach der Art der gesuchten Beziehung in der sexuellen Begegnung. Also ob es nun sozusagen darum geht, ob jemand eine langfristige Beziehung sucht, ob er habituell promisk lebt, ob er sozusagen mehr sich im Bereich des Hedonismus oder der Prostitution bewegt, dies alles setzt unterschiedliche Bedingungen für die Aufrechterhaltung eines erfolgreichen individuellen Risikomanagements. Und zudem sind solche Motivlagen auch über das Leben, also in der Biographie, durchaus instabil. Wir haben es also mit einer wahnsinnigen Menge von unterschiedlichen Faktoren zu tun.

Wenn man einen der am meisten diskutierten Befunde der Präventionsforschung, sagen wir der letzten eins, zwei Jahre, mal nimmt und versucht, diese auf ihre Umsetzbarkeit hin zu überprüfen, dann kommt ungefähr folgendes dabei heraus: Es ist festzuhalten, daß entgegen den Vorurteilen und dem noch vom gesellschaftlichen Entsetzer über die möglicherweise uneindämmbare Katastrophe geprägten Bild, sich HIV-Übertragungen nicht nur und vielleicht nicht einmal mehrheitlich in Situationen habitueller Promiskuität oder der Prostitution ereignen. Aber natürlich haben diese Situationen habitueller Promiskuität auch noch viele und durch Präventionsanstrengungen zu vermindernde Präventionsdefizite. Aber neu entdeckt eigentlich wurde in den letzten Jahren, daß das Kondom vor allem in als romantisch vorgestellten und erlebten Situationen sowie dann, wenn sich die Partner auf dem Weg in eine stabile Beziehung glauben, nicht zum Einsatz kommt beziehungsweise allzu schnell wieder weggelassen wird. Dieser Befund wurde interessanterweise in zahlreichen Studien sowohl für

heterosexuelle als auch für homosexuelle Begegnungen, für i.v.-Drogenbenutzer, für Prostituierte beiderlei Geschlechts, als auch für Sextouristen gewonnen und erhärtet. Das ist ein Ding, mit dem wir umgehen müssen.

Unsicherer dagegen das Wissen über die Zunahme von unsafe Sex unter schwulen Männern. Die Experten - und wer ist dort nicht Experte - stützen sich hier zwar auf viele Einzelbeobachtungen, sind sich aber in der Einschätzung letztlich nicht einig. Besonders gefährdet sollen Jugendliche im Prozeß ihres Coming-out sein. Das ist in den USA gut erwiesen, für Deutschland ist es eine Vermutung. Für die Präventionspolitik, das heißt für die Aufgabe dieser Konferenz, folgt aus dieser Ungeißheit aus meiner Sicht überhaupt nichts, denn es ist klar - das zeigen uns die Ziffern -, daß in diesen Bereichen nach wie vor die meisten Infektionen überhaupt stattfinden und daß hier - public-health-mäßig gesprochen - die größten präventiven Potentiale liegen. Also unabhängig, ob Zunahme oder Nichtzunahme, ist hier nach wie vor der Schwerpunkt der Intervention und das sollte in Verbindung mit der faktischen Verfügbarkeit von bezahlbaren Präventionsinstrumenten als ein hinreichendes Aufgreifkriterium für die Verstärkung präventiver Aktivitäten genügen. Das gleiche gilt übrigens auch für die Unsicherheiten und schwer Abschätzbarkeiten im Hinblick auf die Infektionsentwicklungen im Bereich des i.v.-Drogengebrauchs.

Eine weitere Erkenntnis der letzten Jahre ist eigentlich, daß im Zentrum vieler, vieler Präventionsdefizite und stockenden Entwicklungen nach wie vor die Vorbehalte und die Aversionen gegenüber der Kondomverwendung stehen. Wir haben uns da oft leicht drüber hinweggeredet und gesagt: »Das werden die Leute schon auf die Dauer akzeptieren und lernen.« Das kann zu leicht gewesen sein. Michael Bochow hat hierzu in der letzten Umfrage höchst verdienstvoll äußerst differenzierte Ergebnisse zur Wahrnehmung von Vorteilen und Nachteilen des Kondoms vorgelegt, die im Hinblick auf die Veränderbarkeit weiter - vielleicht noch auf dieser Konferenz - geprüft werden sollen. Jetzt frage ich mich, was macht man mit solchen Erkenntnissen. Werfen die alles über den Haufen, was wir bislang gemacht, gedacht und umgesetzt haben? Oder wie gehen wir damit um?

Dazu ist es vielleicht doch nützlich, sich noch einmal die zehn Elemente kurz, nur stichpunktartig, ins Gedächtnis zu rufen, auf denen unser Präventionsmodell beruht. Die bundesdeutsche und eigentlich in allen industrialisierten Ländern auch ungefähr gleiche Präventionsstrategie ist eine Strategie, die beruht erstens ganz vorwiegend auf nicht-medizinischen, soweit wie irgendmöglichen nicht-repressiven Mitteln, die drittens die Lebensweisen und Milieus der Zielgruppen nicht nur kognitiv zur Kenntnis nehmen, sondern die aktiv auch stützen wollen und innerhalb dieses Rahmens durch auf Dauer angelegte Aufklärung über Risiko- und Vermeidungsmöglichkeiten - und zwar unter besonderer Berücksichtigung des Instruments der persönlichen, empathischen Kommunikation und Beratung zwischen sozial Gleichen - versucht gruppenbezogene und selbstorganisierte soziale Anreize zu setzen, mit denen soziale Normen, informelle soziale Normen etabliert und gefestigt werden sollen, mit denen risikomeidendes und solidarisches Verhalten geschaffen und stabilisiert werden soll. Wenn Sie mitgezählt haben, es sind zehn Elemente, und es ist immer nützlich, sich dieses Raster vor Augen zu halten.

Dieses Modell hat natürlich spezifische Handlungsanweisungen für alle drei Ebenen des Risikomanagements. Das sind auf der Gesellschaftsebene die bevölkerungsweiten Streubotschaften - dafür ist Frau Pott zuständig. Das ist auf der Ebene der zielgruppenspezifischen Kampagnen die Aufgabe der AIDS-Hilfen. Und das ist auf der unteren Ebene die Ebene der persönlichen Beratung. Und wir müssen überlegen, wie solche neuen Erkenntnisse auf diesen drei Ebenen arbeitsteilig und aufeinander bezogen integrierbar sind. Nebenbedingung all dessen ist - und das ist ja auch ein Bestandteil bundesdeutscher AIDS-Politik -, daß wir wissen, daß die Übermittlung von Präventionsbotschaften, ihre Akzeptanz in dem Maße besser funktioniert, wenn für die immer auch von massiver Diskriminierung bedrohten hauptsächlich betroffenen Gruppen auch von öffentlicher Hand geförderte Maßnahmen zur Unterstützung und Entwicklung eigener Infrastrukturen wirklich auch durchgeführt werden.

Meine These ist nun, daß alle diese und auch weitere Erkenntnisse zu Präventionsdefiziten und ihren Gründen sämtlich in dieses sehr grobe Modell eingeordnet werden können, und daß wir uns darum bemühen sollten auf dieser Konferenz sozusagen dieses Modell in seiner Wirkungsweise zu effektiveren. Fangen wir mit dem an, was, wie ich finde, außerordentlich unglücklich »Risikofaktor Liebe« genannt worden ist. Wenn wir einfach feststellen, daß für Menschen aus allen mehr oder weniger betroffenen Gruppen in der Phase des Verliebtseins, des intensiven romantischen Erlebens und der als wachsend und verbindlich erlebten Liebe die Kondombenutzung mit besonderen Schwierigkeiten verbunden ist, so wird, das müssen wir uns eingestehen, AIDS-Prävention die daraus resultierende Infektionsgefahr nicht vollständig ausschalten können. Aber es wäre schon arg viel gewonnen, wenn sowohl bei den Streubotschaften als auch in den zielgruppenspezifischen Kampagnen als auch in der persönlichen Beratung verstärkt einfach die Aufmerksamkeit darauf gelenkt würde, daß auch eine hohe Präventionsmotivation in solchen Situationen und Phasen des Verliebtseins auf große individuelle Umsetzungshindernisse treffen wird. Eine solche neue Akzentuierung der Kampagnen setzt Warnsignale, die zumindest in einem Teil der Risikosituationen verhaltenssteuernd wirken können. Also, das bestehende Präventionsmodell läßt genügend Raum, um den, glaube ich, von Martin Dannecker stammenden Slogan »Liebe schützt nicht vor AIDS« auf allen Stufen und für alle Zielgruppen einzubauen.

Ein weiteres, finde ich, übergreifendes Ergebnis der Präventionsforschung besteht eigentlich darin, daß es - nach wie vor - vor allem Kommunikationshemmungen sind, die der Umsetzung des inzwischen in der Bevölkerung sogar mehrheitlich verankerten Präventionsvorsatzes im Wege stehen. Und auch diesem anhaltenden Defizit ist wahrscheinlich nicht so sehr mit gänzlich neuen Instrumenten sondern eher mit konsequenter weiterer Verfolgung vorhandener Ansätze zu begegnen. Aus der Erfahrung der Einführung der oralen Antikonceptiva in den 60er Jahren wissen wir, daß es auch mit massiver politischer Unterstützung viele Jahre dauert bis Kommunikation über vorher Tabu- beziehungsweise schambesetzte Themen wirklich möglich ist. Und AIDS stellt nun einmal die Gesellschaft vor die unabwiesbare Herausforderung, wirklich allen Mitgliedern die Überlebenstechnik zu vermitteln, ihre sexuellen Lüste und Begierden selbstbewußt wahrzunehmen, darüber offen zu kommunizieren und im Gleichgewicht zwischen Offenheit und Abgrenzung, im Gleichgewicht aus Lust und Verantwortung Sexualität zu bereden, auszuhandeln und zu leben. Wenn ich mir da die auch von der BZgA sehr verdienstvoll unterstützte Entwicklung in der schulischen Sexualkunde in den letzten Jahren ansehe, dann sind dazu wichtige Ansätze zu verzeichnen. Die schulische Sexualaufklärung mit ihren guten Ausprägungen - mittlerweile längst Teil einer intensiven Beziehungskunde, also Teil einer positiven Lebenskunde - und in ihren allerdings noch sehr wenigen sehr guten Ausprägungen sogar eine Beziehungskunde, in der Homosexualität und Heterosexualität gleichwertige Alternativen sind. Aber das Wichtige für uns daran ist eigentlich, daß es als Ergebnis sozialwissenschaftlicher Gesundheitsforschung unstrittig ist, daß HIV-Prävention sehr viel breiter ansetzen muß als bei der Frage der Kondomverwendung, und daß für sehr, sehr viel gerade der großen Gesundheitsprobleme der unspezifische Ansatz der spezifisch wirksamste ist. Je breiter ich anfangs, desto größere Erfolge habe ich auch bei den letztendlich ja bescheiden klingenden Zielen, die Kondombenutzung in Risikosituationen zu maximieren.

Und dieser Übergang von der Kondomaufklärung hin zur Beziehungskunde - sage ich mal in Schlagworten - bringt mich zu dem grundsätzlichen und sehr allgemeinen Punkt, an dem meines Erachtens das Präventionsmodell am meisten noch der Weiterentwicklung bedarf und der auch in dem erwähnten kleinen Symposium in Chorin eine entscheidende Rolle gespielt hat. Das ist jetzt bei weitem noch nicht ausgearbeitet, aber es wäre schön, wenn auf dieser Konferenz daran weiter gearbeitet werden könnte. Frau Pott sagt zwar, unsere Prävention im Bereich AIDS ist schon ein Teil der Gesundheitsförderung, also weniger krankheitsorientiert als mehr gesundheitsorientiert. Wir sind in Chorin da durchgegangen und haben daran doch einige Zweifel entwickelt. Wir haben eigentlich doch eher festgestellt, daß unsere Präventionsbemühungen nach wie vor zu sehr auf das enge, definierte Risiko fixiert sind. Wir fragen nach wie vor, welche Gruppen, welche Menschen, in welchen

Situationen sind nicht in der Lage oder schaffen es nicht, sich präventiv zu verhalten. Es wäre ja vielleicht mal interessant, andersherum zu fragen: Bei wem und wann und wie funktioniert eigentlich Prävention? Was bewegt und befähigt Menschen auch in schwierigen Lebenslagen dazu, sich risikomeidend zu verhalten? Was sind ihre Strategien? Aus welchen persönlichen und sozial vermittelten Ressourcen schöpfen sie dabei? Und wer oder was hilft ihnen dabei? Welche materiellen und immateriellen Ressourcen stehen ihnen dabei zur Verfügung und sind dabei hilfreich? Unter diesem Gesichtspunkt wird riskantes Verhalten nicht einfach als Versagen verstanden, sondern als Disbalance, als Ungleichgewicht zwischen den Anforderungen präventiven Verhaltens und den individuell und sozial zur Verfügung gestellten Ressourcen, diese Anforderungen zu bewältigen.

Diese Herangehensweise zu fragen, was befähigt Menschen auch unter schwierigen Bedingungen, sich präventiv zu verhalten, ist der Versuch, aus dem größeren Zusammenhang der Gesundheitswissenschaften diesen Übergang von der Pathogenese, von der Krankheitsorientierung, hin zur Sanotogenese, zur Gesundheitsorientierung, auf die Ebene von riskantem Verhalten zu übertragen. Natürlich findet sich von dieser Gesundheitsorientierung schon sehr viel in unserem Modell der AIDS-Prävention. Wir kennen diese Umkehrung der Fragestellung auch schon aus der medizinischen AIDS-Forschung, wo wir ja auch jahrelang gefragt haben: "Warum erkranken Menschen früh?", und heute fragen: "Was sind eigentlich die Merkmale der Longterm Survivor, die es schaffen sozusagen, mit einem positiven Befund 15 und noch mehr Jahre gesund zu leben. Ich glaube, es könnte äußerst fruchtbar sein, alles was wir bislang zur Primärprävention getan haben, unter diesem Blickwinkel einfach neu zu durchdenken und nach neuen Anregungen zu suchen. Ich glaube auch, daß unter diesem Gesichtswinkel das Konzept des Empowerment, also der selbstbestimmten Befähigung zu gesundheitsgerechtem Handeln, viel stärker noch berücksichtigt werden könnte als bisher.

Das war jetzt nur einige Beispiele - ich kann die auch nicht weiter fortführen, jedenfalls nicht an dieser Stelle - wie sozialwissenschaftliche AIDS-Forschung und vor allen Dingen die Erfahrungen derer, die praktische Präventionsarbeit machen, übersetzt werden können in neue Konzepte. Ich glaube, daß wir nach wie vor auf dem richtigen Weg sind, weil - wenn wir das vergleichen mit den Bemühungen zur Verminderung des Rauchens, zur Vermehrung körperlicher Bewegung, zur Angewöhnung guter Eßsitten und weiß der Teufel was - wir im Bereich AIDS es ja nach wie vor mit einem Beispiel zu tun haben, welches erfolgreicher ist eigentlich als alle anderen Ansätze öffentlich generierter Verhaltensbeeinflussung der letzten 150 Jahre, jedenfalls in so einer kurzen Frist von zehn Jahren.

Ich möchte jetzt aber zum Schluß noch eins - und das ist mir auch besonders wichtig - hinzufügen: Ich glaube gar nicht, daß die wesentlichen Engpässe der Primärprävention von HIV/AIDS im Fehlen von Konzepten und an Köpfen liegen. Ich glaube, daß die Leute, die das schon zehn, zwölf, teilweise 14 oder 15 Jahre machen - immerhin dieser Tage vor 15 Jahren wurde der erste AIDS-Fall in den USA beschrieben, solange läuft das Virus und läuft die Maschine auch schon -, daß wesentliche Engpässe eher im Fehlen beziehungsweise im Abbröckeln von personellen, strukturellen und finanziellen Voraussetzungen der Arbeit liegen. Es ist wichtig, sich das klarzumachen, weil wir sonst beständig nur in unseren Köpfen suchen, was da vielleicht fehlt oder verkehrt ist, und nicht sehen, daß wir uns auch in einem aktiven gesellschaftlichen Auseinandersetzungsprozeß befinden, um die Voraussetzungen unserer Arbeit zu ermöglichen.

Ich sage, es sind personelle, strukturelle und finanzielle Voraussetzungen, die wegbröckeln.

- Die personellen Voraussetzungen: Für die erste Generation der vor allem schwulen Präventionsaktivisten verband sich die Arbeit gegen die Zunahme der Infektionen ganz naturwüchsig und von außen aufgezwungen mit dem Kampf um den Erhalt der politisch und bürgerrechtlich massiv angegriffenen Lebensweisen. Und diese Aktivisten waren auch die authentischen Vertreter jener Gruppen und Szenen, die neu lernen mußten, sich vor der Infektion zu schützen. Frau Pott hat das angesprochen. Für die nächste Generation existiert diese motivierende Mischung aus gesundheitsbezogener Arbeit und politischem Engagement nicht in gleicher Weise. Ich glaube nicht, daß es

möglich und notwendig ist, einen neuen Gauweiler zu erfinden, um diese Energie wieder herzustellen, aber es ist einfach erforderlich, sich klarzumachen, daß jede Generation wahrscheinlich ihre eigene AIDS-Prävention neu erfinden muß, und daß unsere Aufgabe darin besteht, Mechanismen und Wege zu finden, sozusagen auch die Vertreter der nächsten Generation dazu zu bringen, ihre Prävention auch tatsächlich zu erfinden und auch mit uns zusammen oder auch alleine, wenn sie wollen, umzusetzen. Soviel zu den personellen Voraussetzungen.

- Zu den strukturellen Voraussetzungen: Wir wissen, daß die wesentlichen Voraussetzungen von AIDS-Prävention dezentrale, lokale, szenenspezifische Kampagnen und Arbeit sind. Wenn ich jetzt mal durch die 150 regionalen und lokalen AIDS-Hilfen gehe und mir die Stellenpläne ansehe, dann gibt es wahrscheinlich weniger als zehn hauptamtlich für Prävention in den Hauptbetroffengruppen angestellte Mitarbeiter. Es gibt zwar insgesamt 400 bis 500 Hauptamtliche - ist schon ein ganz schöner Brocken -, aber für den Bereich, der uns hier auf dieser Konferenz interessiert, ist es sehr, sehr wenig. Das hat dann damit was zu tun, daß die Kommunen und die Länder, die das bezahlen, lieber Stellen für Beratung bewilligen oder für Krankenversorgung, für Pflegeorganisation, und natürlich die AIDS-Hilfen das auch gerne angenommen haben, weil sie sagten: "Hauptsache erst mal Leute, Stellen und Geld." Aber andererseits ist die Arbeitsentwicklung der arbeitenden AIDS-Hilfen eine solche, daß natürlich die Fragen der sozialrechtlichen Betreuung, der Organisation von Pflege, der Organisation von Fortbildung für sich selbst und für die Positivenarbeit, und alle diese Aufgaben immer mehr zunehmen. Und daß die real sichtbaren Probleme - da sind Kranke, die brauchen Hilfe - immer Priorität genießen vor den unsichtbaren Infektionen, die irgendwo draußen stattfinden und die man ja erst in zehn Jahren sieht. Das heißt, daß auch dort, wo Mischarbeitsplätze in AIDS-Hilfen generiert worden sind (Beratung und Prävention), es im Zweifel immer so geht, daß von der Zeit, die für Prävention aufgewendet werden sollte, immer mehr und mehr abgebissen wird. Im Effekt läuft es dann auch in den lokalen AIDS-Hilfen oft darauf hinaus, daß für die Primärprävention gerade noch die Kapazität übrigbleibt, gerade noch die neuesten Druckschriften von der Deutschen AIDS-Hilfe kommentarlos auf den Tresen der Szene-Lokale oder in der Sauna abzulegen. Und erst recht reicht das Potential nicht, das latent durchaus vorhandene Potential ehrenamtlicher Mitarbeit zu mobilisieren und, was noch wichtiger ist, aufzubauen und zu pflegen. Das waren die strukturellen Gründe.
- Die finanziellen Gründe: Frau Hildebrandt hat es schon angesprochen. Ich kann da auch nur das gleiche Lied singen. Es ist so, daß die Prävention ein gutes Thema für Sonntagsreden ist und immer schon war und hoffentlich nicht immer bleiben wird. Das heißt, wenn's dann an's Zahlen geht, ist es dann doch sehr schwierig, dafür etwas herauszuholen. Wir könnten eigentlich diesen personellen und strukturellen Engpässen nur gegensteuern, wenn wir dafür auch zusätzliche Ressourcen hätten. Aber das ist natürlich im Frühjahr 1996, wo nun auch die ohnehin kläglichen Anstrengungen zur Prävention durch die Krankenkassen gestrichen werden sollen und wo ohnehin ohne Sinn und Verstand einfach mit dem Bleihammer argumentiert wird, sozialpolitisch schon fast phantastisch, so etwas zu sagen. Und jeder Mann und jede Frau weiß, es ist schon ein großer Sieg, wenn der Mittelfluß von diesem auf das nächste Jahr konstant gehalten werden kann. Und das ist auch derzeit realistisch. Aber es muß klar sein, daß auf diese Weise präventive Potentiale verschleudert werden, und daß auf diese Weise die Anzahl der Kranken und Toten von morgen ohne Not erhöht wird.

Kurz und gut - kurz und ungut: Die Zahlen der künftigen HIV-Infizierten und AIDS-Kranken in Deutschland können durch Aufnahme von praktischen Erfahrungen und ihrer Zusammenführung mit Ergebnissen sozialwissenschaftlicher Präventionsforschung im bestehenden und bewährten Präventionsmodell nach wie vor erheblich gesenkt werden. Engpässe liegen dabei nicht nur, vielleicht nicht einmal in erster Linie im Wissen, sondern in behebbaren und angehbaren personellen, strukturellen und finanziellen Defiziten. Sage später keiner, er hätte es nicht wissen können.

Eröffnungsreferat 3

Dirk Meyer, Landesverband der AIDS-Hilfen NRW

Sehr geehrte Frau Hildebrandt,
sehr geehrte Frau Pott,
liebe Freundinnen und Freunde,

vorab möchte ich kurz etwas zu meinem Verständnis von einer Präventionsfachkonferenz der Deutschen AIDS-Hilfe sagen, bevor ich zu fünf bis sechs inhaltlichen Thesen komme. Mein Verständnis von diesem Wochenende ist, daß es so etwas ist wie - aus der DDR erwachsen - ein Runder Tisch derjenigen, die aktiv in der Präventionsarbeit stehen, derjenigen, die in Forschung und Wissenschaft die Bedingungen und Entwicklungen von Prävention hinterfragen und hoffentlich auch derjenigen, die Zielgruppe unserer Präventionsbegierden sind. Und ich hoffe weiter, daß diese Präventionsfachkonferenz ein Versuch ist, die Kommunikation über Prävention zu stärken und neu zu motivieren und dies innerverbandlich zu tun und in die Gesellschaft hinein. Ich glaube, daß dies nur gelingen kann unter Beteiligung von Positiven, von Negativen, von Ungetesteten, von Frauen, Männern, drogengebrauchenden Menschen und Schwulen. Und ich hoffe, daß dies keine Diskussion wird von sogenannten oder selbsternannten Fachleuten, weil dann würden wir die gleichen Fehler begehen, die die Drogenhilfe in der Bundesrepublik uns in den letzten 20 Jahren vorgemacht hat.

Warum die Notwendigkeit zu solch einer Fachkonferenz?

Die Bitte der Deutschen AIDS-Hilfe an mich war, aus der Sicht der AIDS-Hilfe eine knappe Bilanz zu ziehen und aufzuzeigen, wo derzeit die Probleme liegen. Ich glaube, das Aufzeigen von Problemen ist durch meine Vorrednerinnen und Vorredner schon erfolgt. Und ich möchte nicht für *die* AIDS-Hilfe oder aus Sicht *der* AIDS-Hilfe eine Bilanz ziehen, sondern ich will gerne und werde das auch tun, einen Blick auf die AIDS-Hilfe richten, weil ich glaube, als langjähriger Mitarbeiter der AIDS-Hilfe darf ich das oder kann es mir vielleicht erlauben, besser als jemand von außen. Ich kann also hier zu allererst meine persönliche Sichtweise aufzeigen, zum Teil die eines Geschäftsführers eines großen AIDS-Hilfe-Landesverbandes mit 40 Mitgliedsorganisationen, sicherlich auch als Vorstandsmitglied des Bundesverbandes Homosexualität, als schwuler Mann, der auch Opfer der Prävention ist und als jemand, der seit einigen Jahren seinen Arbeitsschwerpunkt darin sieht, die Rahmenbedingungen für Prävention zu verbessern. Arbeitsschwerpunkt für mich war, konkrete strukturelle Präventionsprojekte im Junkiebereich, im schwulen Bereich und auch im Frauenbereich zu verwirklichen beziehungsweise zu ermöglichen. Das meint an allererster Stelle, Projekte und Strukturen zu ermöglichen und zu fördern, die auf die Verbesserung der Lebenssituation, der Lebensqualität und der Interessenvertretung der von HIV und AIDS individuell oder kollektiv betroffenen Gruppen bezogen sind.

Ich möchte im folgenden auf sechs Punkte eingehen:

1. Die Primärprävention in Deutschland war und ist noch sehr erfolgreich.
2. Die konkrete Präventionsarbeit in der personalen Kommunikation, aber auch in der medialen Vermittlung durch Plakate, Anzeigen, Flyer und Give-aways hat in den AIDS-Hilfen Anfang der 90er Jahre bis heute einen radikalen Einbruch erlitten.
3. Die erfolgreiche Präventionsarbeit der 80er Jahre, insbesondere im schwulen Bereich, zum Teil und bedingt auch im Junkie-Bereich, kann mit den alten Methoden nicht gesichert beziehungsweise fortgesetzt werden.
4. Die Kommunikation über und zur Prävention muß auf einer breiten Basis neu und wieder angestoßen werden. Prävention muß und kann wieder ein politisches Thema werden, das durch AIDS-Hilfen meinungsbildend und federführend besetzt wird.
5. Dies gelingt nur, wenn AIDS-Hilfe sich verändert, kommunal, landesweit und bundesweit.

6. Es ist nicht sicher, ob AIDS-Hilfen in ihrer etablierten Struktur dies leisten werden und können.

Ich möchte das im einzelnen kurz erläutern: Primärprävention war und ist noch erfolgreich. Anhand welcher Kriterien wir das messen wollen, ist, glaube ich, in den vorangegangenen Referaten und Beiträgen schon ausführlich benannt worden. Ich will es nur noch mal festmachen: Ich denke, es muß der Zugriff erfolgen über die gesellschaftliche Situation und über die Lebensqualität der riskierten Gruppen und Personen und daraus leitet sich ab eine politische Handlungsperspektive für Präventionsarbeit, die nicht sozial-caritativ, sondern politisch-emanzipativ ist.

Trotzdem und auch deshalb möchte ich an der Stelle noch einmal Zahlen benennen, einige sind schon genannt worden. Ich möchte es noch mal konkretisieren:

- Pro Tag infizieren sich ca. fünf schwule Männer in Deutschland, ca. ein bis zwei Frauen, ca. ein bis zwei drogengebrauchende Menschen, pro Jahr - das ist genannt worden - 2.000 bis 3.000 insgesamt.
- Insgesamt gibt es 30.000 bis 50.000 Menschen, die mit HIV leben. Ich habe bewußt die abgezogen, die bereits an AIDS verstorben sind.

Wenn man sich die absoluten Zahlen anschaut und die Statistik des Robert-Koch-Institutes heranzieht, sieht man folgendes: Die Zahl der HIV-Infektionen, die gemeldet wurden zwischen 1990 und 1995, hat sich folgendermaßen entwickelt:

- Bei den Männern waren es 1990 71% der insgesamt gemeldeten Infektionen, das waren absolut gesehen 4.550; 1995 sind es 2.765, der Anteil an der Gesamtverteilung ist immer noch knapp 70%.
- Bei den Frauen waren es 1990 1.030, ein Anteil von 16,5%; 1995 waren es 816, ein Anteil von 20,5%.

Diese Zahlen stehen nicht objektiv für sich, sondern sind in den gesellschaftlichen Kontext der Lebenssituationen von drogengebrauchenden Menschen, Frauen, Männern, Schwulen zu sehen. Es gilt dann nicht die Zahl als Argument, sondern das Individuum und seine Lebensqualität und die seiner Gruppe. Daher können diese Zahlen für sich genommen nicht als Argument für oder gegen die politische Notwendigkeit und präventionspolitische Schwerpunktsetzung herhalten.

Zum Punkt 2., zum Einbruch der Präventionsarbeit im Bereich der AIDS-Hilfen Anfang der 90er Jahre. Mitte bis Ende der 80er Jahre waren AIDS-Hilfen zu ca. 80% Präventionsagenturen mit dem Schwerpunkt im Bereich schwule Männer und DrogengebraucherInnen. Diese Arbeit waren sehr stark ehrenamtlich und auf Selbsthilfe orientiert. Bis 1993 hat sich dieses Verhältnis - zumindest in Nordrhein-Westfalen, wo wir es erheben konnten - umgekehrt. Maximal 10 bis 20% Präventionsarbeit wurde mit den vorhandenen Arbeitskapazitäten geleistet. Insbesondere gab es einen Einbruch im Bereich der schwulen Präventionsarbeit. Warum ist das geschehen? Ich will das nicht groß ausführen, weil Rolf Rosenbrock es schon benannt hat. Beratung und Betreuung wurden immer umfangreicher. Aktivisten der ersten Jahre sind verstorben oder haben sich zurückgezogen. Aus manchen Präventionsgruppen wurden de facto Buddy- oder Begleitungsgruppen. Es gab eine hohe Fluktuation durch die starke persönliche und emotionale Belastung. Es gab fehlende Strukturen für die Förderung von ehrenamtlicher Arbeit. Und vielleicht als letzter Punkt auch: Es gab eine mangelnde äußere Motivation und Unterstützung für Präventionsaktionen. Das Ergebnis - kann vielleicht jeder, der vor Ort in der Arbeit steht, sehen - Plakate, Broschüren, Leporellos, Bierdeckel, Streichhölzer, Aschenbecher füllen die Regale und Keller der AIDS-Hilfen.

Drittens: Die erfolgreiche Prävention der 80er Jahre kann mit den alten Methoden nicht gesichert beziehungsweise fortgesetzt werden. Die Produktion und Bereitstellung, die Distribution - also Versand - von Materialien reicht bei weitem nicht mehr aus, um die personale Kommunikation und die Auseinandersetzung in den Szenen zu motivieren! Es gibt Ausnahmen von der Regel. Die möchte ich auch benennen, zum Beispiel im letzten Jahr das Frauenplakat der Deutschen AIDS-Hilfe, die

sicherlich so eine Auseinandersetzung motiviert hat, und auch die Leder-SM-Broschüre im schwulen Bereich, die das geleistet hat. Hier muß es darum gehen, Kommunikationsprozesse neu zu initiieren und zu gestalten, in den Szenen, aber auch in den AIDS-Hilfen und in der allgemeinen Öffentlichkeit. Es muß darum gehen, neue Motivationen zu ermöglichen, Selbsthilfe-Engagement zu fördern und konkrete, praktische Aktivitäten zu ermöglichen.

Ich möchte das an einem Beispiel festmachen, damit es nicht so abstrakt im Raum bleibt. Die meisten kennen vielleicht das Plakat der Deutschen AIDS-Hilfe zur Arbeit und Lebenssituation schwuler Männer. Das ist so ein »Vier-Feld«, wo die unterschiedlichen Stationen, Lebenssituationen beschrieben sind. Mit diesem Plakat müßte man eigentlich, das heißt müßten wir, in die Betriebe, in die Schulen, in die öffentlichen Einrichtungen, um damit die Auseinandersetzung zur Lebenssituation von schwulen Männern anzuregen. Das gelingt zum Beispiel ganz praktisch nur mit Gewerkschaften zusammen, sonst kommt man in die Betriebe nicht rein. Das gelingt zusammen mit schwulen Gruppen in den Gewerkschaften, mit schwulen Verbänden - praktisch organisierte strukturelle Prävention. Damit das aber gelingen kann, brauchen wir zu so einem Plakat ein Rahmenkonzept, Kooperationspartner, wir brauchen Kommunikationsformen, wir brauchen Handreichungen für diejenigen, die dies vor Ort leisten sollen. Das sind Aufgaben, die vor uns stehen, die wir angehen müssen. Das heißt, Medien müssen wieder Mittel zum Zweck werden. Für sich genommen sind sie zweck- und hilflos. Die wenigen Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen, die noch zielgruppenorientierte Arbeit leisten - Rolf Rosenbrock hat es angesprochen - müssen dabei unterstützt werden und nicht mit Materialien quasi zugeschmissen werden. Zitat: »Wir haben da eine ganz tolle Broschüre zu schwulen Männern und Partnerschaft im Keller liegen.« Und da liegt sie auch. Hier liegt aus unserer Sicht - in Nordrhein-Westfalen, sag' ich an dieser Stelle mal - ein Teufelskreis, den es zu durchbrechen gilt. Es gibt wenig Menschen im Augenblick, die in der Primärprävention zielgruppenorientiert arbeiten. Es gibt Frust dadurch, es gibt einen Mangel an Aktivitäten und es gibt fehlende Motivation. Diesen Teufelskreis gilt es zu durchbrechen. Es muß darum gehen: Wie soll man Neues denn angehen? Mit wem soll man denn Neues angehen? Wo sind sie denn?

Ich will das an der Stelle auch noch mal belegen mit zwei, drei Zahlen. Eine ehrenamtliche Präventionsarbeitsgruppe von schwulen Männern einer nordrhein-westfälischen Großstadt bestand zwei Jahre lang aus zwei bis drei Männern. Das ist eine Millionenstadt. In ganz Nordrhein-Westfalen gibt es zwei von den besagten zehn hauptamtlichen Stellen für schwule Prävention. Es gibt aber - das muß man auch dazu sagen - 17,5 hauptamtliche Stellen für Jugendarbeit bei AIDS-Hilfen in einem Landesprogramm mit 61 hauptamtlichen Stellen, und es gibt 12,5 hauptamtliche Stellen für den Bereich Drogen und AIDS in Nordrhein-Westfalen, der von den Drogenberatungsstellen vereinnahmt wurde - kann man erst mal so sagen - wo nichts konkret im Bereich der Prävention passiert. Es gibt keine einzige Stelle im Bereich Frauen und AIDS bisher. Das heißt auch an der Stelle, um die Arbeit neu zu motivieren, muß die Trennung, wie sie sich in vielen AIDS-Hilfen vollzogen hat, zwischen ehrenamtlicher Arbeit und positiver Selbsthilfe aufgehoben werden.

Viertens: Kommunikation muß angestoßen werden, und zwar auf breiter Basis, Kommunikation über Prävention muß politisch besetzt werden. Ich will das an dieser Stellen an einem praktischen Beispiel deutlich machen. Vielleicht erwartet man das von mir auch aus Nordrhein-Westfalen. Ich will das Projekt Herzenslust benennen, weil wir versucht haben, aus dieser Beschreibung der Probleme, die ich hier aufgelistet habe, einen Weg hinaus zu finden. Wir haben ein landesweites Kommunikationsprojekt zu Prävention im Sommer 1993, also jetzt fast vor drei Jahren, angedacht und haben im Herbst 1993 einen Runden Tisch zum Thema Schwule und Prävention in Nordrhein-Westfalen durchgeführt und mit 40 sogenannten Alltagsexperten aus der schwulen Szene darüber beratschlagt, wie wir neue Akzente setzen können. Ein dreiviertel Jahr später, im Sommer 1994, hat es einen zweiten Runden Tisch gegeben, der hieß »kreatHIV - präventHIV«, wo es darum ging, konkrete Aktionsformen und Ideen - wieder mit Szene-Vertretern - zusammenzutragen. Und im Sommer 1995, jetzt vor knapp einem Jahr, wurde die Kampagne »Herzenslust« gestartet.

Parallel dazu hat der Landesverband im Sommer 1994 ein Gesamtkonzept unter dem Titel »Herausforderung Prävention. Für die zielgruppenorientierte Prävention in Nordrhein-Westfalen« vorgelegt und an die Parteien des Landtages herangetragen. Die Konsequenz dieser vorbereitenden Arbeit war auf der politischen Ebene, daß es eine inhaltliche Akzeptanz im Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales wie auch bei den Parteien gegeben hat, und zwar parteiübergreifend. Daß als Konsequenz daraus erstmalig im letzten Jahr das Land Nordrhein-Westfalen 250.000 DM für zielgruppenorientierte Prävention bei schwulen Männern ausgegeben hat, und daß in diesem Jahr die neue Landesregierung unter rot-grünen Vorzeichen erstmalig 1,5 Millionen DM für zielgruppenorientierte Prävention zur Verfügung stellt, das heißt, ein Signal setzt genau entgegengesetzt zu dem bundesweiten Trend, sich aus der Prävention zurückzuziehen. Konkret heißt das, daß zum Beispiel im Bereich frauenspezifischer Projekte in diesem Jahr erstmalig 250.000 DM zur Verfügung stehen, daß im Bereich Junkie-Selbsthilfe jetzt insgesamt bei vier regionalen Projekten und beim Landesverband zusammen 500.000 DM bereitgestellt werden und daß in diesem Jahr weitere Präventionsprojekte im Bereich schwuler Männer gefördert werden können.

Auf der gesellschaftlichen Ebene zur Kommunikation der Prävention ist es uns gelungen, das Thema zumindest breit zu streuen und zu verankern, daß sogenannte Herzenslust-Botschafter, die als schwule Männer in der Öffentlichkeit stehen beziehungsweise mit ihrer Person für einen breiten gesellschaftlichen Konsens stehen - Dirk Bach ist vielleicht der bekannteste -, sich diesem Thema gestellt haben, und das weiterhin in der Öffentlichkeit mit ihrer Person kommunizieren.

Ein letztes Beispiel aus dem Bereich: Es wird in diesem Sommer einen Come-Together-Cup geben, ein von Schwulen organisiertes Fußballturnier, vom Cream-Team Cologne zusammen mit der Polizeimannschaft aus Köln, zusammen mit sogenannten Nationalitätenteams von türkischen Mitbürgern aus Köln, von jugoslawischen Mitbürgern - oder ex-jugoslawischen, Bosnien u.ä. -zusammenkommen, ein Turnier ausspielen. Der Westdeutsche Rundfunk wird über sein Radioprogramm ein Hörer-team zusammenorganisieren und aktiv Hörer aufrufen, da mitzumachen. Das Ganze geht zugunsten des schwulen Pflegeprojektes in Köln und es wird inhaltlich verknüpft mit der Präventionskampagne »Herzenslust« und damit auch in der Öffentlichkeit beworben.

Auf der AIDS-Hilfe-Ebene hat die Kommunikation bisher folgende Ergebnisse gezeigt: Es gibt 22 neue regionale Ansprechpartner und Gruppen, die ehrenamtlich Aktionen organisieren, beziehungsweise durch Ankopplung oder Anbindung an bestehende hauptamtliche Strukturen unterstützt und gefördert werden. Es gibt vier Vernetzungstreffen und landesweite Arbeitsgemeinschaften, die sich dazu organisiert haben. Damit ist auch in der schwulen Szene langsam aber sicher das Bild von AIDS-Hilfe verändert worden. Und es hat in dem Zusammenhang auch eine Neuöffnung, einen neuen Zugang zur Wirte-Szene gegeben. Auch innerhalb der AIDS-Hilfen hat sich eine Schwerpunktverschiebung wieder zugunsten der Prävention entwickelt, auch da muß man sagen, langsam aber bemerkbar. Auch Schwulengruppen haben sich der Auseinandersetzung gestellt und organisieren, oftmals gemeinsam mit AIDS-Hilfen oder aber auch alleine, Präventionsaktionen und Veranstaltungen.

Auf der verbandlichen Ebene hat es den Austausch mit Landesverbänden regionaler AIDS-Hilfen der Deutschen AIDS-Hilfe gegeben und auch damit einen Ideenaustausch und Anstöße. Es hat inzwischen oder auch zeitlich parallel ähnliche Konzepte gegeben, die in ähnlicher oder vergleichbarer Struktur angegangen wurden. München, Berlin, Hannover, Göttingen sind einige Beispiele, wo ähnliche Aktionsgruppen oder Aktionsformen jetzt angegangen wurden oder schon seit längerer Zeit auch angegangen sind.

Es ist - das als letzter Punkt an der Stelle - auch gelungen, die Einbindung von Menschen mit HIV und AIDS in eine Präventionskampagne öffentlich darzustellen und neu zu motivieren. Das war von Anfang an organisiert und strukturiert bereits bei den Runden Tischen, bei den präventiven Planungen am Anfang. Es ist aber auch während der Umsetzung der Kampagne weiter erfolgt. Der Begriff »Frau Göhrke« ist ja vielleicht bekannt: Uwe Göhrke, der in der Öffentlichkeit als sehr umstrittener

schwuler und positiver Mann auch medial ein Ereignis ist, ist zum Beispiel mit seinem positiven Coming-out beim ersten Runden Tisch der AIDS-Hilfe zum ersten Mal in Erscheinung getreten und hat danach seine Aktivitäten auch sehr engagiert vorangetrieben. Auf der individuellen Ebene - und damit will ich bei diesem Punkt auch zum Schluß kommen - haben sicherlich viele Beteiligte einfach Spaß an der Sache gehabt, haben eine neue Motivation für sich mitgenommen, vor Ort ganz konkret gemeinsam mit anderen etwas zu tun.

Meine fünfte These war: Es kann in Zukunft auch nur gelingen, wenn AIDS-Hilfe sich verändert. Das meint, daß AIDS-Hilfe ihre eigene Struktur überdenken muß, daß Voraussetzung ist, daß jetzt über zehn oder mehr Jahre zum Teil naturwüchsig entstandene Strukturen auch intern hinterfragt werden müssen, eine neue Konflikthaftigkeit und Konfliktfähigkeit entwickelt wird, und daß es vor allen Dingen gelingen muß, eine aktive Einbindung von Menschen mit HIV und AIDS in Entscheidungsstrukturen, insbesondere auch eben in der Präventionsarbeit, zu ermöglichen, und daß damit Selbsthilfepotentiale neu gefördert und aufgegriffen werden. An dieser Stelle vielleicht auch ein Querverweis: Viele AIDS-Hilfe-MitarbeiterInnen aus anderen Regionen schauen immer recht ungläubig, wenn ich erzähle, daß 30-40% der AIDS-Hilfen in Nordrhein-Westfalen rein ehrenamtlich arbeiten. Soweit mir das bekannt ist, gibt es das in keinem anderen Bundesland mehr. Das ist eine bedenkliche Entwicklung und sollte durchaus als Provokation vielleicht mal gesetzt werden, sich selbst zu hinterfragen, wie weit die Notwendigkeit der AIDS-Hilfe-Arbeit tatsächlich nur über hauptamtliche Strukturen abgeleitet wird. Ich stelle das in Frage.

Und an letzter Stelle: Es ist nicht sicher - aus meiner Wahrnehmung -, ob AIDS-Hilfe in ihrer Struktur diesen Prozeß tatsächlich leisten kann, ob sie ihn leisten will und ich hoffe, daß dieser Präventionskongreß dazu Streitige Auseinandersetzungen und kritische Anregungen gibt, um dann vielleicht zu Hause, wenn man wieder zurück ist, in seiner Struktur das anzustoßen oder anzudenken. Ich glaube, daß das - wie bei anderen Verbänden auch - inzwischen in einer AIDS-Hilfe genauso schwierig ist wie bei einer Drogenhilfe oder bei der Arbeiterwohlfahrt oder ähnlichem, daß wir es nicht per se leichter haben, unsere Strukturen selbstkritisch zu überdenken und zu brechen. Um das am Schluß nicht in so einer Strukturebene oder Strukturdebatte stehen zu lassen, möchte ich an den Schluß meines Beitrags ein Zitat setzen und auf das überschreibende Motto für die Veranstaltung dieses Wochenendes zurückkommen, nämlich Risikomanagement und Prävention. Wenn Prävention sich auf die Verbesserung der objektiven Bedingungen für die Lebensqualität und die Steigerung des positiven Lebensgefühls richtet, hat sie tatsächlich aller Wahrscheinlichkeit nach große Erfolgsaussichten. Konsequenter Weise kann es dann nicht um Risikovermeidung gehen - um das Kochbuch für gesündere Lebensweisen zum Beispiel -, sondern um das kompetente Ausleben von Risikolust. Bei dieser Betrachtungsweise wird Gesundheit aus ihrer selbstzweckhaften Zentriertheit auf das reduziert, was sie eigentlich ist, nämlich ein Teil unserer Befindlichkeit, die das Wohlbefinden begünstigt, aber nicht ausmacht.

Und deshalb zum Schluß ein Zitat zum Thema Prävention und Gesundheitsförderung von Baudelaire, der das pointiert mal ausgedrückt hat. Das möchte ich dann wirklich als allerletzten Satz vorlesen:

Berauscht Euch! Man sollte immer berauscht sein. Alles ist da, das ist die einzige Frage. Um nicht die furchtbare Last der Zeit zu spüren, welche die Schultern zerschmettert und zu Boden drückt, sollte man sich unablässig berauschen. Womit? Mit Wein, Poesie, Tugend, ganz nach Belieben, aber berauscht Euch! Und wenn Ihr erwacht auf den Stufen eines Palastes, im grünen Gras eines Straßengrabens, in der düsteren Einsamkeit Eures Zimmers, und die Trunkenheit hat nachgelassen oder ist vergangen - dann fragt den Wind, die Welle, den Stern, den Vogel, die Wanduhr, alles Flüchtige, alles Ächzende, alles Rollende, alles Singende, alles Sprechende, fragt, wie spät es ist, und Wind, Welle, Stern, Vogel, Wanduhr werden antworten: Es ist Zeit, sich zu berauschen! Um nicht Märtyrer der Zeit zu sein, berauscht Euch, berauscht Euch unaufhörlich! Mit Wein, Poesie, Tugend, ganz nach Belieben.

Diskussion der Eröffnungsreferate

Zusammenfassung von Susanne Döll

In der von Justin Westhoff moderierten Diskussion wurden verschiedene Fragestellungen, die in den Eröffnungsreferaten angesprochen waren, aufgegriffen.

Dies betraf zum einen die Frage nach der Notwendigkeit struktureller Veränderungen der AIDS-Hilfen, die in der Frage zugespitzt wurde, ob man die AIDS-Hilfen nicht besser schließen solle. Strukturelle Probleme der AIDS-Hilfen wurden u.a. an einer fehlenden Einbindung in die schwule Szene thematisiert. Diese Einbindung wurde jedoch von verschiedenen Diskussionsteilnehmern sehr unterschiedlich eingeschätzt. Rolf Rosenbrock vertrat die Ansicht, daß dies regional, vor allem im Gegenüber von ländlicheren Gebieten und Großstädten zu differenzieren sei. Zudem knüpfte er die Frage an, ob man heute noch von einer schwulen Szene reden könne, wie es sie Ende der 80er Jahre gegeben habe. Letztlich blieb es in der Diskussion unklar, wie strukturelle Veränderungen der AIDS-Hilfen aussehen könnten und wie weit sie notwendig sind.

Ähnlich verhielt es sich mit dem Veränderungsbedarf bezüglich der ausgearbeiteten und praktizierten Präventionskonzepte. Für die Notwendigkeit einer Veränderung der Präventionskonzepte wurden die Sättigungsgrade in der schwulen Szene genannt. Schwule fühlten sich als Opfer der Prävention, so die Einschätzung eines Mitarbeiters der AIDS-Hilfe Essen. Die Wirkung der bisher praktizierten Präventionskonzepte sei daher langfristig nicht nur abnehmend, sondern möglicherweise sogar kontraproduktiv. Ansätze wie das vorgestellte Projekt »Herzenslust« seien letztlich eine Wiederauflage der alten Konzepte unter einem neuen Namen, könnten jedoch die grundlegenden Probleme der fehlenden Köpfe, Inhalte und Strategien nicht lösen. Diese Sättigung, so ein anderer Teilnehmer, liege auf einer oberflächlichen psychologischen Schicht, während gleichzeitig auf tieferer Ebene weiterhin starke Ängste und Unsicherheiten existierten. Diese Ängste in der Präventionsarbeit aufzugreifen, bei gleichzeitigem praktiziertem Rückzug der schwulen Männer wegen präventiver Überfütterung, führe zu der Frage, welche Strategien hier neu zu entwickeln seien.

Zum anderen wurde die Notwendigkeit neuer Präventionskonzepte insbesondere im Hinblick auf neue Generationen, die eine andere Sprache sprechen und andere Umgangsformen haben, wie z.B. die Techno-Szene, thematisiert. Während Rolf Rosenbrock die Meinung vertrat, das bestehende Instrumentarium reiche aus, in diese Szenen hinzugehen, um dort einzelne Personen für die AIDS-Arbeit zu interessieren - auch wenn dies schwierig sein könne, da diese Szene an langfristigen Plänen und Konzepten nicht interessiert sei und nach der Priorität »Fun« lebe -, stellte Dirk Meyer die Frage, ob nicht auch innerhalb der AIDS-Hilfen ein Generationenwechsel angebracht sei und nur darüber eine Kommunikation mit den jüngeren oder neuen Generationen möglich werde. Ein Teilnehmer verwies auf die Gefahr, daß - wie bereits in der Vergangenheit - vereinzelt Maßnahmen in dieser Richtung Fremdkörper in der AIDS-Hilfen-Arbeit blieben. Dies gelte auch für die Präventionsarbeit im Migrantebereich, so ein kolumbianischer Teilnehmer, die - trotz der fremdsprachigen Faltblätter - eine Lücke darstelle und kaum finanzielle Ressourcen zur Verfügung habe, obwohl 12% der Bevölkerung und 10% der HIV-Positiven Ausländer seien.

An der Diskussion, neue Leute in die AIDS-Hilfe hineinzuholen, äußerte ein Diskussionsteilnehmer Unbehagen, da die Logik dabei dieselbe bleibe. Es stelle sich die Frage nach einer veränderten Gestaltung der (sub)kulturellen Räume, so daß die Ambivalenzen im Risikomanagement darin leichter zu inszenieren und agieren seien.

Weitere Defizite in der Prävention thematisierte ein Beitrag an fehlenden Curricula und Fortbildungsstrukturen, die in den Bereichen Beratung und Betreuung sehr ausgearbeitet vorliegen. Diese fehlenden Fortbildungskonzepte gibt es nach der Einschätzung von Frau Pott jedoch nicht nur im AIDS-Bereich. Für Prävention gäbe es insgesamt in der Bundesrepublik keine Aus- und Fortbil-

dungsangebote. Festgestellt wurde ein allgemeines Dilemma der Fortbildungsangebote zur Prävention, die ihren Schwerpunkt auf der Vermittlung von Konzepten haben, während die Fragen, wie diese Konzepte konkret umgesetzt werden könnten, in den Fortbildungen defizitär seien. Gegen zu schnelle Umsetzungs- und Konkretisierungsfragen wandte sich Rolf Rosenbrock. Diese lösten die bestehenden Probleme nicht. Dirk Meyer hielt eine Ausweitung der Fortbildungen nicht für anstrengenswert, da vor allem mehr Freiräume in der Präventionsarbeit nötig seien, insbesondere im Hinblick auf die ehrenamtliche Präventionsarbeit. Eine Konkretisierung von Prävention sei aber auch deshalb nicht sinnvoll, weil damit zu viele Festlegungen verbunden seien. Die »Präventionsopfer« seien nicht durchzudeklinieren, eine Unschärfe bleibe bestehen.

Als wichtige Ebene für die Primärprävention nannte eine Teilnehmerin die Arbeit der politischen Positiven, die sie als sehr erfolgreich in bezug auf Veränderungen nicht nur auf rationaler Ebene einschätzte. Diese Arbeit zu stärken und zu unterstützen, sei eine Aufgabe der AIDS-Hilfen, die einen politischen Rahmen zur Verfügung stellen müßten, in dem auch die Widersprüche und die Entscheidungsfreiheit bezüglich der Prävention thematisierbar sein müßten. Mit der Professionalisierung der AIDS-Hilfen habe dagegen eine Klientelisierung der Positiven zugenommen, so daß die Gefahr bestünde, HIV-Positive nicht mehr als Teil der Strukturen - auch der Prävention - zu betrachten, sondern als Klientel.

Eine weiterer und insbesondere vom Moderator forcierter Diskussionspunkt war die Frage, inwieweit es denn politisch überhaupt möglich sei, die Entwicklung der Präventionskonzepte hin zum Risikomanagement offen zu kommunizieren. Dies sei, so die Einschätzung von Frau Pott, in den bisherigen Präventionsbotschaften immer auch, wenn auch eher defensiv, bereits der Fall gewesen. Die Aufforderung »Überlege Dir, wie Du Dich verantwortlich verhalten kannst!« enthalte auch die Möglichkeit der Entscheidung. Sie habe aber, so wurde von Justin Westhoff eingewandt, eine starke moralische Komponente und sei daher nicht wirklich offen. Sei es letztlich nicht präventiv wirksamer zu sagen, »Du hast die Möglichkeit, Dich riskant zu verhalten«, weil dies zu wirklich selbstbestimmtem Handeln auffordere? Die an diesem Punkt bestehende Kontroverse wurde an durchzuführende sozialwissenschaftliche Untersuchungen weitergereicht, die diese Hypothese möglicherweise stützen könnten oder auch nicht.

Nachfragen ergaben sich in Anknüpfung an diesen Diskussionspunkt bezüglich der von Frau Pott in ihrem Vortrag erhobenen Forderung nach Qualitätssicherung in der Prävention, die eine Überprüfung der Effektivität und Wirksamkeit von Primärprävention verlange. Dagegen habe Rolf Rosenbrock betont, daß die Wirkungen von Primärprävention nicht meßbar seien, da zu viele Faktoren einen Einfluß auf Verhalten und dessen Veränderung haben. Wie sei mit diesem Widerspruch umzugehen? Habe die BZgA Instrumente und Modelle, mit denen sie die Effektivität ihrer Arbeit messen könne?

Die Notwendigkeit von Qualitätssicherung sei von ihr im Kontext der Gesundheitsförderung allgemein betont worden, so Frau Pott, und stehe im Zusammenhang mit den zunehmenden Legitimationszwängen angesichts der Mittelkürzungen. Bestehende Instrumentarien seien daher weiterzuentwickeln und zu verbessern, um die politische Durchsetzbarkeit zu erhöhen. Rolf Rosenbrock beharrte dagegen auf seiner Aussage, daß seriöse Effizienzmessung im Bereich der Prävention nicht möglich sei. Sicherlich gebe es Methoden, die bereits eingesetzt wurden, wenn auch nicht im Bereich AIDS. Dennoch seien prinzipiell höchstens Aussagen möglich, ob Präventionsbemühungen überhaupt einen Effekt haben und ob dieser in die gewünschte Richtung gehe. Evaluation von Primärprävention als Politikförderung sei eine nicht seriöse Forderung, da sie nicht einlösbar sei. Mit Kästner gesprochen: »Wir sollten den Kakao, durch den man uns zieht, nicht auch noch trinken.«

Die Diskussion wurde an diesem Punkt, vor allem aus Zeitgründen und mit Verweis auf die noch folgenden Diskussionsmöglichkeiten im Laufe der Tagung abgebrochen.

Sexualität zwischen psychohygienischer Fitneß und Rausch

Hans-Peter von Aarburg, Psychoanalytisches Seminar Zürich

An den Anfang der nachfolgenden Überlegungen möchte ich einen Kleber der Deutschen AIDS-Hilfe stellen, den ich auf einer Toilette in Zürich gesehen habe. Dieser Kleber wurde von jemandem korrigiert. Der ursprüngliche Text lautete »Safer Sex ist wie Sekt ohne Kater« und wurde korrigiert in »Safer Sex ist wie Sekt ohne Alkohol«. Ich möchte das jetzt so stehenlassen. Am Schluß möchte ich nochmals auf ihn zurückkommen und die Frage zu beantworten versuchen, welche wenig bewußten Wünsche und Ängste hinter der »Korrektur« vermutet werden müssen, welche die Präventionsanstrengungen zentral bedrohen.

Als theoretischen Hintergrund möchte ich einführend kurz ein Modell skizzieren, das es erlaubt, individuelles Erleben in einem gleichzeitig sozialen und psychologischen Zusammenhang zu verstehen, und das es erlaubt, Rausch zu beschreiben. Es beruht im wesentlichen auf Freud. Die individuelle Psyche sei ein kugelförmiger Körper. Aus dem Hohlraum dieser Kugel strömt eine Flüssigkeit über eine kraterförmige Öffnung am 'Nordpol' auf die Außenhaut. Von dort fließt die Flüssigkeit weiter über den gewölbten Körper und wird am spiegelbildlichen 'Südpol' gefiltert und zurück ins Zentrum gesogen. Dann wird sie wieder nach oben herausgepumpt. Dieser Kreislauf stellt das psychische Erleben dar, zu dem Wahrnehmen, Denken, Fühlen und alle damit verbundenen Fähigkeiten gehören. Die obere Hälfte der Kugel, die 'Tagseite', steht dabei grundsätzlich im 'Lichte des Bewußtseins'. Das Licht der aufmerksamen Bewußtheit umfaßt allerdings ein weites Spektrum. Man kann sich einen Luftstrom mit Nebeln, Wolken und Gewittern über der fließenden Flüssigkeit vorstellen, der dieses Licht moduliert.

Über der Tagseite wölbt sich das Universum der materiellen und sozialen Außenwelt, mit der ein ständiger Austausch stattfindet. Nur in einem solchen Austausch kann persönliche und soziale Identität entstehen. Das Individuum bildet auch seine Innenwelt mit einem entsprechenden Selbstwertgefühl erst in alltäglichen, persönlichen und intimen Kontakten mit einer sozialen Außenwelt.

Die untere Hälfte, die 'Nachtseite', ist grundsätzlich dunkel, wobei auch hier, wie z.B. im Traum, Licht einfallen kann. Diese Seite steht im Austausch mit der sie umgebenden organischen Körperlichkeit. Die untere Hälfte der Kugel, das 'Triebreservoir', sei im Sinne Freuds als »Es« bezeichnet. Ständig drängen von hier chaotisch-triebhaft Impulse ins Zentrum der Kugel und von dort weiter auf die Oberfläche der Tagseite. Der Kern sei als »Ich« benannt, die 'Tagseite' mit ihren mehr oder weniger geordneten und kontrollierten Beziehungen zur Außenwelt als »Über-Ich« und »Ich-Ideal«.

Um mit der materiellen und sozialen Außenwelt in Kontakt treten zu können, müssen die triebhaften Ströme aus dem Es gebändigt werden und in Kanäle sozialer Verhaltensmuster gelenkt werden. Soziales Handeln und entsprechendes Erleben ist auf symbolisch strukturierte, verinnerlichte Erwartungen der Handelnden angewiesen. Solche kanalisierenden Muster in Form von kulturellen Normen, Werten und sozialen Rollen können in zwei sich ergänzenden und teilweise auch überschneidenden Modalitäten verinnerlicht werden: einerseits als Gebote und Verbote, als 'müssen' und 'nicht-dürfen' und andererseits als Wünsche, als 'wollen'. Im ersten Fall werden sie in die Struktur des »Über-Ich«, im zweiten in jene des »Ich-Ideal« eingebaut und stehen dann im Dienste des »Ich«.

Über-Ich und Ich-Ideal stehen in einem lebenslangen Konflikt zwischen äußeren materiellen und sozialen Wirklichkeiten, denen das Individuum in kulturell symbolisierten Formen begegnet und den triebhaften Ansprüchen des Es. Dabei formen sich sozusagen individuelle psychische 'Kulturlandschaften', die psychoanalytisch als »Triebchicksale« bezeichnet werden.

Lebensgeschichtlich besonders wichtig sind neben den frühkindlichen Konflikten besonders jene der Adoleszenz. Während dieser »zweiten Chance« wird die Struktur der kindlichen Psyche von einem einsetzenden Trieb Schub sozusagen weggeschwemmt. Es muß eine neue psychische

‘Kulturlandschaft’ angelegt werden. Neben dem Geschlechtstrieb müssen in dieser Zeit vor allem auch narzißtische »Größenphantasien« gebändigt werden. Für das erwachsene »Triebchicksal« ist es entscheidend, wie solche Phantasien von eigener Großartigkeit und Unverletzlichkeit (und die ihnen entsprechenden »Ohnmachtsphantasien«) im Ich-Ideal verarbeitet werden können. Eine beflügelnde oder lähmende psychische Grundstimmung kann die Folge sein.

In Lacans Begriffen ausgedrückt, entsteht erwachsene psychische Lebendigkeit dadurch, daß das »Symbolische« der sozialen Ordnung mit dem »Realen«, dem körperlich Triebhaften, und dem »Imaginären«, dem sehnsuchtsvoll regressiven Streben nach einer ‘imaginären Ganzheit’, das vorher als »Größenphantasie« bezeichnet wurde, verknüpft werden kann. Fließt nur wenig (»reale«) triebhafte Energie durch die im Über-Ich und Ich-Ideal verinnerlichte (»symbolische«) soziale Ordnung, fehlen darin Anteile (»imaginärer«) Größenphantasien, erstarrt das psychische Erleben in einer entfremdeten Ordnung. Die psychische ‘Kulturlandschaft’ droht sozusagen auszutrocknen. Der energetische Kreislauf wird dann dadurch weitgehend unterbrochen, daß viele Triebbedürfnisse und imaginär regressive Sehnsüchte vom Ich abgewehrt und nicht in die sozial geprägten Inhalte des Über-Ich und des Ich-Ideal einfließen können. Es soll sozusagen eine ‘saubere’, ‘vernünftige’ und zweckrationale Ordnung auf der Tagseite entstehen.

Marcuse kritisierte diesen Versuch unter dem Stichwort der »Eindimensionalität«. Dunkle Triebe und Wünsche aus dem Es, die eine vernünftige Ordnung bedrohen, sollen möglichst aus dem psychischen Kreislauf ausgeschlossen werden. Tatsächlich hat die ‘Nachtseite’ etwas Subversives, ist ihre kreative und archaisch wirkende Energie nicht ablösbar von sozusagen ‘konspirativen’ Elementen. Der Preis eines rigiden Sicherheitsdispositivs ist allerdings hoch: Es drohen Leblosigkeit und Langeweile, die zu Angst und Aggressivität führen können.

Es löst Angst aus, wenn der eigene Lebenslauf bis in jedes Detail geregelt und kontrolliert ist. Ebenso ängstigt aber auch die Vorstellung, aus dieser gleichzeitig schützenden und bedrohenden Ordnung herauszufallen. Entsprechendes gilt auch für den Bereich der Sexualität: Das vorherrschende Modell der Sexualität verspricht Lust und Glück, allerdings nur, wenn man sich physisch und psychisch einigermaßen fit hält. Um nicht zu sehr von einer konkreten Realität abzuheben, möchte ich, sozusagen als Anschauungsmaterial für das nachfolgend Gesagte, auf einen Kinowerbespot einer schweizerischen Krankenkasse hinweisen. [Der Werbespot wird abgespielt.] Dieselbe Krankenkasse hat z.B. auch eine Anzeige in der Zeitschrift »Fit for Fun« geschaltet.

Gesund bzw. leistungsfähig und fit muß man also nicht nur für die Arbeit, sondern auch für’s persönliche und sexuelle Erleben sein. Wichtig dabei ist zudem, daß die hinter der geforderten physischen und psychischen Fitneß stehende Selbstdisziplin nicht als Last wahrgenommen werden darf. Man soll Spaß daran haben!

Eine grundsätzlich unaufhebbare Konflikthaftigkeit der Sexualität wird möglichst auszublenden versucht. Wie schon Freud im »Unbehagen in der Kultur« aufgezeigt hat, ist aber jeder Kontakt mit einer materiellen und sozialen Außenwelt grundsätzlich beschränkend und verletzt damit den individuellen Wunsch nach totaler Harmonie. Entsprechend sind viele Konflikte auch im Bereich der Sexualität grundsätzlich nicht lösbar.

Auch das Bemühen sexualtherapeutischer Beratungs- und Hilfsangebote kann nur sehr beschränkt dazu führen, das »Recht auf unkomplizierte Lust« einzulösen. Paradoxerweise kann dieses Recht offenbar um so weniger eingelöst werden, je stärker der einzelne auf Sicherheit und garantiertes Glück fixiert ist. Je stärker das Phantasma von gesichertem Glück und mangellosem Befriedigtsein wirksam ist, desto größer werden unterschwellig die Ängste, diesem Ideal nicht zu genügen. Die Energie ist dadurch weitgehend in der Angstabwehr gebunden, und Lust zu erleben, wird prekär.

Belege für den Versuch, Sexualität psychohygienisch zu entschärfen, finden sich etwa auf den Ratgeberseiten der Boulevardzeitungen. Im Sinne von Masters und Johnson versuchen dort aufgeklärte Sexologinnen und Sexologen, verunsicherte Ratsuchende zu einem befriedigenden Orgasmus zu ver-

helfen. Als ein Beispiel für diesen Versuch, Sexualität als physiologischen Prozeß zu verharmlosen, seien hier die letzten Sätze aus dem Leitartikel eines an alle deutschschweizer Haushalte gratis verteilten »Gesundheitsmagazins« zitiert. Heiko Ernst vertritt hier die dem gesunden Menschenverstand entsprechende Meinung, unkomplizierte Vergnügen aller Art würden die Gesundheit fördern, unter anderem sei es zum Beispiel unter einem gesundheitlichen Aspekt sehr zu empfehlen, sich jeden Tag ein paar Minuten mit Lachen zu entspannen. Der Text endet mit dem folgenden Abschnitt über Sexualität:

Guter Sex ist wie eine gute Medizin: Der Körper entspannt sich, der Schlaf ist besser, Schmerzen lassen sich lindern, vom psychischen Wohlbefinden ganz zu schweigen. Eine Untersuchung bei Migränepatienten zeigte, daß diese von deutlicher Schmerzminderung berichteten, nachdem sie einen Orgasmus hatten. Je stärker der Orgasmus, desto geringer der Kopfschmerz. Dem oft gebrauchten Spruch: 'Nicht heute, ich habe Kopfschmerzen' kann also in Zukunft mit medizinischen Argumenten begegnet werden.

In unserem Zeitbudget konkurrieren Arbeit und andere Interessen miteinander. Wenn uns also wenig Zeit und Energie bleibt, wenn wir nach dem Streß der Arbeit und den Belastungen durch andere Aufgaben entscheiden müssen, wie wir die restliche Zeit verwenden, dann ist die Sexualität oft das erste Opfer. Allzuoft trösten sich Menschen in solchen Phasen, in denen sie zu müde oder zu gestreßt sind, mit dem Gedanken: Dafür ist später noch Zeit! Dieser Gedanke ist falsch. Sexualität kann verkümmern, und es gibt keinen Ersatz für körperliche Liebe und Zärtlichkeit. Deshalb sollte ihr Zeit auch dann eingeräumt werden, wenn es anscheinend wichtigere Dinge zu erledigen gibt.

Frühere, einschränkende sexuelle Verbote scheinen sich geradezu in ihr Gegenteil verwandelt zu haben, nämlich in das Gebot, sich möglichst viel sexuelle Lust zu verschaffen. Luststreben ist zu einer eigentlichen Pflicht, »Lustfeindlichkeit« zu einem diskriminierenden Schimpfwort geworden. Trotzdem quellen Zeitungen und Zeitschriften über von Berichten über ein epidemisch um sich greifendes sexuelles Muffeltum. Einst trösteten die Kinsey-Berichte viele Sünder mit der statistisch aufgearbeiteten Feststellung, daß es mehr sexuell unkonventionelles Verhalten gab, als man gemeinhin annahm. Heute dürfte der Trost tendenziell in die entgegengesetzte Richtung gehen: Die anderen treiben's auch nicht, wie man es eigentlich erwarten würde. Eine Schweizer Illustrierte schrieb etwa kürzlich in ihrem Editorial:

Sex ist im alltäglichen Gespräch so alltäglich geworden wie Birchermüesli zum Frühstück. Im Gegensatz dazu macht sich zu Hause puncto Sex eine gründliche Appetitlosigkeit breit. Das Liebesleben vieler Paare ist erschlaft. In den USA macht das Phänomen unter dem Kürzel LSD Schlagzeilen: Low Sexual Desire. 'Das muß nicht sein', meint der bekannte Paartherapeut Klaus Heer und empfiehlt, in der Partnerschaft mehr über das eigene Liebesleben zu reden.

Lust verbietende klerikale Drohfinger sind durch einfühlsame Aufmunterungen therapeutischer Seelenhirten ersetzt worden - der eben zitierte hält zwischen den Fingern eine große Margerite -, verschwunden ist aber auch das Rauschhafte. Konflikte gibt es zwar, sie sollen aber grundsätzlich in Gesprächen lösbar sein. In der Sprache Marcuses muß man von repressiver Entsublimierung sprechen: Der einst sozial verlangte Triebverzicht wurde zwar aufgehoben, auch sehr persönliche und intime Wünsche müssen sich dafür der konsumgesellschaftlichen Warenlogik unterordnen.

Eine böartige Karikatur einer »repressiv entsublimierten Sexualität« entwirft Huxley in dem 1932 geschriebenen Science-Fiction-Roman *Brave New World*. Alle in »Brut- und Normzentralen« künstlich erzeugten Menschen werden angehalten, Sexualität als Teil eines selbstverständlichen, ebenso unkompliziert wie belanglosen Psychohygieneprogramms zu praktizieren. Vermieden werden sollen dabei existentiell erschütternde Grenzerfahrungen. Die Geschichte von Romeo und Julia etwa löst wieherndes Gelächter aus, Julia wird als »dumme Gans« bezeichnet: »Wen regt es schon auf, daß einer ein Mädels hat oder nicht hat.« Geächtet sind aus diesem Grund persönliche, länger dauernde

Beziehungen, weil sie oft schwer kontrollierbar sind und deswegen die sozial vorgegebene Ordnung stören würden.

Die Welt ist jetzt im Gleichgewicht. Die Menschen sind glücklich, sie kriegen, was sie begehren und die begehren nichts, was sie nicht kriegen können. Es geht ihnen gut, sie sind geborgen, immer gesund, haben keine Angst vor dem Tod. Leidenschaft und Alter sind diesen Glücklichen unbekannt, sie sind nicht mehr mit Müttern und Vätern behaftet, haben weder Weib noch Kind noch Geliebte, für die sie heftige Gefühle hegen könnten und ihre ganze Normung ist so, daß sie sich kaum anders benehmen können, als sie sollen.

In den aufgeklärten Moralvorstellungen der Nach-68er-Zeit lösten - bis zum Auftauchen von AIDS - vergleichsweise wenige Verstöße gegen einschränkende sexuelle Verbote Angst aus. Ängstigend wurde eher die Vorstellung, die »Lustangebote« nicht nutzen und dadurch keine Anerkennung als Person finden zu können. Mit der neuen sexuellen Freiheit ist also gleichzeitig der Druck entstanden, in den nun leichter zugänglichen Lustgärten wie auch in anderen Lebensbereichen sozial anerkennungswürdige Leistungen erbringen zu müssen. Der befriedigende Orgasmus ist neben beruflichem Erfolg mit entsprechender Konsumkraft zu einer Bedingung geworden, um sich zu den »Gesunden« und Erfolgreichen zählen zu können.

Tendenziell müssen sich zudem nicht nur Adoleszente, sondern Männer und Frauen jeden Alters ständig neu auf dem »Beziehungsmarkt« behaupten. Eine auf diese Weise »repressiv entsublimierte« Sexualität soll die soziale Ordnung nicht mehr bedrohen, sondern sie im Gegenteil stützen. Unerwarteterweise gerät dadurch aber der intime Privatbereich unter die Kontrolle jener von aggressiv-verdinglichendem Konkurrenzdruck geprägten Logik des Arbeitsbereiches, den gerade Erotik und Sexualität hätten kompensieren sollen.

Es sind nun aber neue, strikt zu befolgende sexuelle Tabus aufgetaucht, welche diese sexuelle Befreiung garantieren sollen. Das wichtigste von ihnen fordert, daß Geschlechtsverkehr zwischen »untreuen« Partnern immer vor einer HIV-Infektion geschützt werden muß, am einfachsten durch das Verwenden von Präservativen. Dazu gehört auch, die hygienische Kontrolle der Sexualbeziehungen als eine vernünftige Gewohnheit zu sehen, die über den eigentlichen Zweck der Infektionsvermeidung hinaus keine symbolische Bedeutung haben soll. Das Präservativ soll, wenn es nicht von Bedeutungen freigehalten werden kann, als ein Zeichen lustvoll-spielerischer Aufgeschlossenheit wahrgenommen werden. Keinesfalls soll es als ein störendes Objekt empfunden werden, das irgendwelchen Sehnsüchten und Wünschen im Wege steht, also lustfeindlich ist. Wie alle Tabus sollen auch die erwähnten Präventionsregeln unhinterfragt eine soziale Ordnung stabilisieren.

Die Vernünftigkeit der erwähnten Präventionstabus soll hier nicht angezweifelt werden. Trotzdem soll gefragt werden, welche (von der Konsumgesellschaft geförderten) Wünsche und Sehnsüchte durch diese nach Sicherheit strebenden Tabus nicht befriedigt werden und was mit ihnen geschieht. Es geht also um die sogenannte »Wiederkehr des Verdrängten«. Eine hier offensichtliche, mehr oder weniger bewußte Risikolust soll auf diesem Hintergrund mit dem religionswissenschaftlichen Begriff des Ordals hinterfragt werden.

Vorher sei aber noch kurz ein anarchisches Gegenbild der psychohygienisch kontrollierten Sexualität erwähnt, wie es etwa Pasolini 1968 im Film *Teorema* entworfen hat. Er zeigt dort eine Sexualität, die eine entfremdende Ordnung befreiend zerstört, deswegen aber für ein einigermaßen angepaßtes Leben höchst bedrohlich ist. In einer Art mythologischer Verfremdung wird in *Teorema* eine großbürgerliche Mailänder Industriellenfamilie porträtiert: Ein dynamischer Unternehmer, seine Frau, eine noch junge Dame von Welt, und ihre beiden Kinder, zwei sensible Jugendliche, leben zusammen mit einer Hausangestellten ein ruhiges Leben, bis ein junger Gast für einige Tage zu Besuch kommt. Dieser junge Gast schlägt alle Mitglieder des Hauses, eines nach dem andern, unwiderstehlich in seinen Bann. Obwohl er eigentlich nur passiv da ist, verliebt sich eine Person nach der anderen in ihn und schläft auch mit ihm. Als der engelhaft mysteriöse Gast nach einiger Zeit abreist, vermag nie-

mand wie gewohnt weiterzuleben: Die Hausangestellte kehrt zurück in ihr Dorf, wird zu einer Art wundertätig-verrückten Heiligen, die Tochter gerät in eine katatone Erstarrung, der Junge wird zu einem überdrehten Maler, die Mutter verliert sich in entwürdigenden sexuellen Kontakten, der Vater schenkt seine Fabrik den Arbeitern und zieht sich dann im Mailänder Hauptbahnhof nackt aus ... Ihre sexuellen Erfahrungen ließen die Beteiligten eine andere Dimension als die alltägliche erkennen. Danach war es ihnen aber nicht mehr möglich, in den gewohnten Alltag zurückzukehren. Der erotische Rausch, die Berührung mit etwas ganz anderem, hat eine Ordnung gleichzeitig befreiend und zerstörerisch aufgebrochen, wie es gelegentlich bei LSD, sicher aber nicht dem Low Sexual Desire, vorkommen kann.

Teorema zeigt anschaulich, zu welcher Leblosigkeit eine soziale Ordnung führen kann, wie bedrohlich für das Selbstwerterleben ein verinnerlichtes Sicherheitsdispositiv werden kann, das eigentlich Schutz gewähren sollte. Die Angst, sich von einer normierenden Ordnung durchs Leben schieben zu lassen, ist dabei ebenso gefährlich wie jene, ausgeschlossen zu werden.

Das selbstverantwortete Eingehen von lebensbedrohenden Risiken soll im folgenden auf diesem Hintergrund als meist unbewußter Versuch gedeutet werden, aus einem bedrohlich gewordenen Sicherheitsdispositiv auszubrechen. Ein Text von Dostojewski schildert die scheinbar unvernünftige und doch so verständliche Reaktion auf die Gefahr, daß menschliche Individualität, der Wert jedes einzelnen Individuums, vom gesellschaftlichen Getriebe zerstört zu werden droht.

Ja, in der Tat, angenommen, daß man wirklich irgendeinmal die Formel für alle unsere Wünsche und Launen findet, ich meine, wovon sie abhängig sind, nach welchen Gesetzen sie eigentlich entstehen, wie sie sich durchsetzen, wohin sie in diesem oder jenen Fall tendieren und so weiter, kurz, eine richtige mathematische Formel dafür, - so wird der Mensch dann doch womöglich aufhören zu wollen. Was ist denn das für ein Vergnügen, nach der Tabelle zu wollen? Und abgesehen davon: er würde sich dann doch sofort aus einem Menschen in ein Drehorgelstiftchen oder etwas dem ähnliches verwandeln; denn was wäre der Mensch ohne Wünsche, ohne Willen und ohne Wollen von Fall zu Fall anderes als ein Stiftchen an einer Drehorgelwalze? ...

Sie wiederholen mir, daß es für einen gebildeten und entwickelten Menschen, kurz für einen Menschen, wie wir ihn im künftigen Typ haben werden, unmöglich sein werde, wissentlich etwas für sich unvorteilhaftes zu wünschen, das sei doch mathematisch klar. Trotzdem aber sage ich Ihnen zum hundertsten Mal: es gibt einen solchen Fall, nur einen einzigen, in dem sich der Menschen wissentlich, absichtlich sogar Schädliches, Dummes, ja sogar Allerdümmstes wünschen kann, und zwar: um das Recht zu haben, sich sogar das Dümmste zu wünschen, und nicht durch die Pflicht, sich einzig und allein Kluges wünschen zu müssen, gebunden zu sein. Gerade dieses 'Allerdümmste', diese seine Laune kann ja doch, meine Herrschaften, für unsereinen in der Tat das Vorteilhafteste von allem sein, was es auf der Welt gibt, und das besonders noch in gewissen Fällen. Und mitunter kann es sogar vorteilhafter als alle Vorteile selbst in solch einem Fall sein, wenn es uns augenscheinlich Schaden bringt und unseren allergeründesten Vernunftschlüssen über die Vorteile widerspricht, denn es erhält uns jedenfalls das Hauptsächlichste und Teuerste: unsere Individualität ... Daran glaube ich fest, dafür bürgere ich, denn genau benommen besteht doch das ganze menschliche Tun, wie's scheint, tatsächlich bloß darin, daß der Mensch sich fortwährend selbst beweisen möchte, daß er ein Mensch ist und kein Stiftchen! (Dostojewski: Aufzeichnungen aus einem Kellerloch, 1864/1985: 32 ff.)

In existentiellen Gefahren werden die erschreckenden, aber gleichzeitig auch unheimlich faszinierenden Abgründe des menschlichen Lebens sichtbar. Der passionierte Bergsteiger und Psychologe Aufmuth (1988) hat dies sehr eindrücklich für das Extrembergsteigen beschrieben. Die möglichst vernünftig geordnete Alltagswirklichkeit erscheint im Blitzlicht der existentiellen Bedrohung als ziemlich papierene und etwas lächerliche Kulisse, hinter der das »Ganz Andere« lockt. Für Momente löst sich die oft erdrückende Schwere der alltäglichen Ordnung in Rauch und Nebel auf.

Der Umgang mit Erfahrungen des Alltags und des Ganz Anderen soll mit Hilfe des Begriffspaares profan/heilig beschrieben werden. Es soll dabei aber nicht - um ja kein Mißverständnis aufkommen zu lassen - in irgendeinen obskuren Mystizismus abgedriftet werden. Es geht viel mehr darum, auf nüchterne Weise Gefahren einer allzu eindimensional kontrollierenden und deshalb entwürdigenden sozialen Ordnung zu erkennen. Wenn erkannt wird, wie sich zum Teil vermeidbare Defizite aufstauen und diese dann oft eruptiv und rational unkontrollierbar durchbrechen, hilft das vielleicht, solche zerstörerischen und oft mystizistisch oder heroisch vernebelten Durchbrüche zu vermeiden.

Der Religionsphänomenologe Rudolph Otto (1917) hat das Heilige als jenes ambivalente Ganz Andere beschrieben, in dem das schauervolle Mysterium tremendum nicht zu trennen ist vom überwältigenden Fascinans. Nicht nur in der christlich-jüdischen Tradition gibt es Vorstellungen über die abgründige, gleichzeitig anziehende und abschreckende Ambivalenz jenes heiligen Bereiches. In allen religiösen Traditionen finden sich auch Techniken, um mit dem Heiligen in Kontakt zu kommen. Die dazu in der christlichen und vor allem der katholischen Tradition institutionalisierten Rituale werden als Sakramente bezeichnet. Sie können einmalig - wie Taufe und Firmung - oder häufig - wie Messe und Beichte - angewandt werden.

Die fortgeschrittenen Industriegesellschaften haben solche traditionell-religiösen Techniken stark verdrängt. Um das Leben nicht in der Fiktion einer banalen Eindimensionalität verkommen zu lassen, haben sich verschiedene neue Techniken mit dem mehr oder weniger klar eingestandenen gleichen Ziel herausgebildet. Jedes Spiel mit dem Leben, jedes schauerlich angstlustvolle Zupfen am Rock des Todes, schlägt eine Bresche in den oft banalen Alltag. Dieser verliert angesichts des gewaltig-schauerlichen Ganz Anderen, das ihn in diesen Augenblicken mit einem einzigen Hauch wegfegen könnte, seine Bedrohlichkeit. Die hier besprochene Form des freiwillig eingegangenen HIV-Infektionsrisikos soll in diesem Sinn als ein wichtiges, meist unbewußt angewandtes Sakrament einer religiös sprachlos gewordenen Gesellschaft verstanden werden.

Ein in vielen Traditionen bekanntes Sakrament, in dem es um Leben oder Tod geht, ist das Ordal, das sogenannte Gottesurteil. Angeklagte, deren Schuld oder Unschuld bewiesen werden soll, werden in einem Ritual einer großen Gefahr ausgesetzt: Sie müssen zum Beispiel über Kohlen laufen, eine Hand ins Feuer legen, oder werden mit zusammengebundenen Händen und Füßen ins Wasser geworfen. Überstehen sie diese Gefahren einigermaßen unverletzt, gelten sie als von höheren Mächten geschützt und deshalb unschuldig, gelingt ihnen das nicht, kommen sie als Schuldige um.

Le Breton (1991: 48-67) hat den Begriff des Ordals gebraucht, um den heutigen Umgang mit individuell verantworteten lebensbedrohlichen Risiken zu untersuchen. Im modernen Orakel des lebensgefährlichen Risikoverhaltens sieht er den unbewußten individuellen Versuch, durch die Nähe des Todes den verlorenen Sinn und Geschmack des Lebens wiederzufinden. Einen großen Unterschied zum traditionellen Ordal sieht er darin, daß jenes ein öffentlich kontrolliertes Ritual war, das eine Ordnung wiederherstellen sollte. Aber auch das heutige, individualistische Ordal sieht er als eine Art soziales Versöhnungsritual. Das zutiefst verunsicherte Individuum, das keinen Halt mehr findet in kulturellen Sinnstrukturen, stellt einer namenlosen Schicksalsmacht die Frage, ob sein Leben wert ist, gelebt zu werden oder nicht. Bekommt es eine bejahende Antwort, d.h. überlebt es die sich selbst auferlegte Prüfung, kann es sich als vom Schicksal zum Leben bestimmt erfahren. Sein im sozialen Alltag bedrohlich verkümmertes Selbstwertgefühl findet so im überlebten Ordal eine oft ekstatisch erlebte Kräftigung.

Das Eingehen einer existentiellen Gefahr im selbstaufgelegten Ordal kann sich in sehr unterschiedlichen, ja entgegengesetzten Formen zeigen, obwohl ihnen die gleiche Problematik im Selbstwerterleben unterliegt. Zu einem besseren Verständnis kann der von dem ungarisch-englischen Psychoanalytiker Balint in die Psychoanalyse eingeführte Begriff der Angstlust nützlich sein. Er unterscheidet angesichts einer Gefahr zwei grundsätzlich mögliche Haltungen bzw. Richtungen der Angstlust: Einerseits die Haltung, Gefahr möglichst zu vermeiden; andererseits die Tendenz lustvoll drauf loszugehen, die Sicherheit zu verlieren, um sie wieder zu gewinnen.

Man kann also in zwei einander scheinbar entgegengesetzten Richtungen auf die (zum Teil unvermeidlichen) Verletzungen durch eine soziale Ordnung reagieren.

1. Die im sozialen Leben unintegrierten Größenphantasien können als angstvolle Phantasien von Unverletzlichkeit und unbegrenzter Beherrschbarkeit durchbrechen und sozusagen zu einer Flucht nach vorne, ohne Rücksicht auf (eigene und fremde) Verluste ansetzen. Die unbeschadete Beherrschung einer freiwillig eingegangenen Lebensgefahr wird damit zu einem angstvollen Test einer maßlos überschätzten eigenen Stärke. Eine philosophische Phantasie totaler Beherrschbarkeit bricht sich Bahn, um damit eine tiefe Angst vor Kontrollverlust unter Kontrolle zu halten. Dieser Beherrschungswunsch eines phallisch-narzißtischen Heldentums ist an sich (selbst-) zerstörerisch, weil er für reale Gefahren und Möglichkeiten ebenso blind macht wie für das eigene und das fremde individuelle Dasein. Ein Verlust an Introspektions- und entsprechender Empathiefähigkeit ist die Folge. Im Hintergrund lauert stets eine real gefährliche (Selbst-) Zerstörungswut: Wenn die Beherrschung nicht gelingt, soll alles zum Teufel gehen. Sogar der vorgestellte eigene Tod kann dabei als selbstverantwortete Heldentat genossen werden.
2. Es kann aber auch sein, daß das in der psychischen Isolation eingeschlossene Individuum direkt zur Selbstauflösung hintendiert: Jede als übergroße Angst empfundene Differenz soll ohne Umweg in der endgültigen Harmonie des Todes aufgelöst werden. Die angstlustvolle Abwehr eines bedrohten Selbstwertgefühls strebt hier zurück in eine bodenlose Regression. Der Verzicht auf Prävention bedeutet in diesem Sinn den endgültigen Verschmelzungswunsch mit dem Partner. Der vorgestellte Tod entlastet von einem als nicht bewältigbar empfundenen Leben, er erspart Enttäuschungen, vor denen sich auch so idealisierte Liebespaare wie Romeo und Julia oder Tristan und Isolde zu bewahren wissen.

Praktisch sind die Fluchrichtungen nur in Extremfällen klar voneinander zu unterscheiden, meist sind sie miteinander vermischt. Auch in einem sich aktiv-wagemutig gebenden Risikoverhalten scheint der Auflösungswunsch durch, und auch im passiven Überwältigungswunsch ist meist noch der gegenteilige Wunsch faßbar, die Gefahr doch zu meistern. Dies ist nicht erstaunlich, da ja sowohl dem vorwärts stürmenden als auch dem die direkte Auflösung suchenden Verhalten die gleiche Problematik im Selbstwerterleben mit ihren archaischen Alles-oder-Nichts-Phantasien zugrunde liegt.

Welche Bedeutung ein angstlustvoller Umgang mit dem HIV-Infektionsrisiko in einem biographischen Zusammenhang haben kann, soll nun an einem konkreten Fall gezeigt werden.

Erika ist eine dreißigjährige Stewardess. Es gelingt ihr, sich in ihrem Beruf selbständig und weltgewandt zu behaupten. Um ihre soziale Stellung muß sie aber trotzdem täglich kämpfen. Sie versucht nicht nur ihr berufliches, sondern auch ihr intimes Leben sehr selbstbestimmt zu meistern. Im folgenden ein Ausschnitt aus einem Interview mit ihr:

Ich lernte jemanden kennen, einen New Yorker. Zu ihm hatte ich eigentlich Vertrauen. Ich war nicht in ihn verliebt, aber irgendwie wollte ich mit ihm schlafen. Vorher hatte ich mir schon einiges überlegt. Es ist nicht so Knall auf Fall geschehen, aber irgendwie habe ich es dann verdrängt. Später dachte ich: »Ich kaufe keine Pariser, weil ich sonst in Verdacht komme, 'ein leichtes Mädchen' zu sein, einfach allzeit bereit, 'sie hat selbstverständlich Pariser zur Hand, kein Problem!'« das wollte ich irgendwie nicht.

So habe ich keine gekauft und er hat auch keine gekauft. Für beide war es aber absehbar, daß wir nächstens miteinander schlafen würden. Ich weiß nicht, was in ihm vorgegangen ist. Aber ich habe das Gefühl, daß in ihm wohl etwas anderes vorgegangen ist. Dann ist es also soweit gekommen. Es war schon so weit, daß ich gar nicht mehr aufhören wollte und er auch nicht. Wir sagten einander: »We have confidence«. Am nächsten Tag dachte ich: »Was bin ich eine blöde Kuh, das ist ja unglaublich!« Dann dacht ich aber wieder andersherum, das sei ein Mann, von dem ich nicht befürchten müsse, daß er angesteckt sei, und habe mir ein Bild in diesem Sinn aufgebaut. Jedenfalls habe ich dann Pariser gekauft und er hat auch

Pariser gekauft. Das nächste Mal hatten wir beide Pariser. Nachher haben wir nur noch mit Parisern geschlafen. Das hat mir überhaupt nicht gefallen. Ich hatte irgendwie das Gefühl: »Beide riskieren ja gar nichts, was ist das eigentlich für eine komische Beziehung«, Ich hatte ein Gefühl etwa im Sinn: »Das ist so einer auf sicher, er hat von mir eben trotzdem ein schlechtes Bild. Er hat eigentlich gar kein Vertrauen zu mir.« Ich fühlte mich ein wenig entwertet und habe dann auch die Beziehung entwertet. Ich hatte das Gefühl: »So auf sicher und Plastik und geschützt, was ist das eigentlich?« Es konnte für mich gar keine Verliebtheit aufkommen, weil es so geschützt war. Ich glaube, daß es mit den Parisern so gelaufen ist, weil es nicht eine besonders leidenschaftliche Beziehung war ...

Für mich war es dabei wahnsinnig zu sehen, was über den Pariser abläuft an Phantasien über den anderen und über sich selber. Ich betrachtete den Pariser als Entwertung für die Beziehung. Das habe ich vorher gar nicht gewußt. Dann war ich immer im Zwiespalt --- »Nein, wenn man jemanden gern hat, ist man doch eigentlich verantwortlich und dann ist das ja eigentlich genau das Richtige, sich und den andern zu schützen.« Auf der anderen Seite aber völlig andere Gefühle, genau das Gegenteil. Das war immer in diesem Zwiespalt.

Etwas später lernte sie in London einen Mann kennen, von dem sie wußte, daß er bisexuell war:

Jedenfalls wollte ich die Beziehung gar nicht, auf der bewußten Ebene, ich wollte es wirklich nicht. Alles sprach völlig dagegen. Sowieso ging ich bald darauf wieder in die Schweiz zurück. Es war eine totale Abwehr. Es kam dann eben doch soweit. Ich sagte, ich wolle nur mit Parisern. Er sagte, er hätte keine dabei und überhaupt. Ich war sofort einverstanden, ohne Pariser. Es hatte etwas total lustvolles, weil es ein totales Tabu durchbrochen hat. Am nächsten Tag hatte ich eine unheimliche Angst. Aber gleichzeitig auch so etwas Trotziges: »Jetzt ist es eben so. Es war ja schön und - was soll's! Wenn das Leben fertig ist, ist es eben fertig.« (Sie lacht.) Ich hatte beinahe eine gewisse Lust daran: »Ah, vielleicht ist jetzt das Leben absehbar.« Von dem Moment an habe ich es total verdrängt und hatte keine Angst mehr. Ich habe später auch oft darüber geredet. Er sagte, wenn das etwas mit Liebe zu tun habe, dann komme es gar nicht drauf an. Das hat mir sehr gefallen. Ich fühlte mich dadurch bestätigt: »Das ist toll, das ist gut so.« Ich weiß gar nicht mehr, was ich noch erzählen wollte ... Ich hatte das Gefühl, das treffe mich sicher nicht.

Erika erklärt, was ihr über ihr Verhalten so durch den Kopf ging. Es fällt dabei auf, wie differenziert und nüchtern sie sich selbst beobachtet und dadurch kontrolliert. Ihre scharfsinnige Selbstanalyse ist gerade in ihrer kontrollierenden Distanziertheit Ausdruck jener Problematik, die sie zum präventiv-unvernünftigen Verhalten veranlaßt: Ihr ganzes Leben ist von einer starken Selbstkontrolle geprägt. Das Eingehen von unkalkulierbaren Risiken gibt ihr ein Gefühl von Freiheit und entsprechender Intensität des Erlebens zurück. Der Gebrauch von Präservativen würde dem Wunsch nach belebender Intensität eines schutz- und bedingungslos regressiven »Hier und Jetzt« im Wege stehen. Sie empfindet deshalb eine hygienisch kontrollierte Sexualität als Entwertung und hat Angst vor Leidenschaftslosigkeit.

Sich angstlustvoll auszuliefern kompensiert also das Kontrollverhalten in andern Lebensbereichen. Ganz offensichtlich genießt es Erika, sich sozusagen vom Schicksal überwältigen zu lassen.

Der Hauptkonflikt für mich war, daß irgendwie auf der einen Seite die Vernunft stand, die dir klar sagt, du solltest Prävention machen und auf der anderen Seite eine Situation, wo die Vernunft dahinschwindet. Es dünkt mich, daß es wie ein Moment war, wo es gekippt ist, wo die Vernunft nachher wie ausgeschaltet war. Nachher ist es im Moment völlig verdrängt, du denkst gar nicht mehr daran. Es scheint dir völlig irre in einem Moment, wo du dich jemandem total nahe fühlst, daß der sich irgendwie anstecken sollte. Das ist ein Gedanke, der war mir im Moment weit weg. Nachher war es so wie am nächsten Tag, wenn ein Kater kommt, nachdem du irgendwie eine Nacht durchgemacht hast. Am nächsten Tag kamen Schuldgefühle: »Was bist du für eine unverantwortliche Person, eigentlich wüßtest du es ja haar-

genau, was soll das eigentlich?« So eine Art Selbstbestrafung und gleichzeitig so eine Art Heldentum: »Du hast das Schicksal herausgefordert!« und so wie ein Ausruhen darin: »Ah, jetzt passiert das, was passieren muß!« So ein Schicksalsglaube, den ich sonst völlig ablehne in meinem Bewußtsein. In meinem bewußten Bild von mir bin ich gar nicht schicksalsgläubig. Ich habe das Gefühl, man mache sein Schicksal mehr oder weniger selber. Klar ist alles determiniert ein Stück weit, aber gerade in solchen Dingen, dünkt mich, macht man sein Schicksal selber, ob du dich ansteckst oder nicht.

Nachher erlebte ich eine kurze Phase, in der ich mich wie zerfleischt habe, mit diesem Hin und Her in dieser Selbstbeschuldigung. Dann habe ich es auch wieder vergessen. Was natürlich auch kam, war die Frage: »Ja, wenn ich jetzt wirklich angesteckt bin, wie geht dann mein Leben weiter?« Irgendwie so ganz konkrete Fragen: »Verheimliche ich das nachher - oder verheimliche ich es auch vor mir selber - würde ich einfach weiterleben wie bisher?« Es kommen so Vorstellungen, das, was man so liest: »Eh, dann hast du noch eine Lebensspanne vielleicht von zwei oder drei Jahren, je nachdem -« Es war auch irgendwie lustvoll für mich, mit dem zu spielen. So eine Herausforderung: »Was machst du, wenn dein Leben begrenzt ist?« Wenn du weißt: »Du hast jetzt nur noch zwei Jahre zu leben.« Das gibt dir so eine Rückschau auf das ganze Leben. Du fängst dich an zu fragen: »Wie habe ich bis jetzt gelebt? Was hatte das für einen Sinn, was ich gemacht habe? Was habe ich vernachlässigt? Was muß ich noch nachholen, was habe ich nicht gelebt?« Das hat auch etwas wahn-sinnig Befreiendes. Weil das für mich Fragen sind, die ich in meinem Alltag mehr oder weniger verdränge. Sie kommen so hie und da, aber eigentlich so immer in Extremsituationen, wo irgend etwas nicht mehr selbstverständlich ist, was den Beruf anbelangt, kommt das auch oft. Ich denke: »Wozu mache ich eigentlich das? Warum hetze ich in der Weltgeschichte herum?« Jetzt ist dies und das und jenes wichtig, aber eigentlich, wenn ich es so auf mein ganzes Leben betrachten würde, würde ich denken: »Mein Gott, was bist du da herumgehetzt, das hat überhaupt nichts gebracht.« Irgendwie in dieser Frage von Angestecktheit kommt das dann: »Was hat einen Wert? Was hat keinen Wert?« Aber ich glaube, daß im Moment, als ich das gemacht habe, als ich dies Verhalten hatte, als ich die Prävention nicht gemacht habe, daß das in jenem Moment überhaupt keine Rolle gespielt hat. Das kam nachher, so wie eine Verarbeitung. Eigentlich finde ich es verrückt, weil mich dünkt, daß man sich solche Fragen viel öfters stellen müßte. Immer wieder. Man sollte eigentlich nicht solche Situationen brauchen, um sich einmal diese Frage zu stellen. Aber es ist bei mir einfach so.

Erika empfindet also die Vorstellung einer HIV-Infektion als irgendwie lustvoll entlastend, so wie ein Ausruhen, nicht mehr selbst für ihr Leben verantwortlich zu sein: »Ah, jetzt passiert das, was passieren muß!« Dies empfindet sie als lustvoll, obwohl, oder vielmehr gerade weil sie annimmt, man mache sein Schicksal mehr oder weniger selber.

Durch das Spiel mit dem lebensbedrohlichen Risiko erfährt sie ihren kontrollierenden Lebensstil als bedroht. Sie kann sich sozusagen von der höheren Warte eines möglichen Todes aus fragen, was eigentlich in ihrem Leben Sinn hat und was belanglos ist. Sie braucht die momentane Todesgefahr, um die Sinnfrage neu zu stellen. Das Eingehen eines HIV-Infektionsrisikos wird also im oben beschriebenen Sinn als Ordal, als ein belebendes Sakrament verwendet. Obwohl die eigentlichen Beweggründe im Moment unbewußt bleiben, werden sie nachträglich reflektiert. Ein letzter Gesprächsausschnitt soll noch einmal auf die große Ambivalenz dem eigenen Kontrollverhalten gegenüber hinweisen.

*Ich fühle mich normalerweise für alles, was ich mache, verantwortlich, ich habe eigentlich nicht ein schicksalhafteres Weltbild. Das so fallen zu lassen, hat irgendeine Entlastungsfunktion. Mir ist es aber sehr unheimlich, weil es sehr nahe bei etwas Religiösem ist ...
Es ist schwierig zu sagen - ich kann es einfach überhaupt nicht mit meinem Weltbild übereinbringen. Ich lasse mich sehr gerne fallen, aber nur solange, als es nicht mit dem eigenen*

Tod verknüpft ist. Sobald das dazu kommt, bekommt das Schicksalhafte so etwas wie eine religiöse Dimension. Es fällt mir schwer, das zu erklären. Du hast dann plötzlich irgendwie das Gefühl, es sei jemand anders oder etwas anderes, das über dein Leben entscheide, nicht mehr du seist es. Irgendwie das Magische: »Hast du dich angesteckt oder hast du dich nicht angesteckt?« Es kann dann sein oder kann nicht sein. Und ob es ist oder nicht ist, das liegt dann überhaupt nicht mehr in deiner Entscheidungsfähigkeit, sondern es ist dann etwas außerhalb von dir, das bereits darüber entschieden hat, ob du angesteckt bist oder nicht. Das 'Außerhalb' -- das bezeichne ich als etwas Religiöses. Wenn es nicht mit dem Tod verknüpft ist, dann hat es für mich eigentlich nichts Unheimliches.

Die hier zitierten Aussagen verweisen zwar auf eine überdurchschnittliche Reflexionsbereitschaft und -fähigkeit, die angesprochene Problematik wenig bewußter und unversöhnlich widersprüchlicher Wünsche (aus verschiedenen Lebensbereichen) dürfte aber auch auf weniger reflektiertes »unvernünftiges« Verhalten anderer Personen anwendbar sein.

Bevor ich abschließend nochmals auf den einleitend zitierten Kleber zurückkomme, möchte ich noch ein Graffiti erwähnen, das auf den Asphalt einer Zürcher Fußgängerunterführung gesprayt war:

Liebestolle Zwerge umarmen ein Gerippe, um dem Himmel nahe zu sein.

»Liebestoll« ist das Gegenteil von vernünftig, abwägend kontrollierend. Es beschreibt einen Zustand der Bedingungslosigkeit, eine Art des Handelns, die nicht berechnend bestimmte Mittel zu einem bestimmten Zweck einsetzt. Es beschreibt etwas Eruptives, nicht etwas berechnend Maßvolles. »Zwerge« sind zwar klein und unscheinbar, aber gewitzt. Sie verstehen es, sich zu behaupten. Gerade durch ihre Kleinheit bringen sie im Untergrund Erstaunliches zustande. Angesichts der gesellschaftlichen Zwänge, die oft kaum erträgliche Anpassung fordern und mit Ausschluß drohen, ist das nur zu verständlich. Aber gerade das »liebestolle« Umarmen des Gerippes genießen die Zwerge als Ekstase. Das Aufscheinen existentieller Abgründe löst die verletzende Alltagsordnung für Momente im Dunkel auf und wird deswegen als befreiend empfunden. Harmlos lustvoller Ablenkung gelingt das kaum.

Safer Sex ist wie Sekt ohne Alkohol

Der veränderte Satz drückt die Angst aus, etwas Berausches könnte durch die hygienische Sicherheitsmaßnahme verschwinden. Wie die Erzählung Erikas zeigt, verändern die Präventionsregeln die erlebte Sexualität tatsächlich weit mehr, als man sich das wünschte. Erika redet klar von einer Entwertung. Im Bild des alkoholfreien Sektes schwingt wohl auch die Vorstellung des jugendfrei harmlosen Kindersektes mit und damit die Angst vor einer entmündigenden Infantilisierung. Auf jeden Fall sind diese Ängste sehr ernst zu nehmen, vor allem die darin faßbar werdende Sehnsucht nach existentiell bedeutsameren Erfahrungen. Wie Pasolini zeigt, böte die Sexualität an sich, d.h. ohne das Eingehen konkreter Todesrisiken, eigentlich genügend Gelegenheit solcher existentieller Erschütterungen.

Der potentiell selbstzerstörerische Rausch eines unvernünftig eingegangenen HIV-Risikos verweist zudem auf eine Problematik, die das eigentliche Überleben unserer Zivilisation in Frage stellt. Befreiende Ausbruchversuche aus einer als unerträglich erlebten Gesellschaftsordnung können nämlich sehr leicht auch zu rauschhaft erlebter Gewalt führen, die sich nach außen wendet. Als Abschluß dafür sei der sicher auch heute noch bei vielen Konfliktparteien anzutreffende Rausch selbst- und menschenverächtlicher Kriegsbegeisterung genannt, wie ihn Ernst Jünger kurz nach dem ersten Weltkrieg in »Stahlgewitter« niederschrieb:

Wir hatten Hörsäle, Schulbänke und Werkbische verlassen und waren in den kurzen Ausbildungswochen zu einem großen, begeisterten Körper zusammengeschmolzen. Aufgewachsen in einem Zeitalter der Sicherheit, fühlten wir alle die Sehnsucht nach dem Ungewöhnlichen, nach der großen Gefahr. Da hatte uns der Krieg gepackt wie ein Rausch. In einem Regen von Blu-

men waren wir hinausgezogen, in einer trunkenen Stimmung von Rosen und Blut. Der Krieg mußte es uns ja bringen, das Große, Starke, Feierliche. Es schien uns männliche Tat, ein fröhliches Schützengefecht auf blumigen, blutgetauten Wiesen. Kein schönerer Tod auf der Welt. Ach, nur nicht zu Hause bleiben, nur mitmachen dürfen.

Risikomanagement - Aspekte der Primärprävention von HIV und AIDS

Dr. Michael Bochow, Intersofia, Berlin

I.

In der Soziologie hat sich der Begriff der Risikogesellschaft längst eingebürgert. Von bedrohlichen Risiken, die uns im Alltag treffen können, lebt die Boulevardpresse. Gegenüber einem undifferenzierten Risikogerede sollte zunächst festgehalten werden, daß in allen Ländern Europas das Risiko, an einer unbehandelten oder unbehandelbaren Krankheit vor dem 60. Lebensjahr zu sterben, seit dem Anfang des 19. Jahrhunderts drastisch abgenommen hat. Ebenso hat das Risiko abgenommen, an Unterernährung zu sterben, also zu verhungern. Wenn das Wort Risikogesellschaft einen Sinn hat, dann deshalb, weil denkbare nukleare Katastrophen oder andere Umweltkatastrophen den Fortbestand nicht nur ganzer Regionen, sondern der gesamten Gattung bedrohen.

Gemessen an diesen Risiken, die objektiv für Mitteleuropa bestehen und die nicht Ausdruck einer diffusen »German Angst« sind, ist das durch HIV gegebene Risiko ein in seinem Umfang sehr begrenztes Risiko. Das Risiko, sich mit HIV zu infizieren, ist zudem in Deutschland, wie auch in allen anderen europäischen Ländern, sehr ungleich verteilt. Schwule Männer und i.v.-Drogengebraucher sind in Deutschland diesem Risiko nach wie vor am ehesten ausgesetzt.

Aus der Tatsache, daß diese Präventionskonferenz der Deutschen AIDS-Hilfe das Management des HIV-Infektionsrisikos zum Thema gemacht hat, darf geschlossen werden, daß das Risikomanagement noch nicht hinreichend funktioniert. Frei nach dem Motto: »Was funktioniert, steht nicht in der Zeitung; nur was nicht funktioniert, interessiert« möchte ich mich im folgenden auf die Defizite im Risikomanagement konzentrieren. Die Eingrenzung des Themas möchte ich noch weiter treiben, indem ich vor allem auf Defizite im Risikomanagement von schwulen Männern eingehe, denke jedoch, daß die Analyse des präventiven Verhaltens und des Risikoverhaltens schwuler Männer auch nützliche Hinweise für Menschen mit einer anderen sexuellen Orientierung geben.

Zur Primärprävention bei Drogengebern will ich mich mangels Kompetenz nicht äußern. Allerdings möchte ich als Vermutung formulieren, daß die meisten Menschen, die mit den Lebenswelten von i.v.-Drogengebern nicht vertraut waren, Mitte der 80er Jahre nicht geglaubt hätten, in welchem starkem Maße Primärprävention bei i.v.-Drogengebern infektionsvermeidende Verhaltensänderungen bewirkt haben. Hierauf sollte in der anschließenden Podiumsdiskussion noch eingegangen werden.

2.

Die Vermeidung von HIV-Infektionen, also ein erfolgreiches Risikomanagement im Hinblick auf HIV, war ein wesentliches Ziel der Gründung der Deutschen AIDS-Hilfe im September 1983. Ein weiteres Ziel war, einer neuen Ausgrenzung und Stigmatisierung von schwulen Männern vor dem Hintergrund von AIDS entgegenzuwirken. Dies erklärt den hohen Anteil schwuler Männer in den AIDS-Hilfen, die vor 1987 gegründet wurden. Dies erklärt auch die Art und Weise, wie die AIDS-

Hilfen ihre zentralen Präventionsbotschaften formulierten. Hintergrund der Präventionsbotschaften war die Aussage: »Es gibt keine Risikogruppen, sondern Risikosituationen.«

Diese Aussage hatte den Vorteil, daß sie nicht nur für schwule Männer gelten konnte, sondern auch für i.v.-Drogengebraucher, Huren und Stricher, Sextouristen usw. usw. Die Art der Formulierung der Botschaft hatte zusätzlich das Ziel zu vermeiden, innerhalb der vermuteten oder tatsächlichen Hauptbetroffenengruppen schwarze Schafe innerhalb einer Herde weißer Lämmer auszugrenzen. Die Strategie war nicht nur sinnvoll zu Zeiten der Gauweilereien, sie bleibt es bis heute. Diese Strategie hat jedoch schon frühzeitig interne Konflikte innerhalb der AIDS-Hilfen provoziert. Ich erinnere an die Debatte, die das Memorandum der Deutschen AIDS-Hilfe von 1987, das maßgeblich von Gerd Paul und Christa Brunswicker initiiert wurde, auslöste. Eine der Aussagen des Memorandums war: In gesellschaftspolitischer und gesundheitspolitischer Hinsicht sind alle Bundesbürger von HIV und AIDS betroffen. Das Risiko, sich mit HIV zu infizieren, ist jedoch sehr ungleich verteilt: Schwule Männer und i.v.-Drogengebraucher sind sehr viel mehr bedroht als andere Bevölkerungsgruppen. Die Aussage des damaligen Vorstandes der Deutschen AIDS-Hilfe wurde gerade innerhalb der AIDS-Hilfen heftig kritisiert. Ich hielt diese Aussage damals für zutreffend, und ich finde sie noch heute zutreffend.

Der Dissens über diesen Punkt änderte allerdings nichts an der immer wiederholten Aussage der AIDS-Hilfen: Es gibt keine Risikogruppen oder -untergruppen, es gibt keine Risikopersonen, sondern es gibt Risikosituationen.

Die Botschaften der DAH-Materialien seit 1984 lassen sich wie folgt umschreiben: Es kommt nicht darauf an,

- *wo man was macht* (im Darkroom oder auf dem Plüschsofa),
- *mit wem man was macht* (mit Männern, Frauen, Positiven, Negativen, Ungetesteten, Bekannten, Unbekannten),
- es kommt auch nicht darauf an, *mit wie vielen man was macht* (mit einem einzigen, mit dreien gleichzeitig usw.),
- sondern es kommt darauf an, *wie man was macht*: Die Krönung dieser Argumentationskette war immer zwingend: »Beim Bumsen ein Kondom benutzen.«

3.

Die Allgemeinheit dieses Diskurses brach sich jedoch zunehmend daran, daß relativ frühzeitig registriert wurde, daß in der Hauptbetroffenengruppe der schwulen Männer Risikoverhalten - und das heißt die Risikoexposition - sehr ungleich verteilt war. Was uns im letzten Jahr als neuestes Ergebnis sozialwissenschaftlicher AIDS-Forschung präsentiert wurde, daß HIV-Infektionen unter schwulen Männern sehr ungleich verteilt sind, zeichnete sich schon ab in den Erhebungen, die in der zweiten Hälfte der 80er Jahre in der Bundesrepublik, in Frankreich und in Großbritannien durchgeführt wurden (um nur diese drei Länder zu nennen; vgl. Pollak 1990, Dannecker 1990, Davies et al. 1993). Auf den verschiedenen internationalen AIDS-Konferenzen, auf europäischen Tagungen (auch auf den Präventionskonferenzen der DAH) wurden schließlich immer neue Dimensionen ausfindig gemacht, die besonderer Aufmerksamkeit in der Prävention bedürften.

Betont wurden risikofördernde Faktoren wie besondere sexuelle Unerfahrenheit und/oder Jugend, Armut, Alkohol- und Drogengebrauch, mangelnde Selbstakzeptanz der eigenen Homosexualität und die spezifische affektive und erotische Tönung sexueller Interaktionen. Weniger soziologisch und direkter für die Vor-Ort-Arbeit formuliert: Nach den besonders Hartgesotenen (den mit den hohen Partnerzahlen) ging es um die besonders Zarten, die besonders Armen, die besonders Besoffenen oder Bekifften, die besonders Erregten, die besonders Verliebten und schließlich um die besonders Verklemmten.

Welche dieser verschiedenen »Problemgruppen« mit Nachdruck hervorgehoben werden, hängt zum Teil vom besonderen Forschungsinteresse der beteiligten Sozialwissenschaftler ab oder den spezifi-

schen Präferenzen der Präventionsaktivisten. Zum Teil ist es auch dem Umstand geschuldet, auf welche Dimension in spezifischen Erhebungen ein besonderer Schwerpunkt gelegt wurde. Meine französischen Kollegen haben dies in einem klugen Artikel über »Analysemodelle von Risikoverhalten im Hinblick auf HIV-Infektionen: Eine beschränkte Rationalitätsauffassung« (Moatti, Beltzer, Dab 1993) mit leichtem Sarkasmus kommentiert. Jean-Paul Moatti, Nathalie Beltzer und William Dab hinterfragen dabei den Wert von bestimmten statistischen Techniken wie der Regressionsanalyse. Die Regressionsanalyse versucht mittels ausgewählter bestimmender Variablen deren Einfluß auf eine Zielvariable (in unserem Fall »Risikoverhalten«) zu überprüfen. Hierzu führen Moatti u.a. aus: »Die Tendenz, auf diesem oder jenem Typus von Variablen zu bestehen ... kann eher aus bestimmten Kompetenzen und Präferenzen der Forscher resultieren, die abhängig sind von ihrer Herkunftsdisziplin, als daß sie aus der Analyse der Wirklichkeit selbst herrührt ... So betonen verschiedene Veröffentlichungen abwechselnd die erklärende Kraft psychologischer Aspekte (Persönlichkeitsstruktur), sozialpsychologischer Aspekte (Bedeutung des 'locus of control' ...), soziologischer Aspekte (Bedeutung der Netzwerke sozialer Unterstützung) ... bis hin zu situationspezifischen Aspekten (Unterschiede der eingegangenen Risiken in Abhängigkeit der Spezifika der sexuellen Interaktion) ... Eine ... Konsequenz dieses Ansatzes ... ist es ... daß der mechanistische Charakter der Analysen verstärkt wird, die selten von einer kritischen Reflexion des Umstandes begleitet sind, daß auf der gleichen Ebene Elemente von so unterschiedlichem Status behandelt werden, wie biologische Variablen, soziodemographische Charakteristika oder ... psychologische ... Letztendlich ist die Gefahr groß, daß eine aufwendige Sammlung harter Daten und ein anspruchsvolles statistisches Instrumentarium nur zu stark tautologischen Ergebnissen führen und die erklärenden Pseudo-Faktoren nichts anderes sind als eine andere Form der Deklination der abhängigen Variable, die sie vorgeben zu erklären. Die angelsächsische Literatur ist voll mit Beispielen, die nach unserer Auffassung nur Sackgassen darstellen. (Moatti, Beltzer, Dab 1993, S. 1511-1512; eigene Übersetzung aus dem Französischen).

4.

Diese zum Teil leerlaufenden Risikofaktoren-Modelle (nicht nur US-amerikanischer Provenienz) haben das Ziel, Risikofaktoren zu ermitteln, die dann zwecks besserem Risikomanagement ausgeschaltet werden sollen. Derartige Ansätze unterliegen jedoch einem doppelten Trugschluß. Erstens: Der Trugschluß, es gäbe einen einzigen oder wenige entscheidende(n) »in letzter Instanz« determinierende(n) Faktor(en), der/die Risikoverhalten erklärt/erklären. Zweitens: Der Trugschluß, es wäre möglich, wenn dieser oder diese ausschlaggebende(n) Faktor(en) gefunden sei(en), die Adressaten der Prävention so beeinflussen zu können, daß sie dann gar nicht mehr oder kaum mehr zu Risikoverhalten neigen würden.

Diese beiden Trugschlüsse, die unausrottbar sind, sind sowohl unter Wissenschaftlern wie unter Nichtwissenschaftlern verbreitet. Wissenschaftler pflegen nach wie vor gern von der alles erklärenden Formel zu träumen, die sie entdeckt haben und auf die sie dann ganz besonders stolz sein können. In der sozialwissenschaftlichen AIDS-Forschung entzündet sich immer wieder der edle Wettstreit über die Frage: Warum infizieren sich auch in den 90er Jahren immer wieder schwule Männer (oder Personen aus anderen Bevölkerungsgruppen), und was sind das für schwule Männer (oder heterosexuelle Männer oder Frauen)?

Bei den an der AIDS-Prävention beteiligten Akteuren sind offenkundig bestimmte Allmachtsphantasien unausrottbar: Wenn wir unsere Adressaten nur richtig beeinflussen, infizieren sie sich nicht mehr.

Erfreulicherweise ist bei den Akteuren der AIDS-Prävention in Deutschland diese Haltung nicht dominierend. Sowohl die BZgA als auch die DAH verfolgen ein Konzept der *Risikominimierung* und kein Konzept der *Risikoeliminierung*. Hier kommt eine angemessene Resignation (kein Fatalismus!) zum Ausdruck, die verstanden hat, daß Menschen nicht wie Automaten funktionieren, die beliebig

programmiert oder konditioniert werden können. In diesem Zusammenhang ist allerdings auch anzumerken, daß das beste allgemeine Konzept der strukturellen Prävention kein Allheilmittel ist. Das Konzept der strukturellen Prävention der DAH ist zwar plausibel und erfolgversprechend, es ist leider nur manchmal etwas zu allgemein und sollte von daher nicht immer wie eine trinitarische Formel beschworen werden. Ein bißchen konkreter dürfte es doch manchmal werden.

Zur Verdeutlichung: Die beschwörende Formel »Es gibt keine Risikopersonen, sondern Risikosituationen« hatte nicht nur den Sinn, unter schwulen Männern die Normen des Safer Sex und safes Verhalten zu implantieren, sie hatte auch das strategische Ziel, »soviel Sexualität wie möglich« zu retten. Zu »Safe Sex« gesellte sich »Save Sex«: Rettet den Sex!

5.

Die Motivlagen zu dieser Strategie sind nachvollziehbar, sie sind auch vernünftig, wenn gesundheitspolitisch das Ziel realisiert werden soll: »Safes Verhalten« »zeitstabil und flächendeckend« - ein früherer Lieblingsterminus unser aller Rosenbrocks - zu implantieren. Obwohl die Präventionsbotschaften der AIDS-Hilfe in den 80er Jahren ausdrücklich nicht die Empfehlungen enthielten, die Zahl der Sexualpartner zu reduzieren, kam es unter schwulen Männern zu einer massiven Reduktion der Partnerzahlen. Ebenso kam es zu einer dramatischen Abnahme in der Frequenz anal-genitaler Praktiken, was ebenfalls nicht unbedingt der Safer-Sex-Botschaft der AIDS-Hilfen entsprach.

Seit Anfang der 90er Jahre können wir (nicht nur in Deutschland) wieder eine Zunahme der Zahl der Sexualpartner von schwulen Männern beobachten. Die letzte Befragung homosexueller Männer über die schwule Presse vom 1993 erbrachte einen statistischen Zusammenhang zwischen höheren Partnerzahlen und höherem Vorkommen von Risikokontakten (ungeschützter Analverkehr mit Sexualpartnern mit unbekanntem oder diskordantem Sero-Status). Westdeutsche (und Westberliner) mit einem und mit zwei bis fünf Sexualpartnern in den zwölf Monaten vor der Befragung gaben zu 81 Prozent an, daß sie keine Risikokontakte hatten. 73 Prozent der Westdeutschen mit sechs bis zehn Partnern verzeichneten keine Risikokontakte, nur noch 60 Prozent der Westdeutschen mit mehr als 50 Sexualpartnern (7% aller Befragten) hatten keine Risikokontakte. Bei den Ostdeutschen betrug der Anteil der Männer ohne Risikokontakte in dieser letzten Gruppe (ebenfalls 7% der befragten Ostdeutschen und Ostberliner) 55 Prozent (vgl. Bochow 1994a, S. 48 ff.). Die Erhebung von 1993 liefert einige Hinweise darauf, daß homosexuelle Männer in ihren Bewältigungsstrategien gegenüber AIDS einen Wechsel vollzogen haben von einem Vermeidungsverhalten zu einem strategischen Verhalten. Während das Vermeidungsverhalten in der zweiten Hälfte der 80er Jahre vor allem darauf rekurrierte, bestimmte als besonders risikoreich eingeschätzte Sexualpraktiken wie Analverkehr oder Oralverkehr aufzugeben, besteht das strategische Verhalten der 90er Jahre eher in einer kalkulierbaren Risikominderung. Diese Strategie der kalkulierten Risikominderung kann auch scheitern, und sie scheint öfter zu scheitern bei Männern mit höheren Partnerzahlen. Zeichnen sich hier schon unüberwindbare Grenzen des Risikomanagements ab? Ich glaube dies nicht, finde aber gerade in diesem Zusammenhang das bloße Credo der strukturellen Prävention wenig hilfreich. Würde strukturelle Prävention bedeuten, daß man die psychosozialen Lebensumstände aller schwulen Männer so verbessert, daß jedem von ihnen in Zukunft ein ständiger Sexualpartner im Jahr reicht? Oder hätte die Verbesserung ihrer psychosozialen Lebensumstände zur Folge, daß sie als Safer-Sex-Athleten mühe-los und vollkommen safe auch 350 Partner im Jahr bewältigen können? So viele Fragen, so wenig Antworten. Ähnliche Fragen ließen sich im Zusammenhang mit dem Risikoverhalten der Konsumenten von Party-Drogen stellen (vgl. Ahrens 1994).

Beide Gruppen, die »Hoch-Promisken« und die Party-Drogen-Konsumenten, könnten noch im statistischen Sinne als Extremgruppen bezeichnet werden. Sie legen ein Verhalten an den Tag, das von der Mehrheit der schwulen Männer nicht geteilt wird. Risikokontakte werden jedoch auch von ganz gewöhnlichen Homosexuellen eingegangen. Die Diskussion über das häufig nicht hinreichende Risikomanagement in festen Beziehungen gibt hierzu viele Hinweise. Wir wissen auch, daß die viel

zitierten »casual contacts« in der Regel relativ routiniert und relativ risikolos bewältigt werden, daß aber dennoch bestimmte sexuelle Interaktionen erotisch so aufgeladen sind, daß ein kühles Risikomanagement unterbleibt. Wer zu nah ans Feuer geht, verbrennt sich die Wimpern, und wir wissen alle, daß es Männer mit sehr langen Wimpern gibt.

Unbestritten ist ebenso, daß es sehr verschiedenartige biographische Verläufe unter schwulen Männern gibt, die zu sehr unterschiedlichen sexuellen Präferenzen und emotionalen Bedürfnissen führen. Männer mit starken symbiotischen Bedürfnissen haben größere Probleme, ein konsequentes Risikomanagement durchzuhalten (Bochow 1994b, S. 31) als Männer, die auch in Liebesdingen ihre Partner etwas auf Distanz halten. Vertrauensseligkeit und Liebesseligkeit haben andere Handlungsfolgen als Distanz- und Kontrollbedürfnis. Diese Aspekte werden unter den mit HIV-Prävention befaßten Männern und Frauen seit Jahren diskutiert. Es sind genuin psychologische Aspekte, auf die z.B. auch Martin Dannecker immer wieder verweist (vgl. z.B. Dannecker 1994). Es hat mich deshalb sehr erstaunt, in den letzten Monaten zu hören, daß vor 1995 keine psychologischen oder biographischen Aspekte behandelt wurden und daß die bisherige vorliegende Literatur zum Themenbereich »Schwule Männer und AIDS« einzig deskriptiv sozialepidemiologisch orientiert gewesen sei.

6.

Für bestimmte Zeitreihen ist der seit 1985 abgelaufene Zeitraum noch viel zu kurz. Alarmistische Botschaften liegen mir fern. Ich möchte jedoch zum Ende meiner Ausführungen ein beunruhigendes Ergebnis hervorheben. Es gibt Hinweise in den in Frankreich seit 1985 und in Deutschland seit 1987 erhobenen Daten, daß eine Zunahme des Anteils der HIV-Infektionen, nach Altersgruppen berechnet, konstant bleibt. Dies bedeutet, daß es lediglich eine Frage der Länge der sexuellen Biographie ist, bis sich ein relativ hoher Anteil von schwulen Männern infiziert hat. In der Erhebung von 1993/94 in Deutschland zeigt sich, daß von den 17-20jährigen Befragten kein einziger Mann infiziert ist. Von den 21-24jährigen sind 4 Prozent infiziert, von den 25-29jährigen 5 Prozent, von den 30-34jährigen acht Prozent, von den 35-44jährigen zehn Prozent und von den 45-54jährigen 14 Prozent. Die französische Zeitreihe von 1985 bis 1995 zeigt, daß keine Abflachung der Kurve der Infizierten in den höheren Altersgruppen zu verzeichnen ist. Dies heißt, daß auch bei den Alterskohorten, die mit HIV und AIDS aufgewachsen sind, eine Zunahme der Infizierten mit Zunahme des Alters stattfindet. Daß ein bedeutender Anteil der Männer sich neu infiziert, scheint damit lediglich eine Frage der Länge der sexuellen Biographie zu sein. Diese Tendenz kann aufgrund der deutschen Datenlage nicht so klar herausgearbeitet werden. Eine zukünftige Aufgabe der Primärprävention unter schwulen Männern wird jedoch zweifellos sein müssen, eine solche Zunahme der Anteile der HIV-Infizierten mit zunehmendem Alter - also einen Quasi-Automatismus - zu vermeiden.

7.

Das strukturelle Problem der Primärprävention in Hinblick auf HIV und AIDS und jedes individuellen Risikomanagements besteht in dem Widerspruch zwischen dem Intimitätsbedürfnis, das im Bedürfnis nach Sexualität und Liebe zum Ausdruck kommt, und dem Distanzerfordernis, das ein erfolgreiches Risikomanagement allzu häufig verlangt. Dies kann man getrost als »Grundwiderspruch« bezeichnen. Für die Bewältigung dieses Widerspruchs zwischen Intimitätsbedürfnis und Distanzerfordernis ist ebensowenig ein Königsweg in Sicht, wie es ewige Wahrheiten zu den determinierenden psychosozialen Faktoren von HIV-Infektionen gibt.

Wird Sexualität als eine der vielfältigen und eine der entscheidenden menschlichen Kommunikationsformen begriffen, so wird klar, daß dies auch gar nicht anders sein kann. Menschliche Kommunikation kann wissenschaftliche Vorträge, Heiratsanträge, Teppichverkäufe, Bewerbungsgespräche und Textberatungen umfassen. Niemand käme auf den Gedanken, für diese sehr unterschiedlichen Interaktionen einen verbindlichen Verhaltensleitfaden zu erstellen. Der Erwerb kommunikativer Kompetenz ist dem Studieren von Benimm-Büchern vorzuziehen. Dies gilt besonders für den Bereich der Sexualität. Wie alle sozialen Interaktionen sind sexuelle Interaktionen in ihren Vorgeschichten, in

ihren Motivlagen und ihren beabsichtigten und unbeabsichtigten Haupt- und Nebenfolgen überdeterminiert. Die Überdeterminiertheit sozialer Interaktionen ist der wesentliche Grund für die methodische Unmöglichkeit, den entscheidenden handlungsleitenden Faktor herauszudestillieren, wie auch für die praktische Unmöglichkeit, Rezepte auf hohem Allgemeinheitsniveau zu verabreichen. Empirisch wird dies nicht nur untermauert durch die regelmäßigen Umfragen über die schwule Presse in Deutschland und Frankreich, sondern auch durch den riesigen Datensatz, den »Project Sigma« in Großbritannien auf Basis 2.520 halbstandardisierten Interviews in vier Befragungswellen - 1987/88, 1988/89, 1989/90, 1991/92 (das sind mehr als 5.500 Interviewstunden) - gewonnen hat. Für die Präventionsarbeit kommt es darauf an, die unterschiedliche Grammatik unterschiedlicher Kommunikationsformen in unterschiedlichen Szenen und Lebenswelten aufzuspüren. Diese Grammatik muß in den verschiedenen Praxisfeldern durchdekliniert werden. Für die Grammatik sind in den Wissenschaften die Sprachwissenschaftler zuständig. Sie nehmen den Leuten aber nicht das Sprechen ab. Für die Analyse des Risikomanagements und seiner Defizite können Sozialwissenschaftler herangezogen werden. Sie können den AIDS-Hilfen nicht die Mühe abnehmen, unterschiedliche Konzepte für die unterschiedlichen Szenen, für die sie sich zuständig fühlen, zu entwickeln und zu erproben.

Literatur

- Ahrens, Helmut: N.N. Berlin 1994 (?)
- Bochow, Michael: Schwuler Sex und die Bedrohung durch AIDS - Reaktionen homosexueller Männer in Ost- und Westdeutschland. AIDS-Forum D.A.H. Bd. 16, Berlin 1994 (a)
- Bochow, Michael: Veränderungen im Risikoverhalten von homosexuellen Männern im Hinblick auf HIV-Übertragungen. Expertenbefragung im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit. Berlin 1994 (b) (hektogr. Manuskript, 55 Seiten)
- Coxon, Anthony P.M.: Change in gay men's risk behaviour: Relapse, rationality - one, both or neither? In: Dorothee Friedrich und Wolfgang Heckmann (Eds.): AIDS in Europe. The Behavioural Aspect. Vol. 2: Risk Behaviour and its Determinants. Berlin 1995, 133-143
- Dannecker, Martin: Homosexuelle Männer und AIDS. Eine sexualwissenschaftliche Studie zu Sexualverhalten und Lebensstil. Berlin und Köln 1990
- Dannecker, Martin: Der homosexuelle Mann im Zeichen von AIDS. Hamburg 1991
- Dannecker, Martin: Im Liebesfall. In: Aktuell - Das Magazin der Deutschen AIDS-Hilfe, H. 7, August 1994, 16-20
- Davies, Peter M. et al.: Sex, Gay Men and AIDS. London und New York 1993
- Memorandum der Deutschen AIDS-Hilfe. Berlin 1987 (?)
- Mendès-Leite, Rommel: The meaning of otherness: Male homosexualities and »imaginary protections«. In: Dorothee Friedrich und Wolfgang Heckmann (Eds.): AIDS in Europe. The Behavioural Aspect. Vol. 2: Risk Behaviour and its Determinants. Berlin 1995, 97-105
- Moatti, Jean-Paul, Nathalie Beltzer et William Dab: Les modèles d'analyse des comportements à risque face à l'infection à VIH: Une conception trop étroite de la rationalité. In: Population, 48. Jg., H. 5, Sept./Okt. 1993
- Pollak, Michael: Homosexuelle Lebenswelten im Zeichen von AIDS. Soziologie der Epidemie in Frankreich. Berlin 1990
- Schiltz, Marie-Ange: Les homosexuels masculins face au SIDA: Enquêtes 1991-1992. Rapport de fin de contrat à l'ANRS. CAMS, CNRS. Paris 1995
- Zwart, Onno de, Marty P.N. van Kerkhof and Theo G.M. Sandfort: The structure and meaning of anal sex among gay men. In: Dorothee Friedrich und Wolfgang Heckmann (Eds.): AIDS in Europe. The Behavioural Aspect. Vol. 2: Risk Behaviour and its Determinants. Berlin 1995, 107-114

Risikomanagement - Individuelle und kollektive Reaktionen auf die Bedrohung durch HIV in den verschiedenen Szenen

Zusammenfassung der Podiumsdiskussion von Susanne Döll

PodiumsteilnehmerInnen:

Robert Böhm, JES Oldenburg
Anja Kintzel, OffensHIVe Berlin
Dr. Michael Bochow, Intersofia Berlin
Armin Ketterer, Journalist

Moderation: Ejo Eckerle

Die Podiumsdiskussion begann mit einer kurzen Vorstellungs- und Einführungsrunde der PodiumsteilnehmerInnen.

Robert Böhm stellte sich als 43 Jahre alten, seit 20 Jahren Drogen konsumierenden Mann vor, der seit fünf Jahren mit Methadon substituiert. 1986 wurde er bei einem Zwangstest im Strafvollzug HIV-positiv getestet. Anlaß, sich um die Aufnahme in ein Substitutionsprogramm zu bemühen, war seine körperliche Verfassung und der Wunsch, dem Beschaffungsdruck zu entkommen. JES (Junkies, Ex-User, Substituierte) sei entstanden durch die Initiative von HIV-positiven Drogengebranchern, da es für diese am einfachsten war, im Substitutionsprogramme aufgenommen zu werden. Ex-User und Junkies kamen dazu. Mittlerweile gibt es JES in 35 bundesdeutschen Städten. JES bemühe sich um eine Korrektur des Bildes von Drogengebranchern als eines der zwangsläufigen Verelendung, da diese über die Kriminalisierung und nicht die Drogen bedingt sei. Gefordert wird eine wirkliche Entkriminalisierung und realitätsbezogene Angebote für die unterschiedlichen Gruppen von Drogengebranchern. Diese Forderungen seien auch zentral für Prävention im Drogenbereich. Die Mobilisierung von aktiven Usern, die unter starkem Beschaffungsstress stehen, sei schwierig bis unmöglich. Notwendig ist, so eine Forderung von JES, ein flächendeckendes Angebot von Substitutionsprogrammen, die zudem jedem Drogengebrancher die Möglichkeit bieten, mit dem Substitut zu leben, mit dem er leben will, sei es Methadon, Polamidon, Kodein, Heroin, usw. Die derzeit bestehenden restriktiven Bedingungen der Substitutionsprogramme schreckten außerdem durch ihre restriktiven Bedingungen viele davon ab, sich diesen Programmen überhaupt zu nähern. Prävention im Drogenbereich sei ohne grundlegende strukturelle und politische Maßnahmen nur in einem sehr eingeschränkten Umfang möglich.

Anja Kintzel ist seit zehn Jahren HIV-positiv, hat eine sechsjährige Tochter und weiß seit 1989 von ihrer Infektion. Bei der Mitteilung des Testergebnisses befand sie sich in einer sehr einsamen Situation, eine durchaus allgemeine Situation von HIV-positiven Frauen in AIDS-Hilfen. Dies war die Motivation zusammen mit anderen positiven Frauen den Selbsthilfeverein OffensHIVe zu gründen, der in Berlin nun auch räumlich erreichbar ist. Kontakte zu Frauen versuche man zum einen über das Café Positiv herzustellen, zum anderen würden viele Frauen über andere Beratungsstellen zu OffensHIVe kommen. 1992 wurde das bundesweite Frauennetzwerk gegründet, das vor allem dazu dient, einen regelmäßigen Informationsaustausch zwischen Frauen im AIDS-Bereich zu gewährleisten. Die Zusammensetzung des Frauennetzwerks ist sehr heterogen, was Konflikte und diverse Schwierigkeiten mit sich bringt. Dies sei auch bei der Primärprävention für Frauen ein grundsätzliches Problem: Frauen seien keine homogene Gruppe, sie haben keinen gemeinsamen kleinsten Nenner, unter dem sich alle wiederfinden können.

Armin Ketterer verwies darauf, daß die Angstlust, wie sie in dem Vortrag von Hans-Peter von Aarburg als Begriff eingeführt wurde, auch auf den gesellschaftlichen Umgang mit AIDS anwendbar sei. Krankheit allgemein sei eine Verletzung der Norm Gesundheit und erzeuge Ambivalenzen. Die Gleichzeitigkeit von Anziehung und Abstoßung lasse sich bei vielen Thematisierungen zu AIDS

auffinden. Zu betonen seien auch die unterschiedlichen gesellschaftlichen Toleranzen gegenüber verschiedenen Risiken. Während Restrisiken bei Technologien in Kauf genommen werden, werden sie bei HIV/AIDS als individuell beherrschbar dargestellt und nicht toleriert. Als möglichen Diskusstieg schlug er eine These von Claudia Ritter vor, nach der das relativ erfolgreiche Modell der Prävention der Schwulen andere Bevölkerungsgruppen nicht erreicht habe, da dieses Modell durch die besondere Situation und die speziellen Strukturen der Schwulen möglich war. Dies habe letztlich eine erfolgreiche Präventionsstrategie für andere Bevölkerungsgruppen behindert.

Michael Bochow wendete sich gegen die häufiger aufgetauchte Unterscheidung in rationales und irrationales Verhalten. Besser sei es von unterschiedlichen Logiken auszugehen. Dabei habe man es mit zwei verschiedenen Logiken zu tun: die sanitäre Logik der Prävention und die Logik der Sexualität und der sexuellen Begegnungen. Das Zusammenspiel dieser Logiken müsse für die Prävention begriffen werden. Es sei in der Sexualität strukturell angelegt, daß präventive Vorsätze nicht umgesetzt werden. Nur wenn man dies auch so thematisiere, verhindere man, daß sich Unsafe Sex als Tabu etabliere. Eine andere Diskussionskultur sei als Teil der Primärprävention notwendig.

Die an diese Eröffnungsstatements anschließende Diskussion hatte die grundsätzliche Schwierigkeit, die von verschiedenen Teilnehmern im Verlauf der Diskussion immer wieder konstatiert wurde, zwischen Allgemeinem und Konkretem hin und her zu wandern. Dabei geriet das Thema des Risikomanagements im Allgemeinen (z.B. den Lebensweisen) schnell an den Rand, während es sich im Konkreten in der Vielzahl der Differenzierungen verlor. Diese Schwierigkeiten der Diskussion seien jedoch, so wurde von einer Teilnehmerin vorgeschlagen, als Widerspiegelung der real bestehenden Probleme und Widersprüche zu begreifen und auszuhalten.

Ein Teilnehmer wandte sich gegen den von Michael Bochow verwendeten Begriff der Logiken. Sexualität habe keine Logik. Und auch der Begriff des Risikomanagements sei stark handlungsrationall konnotiert. Er führe außerdem dazu, daß Sexualität tendenziell stark mit dem Risiko identifiziert werde. Gegen eine Scheinkontroverse zwischen Rationalität und Irrationalität wendete ein anderer Teilnehmer ein, auch Irrationalität habe eine eigene Logik. Vielleicht sei jedoch die Begrifflichkeit unterschiedlicher Grammatiken der der Logiken vorzuziehen, da sie weniger stark besetzt sei. In einem weiteren Beitrag wird noch einmal an das grundsätzliche Dilemma der Prävention erinnert, daß Sexualität - im Unterschied zur Prävention - nicht verbal kommuniziert werde.

Ein Teilnehmer schlug vor, die Theorien der Kognitiven Psychologie aufzugreifen, da sie mit ihren Annahmen über Handlungsstrategien und Rationalitätskonzepte einen Ansatz für Risikomanagement böten. Diese Konzepte ließen sich auch kontrovers zu psychoanalytischen Vorstellungen diskutieren. Die Wahrscheinlichkeitskonzepte subjektiver Theorien (z.B. nur sexuelle Kontakte zu Personen unter 25, weil die nicht infiziert sind), mit denen sich die Kognitive Psychologie beschäftige, könnten z.B. als Risikomanagement ja auch durchaus effizient sein. Und könne dies nicht auch eine öffentliche Thematisierung sein?

Der Vorschlag einer solchen öffentlichen Thematisierung wurde als nicht möglich und auch unter Präventionsgesichtspunkten nicht sinnvoll abgelehnt.

Es ergaben sich folgende Schwerpunkte der anschließenden Diskussion: die unterschiedlichen Lebenswelten von Frauen, Drogengebern, Schwulen; mögliche Gemeinsamkeiten aller Gruppen in bezug auf Risikomanagement beziehungsweise die Notwendigkeit zur weiteren Differenzierung nicht nur zwischen, sondern auch innerhalb dieser Gruppen.

Frauen haben, so wurde wiederholt festgestellt, nicht den kleinsten gemeinsamen Nenner, über den sie sich gemeinsam definieren. Ansatz für Prävention müßten daher die verschiedenen Lebenswelten von Frauen sein, sowie der eher allgemeine Zugang der Stärkung des Selbstwertgefühls von Frauen, das in der patriarchalen Gesellschaft auf vielfältige Weise untergraben werde. Diese Stärkung des Selbstwertgefühls sei eine Basis für Primärprävention. Die Heterogenität der Frauen sei auch Bestandteil der Schwierigkeiten, positive Frauen überhaupt zu erreichen. Positive Frauen seien häufig

sehr isoliert, führten in bezug auf ihre HIV-Infektion ein Doppelleben. Das soziale Umfeld wisse nichts von der HIV-Infektion. Gleichzeitig verstärkte die HIV-Infektion Konflikte der klassischen Frauenrolle, wie Verantwortlichkeit, Schuldgefühle, u.ä. Während Frauen im allgemeinen Beratungsangebote leichter als Männer aufgreifen, sei dies bei HIV nicht der Fall. Für diese Tatsache sei aber auch das Gegenüber der fehlenden frauenspezifischen Angebote einzubeziehen. Frauen seien im AIDS-Bereich primär im psychosozialen Versorgungsbereich vertreten, träten aber im wissenschaftlichen, medizinischen und anderen Bereichen wenig in Erscheinung. Die Benennung der unterschiedlichen Ausgangsbedingungen z.B. von Frauen und Schwulen wurde als Bedingung angesehen, um überhaupt eine gemeinsame Vorgehensweise in der Prävention entwickeln zu können. Diese Unterschiede seien durchaus auch konkret und praktisch zu sehen: Was sollten Frauen mit der zentralen primärpräventiven Aussage »Benutzt Kondome« eigentlich anfangen?

Robert Böhm vertrat die Auffassung, JES und OffensHIVe hätten die Möglichkeit, durch das Vorleben als HIV-Positive/r und die Zugehörigkeit und Erfahrungen der »Szenen« überhaupt erst einmal einen Zugang entwickeln zu können. Dies sei Streetworkern oder Sozialarbeitern im Drogenbereich kaum möglich. Allerdings sei klar, daß ohne eine veränderte Drogenpolitik Präventionsanstrengungen im Drogenbereich wenig Aussicht auf Erfolg hätten, da Leute, die den ganzen Tag damit beschäftigt sind, dem Stoff beziehungsweise dem Geld für den Stoff hinterherzurrennen, für Prävention nicht ansprechbar seien. Ein Teilnehmer wandte ein, daß auch bei den Drogengebern zu differenzieren sei. Nicht alle wollten überhaupt von der Droge weg in die Substitution. Genau das sei ja der Punkt, so Robert Böhm, es gebe für 200.000 Menschen nur ein ganz begrenztes Angebot: eine Ersatzdroge (Methadon) in sehr begrenzten Programmen, Abstinenz oder das Leben auf der Szene. Zudem seien viele Angebote viel zu eingegrenzt, wie z.B. die psychosoziale Betreuung, die nicht nur für Substituierte ein wichtiges Angebot sei.

Gegen diese teilweise sehr existentiellen Lebensschwierigkeiten schienen die Diskussionen um Präventionsprobleme und Risikomanagement im Schwulenbereich geradezu luxuriös, so ein Beitrag. Man könne vielleicht sagen, daß bei Schwulen ein Prozeß der Politisierung nach innen stattfinde, in der Auseinandersetzung über Umgangsformen, ästhetische Räume und deren Gestaltung. Im Drogenbereich seien solche Diskussionen gar nicht führbar, weil die gesellschaftlichen Zwänge hier viel zu determinierend seien. Im Frauenbereich sei die Situation wiederum ganz anders. Gerade diese Unterschiede seien eine Herausforderung für die AIDS-Hilfe.

Gegen dieses Bild der privilegierten Schwulen wandte Michael Bochow ein, daß die allgemeinen Verarmungsprozesse Schwule gleichermaßen treffen. Man dürfe nicht nur von den Mittelstandsschwulen ausgehen. Auch die Schwulen seien keine homogene Gruppe. Diese sozialen Unterschiede könnten wiederum eine Gemeinsamkeit zu Frauen und Drogengebern sein. Eine weitere gemeinsame Basis sei die Tatsache, daß es keine Risikoeliminierung in der Sexualität gebe. Ein Teilnehmer stimmte dieser Aussage zu: Die psychischen Motivationen, Risiken einzugehen, seien bei Schwulen, Junkies oder Frauen relativ ähnlich. Da könnten die Gruppen auch voneinander lernen. Soziodemographische Einteilungen spielten dabei keine Rolle. Es ginge vielmehr um biographische Aspekte, um Wünsche nach Verschmelzung und das Recht auf Rausch. Dabei komme man dann auch zu Fragen nach den Grenzen der Prävention, nach einer Präventionsethik.

An der Aussage eines Teilnehmers, daß unterprivilegierte Personen weniger Zugänge zu den Präventionsbotschaften und -maßnahmen haben, entzündete sich eine kurze, aber emotional heftige Kontroverse. Es sei Mittelstandsdanke, daß z.B. »Malocher« das nicht oder anders verstehen. Die Kontroverse ließ sich jedoch insoweit auflösen, als es eigentlich um Selbstwertgefühl und Selbstbewußtsein als wichtige Momente auch für präventives Verhalten gegangen war.

Eine Mitarbeiterin der AIDS-Hilfe Dresden führte als weitere Differenzierung die unterschiedliche Situation im Osten ein. Sie seien z.B. im Bereich der Primärprävention jetzt an Punkten, an denen die West-AIDS-Hilfen vor fünf Jahren waren. Wenn sie allerdings die Präventionsarbeit in Schulen betrachte, die sie persönlich sehr wichtig und produktiv finde, sei es vielleicht auch schade, daß die

AIDS-Hilfen sich hier weitgehend zurückgezogen hätten. Den jungen Mädchen fehlten z.B. Vorbilder in der Prävention. Die Generation ihrer Mütter sei mit der Pille aufgewachsen. Kondome seien in der Generation vorher sozusagen nicht präsent.

Michael Bochow formulierte seine Schwierigkeiten mit der Allgemeinheit der Diskussion und schlug vor, in Zukunft mehrere Podien zu machen, getrennt nach Themen (Frauen, Drogengebraucher, Schwule) jeweils unter Beteiligung aller Gruppen. Dann könnten die Differenzen nach seiner Einschätzung produktiv werden. Ein Generalraster, das für alle möglichen Gruppen gelte, sei nicht zu entwickeln. Man müßte dann schon in die Teil- und Untergruppen einsteigen, wenn man konkreter werden wolle. Als Beispiel nannte er die unterschiedliche Risikoexposition z.B. von heterosexuellen Jugendlichen und schwulen Jugendlichen. Man könne auf diese beiden Gruppen nicht in gleicher Weise zugehen.

Der Moderator stellte zum Ende die Frage, ob eine differenzierte Diskussion nicht vielleicht auch vermieden wurde, weil damit die Gefahr der Entsolidarisierung verbunden sei.

Mit der Hoffnung auf eine Vertiefung der angesprochenen Fragestellungen und insbesondere der gruppenspezifischen Differenzierungen ging man in die an die Podiumsdiskussion anschließenden Arbeitsgruppen.

Sind AIDS-Hilfen ein sinnvoller Ort für Prävention?

Protokoll der Arbeitsgruppe

Leiter: Hans Hengelein

Berichterstatter: Uli Meurer

Protokollant: Stefan Etgeton

Anwesend waren zwölf weitere TeilnehmerInnen aus AIDS-Hilfen (Trier, Wuppertal, Kassel, Münster, Ulm, Düsseldorf, Essen, Hannover, Hildesheim) sowie ein Gast aus San Francisco und Michael Bochow.

Nach einer ersten Vorstellungsrunde, in der Diskussionswünsche angemeldet wurden, kristallisierten sich folgende Themen heraus:

1. Jugendliche und HIV-Prävention
2. Möglichkeiten und Grenzen der Primärprävention für schwule Männer
3. Frauen und Primärprävention

1.

Die Diskussion ging aus von der jüngsten Stellungnahme des Beirats der Deutschen AIDS-Hilfe, in der festgestellt wird, daß Jugendliche keine Zielgruppe der AIDS-Hilfen seien. Aufgabe sei nicht die Vermittlung von Grundwissen in Schulen, sondern die Konfrontation mit Lebensweisen von Schwulen, Junkies oder Menschen mit HIV und AIDS - also die Vermittlung von »Lebensweisenakzeptanz«.

Die Diskussion drehte sich zunächst um Bedingungen und Grenzen von Schoolwork. LehrerInnen wollen sich oft auch um die Informationsvermittlung zum Thema AIDS herumdrücken und riefen bei AIDS-Hilfen an, die dann in 90 Minuten die Sexualpädagogik nachzuholen hätten, die von der Schule nicht geleistet werde. Das wurde allgemein in der Gruppe als unbefriedigend aufgefaßt. Ein Schritt sei schon, die Klassen in die Räume der AIDS-Hilfe kommen zu lassen. Besser sei es, die

Informationsvermittlung den LehrerInnen zu überlassen und sich auf die Vermittlung von »Lebensweisenakzeptanz« zu beschränken. Da »Jugendliche« - wie übrigens auch »Frauen« - zur »Allgemeinbevölkerung« gehörten, sei es nicht die genuine Aufgabe der AIDS-Hilfe hier sexualpädagogische Defizite auszugleichen. Andererseits sei die Arbeit der AIDS-Hilfe gerade in Städten, die keine ausgeprägten Szenen hätten, nur schwer zu »verkaufen«, wenn die Erfüllung dieser Aufgaben verweigert werde - die AIDS-Hilfe gerate in erhebliche Begründungszwänge. Mit dem Thema Jugend- oder Schulprävention sei letztlich eine Existenzfrage besonders kleinerer oder junger AIDS-Hilfen angesprochen. Demgegenüber wurden dann Wege der MultiplikatorInnenarbeit im Schulbereich diskutiert: In Düsseldorf existiere ein »sexualpädagogischer Arbeitskreis« aus Pro Familia, AIDS-Hilfe und anderen Gruppen, in dem Konzepte einer in Sexualpädagogik eingebetteten Prävention diskutiert werden könnten. Dies sei sinnvoller, als sich über die Schoolwork unter der Hand zu einem Büttel einer - ländermäßig abhängigen - Sexualmoral oder zum Werbeträger für bestimmte Krankenkassen machen zu lassen, die in Form von Verträgen sogar dafür zahlten. Die direkte Arbeit mit Jugendlichen sei schon im schwulen Bereich schwierig, da sich hier ein neuer »Code« herausgebildet habe, der von den Mitarbeitern kaum mehr verstanden, geschweige denn gesprochen werde. Präventionsarbeit sei aber nur dort sinnvoll, wo man selbst auch glaubwürdig auftreten könne - sonst solle man die Finger davon lassen.

2.

Nach einer kurzen Pause wurde der Einstieg in die weitere Diskussion - abweichend von der Themenplanung - an der Frage gesucht: »Welche Rolle haben Menschen mit HIV und AIDS in der Primärprävention?« Lange Jahre hätten Positive als Vorführobjekt dafür herhalten müssen, wie man's besser nicht macht: als »abschreckendes Beispiel«. Der lange Kampf von politischen Positiven, sich einen Platz in der AIDS-Hilfe zu erkämpfen, habe sich in der Primärprävention noch nicht ausreichend niedergeschlagen. Auf der anderen Seite wird berichtet, daß sich in der Berliner AIDS-Hilfe junge positive Schwule für Primärprävention engagieren - und dies mit ebenso spektakulären wie politisch fragwürdigen Aktionen (da wandern Särgе und Gerippe durch Tanzveranstaltungen u. dgl.). Die Funktion der Primärprävention für Positive könne nicht sein, sich nachträglich Absolution für das eigene präventive Scheitern zu verschaffen. Wichtig sei jedoch die Frage, inwiefern Präventionsbotschaften sich überhaupt an Positive richteten oder ob es spezielle Angebote in der Primärprävention auch für Positive geben müsse. Ihre Rolle in der Primärprävention allgemein sei aber:

1. sich an der Konzeption zu beteiligen, um ein Auseinanderfallen von primär- und sekundärpräventiven Ansätzen zu verhindern,
2. in der Primärprävention müßten gerade auch - nicht nur (!) - Positive das Tabu »ungeschützter Sex« brechen, indem sie ihr Recht auf Lust und Rausch, auf »Risikomanagement« für sich und andere reklamierten.

Nachdem kurz geklärt wurde, daß die wichtige Frage nach einem Neuanatz in der Primärprävention für schwule Männer zu wichtig sei, um sie in einer halben Stunde abzuhaken, entschied die Gruppe, sich dem letzten Themenkomplex noch kurz zuzuwenden.

3.

Frauen tauchten und tauchen zum Teil noch immer in der AIDS-Hilfe nur als Klientinnen oder Betreuerinnen, aber selten als politisch aktive Frauen mit ihren unterschiedlichen Interessen im Bereich AIDS auf. Die Netzwerke von Frauen und Menschen mit HIV und AIDS böten inzwischen Frauen mit HIV und AIDS ein Forum, das es aber erst noch zu besetzen gelte. Im Bereich der Primärprävention sei mit der hilflosen Konstruktion der »hochriskierten Frauen« versucht worden, die vielschichtige Präsenz von Frauen in und um AIDS (-Hilfe) auf einen/den Begriff zu bringen und in den Griff zu kriegen. Dieser Versuch sei gescheitert. Ein Großteil der Frauen mit HIV und AIDS entstamme direkt oder indirekt dem Drogenumfeld. Wenn daher in AIDS-Hilfen der Bereich »Frauen und Mädchen« so allgemein bearbeitet werde - sei's auch im Sinne von Stärkung weiblichen Selbst-

bewußtsein -, so gehe dies an den spezifischen Interessen der von HIV und AIDS besonders betroffenen Frauen vorbei. Frauen seien daher als Gruppe nicht allgemein zu fassen, ließen sich nicht, wie etwa die Schwulen über ihre sexuelle Identität, durch ihr Geschlecht zusammenschließen. Frauen seien in den AIDS-Hilfen über die Kontexte anzusprechen, in denen sie eben mit HIV und AIDS direkt konfrontiert seien: als Partnerinnen von Infizierten, als i.v.-Drogengebraucherinnen, als Sexarbeiterinnen oder wie auch immer.

Kollektive Reaktionen der Drogenszene auf HIV und AIDS

Ein Protokoll dieser Arbeitsgruppe liegt leider nicht vor.

Ungeschützten Sex verstehen und akzeptieren

Protokoll der Arbeitsgruppe

Leiter: Christopher Knoll

Protokollant: Clemens Sindelar

Teilnehmer: 10 Personen (Schwulenberatung Kulmer Straße, Gesundheitsamt Rotterdam, AIDS-Hilfe Marburg, AIDS-Hilfe Hildesheim, AIDS-Hilfe Freiburg, DAH, AIDS-Hilfe Frankfurt, Psychoanalytisches Seminar Zürich, MOM, PAP)

Ausgangspunkt dieses Workshops und auch Basis für alle Überlegungen und den Verlauf der Diskussion sind folgende Punkte:

- Ziel aller Präventionsbemühungen und gleichzeitig *conditio sine qua non* für eine gelungene Prävention, ist das selbst-bewußte Individuum, das selbst-bestimmt seine Entscheidung trifft, welches Sexualverhalten es vornimmt.
- Wobei es wichtig ist, zu erkennen, daß zwischen den Gruppen mit hohem und geringem riskantem Verhalten kein signifikanter Informationsunterschied besteht. Fast alle Männer machen Safer Sex, nur nicht immer und konsequent. Wobei das Verhalten am jeweiligen Rand der Normalverteilungskurve, d. h. immer/nie, uns hier nicht interessiert. Diese Extremgruppen wären Thema eines anderen Workshops.
- Wie kann man dieses Faktum verstehen (Erklärungs-, Deutungs-, Motivationsmuster)? Um keine Pathologisierung vorzunehmen, bietet sich die Frage an: Welche Funktion hat Unsafe Sex?
- Was kann man empfehlen? Welche Auswirkungen hat dies auf die Präventionsarbeit? Welche auf die Beratungsarbeit?

Der Terminus »unsafe« führt sprachlich zu einer Wertung, da der Präfix *un-* in der Regel mit einer Negation konnotiert ist (Frei/unfrei, sicher/unsicher, nötig/unnötig etc.) und die deutsche Übersetzung »ungeschützter Sex« löst dieses Problem nicht.

Eigentlich handelt es sich um eine historische Markierung: Sex vor AIDS/Sex seit AIDS. Es lassen sich beliebige andere Dichotomien konstruieren: z. B. Freier Sex/Gummisex. Jedoch ist im Laufe der letzten 10 Jahre eine andere Wertung auch eingetreten, die zwar in den Präventionsbemühungen in Deutschland höchst skrupulös vermieden wurde, nämlich daß mit Safer Sex nicht »richtiger« Sex sich verbindet. Gleichwohl hat diese Verbindung sich eingestellt. Allerdings ist die historische Entwicklung dieser Argumentation nicht zu übersehen. Bedenkt man, daß im Zeitalter von AIDS die

Schwulen als Hauptbetroffenengruppe immer im Vordergrund waren, so wurde der Zusammenhang von schwulem Sex und Safer Sex schon frühzeitig hergestellt. Leider ist der Zusammenfall von AIDS und Homosexualität auch diesem Umstand zu verdanken, nebst einigen anderen Etikettierungen natürlich, die über die Stigmatisierung der Krankheit eine Stigmatisierung der Hauptbetroffenengruppen wieder erreichen sollen.

Dies macht ein aufgeklärtes und vernunftgemäßes Sprechen über scheinbar unvernünftiges Handeln schwer.

Beim Sammeln und Auflisten der Motivationen und Funktionen von ungeschütztem Sex wurde in *primär intraindividuelle Faktoren* und *primär interindividuelle Faktoren* unterschieden. Wenngleich die Trennschärfe manchmal etwas gewaltsam schien, wurde sie denn um der Deutlichkeit willen aufrechterhalten.

Im Verlaufe des Workshops einigte man sich auf folgende *Definition von Unsafe Sex*:

- Bumsen ohne Kondom mit oder ohne Abspritzen;
- Blasen mit oraler Aufnahme des Sperma.

Primär intraindividuelle Faktoren

- Liebe, romantische Verschmelzung, Selbstaufgabe und Selbstaflösung;
- ultimativer Kick, als Übertretung, der als einzig gültigen und als repressiv empfundenen sexuellen Norm des Safer Sex;
- Mystik des Spermas, Aufnahme als männlicher Initiationsritus;
- Unsafe Sex im Spannungsfeld von Dominanz und Unterwerfung;
- Wunsch nach existenzieller Randerfahrung;
- Unsafe Sex als Ergebnis bewußter/unbewußter Größenphantasien (vgl. Hans-Peter von Aarburgs Ausführungen zum Ordal: Wenn Gott mich liebt, wird er mich schützen);
- Bewältigung von Minderwertigkeitsgefühlen. Unsafe Sex wertet das eigene Angebot auf, besonders dann, wenn man sich nicht attraktiv genug fühlt;
- Banalisierung der Erkrankung (»Der neue Protease-Inhibitor kann mich Vierzigjährigen doch über Jahrzehnte vor dem Tod bewahren.«);
- Fatalismus (Survivor Syndrom);
- Drogenkonsum, wobei hier die Kausalitäten besonders geprüft werden müßten. Auch Unterschiede in der Art der Drogen, die genommen werden - dämpfende oder anregende - müssen dabei berücksichtigt werden. Die Droge radiert nicht das Wissen aus, sondern steigert die Lust auf den Grenzübertritt (Erotisierung, Verschmelzung);
- Auflösung des Selbst, das Untergehen in der Menge (vorzüglich an Orten, die anonyme Gesichtlosigkeit im Setting haben, z.B. Darkroom, Saunadampfraum);
- unerträgliche Beziehungsdiskordanzen zu beenden;
- dem Leben durch seine herbeigeführte Endlichkeit einen neuen - oder endlich - einen Sinn geben. Die Verantwortung für das eigenen Leben, wird an den Virus weitergegeben.

Primär interindividuelle Faktoren

- Imaginärer Schutz vor Infektion, indem dem Kontext oder dem Setting eine schützende oder zumindest risikoarme Funktion zugewiesen wird: Vermeidung von Großstädten als Seuchenherde und Sündenbabel oder von Großstädtern, Ausweichen auf bestimmte Altersgruppen, wobei hier die Erklärungsmuster sich jeweils sehr spezifisch anpassen. Dem Jüngeren wird eine HIV-freie Vergangenheit zugeschrieben und dem Älteren, der ja gelernt hat, gut damit umzugehen, eine HIV-freie Gegenwart. Ein bestimmtes Aussehen »sieht (nicht) gesund aus«, Vermeidung von Personen mit vermutlich riskantem Sexualverhalten;
- Schutz nicht nötig, da Treue (serielle Monogamie);

- nonverbales Aushandeln von Unsafe Sex: Beide Akteure signalisieren Unsafe Sex und erreichen damit ein beiderseitiges OK. Dabei wird nicht ausgesprochen, ob beide davon ausgehen, daß der andere negativ oder ohnehin positiv ist. Grundlage ist ein starkes Bedürfnis nach Identifikation mit der Handlung des anderen, um die eigene nicht reflektieren zu müssen;
- Beziehungsmystik: Erst die beiderseitig gewünschte und auch ausgehandelte Verschmelzung ist ein Zeichen von Vertrautheit. Heteros zeugen dann Babys, Homos eben HIV, vielleicht auch als Geburt einer gemeinsamen Aufgabe;
- Unsafe Sex ist besetzt mit einer Mutprobe: Bungeejumping beim Vögeln, im Sinne einer »überoptimalen« Verhaltensweise. Der »richtige Kerl« riskiert eben mal was;
- HIV-Positive sind die geadelten Mitglieder der AIDS-Hilfe, die, wie alle Adelligen, mit der Aura des Besonderen umgeben sind.

Zusammenfassung

Unsafe Sex wird wohl dann stattfinden, wenn die persönliche Motivation/Funktion, wurzelnd in der psychosozialen Biographie der Akteure, sich verschränkt mit einem Kontext, der es erlaubt o.g. interindividuelle Faktoren herbeizuziehen. Erhellend dazu sind auch Studien über sexuell mißbrauchte Personen, von denen überproportional viele eine HIV-riskante Sexualität leben.

Wahrscheinlich von entscheidender Bedeutsamkeit ist die Einbettung des Individuums in ein unterstützendes soziales Netzwerk. Frühkindliche Defizite sind nicht alleinerklärend. Wenn diese aber im Erwachsenenleben nicht durch andere begleitende Faktoren abgestützt werden, und ein funktionierendes Netzwerk gehört zu diesen salutogenen Faktoren, so ist die Wahrscheinlichkeit von sich selbst gefährdendem Verhalten wesentlich höher.

Situation des Beraters

Als Berater wird man oft in eine Beichtvaterposition gebracht. Der Klient erwartet einen Ratschlag hinsichtlich seines Sexualverhaltens und schiebt die Verantwortung somit dem Berater zu. Da dieser oftmals mit einer Institution identifiziert wird, die sich die »richtige« Präventionsbotschaft auf die Flagge geschrieben hat, wird von ihm geradezu eine Stellungnahme erwartet. Bleibt die aus, so ist der Klient zum einen enttäuscht, weil

- a) der Berater seinem Institutionsauftrag nicht nachkommt und
- b) der Klient wieder auf sich geworfen wird und weder eine Abnahme seiner Schuldgefühle, noch ein Rezept zur Ausübung der richtigen Sexualität erfolgt.

Aber auch die Berater müssen sich einer Situation stellen, die sich möglicherweise mit ihrem Konzept von Vernunft/Unvernunft kaum vereinen läßt. Ihr Erschrecken ist ja nicht nur ein moralisches. Vielleicht wäre ein Weg, der in diesem Workshop heftig diskutiert wurde, des Klienten Blickweise mehr auf die Situationen zu lenken, in denen er Safer Sex gemacht hat. Mehr nach dem Motto: »Ich bin toll, weil ich meistens Safer Sex mache« anstelle von »Ich bin ein Rindvieh, weil ich mich gestern in the heat of the moment ohne Gummi habe bumsen lassen.«

Daraus würde sich, grob skizziert, folgende Beratungsstrategie ergeben:

- zum einen ist es von Bedeutung, Funktion und Motivation von Unsafe Sex gemeinsam zu erarbeiten;
- im Verlaufe der Beratung jedoch, wäre es sinnvoller, auf die Momente zu fokussieren, bei denen Safer Sex gelingt, durchaus im Sinne einer Unterstützung salutogener intrapsychischer Faktoren.

Spezifische Aspekte der HIV-Prävention für und mit Frauen: Frauen als Partnerinnen von Prostitutionstouristen

Gekürzte Fassung des Vortrags in der Arbeitsgruppe, Referentin: Andrea Rothe

1. Einleitung

Daß Prostitutionstouristen eine extreme Risikogruppe in bezug auf die Ausbreitung von AIDS sind, ist inzwischen unbestritten. So zeigen z.B. jüngste quantitative Forschungen, daß Prostitutionstouristen - bei niedriger Schätzung - 8-10% aller HIV-Neuansteckungen in Deutschland ausmachen. Nicht mitberechnet sind hier die Folgeinfizierungen von Frauen und Kindern der Ziel- und Heimatländer.

Bevor ich speziell auf die AIDS-Problematik näher eingehe, möchte ich vorab die wichtigsten Erkenntnisse über Prostitutionstouristen vorstellen. Und zwar einmal die jüngsten statistischen Forschungen, die 1995 von Kleiber und seinen MitarbeiterInnen herausgegeben wurden. Und zum anderen die Ergebnisse der qualitativen, empirischen Forschung, in der es wesentlich um die Motive der betroffenen Männer geht. Diese Untersuchungen wurden im Rahmen meiner Dissertation durchgeführt.

2. Quantitative, statistische Erkenntnisse über Prostitutionstouristen

Prostitutionstouristen rekrutieren sich aus allen Altersgruppen. Die jüngsten sind um die 20 Jahre alt, die ältesten um die 70 Jahre. Das Durchschnittsalter dieser Männer beträgt jedoch nicht mehr als 35 bis 37 Jahre, was bedeutet, daß der größte Teil der Prostitutionstouristen der Altersgruppe zwischen 30 und 40 Jahren angehört. Wir haben es hier also mit vergleichsweise jungen Männern zu tun.

Hinsichtlich des Bildungsniveaus entsprechen die Prostitutionstouristen weitgehend dem Durchschnitt der bundesdeutschen Männer. Das heißt ca. 10% haben Hochschulbildung, 20-25% haben Realschulabschluß, ca. 60% haben den Hauptschulabschluß und weniger als 10% haben die Hauptschule ohne Abschluß absolviert.

Dementsprechend kommen die Männer aus allen möglichen Berufszweigen und aus allen Einkommensschichten. Kleiber hat jedoch festgestellt, daß das monatliche Durchschnittseinkommen der Prostitutionstouristen bei ca. 4.500 DM brutto liegt. D.h. Prostitutionstouristen gehören eher zu den durchschnittlich bis gut verdienenden Männern. Diese Tatsache hat jedoch weniger mit dem Prostitutionstouristen als solchem zu tun, als vielmehr mit dem Umstand, daß allein die Flugreise eine gewisse Finanzkraft voraussetzt.

3. Qualitative, empirische Erkenntnisse über Prostitutionstouristen

(...) Hier ging es im wesentlichen um die Fragen: (1) Wer sind die Prostitutionstouristen? (2) Welche ursprüngliche Motivation haben diese Männer, d.h. welche Art der Beziehung streben sie zu den Prostituierten der Zielländer an? (3) Wie sind ihre tatsächlichen Erfahrungen vor Ort? (4) Inwiefern unterscheiden sich diese Männer in ihren Einstellungen und Verhaltensweisen strukturell von anderen Männern ihrer Heimatländer?

Prostitutionstouristen qualitativ zu erfassen, ist aufgrund der Heterogenität der Gruppe schwierig. Die meisten bisherigen Frageansätze brachten keine spezifischen Erkenntnisse über die betroffenen Männer. Erfolgversprechender ist die Herangehensweise über die Motivation der Prostitutionstouristen. Entgegen der allgemeinen Meinung, alle Prostitutionstouristen suchten in den Zielländern nur den kurzen sexuellen Kontakt zu den einheimischen Prostituierten, zeigte sich, daß die Männer durchaus unterschiedliche Beziehungen anstreben, die in ihrer Bandbreite denen entsprechen, die die Männer auch zu den Frauen ihrer Heimatländer suchen. Unterschiedlich ist lediglich die prozentuale Verteilung.

Wie nicht anders zu erwarten, sucht die größte Gruppe der Prostitutionstouristen nach dem kurzen sexuellen Kontakt (ca. 30-40%). Der sexuelle Kontakt zu den einheimischen Prostituierten wird in diesem Fall als integraler Bestandteil der 'Urlaubsfreuden' gesehen. Die Frau als Person spielt für sie keine Rolle.

Die zweitgrößte Gruppe sind Männer, die sich längerfristig eine Prostituierte kaufen. Die drittgrößte Gruppe westlicher Freier sucht nach einer Lebenspartnerin unter den thailändischen Prostituierten. Eine vierte Gruppe hofft, in Thailand die 'besondere Frau' zu finden. Die meisten Männer dieser Gruppe sind gut gebildet und unterstützen die Emanzipationsbestrebungen der Frauen ihrer Heimatländer. Dennoch suchen sie in Thailand nach einer Welt, in der die zwischengeschlechtlichen Beziehungen problemlos sind. Aufgrund der umfassenden Andersheit der thailändischen Frauen eignen sich diese besonders gut als Projektionsfläche.

Und schließlich gibt es eine kleine Gruppe von Männern, die ursprünglich tatsächlich nicht vorhaben, sich prostitutionstouristisch zu verhalten, sich dann aber doch eine Prostituierte kaufen. (...)

Die Wünsche und Assoziationen, die die Prostitutionstouristen - in verschiedener Gewichtung - an die Frauen richten, sind an erster Stelle die Vorstellung, mit einer thailändischen Prostituierten könnte man unkomplizierten Sex haben. Sehr wichtig ist den meisten auch die Bequemlichkeit und die Möglichkeit, völlig passiv bleiben und sich ausschließlich auf den eigenen Konsum konzentrieren zu können. (...) Darüber hinaus empfanden es viele als angenehm, aufgrund der Fremdheit der Frauen eine Distanz erhalten zu können, die die Zurückweisung jeglicher Verantwortung für das eigene Handeln erleichtert. (...)

Wie steht es demgegenüber mit den realen Erfahrungen der betroffenen Männer?

Das zentrale Ergebnis ... ist, daß fast keiner der betroffenen Männer mit den sich aus dieser Macht ergebenden Möglichkeiten wirkliche Befriedigung findet bzw. glücklich ist. Weder erfüllt sich der Wunsch nach der wie auch immer gearteten 'perfekten' Beziehung, und auch der Sex mit der thailändischen Prostituierten hält nur quantitativ alle Rekorde. Qualitativ, also gefühlsmäßig wird er von den Männern als langweilig, unschön oder sogar abstoßend empfunden. (...)

4. Umgang der Prostitutionstouristen mit HIV/AIDS

In bezug auf HIV ist wichtig zu wissen, daß sich Menschen allgemein im Urlaub weit promiskuitiver verhalten als im Heimatland (Kleiber 1995, 308). Prostitutionstouristen praktizieren diese Tendenz sozusagen in zugespitzter Form. (...) Gerade einmal 50% der Prostitutionstouristen verwenden konsequent Kondome (a.a.O., 181). Mit welchen Erklärungen rechtfertigen die Männer ihr riskantes Verhalten?

(...) Auf direkte Nachfrage sind sich eigentlich alle westlichen Männer des Risikos bewußt. Sie wissen, daß die Gefahr einer Infektion in Thailand und speziell mit den thailändischen Prostituierten größer ist als im Heimatland. Auch wissen die Männer, daß Kondome die einzige Möglichkeit sind, um sich ... vor einer Ansteckung zu schützen. (...) Die Palette, die den Freiern als Rechtfertigung dient, ist sehr breit gefächert. Unter anderem wurden von den Männern folgende Rechtfertigungen genannt:

1. Bagatellisierung des tatsächlichen Ausmaßes der Gefahr (es wird behauptet, auf dieser Insel oder an diesem Ort sei es ja nicht so schlimm wie woanders).
2. Unwissen über die Lebensbedingungen der Frauen, die in Thailand mit Touristen arbeiten (...).
3. Alkohol (...).
4. Leugnung jeglicher persönlicher Gefahr ...
5. Behauptung, über den Beruf der Frau nicht Bescheid gewußt zu haben (»Ich habe erst hinterher erfahren, daß sie Prostituierte ist.«)
6. 'Liebe' oder 'wahre Zuneigung' (in einer 'richtigen' Beziehung nimmt man keine Kondome)

7. Darstellung als 'Liebesbeweis' (Um ihr zu zeigen, daß er sie wahrhaft liebt, verläßt er sich darauf, daß sie getestet ist, obwohl er weiß, daß sie in der Prostitution arbeitet).
8. Fatalismus (Das ganze Leben ist ein Spiel mit dem Tod ...)
9. Bagatellisierung der Krankheit (...)
10. Vordergründige Schutzmaßnahmen (z.B. lassen viele die Prostituierte einen HIV-Test machen, bevor sie mit ihr das erste mal Geschlechtsverkehr haben).

(...) Unter frauenspezifischem Gesichtspunkt ist vor allem zu bedenken, daß die Frauen und Kinder der Ziel- und Heimatländer diejenigen sind, die durch das Verhalten der Männer extrem gefährdet werden. Wie sich zeigt, neigen in erster Linie Männer in festen Beziehungen (im Heimatland) und vor allem verheiratete Prostitutionstouristen zur Verweigerung von Kondomen (Kleiber 1995, 213-215). ... Die meisten betroffenen Männer vermeiden zu Hause jegliche Diskussion über prostitutions-touristisches Verhalten im Urlaub. Wenn sich dennoch einmal eine Situation ergäbe - z.B. durch direkte Nachfrage - würden sie sich nur ungern und dann auch nur sehr oberflächlich zu ihrem Handeln äußern.

Protokoll der Arbeitsgruppe

Leiterin: Andrea Rothe

Berichterstatterin: Britta Pfennig

Protokollantin: Mona Schenk

Nach dem 20minütigen Vortrag von Andrea Rothe begann die Diskussion mit einigen Verständnisfragen. Andrea Rothe stellt die These auf, daß Angst eine Möglichkeit sei, Männer zur Kondombenutzung zu bewegen. Das Wissen über Infektionswege und Schutz sei zwar da, führe aber nicht automatisch zu geschütztem Sex. Sowohl mit Einsicht als auch mit moralischen Appellen, so Andrea Rothe, sei es schwer, Verhaltensänderungen zu erreichen.

Es bestehe ein enger Zusammenhang, so Andrea Rothe, zwischen heterosexuellen männlichen Prostitutionstouristen mit Infektionsrisiko im Urlaubsland einerseits und deren Partnerinnen und Kinder mit Infektionsrisiko durch dieselben im Heimatland.

Die weiteren Diskussionen bezog sich auf Präventionsstrategien für Partnerinnen und Kinder der Prostitutionstouristen.

Eine Auseinandersetzung zwischen Männern und deren Partnerinnen über einen Besuch bei einer Prostituierten fände weder im Vorfeld noch nach einer Reise statt. Dies weise auf Verdrängungsmechanismen bei Frauen und Männern hin, denn Männer verschweigen eher die Kontakte zu Prostituierten, und Partnerinnen fällt es oft schwer, dieses Thema anzusprechen.

Gründe für Verdrängungsmechanismen bei Frauen können sein:

- Aufrechterhaltung des Mythos Treue;
- mangelndes Selbstvertrauen oder Gefühle der Minderwertigkeit;
- Angst vor dem Verlust des Partners.

Beim Austausch der Arbeitsgruppenteilnehmerinnen über ihre Konfrontation mit dem Thema Prostitutionstourismus wurden folgende Aspekte genannt:

- stellvertretend für ihre Männer rufen Frauen in der AIDS-Hilfe Ulm an, um sich beraten zu lassen;
- stellvertretend für ihre Partner machen Frauen einen HIV-Antikörper-Test;

- aus Österreich wurde ein Fall berichtet, daß eine Frau, die sich nach dem Thailandurlaub ihres Partners testen ließ, ein positives Testergebnis erhielt, woraufhin sie von ihrem Partner beschuldigt wurde, ihn infiziert zu haben;
- Lauda Air gibt in den sogenannten »Bumsbomben« Kondome aus.

In der Arbeit mit den betroffenen Frauen sei es wichtig, so die weitere Diskussion, Vereinzelungen aufzuheben, Solidarität unter Frauen zu fördern und dadurch deutlich zu machen, daß es sich nicht um einen Einzelfall handle. Dabei müsse betroffenen Frauen ihr Schuldgefühl genommen werden. Ebenso sollten über Präventionsstrategien Handlungsalternativen aufgezeigt werden.

Zusammenfassung

1. Der Prostitutionstourismus in Länder mit einer hohen HIV/AIDS-Rate ist zunehmend eine Infektionsquelle für heterosexuelle Frauen und Männer. Hierfür verantwortlich ist das riskante Verhalten der Prostitutionstouristen im Urlaubs- und Herkunftsland.
2. Präventionskonzepte, die männliche heterosexuelle Prostitutionstouristen als Zielgruppe haben, sollten von heterosexuellen Männern entwickelt werden, da diese sich in männliche Verhaltensmuster und Verdrängungsmechanismen eindenken und -fühlen können. Hierzu sollten auch die Ergebnisse der Dissertation mitverwandt werden.
3. Präventionsstrategien für Freundinnen/Partnerinnen heterosexueller Prostitutionstouristen sollten folgende Aspekte beinhalten:
 - Aufhebung der Vereinzelung,
 - Förderung von Solidarität;
 - Aufhebung von Schuldgefühlen;
 - Stärkung des Selbstbewußtseins im Hinblick auf die eigene Gesundheit und das Bestehen auf Safer Sex.
4. Transportmittel der Präventionsbotschaften können z.B. Plakate, Broschüren, Anzeigen in sogenannten Frauenzeitschriften oder Videoclips sein. Diese sollten möglichst breit gestreut werden, um eine große Öffentlichkeit zu erreichen.
5. Bei Gestaltung und Umsetzung von Präventionsbotschaften sollten Fachmensen miteinbezogen werden.

Biographische Aspekte des Risikomanagements

Protokoll der Arbeitsgruppe, Teilgruppe I

Protokollanten: Karl Lemmen, Armin Traute

Diese zusätzlich ins Programm aufgenommene Arbeitsgruppe erfreute sich eines Zulaufs von weit mehr als 20 TeilnehmerInnen, so daß nach einer kurzen Einführung seitens der Gruppenleiter eine Aufteilung und parallele Arbeit in zwei Untergruppen beschlossen wurde.

Wie von höherer Hand gesteuert fanden sich dabei zwei sehr unterschiedliche Gruppen zusammen: Während sich die eine Gruppe überwiegend aus hochdekorierten, überwiegend schwulen AIDS-Hilfe Mitarbeitern bestand, war die andere Gruppe sowohl bezüglich des Alters und der sexuellen Orientierung der TeilnehmerInnen sehr heterogen.

Das Kennenlernen der TeilnehmerInnen und der Einstieg in die biographische Thematik erfolgte über die Frage: »Was hat mich bewegt, mich im AIDS-Bereich zu engagieren?« Trotz aller Unterschiedlichkeit der Interessen und Motivationen gab es bei allen TeilnehmerInnen irgendeine Form des persönlichen Bezugs zu den Themen Sexualität, Sterben und HIV, die das eigene Engagement bedingten oder begleiteten. Bei den schwulen Männern stand die eigene Verunsicherung und Angst bezüglich der eigenen Gesundheit und der von nahen FreundInnen im Vordergrund. Das Thema »Angst vor ...« schaffte eine assoziative Brücke zu den heterosexuellen TeilnehmerInnen in der Gruppe, für die die Angst vor unerwünschter Schwangerschaft ein ihre sexuelle Biographie prägendes Thema war. So z.B. die Erfahrung mit der eigenen Schwester, die mit ihrer frühen, unerwünschten Schwangerschaft lebenslang als Beispiel dafür herhalten mußte, wie man sich »seine Zukunft verbauen kann, wenn man nicht verhütet«. Schwule Männer finden sich in diesem »Zusammenhang von Angst und Verhütung« wieder, wenn es um die Konfrontation mit HIV-Infektion und Erkrankung von Freunden geht.

Langsam wächst in der Gruppe das Vertrauen, auch über die Schwierigkeiten der Verhütungsforderung reden zu können. Trotz allen besseren Wissens und aller Angst hat sich kaum einer immer und 100%ig sicher verhalten. Bei aller grundsätzlichen Vor-Sicht und Rück-Sicht kennen viele die Situation, wo der »Trieb« und die »Lust auf Rausch« keine Eingrenzung duldet. Die Angst meldet sich erst hinterher wieder. Wie umgehen mit der Angst? An wen kann ich mich wenden, ohne für verrückt erklärt zu werden?

Trotz aller eigenen Erfahrungen vom Scheitern des eigenen Risikomanagements bleibt ein Rest des »Unfaßbaren«, wenn wir von Neuinfektionen hören. Ist dieses Gefühl z.B. beim Berater erlaubt, oder müssen wir ob der »neuen Permissivität« solche Gefühle verbergen? Oder können wir mit diesem »Gefühl« auch innerhalb der Beratung arbeiten: Letztes Endes bleibt dieses Virus und die Infektion etwas »Unfaßbares«?

In der Auswertungsrunde wurde über die Zusammenfassung des persönlichen Prozesses der TeilnehmerInnen ein assoziatives Themen- und Verlaufsprotokoll erstellt. Übereinstimmung bestand dahingehend, daß die offene und vertraute Atmosphäre in der Gruppe einen angenehmen Kontrapunkt zum übrigen Programm der Konferenz darstellte, wo es im wesentlichen nur um die Aufnahme von Gedanken ging, die andere für uns vorgedacht hatten, ohne die Möglichkeit, dies in ihrer persönlichen Bedeutung und im bezug zur eigenen Arbeit reflektieren zu können.

Zusammenfassend lassen sich folgende wichtige Faktoren des individuellen Risikomanagements nennen:

- die eigene Angst vor den unerwünschten Folgen der Sexualität,
- das Wissen um die Möglichkeiten einer lebberen Sexualität trotzdem,
- das eigene Engagement in AIDS-Hilfe,
- die Möglichkeit, offen über Sexualität reden zu können, über die Angst und die Lust, über safe und unsafe Praktiken ohne Angst vor Verurteilung oder Ausgrenzung!

Assoziatives Themen- und Verlaufsprotokoll der Arbeitsgruppe

Risikomanagement	
Risiko	löst widersprüchliche Gefühle aus: Angst vor der Gefahr, aber auch Lust vor der Wagnis, der Herausforderung
Angstlust	spielt auch in der Sexualität eine große Rolle: Bis wohin kann mich die Lust führen? Mich im Reich der Sinne verlieren wollen, »den Kopf bzw. den Boden unter den Füßen mal verlieren zu können« kann sowohl angst- als auch lustvoll sein
Tabu	Darf und kann ich hier über solche Dinge reden? Ich weiß doch selbst, wie »unvernünftig« solche Wünsche und Phantasien sind. AIDS-Hilfe schwört auf <i>Sicherheit</i> , begeben sich außerhalb des Konsenses?
Vorurteile	Trotz aller immer wieder beschworenen Akzeptanz der Unvernunft: Wie würde der AIDS-Hilfe-Berater ein »frisches Testergebnis« aufnehmen? Werde ich ob meiner Unvernunft verurteilt?
Vertrauen	Wem könnte ich mich in solch einer Situation überhaupt anvertrauen? Wer würde mit (stillen) Vorwürfen, wer mit offenem Unverständnis reagieren?
Trennendes/Verbindendes	Nicht nur die Tatsache der eigenen Infektion hat etwas real Trennendes, sondern allein schon die Vorstellungen über Sexualität und Safer Sex trennt Menschen in Vernünftige und Unvernünftige
Offenheit	Wie offen darf ich mich hier zeigen, ohne Angst vor Zurückweisung haben zu müssen?
Normen	Welche Normen gelten hier? Hier in der Gruppe? In AIDS-Hilfe? Welche Normen bzgl. Sexualität, Safer Sex, dem Reden über Sexualität.
Ausgrenzung	Was passiert, wenn ich mich außerhalb des Konsenses begeben, wenn ich gegen die ungeschriebenen Normen verstoße?
Solidarität	Die Angst vor Ausgrenzung ist die andere Seite des Wunsches nach solidarischer Verbundenheit mit anderen, die das gleiche Schicksal teilen
Ventil für eigene Ängste	wenn in der Beratung, in der Gruppe das Vertrauen dahingehend wächst, daß die Angst vor Normverstoß und Ausgrenzung schwindet, können die eigenen Ängste thematisiert werden
Schuldgefühle	können sich erst in »Reden über ...« verbunden mit dem Gefühl des Angenommenwerdens auflösen
Die Erfahrung, offen reden zu können	über Sexualität, die damit verbundene Angst und Lust ... über Sexualität, ob safe oder unsafe
ist ein wichtiger Aspekt im individuellen Risikomanagement !!!	

Biographische Aspekte des Risikomanagements

Protokoll der Arbeitsgruppe, Teilgruppe II

Leiter: Christoph Schmidpeter

Protokollant: Rainer Schilling

Der Workshop war im vorläufigen Programm zur Präventionskonferenz ausgedruckt, sollte dann aber entfallen. Spontan versuchten interessierte Kongreßteilnehmer diesen Workshop zu retten. Nachdem die Teilnehmerliste eröffnet war, trugen sich 18 Personen für diesen Workshop ein - ein überzeugendes Indiz für die Wichtigkeit des Themas. Nach der Vorstellungsrunde war den Teilnehmern klar, daß sich die Gruppe teilen müsse. Christoph Schmidpeter gab, bevor sich die Gruppe teilte, einige Leitfragen an, die er in beiden Teilgruppen behandelt wissen wollte:

- Welche Aspekte der Biographien sind wichtig für das individuelle Risikomanagement, z.B. frühe Kindheit, kritische Lebensereignisse?
- Gibt es modellhaftes Vorleben von Beziehungsmustern?

Als Typen von Beziehungssystemen ging Schmidpeter kurz auf die Einteilung von Ahlemeyer ein, der zwischen vier Intimsystemen unterscheidet (romantisch, hedonistisch, matrimonial, prostitutiv). Nach Meinung von Ahlemeyer unterscheiden sich diese Intimsystemtypen u.a. »in den eingesetzten Kommunikationsmedien (Liebe, sexuelle Lust, Geld), in der Zeitdimension und in der verwendeten Semantik (romantische Liebe, sexuelle Emanzipation, Partnerschaft, Preis/Leistung). Sie beschreiben damit unterschiedliche kommunikative Voraussetzungen, die den Umgang mit dem AIDS-Risiko vorstrukturieren.« (Ahlemeyer/ Puls in C. Lange, AIDS - eine Forschungsbilanz, S. 76)

Christoph Schmidpeter verwies, nachdem sich die Gruppe geteilt hatte, auf eine Untersuchung, die 1993 beim internationalen AIDS-Kongreß vorgestellt wurde, die eine signifikante Korrelation zwischen ersten sexuellem Erleben und späteren Safer-Sex-Praktiken aufzeigt. Es gäbe somit eine biographische Prägung, die sowohl auf eine symbolische Bedeutung von sexuellen Praktiken, z.B. Analverkehr bei Beziehungen hinweist, wie auch auf eine Verantwortung des älteren bzw. erfahrenen Partners.

Der Workshop lief im weiteren sehr selbsterfahrungsorientiert ab, d.h. eine Diskussion auf der Metaebene wurde nur ansatzweise geführt (Anmerkung des Protokollanten: bei einer Anwesenheit von Ahlemeyer und auch Jörg Hutter, der in der Untersuchung, die er mit Koch durchführte, letztlich eine biographische Typenlehre vorgestellt hat, wäre mit Sicherheit der Vergleich zwischen persönlicher Erfahrung und den verschiedenen angedienten Typologien Thema geworden).

Die meisten Teilnehmer berichteten, daß am Anfang ihrer schwulen Biographie das romantische Liebesideal für die Partnersuche und Beziehungsmuster handlungsleitend war. Auch wurde die Vorbildfunktion der elterlichen Beziehung betont, was als matrimonial mit romantischen Einsprengseln erlebt wurde. Für andere wiederum stand nach dem Coming-out fest, daß ihre Beziehung eine andere Qualität als die der Eltern haben sollte, vor allem nicht alles in *einer* Beziehung haben zu wollen. Die wenigsten wollten anfänglich ein Ausleben ihrer Sexualität ohne Beziehungswünsche (das schwule Umfeld als Familie mit Inzest-Tabu, episodische Wünsche nach romantischen Gefühlen mit einem Mann).

Interessant war die Wahrnehmung über die jungen Schwulen von heute. Ein Teil erlebt sie als »moralisch«, die den Mann fürs Leben suchen (matrimonial?) und höchstens hedonistische Außenkontakte suchen. Andere meinen, das sexuelle Erleben der Jungschwulen sei zielgerichteter als früher, wobei die Zweierbeziehung nachrangig sei. Priorität haben die schwulen Zusammenhänge.

Auch von anfänglichem monogamen Anspruch in der Beziehung wurde berichtet, wie auch von der Angst, den Partner anzustecken bzw. sich anzustecken, wobei übereinstimmend berichtet wurde, daß

innerhalb der Partnerschaft zuerst Kondome benutzt, später jedoch weggelassen werden. Begründung: Lebensqualität, oder Wünsche nach Verschmelzung. Das durchaus abgefragte Vorleben des Partners habe nur kurzfristig Einfluß auf das Risikomanagement. Ein negativ getesteter Aktiver sei schnell bereit, bei Partnern mit unbekanntem Sero-Status das Kondom wegzulassen.

Spermaschlucken wurde durchweg als mit einem Risiko verbunden angesehen, daß - bei unbekanntem Sero-Status - unterschiedlich eingegangen wird:

- situationsabhängig,
- sexuelle Attraktivität,
- nur mit dem festen Partner.

Auch hier sind Verschmelzungsphantasien auszumachen, ein Teilnehmer sprach von »Glücksmomenten«. Es war - wie bei Analverkehr - die Tendenz auszumachen, daß innerhalb einer Beziehung das Risiko eher eingegangen wird. Passiver Analverkehr wird als Nähe erlebt, als Grenzüberschreitung. Die Frage sei zu stellen, meinte ein Teilnehmer, ob nicht ungeschützter Sex die Tendenz hat, sich »auszudehnen«, erst ungeschützt innerhalb der festen Partnerschaft, dann auch außerhalb.

Das führte auf die Frage zurück: Welche symbolische Bedeutung hat Sex für die Individuen?

Für manche ist Sperma anal aufzunehmen bedeutungsvoll, für andere Sperma schlucken. Dies könnte zu unterschiedlichen Ersatzhandlungen führen, z.B. S/M - Fisten für nicht vollzogenen Analverkehr. Es könnte eine inhärente Logik des sexuellen Handlungsstils geben, die einer Hierarchisierung der sexuellen Wünsche folgt. Wenn passiver Analverkehr als Grenzüberschreitung erlebt wird, dann spricht vieles dafür, daß dieses Überschreiten zuerst mit einem (intimen) Partner, dann erst - wenn überhaupt - bei One-night-stands ausgeübt wird. Wenn Analverkehr ohne Gummi als Intimbeweis zuerst in der Partnerschaft praktiziert wird, wird dann als zweiter Schritt die Intimität ohne Kondom auch außerhalb der Partnerschaft gesucht?

Die meisten Teilnehmer sind von einem Zeitfaktor im Präventionsverhalten ausgegangen, das ein »Abbröckeln« der starren Safer-Sex-Regeln mit sich bringt, d.h. den sexuellen Wünschen wird zu Ungunsten der Sanitärlogik nachgegeben (oder sollte man sagen, eine geringe Abweichung zieht größere nach sich: Wehret den Anfängen?).

Spannend war die Diskussion zum Safer-Sex-Verhalten der Positiven, die wesentlich mehr Skrupel im sexuellem Geschehen haben als die Ungetesteten (Angst den anderen zu infizieren, selbst bei Gummigebrauch), auch Neidgefühle spielen eine Rolle. Es ist unabdingbar, in die AIDS-Prävention die Gefühle bzw. die Biographien der Positiven mit einzubeziehen. Die Regeln von Safer Sex (zugunsten der sexuellen Wünsche) über Bord zu werfen, fällt den Ungetesteten leichter, d.h. auch das Risikomanagement ist bei den Positiven nicht von egoistischen Strebungen geleitet.

Das Signal, auf das Gummi verzichten zu wollen, wird je nach Alter dessen, der verzichten will, unterschiedlich interpretiert: Bei jüngeren Leuten wird dies in der Regel einem negativen Testergebnis geschuldet, bei älteren einem positiven, d.h. allein vom Lebensalter her wird ein bestimmter Sero-Status vermutet. Dies mag plausibel sein, hat aber nichts mit den individuellen Erfahrungen zu tun.

Anschließend wurde kurz noch zur Begrifflichkeit ungeschützter Sex versus Unsafe Sex gesprochen. Im Gegensatz zu ungeschütztem Sex (ohne Gummi) bezeichnet Unsafe Sex ungeschützten Sex zwischen Partnern mit unterschiedlichem Sero-Status.

Fazit

Alle Teilnehmer berichteten von ungeschützten bzw. unsafem Episoden. Das Beziehungsmuster der meisten war zumindest anfänglich ein romantisches, die sexuellen Praktiken, die unsafe ausgeübt wurden, waren symbolisch hoch besetzt. Die Attraktivität bzw. die Qualität von ungeschütztem Sex wurde von allen Teilnehmern bestätigt. Zum Risikomanagement gehören: Wahrscheinlichkeit

»abschätzen«. Die Tendenz zur Zunahme riskanter Praktiken war augenscheinlich. Die Rolle des Testes war ambivalent, wobei die Tendenz zur Mythenbildung deutlich war, d.h. Unverletzlichkeitsphantasien wurden durch ein negatives Testergebnis bestärkt. Die emotionale Differenz und daraus resultierenden Managements zwischen Negativen und Positiven war evident. Leider waren andere biographische Grundlagen des Risikomanagements in der Kürze der Zeit nicht herauszuarbeiten.

HIV-negativ bleiben: Begehren, Widersprüche und Anreize

Wayne Blankenship, MA, San Francisco AIDS Foundation

Übersetzung aus dem Englischen durch Veronika Otte, Deutsche AIDS-Hilfe, mit freundlicher Unterstützung durch Michael Wright und den Autor

Ich hoffe, daß meine Ausführungen über Prävention in den USA für die Diskussion Ihrer Arbeit hier in Deutschland verwertbar sind. Einige Städte in Europa, insbesondere Berlin und Amsterdam, weisen interessante stilistische Ähnlichkeiten mit den schwulen Kulturen in San Francisco auf. Die »Communities« der Lederkerle dieser Städte etwa zeigen etliche auffallende Parallelen. Ich erinnere mich an die Äußerungen eines in San Francisco lebenden Brasilianers, der folgende Beobachtung gemacht hatte:

Schwules Leben in Rio ist viel spaßiger als in San Francisco ... Ich glaube, schwules Leben in jedem heißen Land ist viel interessanter. Ich denke, daß sich ein schwules Leben in San Francisco entweder als »harter Kerl« ('butch') oder als »Tunte« ('fem') abspielt. Alles geschieht im Dunkeln, entweder in Bars oder per Annäherung ('cruising'). Alle sehen gleich aus und alle tun das gleiche.

Er weist darauf hin, so meine ich, daß unsere Sichtweise von Sexualität eher starr als flexibel ist und scharf mit der Vorstellung von Sexualität in lateinamerikanischen Ländern kontrastiert. Identität innerhalb einer schwulen Subkultur (auch wenn sie bereits einige Freiheit in bezug auf Kleidung und Handlungsweisen erlaubt) kann dennoch einer eher rigiden Definition von sexuellen Normen und Erwartungen unterliegen.

Eine Diskussion, die ich vor einigen Monaten in einer Schwulenbar in San Francisco mit einem Deutschen hatte, war ebenfalls erhellend für mich. Nachdem ich meine Arbeit in der AIDS-Prävention erwähnt hatte, erzählte dieser Tourist mir unaufgefordert, daß er nicht HIV-infiziert sei. Obwohl er nicht an Safe Sex glaube, gehe er davon aus, daß er aufgrund seiner positiven Lebenseinstellung vor einer Ansteckung geschützt bleibe. Ich gab zu, daß ich diese Denkweise immer für eine typisch kalifornische »New Age«-Sichtweise gehalten hatte, und daß ich erwartet hätte, daß gerade die meisten Deutschen besonders logisch und wissenschaftlich mit einem solchen Problem umgehen würden. Er antwortete: »Nun ja, Sie kennen also nicht unsere andere Seite, die 'dunkle Seele' der Deutschen, oder?«

Rationalisierungen und sogar magisches Denken über sexuelle Risiken sind ein weltweites Phänomen. Viele Menschen berichten, daß sie sich eher regelmäßigen HIV-Tests unterziehen als ihr Verhalten zu ändern. Testen ist ein verbreiteter Ersatz für Prävention. Einige an die Allgemeinbevölkerung in den USA adressierte Gesundheitsbotschaften propagieren »Ich sage meinem Freund: *Kein Test - Kein Sex*«, und viele Leute folgen dieser Aufforderung, sie entscheiden sich dafür, ihre Angst eher durch regelmäßiges oder geradezu fanatisches Testen (von sich selbst und ihren Partnern) zu bewältigen, als durch Risikomanagement. In diesem Klima kann es nicht

verwundern, daß es viele Widersprüche im Zusammenhang mit sexueller Übertragung von bedrohlichen Krankheiten gibt.

Traditionelle Präventionsstrategien gehen davon aus, daß die Art und Weise, wie wir Entscheidungen im Zusammenhang mit Sex treffen - etwa mitten in der Nacht - grundsätzlich identisch sind mit der Art von Entscheidungen, wie wir sie tagsüber, etwa bei der Arbeit, treffen. Ein Forscher, Ron Gold, hat diese Entscheidungsfindungsarten »heiße und kalte Kognitionen« genannt. Mich interessiert eine Auseinandersetzung über die Möglichkeit, daß diese Entscheidungsfindungsarten vielleicht sehr unterschiedlich sind, abhängig von den Kenntnissen über Sex, Begehren und Risiko, die wir durch andere kulturell vermittelte Botschaften erworben haben.

Kulturelle Definition von Sex und Begehren

In neueren qualitativen Interviews aus San Francisco entdecken wir, daß Männer, die ungeschützten Sex haben, oftmals elaborierte persönliche Rationalisierungen oder kulturell überlieferte Volksweisheiten und »magisches Denken« über das Konzept von Risiko äußern. Auch wenn diese Ideen oft brüchig sind, so können sie doch für den einzelnen hilfreich erscheinen, wenn er erklären will, daß »ICH« - ein HIV-negativer Mann - anscheinend über eine Art von natürlicher Immunität gegen HIV verfüge (oder daß ich, wenn ich Sex mit einem Menschen habe, dem ich vertraue, mein Risiko reduziert habe).

Brüchiges, magisches Denken kann nur dort existieren, wo Menschen sozusagen selbst in Mysterien gehüllt sind. Der Filmemacher Woody Allen wurde einmal gefragt, ob er meine, daß Sex etwas Schmutziges sei. Seine Antwort war »Wenn er gut ist, ja«. Viele Männer haben gelernt, daß sexuelles Begehren eine machtvolle Kraft ist, daß wir unser sexuelles Begehren nicht kontrollieren müssen, weil es uns kontrolliert. Guter Sex wird von Männern manchmal als »außer Kontrolle geratener Sex« definiert. Er existiert auf einer anderen Ebene. Ich spüre oft, daß wir gar nicht so viel darüber wissen wollen, als ob das Entwirren seiner Rätsel dem Sex die Kraft nehmen würde.

Auf einem Werbeplakat für ein schwules Erotikvideo mit dem Titel »Bad Moon Rising« kann man lesen, daß »diese Jäger nur ein Gesetz kannten ... das Gesetz des Fleisches«. Offenbar sind traditionelle Gesetze in diesem Bereich der männlichen Sexualität nicht wirklich anwendbar. Das Begehren, wenn es wirklich stark ist, kann die Gesetze der Logik überwältigen. Jedenfalls möchten Werbeleute uns das glauben machen. Diese Denkweise verkauft mehr Videos, mehr Autos, mehr Produkte. Und diese Denkweise kann leicht dazu benutzt werden, die moralische Botschaft »Sei ein netter Junge, habe Safe Sex« hinweg zu rationalisieren, die so viele unterfinanzierte, übersimplifizierte, »inoffensive« und zensierte Botschaften von wohlmeinenden AIDS-Service-Organisationen kennzeichnet. Es sollte uns nicht überraschen, daß manche Menschen, die anfangs ihr Verhalten aufgrund einer gewissen Compliance in temporären Krisensituationen geändert haben, nun von Safe Sex gelangweilt sind, und daß für sie der »Peter Pan Komplex« (das Konzept meint, daß schwule Männer vor der AIDS-Epidemie unverantwortlich sexuelle Bestien waren, nun aber ultraverantwortlich und »Safe« handeln) in jüngster Zeit zurückgeschlagen haben könnte. Dieser Widerspruch zwischen den üblichen Gesetzen und dem Gesetz des Fleisches könnte störende Langzeitkonsequenzen haben.

Es ist nicht erstaunlich, daß einige unsere Präventionsbemühungen als Anti-Sex-Bewegung auffassen. Wir stecken, allem Anschein nach, mit der Regierung unter einer Decke. Der Text eines populären Liedes, das ich in schwulen Tanzbars und Sex Clubs in letzter Zeit öfter höre, endet mit den Worten: »Die Leute haben immer noch Sex. Das AIDS-Ding funktioniert nicht.« Es wäre mir ein leichtes, mich jahrelang über die Implikationen einer solchen Aussage auszulassen, aber es reicht vollkommen aus zu konstatieren, daß traditionelle Herangehensweisen völlig zutreffend als voreingenommen und sex-phobisch begriffen werden. Und damit ist der Boden für weit verbreitetes Mißtrauen gegenüber Boten und Botschaften bereitet. Im Grunde wissen wir doch, daß es bei Sex nicht um Logik geht, sondern um Begehren, Risiko, Mut, Rebellion, Glück, Schicksal, oder etwa nicht?

Ich möchte behaupten, daß ein neues Forschungsgebiet »männliche sexuelle Muster und Risiken« sein könnte, denn viele Einstellungen und Haltungen von schwulen und bisexuellen Männern sind eher als Resultat unseres Aufwachsens als Männer zu sehen, denn als Resultat unseres Aufwachsens als Schwule. Diese »Tatsache« mag viele unserer sich im Konflikt miteinander befindenden Wünsche, mit denen wir uns als erwachsene schwule Männer konfrontiert sehen, erklären. Wir leben sozusagen in einer Art sexuellem Süßwarenladen der männlichen Privilegien, der jedoch in seiner Entwicklung die weibliche Domäne des »Dating«, der Liebe und Intimität noch nicht ganz erreicht hat.

Das Begehren managen/ Risikomanagement

Eine tiefe Ironie liegt für US-amerikanische Erziehungsaktivisten, die auf der Basis von Richtlinien der Regierung arbeiten, darin, daß sie anders als jede andere Branche, ihr Produkt nicht durch den Einsatz von Sex verkaufen dürfen. Man erwartet von uns, daß wir vernünftigen medizinischen Rat bieten, nicht, daß wir promiske Lebensweisen fördern, die durch Ausübung von Sex, auch wenn es sich um Safer Sex handelt, allzu verlockend erscheinen. Vor einigen Jahren beschloß ich, mir die spezifischen Kriterien, nach denen unser San Francisco AIDS Office Community Board Entwürfe von Materialien für Funding beurteilt, zeigen zu lassen. Ich ging davon aus, daß ich eine Liste von Fragen zu sehen bekommen würde, mit denen Materialien nach medizinischer Richtigkeit, kultureller Relevanz, Verständlichkeit usw. beurteilt werden können. Statt dessen präsentierte man mir ein Papier, das nur eine einzige Frage aufwies: »Fördern die vorgeschlagenen Materialien Homosexualität, Heterosexualität oder Drogenkonsum?« Die Botschaft war klar ... »Nicht beleidigen« ist wichtiger als kulturell relevante Erziehung. (Deutschland kann als eines der wenigen Länder auf der Welt gelten, wo dies dank der avantgardemäßigen, Sex-positiven Arbeit der Deutschen AIDS-Hilfe nicht im gleichen Maße gilt.)

Den Kern der meisten Präventionsprogramme in den USA macht das »Health-Believe«-Modell der absoluten Risikoeliminierung aus, d.h. die Annahme, daß Individuen, wenn sie nur über entsprechend gute Information verfügen, aufgrund des allgemein geteilten Wunsches nach Aufrechterhaltung der eigenen Gesundheit, Risiken von sich fernhalten »wollen«.

Diese Annahme ist unter dem forschenden Blick von vernachlässigten Minderheiten (sexuelle Minderheiten oder Drogenkonsumenten) zusammengebrochen, die eine sehr leicht zu erschütternde Auffassung von »gesund bleiben und ein langes produktives Leben führen« haben können. In den AIDS-Epizentren San Francisco und New York berichten manchmal Männer von einer mangelnden Motivation zum HIV-negativ bleiben, nachdem sie ihr gesamtes Unterstützungssystem und fast alle ihr Freunde an die Krankheit verloren haben. Das sind junge Männer, die hunderte von negativen Stereotypen über einsame, wollüstige alte Schwule internalisiert haben, und die genau so nicht werden wollen. »Safe Sex ... wozu?« könnte ihre Frage an uns sein. Was müßte unsere Antwort an sie sein?

Risikoreduzierungs-Strategien - ausgeborgt von den Harm-Reduction-Modellen für Substanzgebraucher - sind in jüngster Zeit zu Optionen geworden. Zusätzliche Freiräume werden nach wie vor gebraucht, um die Einbeziehung von größeren psychosozialen Themenbereichen in die Präventionslandschaft zu ermöglichen.

Das Bedürfnis, (irgendwo) dazuzugehören

Einige junge Männer verwechseln verständlicherweise AIDS-Identität mit schwuler Identität. Mancher junge Mann aus den AIDS-Epizentren könnte die Serokonversion als Eintritt in die schwule Community mißverstehen (vielleicht haben junge Männer aufgrund der überwältigenden Energie und des Aktivismus, der auf den Abbau der Vorurteile in bezug auf das Positiv-Sein verwandt wird, internalisiert, daß Positiv-Sein eine der wenigen Identitäten ist, die ihnen offen stehen). Ein neues Ziel von Prävention sollte daher die Sicherstellung von anderen Eintrittsriten sein. Allen Menschen ist der Wunsch, irgendwo dazuzugehören, gemein, vielleicht ist er bei denen von uns am größten, die

»anders« als die anderen sind, denjenigen unter uns, die so lang darauf gewartet haben, ihren Platz in der Welt zu finden.

Besonders für diejenigen, denen die Akzeptanz durch die breite heterosexuelle Kultur ein Anliegen ist - die jedoch persönlich die Auswirkungen der Krankheit nicht erfahren haben - mag die Serokonversion unbewußt als eine der wenigen Optionen auf irgendeine Form der sozialen Akzeptanz und Hilfestellung erscheinen. Ich werde die Worte eines an AIDS erkrankten Mannes nie vergessen, den ich vor zehn Jahren kannte: »Es ist komisch, aber es wird viel leichter sein, meinen Eltern zu erzählen, daß ich AIDS habe, als daß ich schwul bin.« Dies ist der Grund, weshalb unsere Aufgabe die Auseinandersetzung mit institutionalisierter Homophobie und Heterosexismus als Präventionshindernissen einschließen muß.

Neuere Daten über junge Männer dokumentieren Raten an Unsafe Sex und Serokonversion, die doppelt so hoch sind wie bei älteren Männern (1). Die Medien (und auch einige Forscher) haben diese Daten insofern mißinterpretiert, als sie daraus schließen, daß jüngere Männer »aufgehört« haben, safe Sex zu praktizieren (das scheint so gut zu den alten Medienberichten über Prävention im letzten Jahrzehnt zu passen, die mit Titeln wie »Studien zeigen: Schwule Männer praktizieren immer noch unsafe Sex« aufwarteten). Jedenfalls haben die betreffenden jüngeren Männer nie die Art von zielgerichteter Erziehung erhalten, die ihre älteren Gegenstücke vermutlich ad acta gelegt und insofern ihr Verhalten überhaupt nicht geändert haben. Ich bin überzeugt, daß jüngere Männer in den zwölf Jahren, die sie im öffentlichen Schulsystem gemeinhin verbringen, nicht eine einzige Botschaft bekommen haben, keinerlei Fertigkeiten erlernen konnten, die ihnen die Entwicklung einer gesunden Sexualität als schwule und bisexuelle Männer ermöglichen würde. Trotzdem gehen viele Präventionsprogramme davon aus, daß sie als selbstsichere Erwachsene zu uns kommen, die darin geübt sind, Sicherheit in jedweder sexuellen Situation zu verhandeln.

Einige Männer, jüngere oder ältere, die sich in die schwulen Mekkas wie San Francisco oder Berlin begeben, stellen fest, daß es auch dort nicht so leicht ist, dazuzugehören. Wie in jeder Kultur werden einige Individuen besser akzeptiert als andere. Wir sind in der Wahrnehmung von Peer-Verhaltensformen ganz besonders verletzlich, vor allem, wenn unser Bedürfnis nach Akzeptanz, nach menschlichem Kontakt und Liebe sehr groß ist. Ich habe die Präventionskoryphäen (zum Beispiel Walt Odets letzte Arbeit »In the Shadow of the Epidemic«) kritisiert, weil sie, von Therapeuten ausgehend, Rückschlüsse auf alle schwulen Männer machen und so zur Pathologisierung von unser aller Leben beitragen, etwa indem wir als traurige Opfer von Survivor's Guilt und posttraumatischem Streßsyndrom charakterisiert werden. Präventionsanstrengungen vergrößern diese Opfermentalität oft noch dadurch, daß sie sich einer von Sucht, Genesung und Rückfall geprägten Sprache bedienen, wenn sie von Sexualität reden ... Präventionsanstrengungen - Case Management zum Beispiel - begrenzen unseren Dialog oft darauf, problematische Individuen herauszufiltern und zu ihrem eigenen Besten in ihr Leben einzugreifen.

Einige harte psychologische Daten geben Anlaß, die »Opferrolle« der schwulen Männer zu bestreiten. Eine Studie, auf der Basis eines Samples von 208 schwulen Männern 1991 erstellt, kommt zu dem Schluß, daß zwar der Nachweis eines Anstiegs von Störungen im Zusammenhang mit Substanzmißbrauch und von (situativen) depressiven Störungen vorliegt, daß jedoch keine syndromalen depressiven Störungen nachweisbar sind, wenn mit anderen Populationen verglichen wird (2). In den allerneuesten Arbeiten, die Dr. Mark Thomas über Gay Men's Health Crisis in New York durchgeführt hat und die in Kürze vorliegen werden, wird aufgezeigt, daß die AIDS-Krise für einige schwule Männer die Entwicklung zum Erwachsenen (gemäß dem Modell von Erik Erikson) beschleunigt hat. Statt davon auszugehen, daß einige Männer in amerikanischen Großstädten jetzt »suizidale Tendenzen« zeigen, hätten wir vielleicht einfach sagen sollen: Wenn HIV-negative Männer keine klare, persönliche Vorstellung davon haben, wie sie HIV-negativ bleiben wollen, dann ist es bei einem Leben in einer Stadt mit hoher HIV-Rate nicht unwahrscheinlich, daß sie sich infizieren. Die Kritische Psychologie geht davon aus, daß niemand seinen eigenen Interessen bewußt zuwider handeln kann (3).

Die Frage, die damit gestellt werden muß, ist, welche Interessen, welche starken Wünsche so wichtig sind, daß jemand sich in bestimmten Situationen der Gefährdung einer HIV-Infektion aussetzt.

Ich vermute, daß es sich eher um ein einfaches Bedürfnis nach Zugehörigkeit und eine Vermischung von schwuler mit HIV-positiver Identität handelt, das für die Serokonversion sorgt. Bis vor kurzem hielt ich dies für ein für San Francisco typisches Phänomen. Aber vor kurzem haben andere Forscher ähnliche Konzepte in Paris erfaßt (Serokonversion als Teil der schwulen Identität) und sie beschreiben sie mit den Begriffen, die ich dargestellt habe als »eine psychologische Rationalisierung, die sich von der Logik unterscheidet« (4). Es ist klar, daß daraus geschlossen werden muß, daß alle Städte, die über ein schwules Netzwerk verfügen, also nicht nur die AIDS-Epizentren, früher oder später mit einer ähnlichen Herausforderung rechnen müssen.

Risiko als positives Konzept

Männer lernen früh im Leben: »Wer nichts wagt, der nichts gewinnt«. Risiko ist eine notwendige Komponente des Erfolges. Für die meisten schwulen und bisexuellen Männer war das Eingehen von Risiken zur Konstruktion einer positiven schwulen Identität notwendig. Statt von uns zu erwarten, daß wir das Risiko eliminieren, sollten wir die richtigen Fragen stellen. Was ist unter Berücksichtigung persönlicher Werte in bezug auf sexuelles Verhalten ein akzeptables Risiko für dich? Welche Risiken möchtest du vermeiden oder zumindest durch geringere Frequenz vermindern? Trotz der Tendenz zu absoluter Sicherheit könnte es sein, daß wir in der Lage sind, einen weit komplexeren Risikobereich zu akzeptieren als Präventionsanstrengungen heute vorsehen.

Eric Rofes hat darauf hingewiesen, daß die meisten Anstrengungen in den USA das Ziel, relative Risiken und die Biologie der HIV-Übertragung zu vermitteln, verfehlt haben. Statt dessen wird Risiko auf der Ebene eines Massenphänomens festgelegt und schwulen Männern werden vereinfachende »safe« Entscheidungen nahegelegt. In dieser paternalistischen Landschaft wurden viele Mißverständnisse und Halbwahrheiten geboren. Rofes merkt an, daß schwule Männer fälschlicherweise dazu gebracht werden zu glauben, daß

- Schwanzlutschen und gefickt werden gleichartige Risiken für eine HIV-Infektion bergen,
- »Rimming« leicht zu einer HIV-Infektion führt,
- gute Schwule jederzeit und hundertprozentig Safe Sex praktizieren,
- Kondome Spaß machen,
- Samen zu schlucken, gefährlich ist (»Spuck's aus!«),
- bei analem Sex beide Partner das gleiche Risiko einer HIV-Infektion tragen,
- Massage, Füße reiben und Umarmungen Formen von Sex sind. (5)

Ebenso wie es im Jahr 1996 inakzeptabel ist, daß wir uns als fröhliche Kondomverteiler definieren, ist es auch nicht akzeptabel, daß nach 15 Jahren der Epidemie ein komplexes Thema wie schwule Sexualität übermäßig auf einige wenige Slogans und Binsenweisheiten reduziert wird. Ein Mann, den wir vor kurzem interviewt haben, kritisierte die Präventionsanstrengungen, weil sie unsere Diskussionen nur auf sozial akzeptable Themen reduzieren:

Sie (die schwulen Männer) haben keinen Grund, uns zu trauen ... Wir haben nie gesagt: 'Hör zu ... wir wissen, wie das für Dich ist, wenn Du spät in der Nacht in einem Buchladen bist, Du willst ein bißchen Action und Du fühlst Dich angeekelt, wenn Du den Laden verläßt. Wir wissen, wie das für Dich ist, wenn Du Sex in einem Park hast ...' Wir haben solchen Dingen nie Gültigkeit beigemessen, weil wir den Auftrag der Regierung an ihnen erfüllen sollen.

Auf ewig HIV-negativ bleiben und andere radikale Ideen

In San Francisco hat die schwule Presse eine Spaltung vorgeschlagen, die sie als »Virale Apartheid« etikettiert haben; so wird der unterschiedliche Tagesablauf von HIV-positiven und HIV-negativen beschrieben. Primäre und sekundäre Präventions-Services für die beiden Gruppierungen von Män-

nern werden auch oft diskutiert, und negative Männer haben sich ebenso verschüchtert darüber Gedanken gemacht, daß sie den positiven Männern »Dienstleistungen entziehen« wie die Aktivisten der AIDS Service Organisationen es sich sogar schwer machten, politisch belastete Ausdrücke wie »nicht infiziert« oder »HIV-negativ« zu benutzen. Die Atmosphäre ist voller Mißtrauen, Anklage und - wie immer - geprägt von mangelnder Finanzierung.

Neuere, auf junge Männer ausgerichtete Werbeplakate für Toilettenanlagen, die von der San Francisco AIDS Foundation und dem STOP AIDS Projekt gemeinsam produziert wurden, propagieren: »Wenn du jung, schwul und HIV-negativ bist, ist der beste Weg, die Epidemie zu bekämpfen der, HIV-negativ zu bleiben.« Damit wird Aktivismus mit Safe Sex Verhalten verknüpft.

Eine 1995 erschienene Zeitungsanzeige thematisiert die Diskussion in den Communities über: »Was sagen HIV-negative Männer darüber, was sie vom Leben wollen?«, und gibt Antworten: »Einen guten Hund. Eine hübsche Wohnung. Wahre Liebe. Ein Leben, das sich nicht um HIV dreht.« Daneben nennt eine Liste der Angebote für diese Männer jegliche soziale, sportliche und spirituelle Gruppe in der Stadt, jedoch *keinerlei HIV Service Einrichtung*.

Sicherlich haben sich die spezifischen Bedürfnisse von negativen Männern im Laufe der Zeit verändert. Wir gehen davon aus, daß sich die Primärprävention immer an negative Männer gerichtet hat. Wie kommt es also, daß sie das Gefühl haben, wir hätten uns noch nie um sie gekümmert?

Neugestaltung von Prävention/ Förderung von gesundem Sex

Die Verwendung von neuen Harm-Reduction-Strategien für unsere Aufgabe legt es nahe, daß wir innerhalb eines neuen Feldes von Gesundheitsförderung ein neues Konzept mit stärkerer Bedeutung für die Sexualität erarbeiten. Die Arbeit von Dr. Lisa Capeldini, einer Ärztin in San Francisco, scheint mir ein gutes Beispiel zu sein. Sie betont den gesundheitlichen Nutzen von sexueller Aktivität - große kardiopulmonale Verbesserungen, erhöhte Flexibilität der Gliedmaßen und Streßreduzierung. (6)

Sogar das konservative »Familien«-Magazin *Reader's Digest* brachte einen Artikel, der erklärte, daß Sex das Immunsystem verbessert. Warum scheinen wir so sehr zurückzuliegen im Eintreten für den Nutzen von sexuell weniger riskanten Praktiken, für die Vorteile eines eher breiten als begrenzten sexuellen Repertoires und für die positiven Auswirkungen von Sex mit verschiedenen Partnern?

Wir müssen einen Weg finden, um den Konflikt zwischen »heißer und kalter Kognition« anzusprechen, der so geschickt von beinahe jedermann bei der Aushandlung von sexuellen Risiken eingesetzt wird, jedoch von kaum jemandem verstanden wird. (Ich vermute, daß die Idee von schwulen Männern als sexuell »Gesetzlosen« einer Revision unterzogen werden muß.)

Wir müssen damit beginnen, die Verbindung von Drogenkonsum und sexueller Entscheidungsfindung zu entwirren. Statt weiterhin naiv zu behaupten, daß Alkohol und Drogen zum Anstieg von unsafe Sex führen, müssen wir der Realität ins Gesicht sehen, d.h. für einige stellen Drogen einen Coping-Mechanismus zur Streßreduzierung dar, für andere, die durch Homophobie, Sexphobie oder Mißbrauch Verletzungen davon getragen haben, mag die Selbstmedikation mit Drogen der einzige Weg sein, über den sie sich derzeit überhaupt sexuelle Erfahrungen erlauben können. Für Menschen, die sich auf dem Weg der Genesung von Abhängigkeit befinden, ist es zentrales Anliegen, ein neues Konzept von gesundem, in Nüchternheit praktiziertem Sex aufzubauen.

Im Laufe der Zeit sind in San Francisco »Mini-HIV-Epidemien« innerhalb der schon als riskant geltenden Subkulturen (zum Beispiel junge schwule Männer als Untergruppe von schwulen/bisexuellen Männern) auszumachen gewesen, was nach speziell darauf zugeschnittenen Präventionsprogrammen verlangt. Weitere Gruppierungen, für die die Forschung spezielle Zielstellungen aufgezeigt hat, sind Methamphetamin-Konsumenten (»Speed«) (6), farbige Männer, die sich nicht mit den »weißen Schwulen-Communities« identifizieren, Männer, die über den Verlust von geliebten Partnern trauern, negative Männer, die in Partnerschaften leben und daran interessiert sind, Strategien

zum Aushandeln von Sicherheiten zu erlernen (ungeschützter Sex zwischen Negativen), Männer in Umbruchsituationen (8) (wie Coming-out, Verlust des Arbeitsplatzes, etc.) usw.

Lizbeth Menendez nutzt allgemeine Strategien der Konfrontation mit Widersprüchen für ihre Lehrtätigkeit mit »Mainstream Workers«, sie nutzt traditionelle religiöse Hintergrunderfahrungen und propagiert, daß »der Priester dem Herrn Absolution erteilen kann, aber nicht dem Risiko« (9). Sie adaptiert die Sprache und das Wertesystem der »Blaumann«-Amerikaner, um das Konzept von »Risiko« zu erläutern. Wenn man einfache Logik nutzt, kann die Unterscheidung zwischen Kirche und Staat, Biologie und Glauben gemacht werden, ohne daß das Gerüst der Identität erschüttert werden muß.

Kühnere Herangehensweisen müssen die Politikmacher einbeziehen, wenn Aufgaben, die Prävention und sexuelle Gesundheit betreffen, übernommen werden sollen. Viele erwachsene schwule Männer haben die Fähigkeiten und Fertigkeiten erlernt, die benötigt werden, wenn das System erfolgreich verändert werden soll. Zum Beispiel das Erziehungssystem, das zur Zeit nicht in der Lage ist, Schüler und Studenten aus sexuellen Minderheiten vor Übergriffen und Gewalt zu schützen, und noch weniger Erziehung über Sexualität und Risiko anbieten kann. Wir können die Verantwortung für das System nicht allein übernehmen, da es sich traditionell in der Hand von Eltern und religiösen Führern befindet.

Ein neueres Projekt in den USA, »Mother's Voices« genannt, mobilisiert Mütter, damit sie ihren Regierungsvertretern schreiben und Reformen im Pflege- und Präventionsbereich einfordern. Leider sind heutzutage nur »Pay now or pay later«-Strategien des Lobbying erfolversprechend, die der Regierung die zukünftigen Belastungen im Pflegebereich (für Individuen, die jetzt keine guten Präventionsbotschaften erhalten) verdeutlichen.

Obwohl es von einigen Seiten kritisiert wird, ist das Ziel des französischen Gesundheitsministeriums, das eine Normalisierung des Risikos dadurch erreichen will, daß Präventionsbotschaften für schwulen und heterosexuelle Menschen gemeinsam in den Medien plaziert werden, eine genauere Betrachtung wert. Kampagnen zur Mobilisierung von schwulen Geschäftsleuten, die in die Präventionsanstrengungen einbezogen werden sollen, sind in Paris gestartet worden. Auch in San Francisco nehmen Ladenbesitzer an Safer-Sex-Projekten teil, etwa durch Schaufenster-Gestaltungswettbewerbe, die gemeinsam mit Präventionsagenturen gesponsort werden. Neue Spieler müssen den Ball der Prävention aufnehmen.

In einer neueren Broschüre aus Seattle, Washington, mit dem Titel »Welcome to Gay City« kann man folgendes lesen: »Keine Trauerveranstaltungen mehr. Keine AIDS-Protest-Veranstaltungen mehr. Kein Fundraising mehr für AIDS. Und keine verdammten roten Schleifen mehr. Stellt Euch vor, schwule Männer zählen graue Haare, nicht T-Zellen. Stellt Euch vor: keine neuen HIV-Infektionen mehr« (10). Erst jetzt fangen wir an zu diskutieren, wie bedeutsam es ist, dem Leben schwuler Männer Gültigkeit zuzusprechen, unseren Beitrag zur Welt als produktive Erwachsene zu betonen. Wenn ich meinem Leben keinen Wert beimesse, werde ich sicherlich keine Schritte unternehmen, um es zu schützen. Die Notwendigkeit von Rollenmodellen für erfolgreiche, sexy, fröhliche schwule Männer über 40 ist offensichtlich. Wir werden uns auch der steigenden Ausgrenzung von alten Männern in der Schwulenkultur stellen müssen.

Solange die Aktivisten nicht mutig ihre Anstrengungen auf die kulturellen Widersprüche richten, die mit Sex und Risiko verbunden sind, auf den Wert des Überlebens und den Wert des Individuums, das zur Zeit immer mehr entrechtet wird, solange werden wir weiterhin vorwärts stolpernd sozial akzeptable »Intervention« betreiben, statt endlich wirkliche Prävention zu erreichen.

Literatur

(1) und (2). Ron Stall, et al.: A comparison of Younger and Older Gay Men's HIV Risk-Taking Behaviors. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome* 5: 682-687. Sowie: San Fran-

- cisco Department of Public Health AIDS Office: San Francisco Young Men' Health Study, 1992
- (3) Klaus Holzkamp: Was heißt 'Psychologie vom Subjektstandpunkt'? Überlegungen zur subjektwissenschaftlichen Theoriebildung. Forum Kritische Psychologie 28. Argument Verlag, 1991
 - (4) Hubert Lisandres: Les Homosexuels et le Safer Sex: Contribution Psychoanalytique a la Prevention du SIDA; Recherche a l'ANS, 1994
 - (5) Eric Rofes: Reviving the Tribe: Regeneration Gay Men's Sexuality and Culture in the Ongoing Epidemic. New York: Harrington Park Press, S. 140
 - (6) Fernsehfilmepisode. San Francisco: QTV, 1996
 - (7) Linette A. Lewis & Michael W. Ross: A Select Body: The Gay Dance Party Subculture and the HIV/AIDS Pandemic. London: Cassell, 1995
 - (8) Halley Eisner-Frietas, et al.: A Grounded Theory of Sexual Risk Taking for Younger Gay Men. (noch nicht veröffentlicht).
 - (9) Lisa Menendez: What's New in AIDS Education. Vortrag auf der 5. Annual National Gay, Lesbian Task Force Conference. San Francisco, 1996
 - (10) Welcome to Gay City. Seattle: Gay Health Project, 1995

Von hinten besehen: Analer Sex im AIDS-Zeitalter

Onno de Zwart, Schwulen- und Lesbenstudien Universität Utrecht, Gesundheitsamt Rotterdam

Übersetzung von Thomas Brüggemann

Verehrte Anwesende,

ich will diesen Vortrag mit einem Beispiel beginnen. Ein Beispiel, das für einige vielleicht extrem klingt, das aber auf eine Reihe wichtiger Aspekte von analem Sex hinweist. Sie hören jetzt den Bericht von Casper. Casper ist 39 und hat eine feste Beziehung, in der er nur selten fickt; daneben hat er einen festen Sexpartner, mit dem er eigentlich stets analen Sex hat.

Wenn wir uns sehen, läuft es darauf hinaus. Das ist die unausgesprochene Regel zwischen uns geworden. Er findet es herrlich, sich von mir nehmen zu lassen und ich genieße es, ihn zu ficken ... Wie gewöhnlich gebe ich das Zeichen. Ich ziehe ihn an mich heran und dann beginnt es mit Zungenküssen und Streicheln über Kopf und Haar und dann gleitet man langsam hinunter. Ich umfasse ihn manchmal von hinten an seinen Schwanz, um zu fühlen, ob er schon steif ist. Und dann ziehen wir uns langsam aus ... So baut man das langsam auf.

Im Bett ging es weiter.

Erst sich gegenseitig einen blasen und dann beginne ich ihm mit dem Finger am Arsch zu spielen, bis sich dieser offen anfühlt. Und dann kommt der Augenblick, in dem ich zu verstehen gebe, daß ich ihn nehmen will. Es wird ein Kondom ausgepackt und das stülpt er mir dann über. Er macht das wirklich sehr leicht. Er macht meinen Schwanz wirklich ganz steif und dann plötzlich sitzt das Kondom drauf. ... Ich selbst würde am liebsten verschiedene Haltungen ausprobieren, aber das tue ich mit ihm nicht. Er findet alleine eine Haltung geil und das ist die mit seinen Beinen nach oben. Was ich mit ihm besonders schön finde, und das ist einer der Gründe, warum ich den Kontakt mit ihm halte, ist, daß er ganz darin auf-

geht. Das macht mich dann noch geiler, und tatsächlich machen wir uns dann völlig wild aufeinander. Den betreffenden Abend lief das Ficken eigentlich genau so, wie ich es wollte, außer daß ich für mein Gefühl etwas zu schnell abspritzte.

Der Bericht von Casper ist mehr als ein einfaches Beispiel für einen Schwulen, der das Ficken liebt. Der Bericht macht deutlich, daß ficken nie etwas selbstverständliches ist, sondern daß ficken das Ergebnis einer Reihe von Entscheidungen ist, die Männer fällen. In diesem Vortrag will ich auf einige dieser Entscheidungen näher eingehen: die Entscheidung, zu ficken oder nicht zu ficken; die Entscheidung darüber, welche Rolle man einnimmt, ob aktiv oder passiv; und die Entscheidung über Vorsichtsmaßnahmen. Die Verwendung des Wortes »Entscheidung« mag den Eindruck erwecken, daß ich Sex als eine rationale Angelegenheit betrachte. Das ist nicht so. Sex ist meiner Meinung nach ein außergewöhnlich komplizierter Prozeß mit einer eigenen Logik. Aber ich gebrauche das Wort Entscheidungen hier als ein Modell, um sexuelle Kontakte zu beschreiben. Nachdem ich die verschiedenen Entscheidungen besprochen habe, will ich darauf eingehen, welche Bedeutung ficken für Schwule haben kann. Abschließend werde ich etwas über die Bedeutung dieser Analyse von analem Sex für die AIDS-Prävention sagen.

Dieser Vortrag baut auf einer qualitativen Untersuchung der Schwulen- und Lesbenstudien der Universität Utrecht auf, die Marty P.N. Kerkhof und ich 1994 und 1995 unter 71 homo- und bisexuellen Männern im Alter von 18 bis 63 Jahren in den Niederlanden durchgeführt haben. Ausgangspunkt dieser Untersuchung war die sogenannte »Sexuelle-Skript-Theorie«. Diese Theorie geht davon aus, daß Menschen während eines sexuellen Kontaktes nach einem »Skript« handeln. Ein »Skript« ist aus innerpsychischen, zwischenmenschlichen und kulturellen Elementen aufgebaut. »Skripts« sind nicht statisch, sondern veränderbar.

Unsere Bemühung war, eine heterogene Gruppe homosexueller Männer in die Untersuchung einzu beziehen. Über Anzeigen, Aufrufe und persönliche Kontakte wurden Männer angeworben, die mit Schlüsselfragen nach Ausbildung, Alter, Wohnort, HIV-Status, sexuellen Vorlieben und Beziehungsformen ausgewählt wurden. In den Interviews wurden mit den Männern ausführlich über ihre Erfahrungen mit analem Sex gesprochen. Die Befragten wurden gebeten, einige Begegnungen zu beschreiben, während derer gefickt wurde. Alle Interviews wurden transkribiert und danach analysiert.

Ficken oder nicht ficken, das ist die Frage?

Aus dem Beispiel wird deutlich, daß ficken oder nicht ficken für einen großen Teil der Befragten vom Wunsch des Partners abhängt. Casper fickt selten mit seinem festen Partner, obwohl er eigentlich gerne fickt. Mit seinem Sexpartner dagegen passiert es beinahe immer. Dies macht deutlich, daß es nicht alleine entscheidend ist, wieviel Interesse jemand am ficken hat. Wohl sagt das Interesse, das jemand am ficken hat, etwas über das Ausmaß aus, mit dem er die Initiative ergreift, um zu ficken. In unserer Untersuchung haben wir drei Gruppen unterschieden: Männer, die am ficken sehr interessiert sind, Männer, für die ficken gar keine Bedeutung hat und eine Gruppe dazwischen.

Männer, für die ficken sehr wichtig ist, werden bei einem sexuellen Kontakt schneller die Initiative ergreifen, um zu ficken (was nicht bedeutet, daß es ihnen auch stets gelingt), während dies bei der Gruppe, für die ficken weder wichtig noch unwichtig ist, stark vom jeweiligen Partner abhängt und dem Zusammenspiel mit ihm. Die Bedeutung, die dem Ficken beigemessen wird, kann sich im Leben eines Schwulen verändern. Dieses Interesse kann sich im Laufe des Lebens unter allerlei Faktoren verändern, wie zum Beispiel einem neuen Partner oder AIDS. Es gibt viele Aspekte, die für Männer gerade Anlaß zum Ficken sein können oder sie davon abhalten. Aus physischen Gründen (Schmerz), emotionellen (Angst) als auch kulturellen Gründen (die Überzeugung, daß ficken unnatürlich ist) können Männer beschließen, nicht zu ficken. Für andere Männer können ein physischer Grund (der andere hat einen großen Schwanz) oder kulturelle Gründe (die Idee, daß ficken zum Coming-out gehört) gerade eine Stimulans sein, um sich ficken zu lassen. In den letzten 15 Jahren ist AIDS ein zusätzlicher Faktor geworden, der Männer in ihrer Entscheidung beeinflussen kann, zu ficken oder

nicht. Für einige Männer - und besonders für die Gruppe, die ficken eigentlich nicht wichtig findet - formt AIDS eine Entschuldigung, um nicht mehr zu ficken. Daneben gibt es eine Gruppe Männer, die unter dem Einfluß von AIDS ein paar Jahre nicht mehr gefickt, aber inzwischen wieder damit begonnen haben. Dies ist auch dem Einfluß der niederländischen Präventionskampagne zuzuschreiben, die lange von analem Sex abgeraten hat. Gleichwohl ist dieses Phänomen nicht allein in den Niederlanden beobachtet worden, sondern durch Michael Bochow auch in Deutschland. Es gibt Männer, die ihre eigene Präventionsstrategie entwickelt haben und auf deren Basis entscheiden, ob sie mit einem bestimmten Partner ficken oder nicht, beispielsweise wohl mit einem jungen Partner, aber nicht mit einem Amerikaner.

Eindringend oder aufnehmend: aktiv oder passiv

Wenn feststeht, daß gefickt werden soll, ist die folgende Entscheidung, die getroffen werden muß, welche Rolle die Partner einnehmen wollen: aktiv oder passiv. Im Beispiel von Casper spielt er eigentlich stets die aktive Rolle. Casper bevorzugt die aktive Rolle, andere Männer bevorzugen die passive. Aber so wie bei der Entscheidung über das Ficken ist die Entscheidung, welche Rolle man spielen soll, in hohem Maße abhängig von der Interaktion und vom Partner. Logischerweise geben Männer ihrer Lieblingsrolle den Vorzug, in der Praxis scheint jedoch Rollenflexibilität die Norm. Wenn man das über einen längeren Zeitraum beobachtet, stellt man fest, daß Männer selten ausschließlich die aktive oder passive Rolle spielen. Manche Männer wählen bewußt beide Rollen. Für sie ist dies das Besondere an der Homosexualität. Für andere Männer dagegen ist die Flexibilität abhängig vom Partner und seinen Charakteristiken (beispielsweise kann ein schöner Schwanz oder ein schöner Arsch das Verlangen nach einer anderen als der üblichen Rolle wecken) und dem Vertrauen zu dem jeweiligen Partner. Letzteres gilt besonders für Männer, die am liebsten aktiv ficken wollen; bevor sie sich selbst ficken lassen, müssen sie ein hohes Maß an Vertrauen in den anderen haben. Die meisten Männer spielen beide Rollen, aber die Bedeutung, die die aktive und die passive Rolle haben, sind gänzlich unterschiedlich. Gefickt zu werden, ist für viele Männer an Gefühle von Hingabe und Unterwerfung gebunden.

Abwägung zwischen Gesundheit und Lust

In den zurückliegenden Jahren ist deutlich geworden, daß einer der Faktoren, die den Gebrauch von Kondomen erschweren, die Tatsache ist, daß sich präventives Verhalten und Lustbefriedigung nicht immer vereinbaren lassen. Diese Untersuchung hat das nochmals bestätigt. Homosexuelle Männer entwerfen ihre eigene Präventionsstrategie, die nur teilweise auf offizielle Präventionsbotschaften gegründet ist, und beschäftigen sich mit Risikomanagement. Für viele Männer ist Risikomanagement ein Bestandteil ihrer eigenen Präventionsstrategie. Bei Risikomanagement stützen sich Männer oft auf das Vertrauen, das sie in einen bestimmten Partner haben. Was den Punkt Vertrauen betrifft, kann in unserer Untersuchungsgruppe von einer Zweiteilung gesprochen werden. Es gibt eine Gruppe Männer, die je mehr das Vertrauen zunimmt, desto eher bereit sind, Risiken einzugehen. Oder, wie es einer der Interviewten zusammenfaßte: »Ich mache erst eine Analyse der Emotionen und dann der Risiken.« Diese Gruppe versucht, das Risiko zu managen. Daneben gibt es eine Gruppe, die kein Risiko eingehen will und die unabhängig vom Ausmaß des Vertrauens in den Partner safer sex praktiziert.

Kondomgebrauch während des Fickens ist also zu einem wichtigen Anteil abhängig vom Ausmaß des Vertrauens in den Partner. Daneben können weitere Faktoren den Kondomgebrauch erschweren. An erster Stelle erfahren manche Männer praktische Behinderungen, im weiteren betrachten Männer Kondomgebrauch oft als eine Unterbrechung des Sex. Darüber hinaus, und das ist die eingreifende Behinderung, macht Kondomgebrauch den Austausch von Sperma unmöglich. Das Geben und Empfangen von Sperma ist für manche Männer ein wichtiges Element von analem Sex. Es symbolisiert Einswerden und Verschmelzung zwischen zwei Männern. Kondomgebrauch behindert das.

Bedeutung und Szenarios

Basierend auf der 'Sexuelle-Skript-Theorie' haben wir ausgehend von dem Material vier Szenarios konstruiert. Szenarios stellen ein Hilfsmittel dar, um den sexuellen Kontakt zu verstehen. Zuerst geben Szenarios an, was während des sexuellen Kontakts passiert: Sie geben Ordnung. Daneben kann mit einem Szenario die Bedeutung eines sexuellen Kontakts und seine verschiedenen Aspekte angedeutet werden. In dem Beispiel, mit dem ich den Vortrag eröffnet habe, ist deutlich, daß für Casper das physische Vergnügen, das er am Ficken erlebt, im Vordergrund steht. Dieser Bericht ist dann auch kennzeichnend für ein physisches Szenario, in dem es um das leibliche Vergnügen geht, das ficken und gefickt-werden geben. Das intime Szenario ist nicht so sehr den Verlauf des analen Sex betreffend anders als vielmehr in der Bedeutung, die das Ficken hat. Es geht hier um die emotionale Befriedigung, die das Ficken beiden Partnern gibt; ficken bedeutet zusammensein und einswerden mit dem Partner. Ficken hat vor allem in Beziehungen diese Bedeutung und folgerichtig wird ficken in vielen Fällen als die Krönung der Beziehung gesehen. Ein drittes Szenario ist das reziproke Szenario. Für dieses Szenario ist kennzeichnend, daß beide Partner während eines bestimmten Kontakts beide Rollen spielen, die aktive und die passive. Für einige Männer stellt dieses Szenario das Ideal von Gleichgewicht dar. Dieses Szenario legt den Nachdruck auf die Ordnung und nicht auf die Bedeutung. Das vierte Szenario ist das Machtszenario, das Macht und Ungleichheit ritualisiert und erotisiert. In diesem Szenario geht es sowohl darum, was während des Sex passiert, als auch darum, welche Bedeutung der Sex für beide Partner hat. Voraussetzung für dieses Szenario ist, daß der untertänige Partner explizit oder implizit Zustimmung gibt, Machtspiele zu spielen. Die Resultate unserer Untersuchung weisen darauf hin, daß während 'Machtszenarios' im Vergleich mit anderen Szenarios seltener ungeschützt gefickt wird. Unseres Erachtens gibt es dafür drei mögliche, wahrscheinlich einander ergänzende Erklärungen. Erstens geschehen Machtspiele relativ häufiger mit wechselnden Partnern, und aus Untersuchungen ist bekannt, daß Sex mit wechselnden Partnern häufiger geschützt wird. Zweitens ist das Machtszenario durch zahlreiche Regeln gekennzeichnet; eine zusätzliche Regel für den Gebrauch eines Kondoms stellt dann keine Einschränkung dar. Schließlich vereinfacht der Gebrauch von Attributen während dieses Szenarios den Gebrauch von Kondomen, weil ein zusätzliches Attribut leichter in das Spiel einzubauen ist.

Hingabe

Die Untersuchung hat deutlich gemacht, daß einer der wichtigen Aspekte von analem Sex die Möglichkeit zur Hingabe ist, Hingabe an den Partner oder an den Sex. Hingabe kommt während aller Szenarios vor. Der Bericht von Casper ist ein deutliches Beispiel dafür; die Tatsache, daß sein Sexpartner so sehr im Sex aufgeht, sich hingibt, macht Sex sehr schön für ihn. Hingabe aber kommt nicht einfach mal so zustande, dafür müssen einige Bedingungen erfüllt sein. Zuerst ist es oft so, daß je vertrauter man sich mit dem Partner fühlt, desto einfacher Hingabe zustande kommt. Zweitens müssen die Partner davon überzeugt sein, daß nichts gegen ihren Willen passiert. Hingabe wird vereinfacht, wenn Männer an ihrer Rolle, aktiv oder passiv festhalten. Und AIDS hat einen vierten Faktor hinzugefügt: Man muß davon überzeugt sein, daß keine Risiken eingegangen werden, die man nicht eingehen will. Das bedeutet nicht, daß der Sex tatsächlich geschützt zu sein braucht: Männer müssen darin übereinstimmen, welches Risiko sie eingehen wollen. Geschützter Sex kann Hingabe erschweren. In diesem Sinn stellt die Notwendigkeit von sich-schützen eine Beschränkung dar, um gerade eines der wichtigsten Elemente von analem Sex zu erleben: Hingabe.

Schlußfolgerungen

Ich hoffe, mit diesem Vortrag deutlich gemacht zu haben, daß Analsex als eine Reihe von Entscheidungen gesehen werden kann, die Männer treffen: Entscheidungen über ficken oder nicht-ficken, über die Rolle, die sie spielen, und Entscheidungen über sich-schützen. Diese Entscheidungen und die Weise, in der die Männer Sex interpretieren, formen vier Szenarios: das physische, das intime, das

reziproke und das Machtszenario. In allen diesen Szenarios probieren Männer, sich dem Partner oder dem Sex hinzugeben.

Aber was bedeutet das nun für die Prävention? Ich hoffe, ich habe deutlich gemacht, daß ficken nicht etwas einfaches ist. Das bedeutet, daß einfache Präventionsbotschaften nicht genügen. Natürlich bleibt die Grundlage für die Prävention, daß ficken mit Kondom Sicherheit bietet, aber gleichzeitig ist es wichtig zu erkennen, daß Männer gute Gründe haben, kein Kondom zu gebrauchen. Zum Beispiel, weil sie Intimität und Verschmelzung teilen wollen, oder weil sie zu wissen glauben, daß sie mit einem spezifischen Partner kein Risiko eingehen. Die Herausforderung ist, Präventionsaktivitäten zu entwickeln, die es ermöglichen, mit Männern darüber ins Gespräch zu kommen. Aktivitäten, die die symbolische und emotionale Bedeutung von analsex ernst nehmen. Aktivitäten, die die eigenen Präventionsstrategien homo- und bisexueller Männer als Ausgangspunkt nehmen und diese nicht als Ausflüchte abwerten. Auf diese Weise ist es vielleicht möglich, Männern deutlich zu machen, wann 'ausgehandelte Sicherheit' (negotiated safety) übergeht in 'ausgehandelte Gefahr' (negotiated danger). So können Männer ihre eigene Wahl treffen.

Zur Notwendigkeit kulturspezifischer Angebote in der Primärprävention

Petra Narimani, VIA - Verband der Initiativgruppen in der Ausländerarbeit, Berlin

Ich möchte heute über die Notwendigkeit kulturspezifischer Angebote in der Primärprävention sprechen und mich zunächst herzlich bei der Deutschen AIDS-Hilfe dafür bedanken, daß ich am letzten Tag dieser Veranstaltung dazu Gelegenheit habe.

Ich habe mich ausdrücklich auf die Primärprävention beschränkt, weil erstens das Thema kulturspezifischer Konzepte ungeheuer komplex ist, und zweitens beim Thema Sekundär- oder Tertiärprävention an dieser Stelle andere stehen sollten, nämlich Migrantinnen und Migranten mit HIV/AIDS.

Konzepte habe ich keine anzubieten, jedoch Wege, die hoffentlich dazu führen, daß wir demnächst gemeinsam solche erarbeiten können. Da es sich um ein solch umfangreiches Thema handelt, habe ich als roten Faden die fremdsprachigen Broschüren der Deutschen AIDS-Hilfe gewählt.

Das, was ich vorzutragen habe, beruht hauptsächlich auf persönlichen Erfahrungen der letzten zehn Jahre.

Als ich im Sommer 1986 in die Deutsche AIDS-Hilfe kam, gab es bereits eine ganz Reihe von Faltblättern, die sich gezielt an bestimmte Gruppen richteten. Darunter fanden sich auch ein paar fremdsprachige Faltblätter, die Übersetzungen der Kurzfassung »Heutiger Wissensstand« waren. Damals nahm ich das Angebot als sehr selbstverständlich hin, heute finde ich es insofern geradezu revolutionär, da die meisten anderen Einrichtungen sehr viel später eigene, fremdsprachige Broschüren zu diesem Thema erstellt oder die Notwendigkeit eines solches Angebotes für hier lebende AusländerInnen wahrgenommen haben.

In den ersten Jahren beschäftigte sich die AIDS-Hilfe sehr gezielt mit dem Kreis schwuler Männer. später kamen Drogengebraucher dazu. Daß in beiden Gruppen auch Menschen anderer Kulturen zu finden waren, wurde - bis auf ganz wenige Ausnahmen - nicht unter dem Aspekt anderer Bedürfnisse gesehen.

Als ich dann 1988 vorübergehend alle Printmedien zu betreuen hatte, fragte ich mich immer häufiger, was Menschen aus anderen Ländern, so sie sich denn für AIDS überhaupt interessierten oder einen Test zu machen wünschten, von diesen Faltblättern wohl haben könnten. »Was«, so fragte ich

mich, »passiert, wenn jemand große Angst vor einer HIV-Infektion hat? Wie können wir überhaupt eine angemessene Testberatung anbieten oder wohin schicken wir Ratsuchende? Erreichen wir diejenigen, die in Risikosituationen leben, mit solchen Faltblättern? Was ist mit der Definition von Homosexualität in anderen Kulturen? Machen wir, wenn wir beraten, nicht vielleicht mehr kaputt, als wir helfen können?« Und schließlich: »Was haben wir anzubieten, wenn tatsächlich jemand HIV-positiv ist oder an AIDS erkrankt?«

Innerhalb der AIDS-Hilfe gab es kaum Möglichkeiten, sich näher mit dem Thema zu beschäftigen, da für uns vordringlichere Probleme anstanden und die Faltblätter eher als kleine Zugeständnisse gesehen wurden, Ausländern überhaupt etwas anzubieten. Unter diesem Gesichtspunkt halte ich heute die Faltblätter in der vorliegenden Form noch immer für durchaus angemessen.

1989 stand eine Überarbeitung der fremdsprachigen Faltblätter und die Aufnahme weiterer Sprachen an, da wir immer häufiger Hinweise anderer Einrichtungen erhielten, wie notwendig doch z.B. türkisch und persisch, portugiesisch und arabisch seien. Wir versuchten, die Übersetzungen »kulturspezifischer« anzugehen, wobei wir verschiedene Texte zugrunde legten, etwa solche für nicht EU-Bürger, die einen anderen rechtlichen Status haben. Zudem wurde versucht, solche ÜbersetzerInnen zu finden, die mit dem Thema bereits vertraut waren. In diesen Jahren war das ganz besonders schwierig und das ist im Großen und Ganzen bis heute so geblieben. Besonderes Glück hatten wir dabei mit der persischen Broschüre, da für deren Übersetzung ein schwuler persischer Arzt gewonnen werden konnte, der seine Kindheit im Iran verbracht hatte. Durch seine deutsche Mutter und lange Aufenthalte in Deutschland war er in beiden Kulturen zu Hause. Dies ist meines Wissens die einzige Broschüre, an der es - von persischer Seite versteht sich - bis heute keine Kritik gegeben hat.

Wir legten insbesondere den persischen, türkischen und arabischen Übersetzern nahe, die deutsche Textvorgabe nur als Grundlage zu benutzen und ansonsten so vorzugehen, wie man in der jeweiligen Kultur das nötige Wissen vermitteln würde. Diskriminierende Aussagen (etwa gegenüber Schwulen) waren unbedingt zu vermeiden und die medizinischen Fakten mußten selbstverständlich stimmen.

Fünf Jahre später gab es plötzlich heftige Kritik an der arabischen Version, die bis dahin bundesweit (und sogar von arabischen Ländern) angefordert worden war, ohne je eine negative Reaktion hervorgerufen zu haben. Die Kritik kam von einer Schwulengruppe in Frankfurt, deren arabisches Mitglied aufs heftigste gegen den hier verwendeten arabischen Ausdruck für »homosexuell« protestierte. Dieser sei diskriminierend und herabwürdigend. Ich nahm den Text daraufhin mit zur afrikanischen Regionalkonferenz in Marokko und legte ihn diversen Gruppen (vor allem natürlich arabischen Schwulen) vor mit der Bitte, mir ihre Meinung zu sagen. Man fand den Text insgesamt gelungen. Auf die Frage nach der diskriminierenden Bezeichnung für schwule Männer sagten alle mehr oder weniger das gleiche: Das sei zwar ein negativ besetztes Wort, aber schließlich sollten die Leute ja verstehen, was gemeint sei und die befragten schwulen Nordafrikaner fühlten sich nicht diskriminiert. Es stellt sich später heraus, daß der in Frankfurt lebende Araber seit 20 Jahren in Deutschland war, sich der deutschen Schwulenkultur zugehörig fühlte und sicherlich völlig anders empfand, als diejenigen, die es ja eigentlich angehen sollte. *Hier wird eines ganz deutlich: Wir können in unserer eigenen Kultur wohl niemals ganz ermessen, was richtig und was falsch ist an anderen Sichtweisen. Und wir sind damit nicht kompetent, die in arabischer Sprache verfaßte Broschüre zu kritisieren oder zu verteidigen.*

Zu bedenken ist auch, daß wir gemeinhin dazu neigen, alles, was mit Islam zu tun hat, in den gleichen Topf zu werfen. Türken, Araber und Iraner beispielsweise sehen aber von sich aus keinen Grund, warum sie eine gemeinsame Beratungsstelle aufsuchen sollten, und Muslime aus den Maghrebstaaten, dem übrigen Afrika, aus Saudi-Arabien, der Türkei, Afghanistan, dem Iran, Bangladesch, aus Indien, vom Balkan und aus Indonesien haben so verschiedene Hintergründe wie alle Christen dieser Welt.

Was nun den arabischen Text anbelangt, so bin ich mir heute nicht sicher, ob wir einen Fehler gemacht haben. Eine erneute Überprüfung durch mehrere arabische Übersetzer und Rücksprache mit hier lebenden arabischen Schwulen brachte immer nur das eine Ergebnis: Der Text sei außergewöhnlich gut übersetzt. Alle Übersetzer sagten, sie hätten es nicht besser machen können. Und doch bleiben Zweifel, weil meiner Meinung nach eine wichtige Aufgabe der AIDS-Hilfe bei kulturspezifischen Angeboten sein muß, Diskriminierungen (gleich welcher Art) nicht zuzulassen. An diesem Beispiel merkt man, wie schwierig das Wandeln zwischen den Welten ist und warum kulturspezifischen Angeboten besondere Bedeutung beigemessen werden muß.

Immer wieder hören wir das folgende Argument: Wer als Ausländer hier bei uns lebt und unsere Sprache spricht, der wird wohl auch von AIDS-Präventionsbotschaften erreicht. Dazu ein anderes Beispiel: Eine im Bereich Migration und Gesundheitsvorsorge sehr engagierte Mitarbeiterin eines Gesundheitsamtes bot von Zeit zu Zeit einen Informationsstand zum Thema AIDS in der Eingangshalle einer Universität an.

Ein Iraner aus unserem Bekanntenkreis, der wußte, daß ich bei der AIDS-Hilfe beschäftigt war, erzählte, er habe sie dort getroffen. Ich kenne ihn als sehr aufgeschlossenen, interessierten Mann, der seit mehr als 15 Jahren in Deutschland lebt. Er sagte: »Eigentlich war mir sehr unbehaglich, als ich mit ihr sprach.« Auf meine Frage warum, antwortete er: »Weil die anderen Iraner denken könnten, ich wäre schwul. Oder daß ich was mit AIDS zu tun haben könnte!« Ich sagte: »Na und? Die alte persische Kultur ist doch bekannt für ihre Beziehungen unter Männern.« Er: »Davon will ich nichts hören.«

Weiter erzählte er mir, daß ein junges persisches Paar, das er kannte, an den Stand gekommen sei, um ihn zu begrüßen. Die Mitarbeiterin des Gesundheitsamtes gab den beiden ein Kondom. Die junge Iranerin habe ihm leid getan, weil sie sich mit hochrotem Kopf so sehr geschämt habe. »Die werden nie wieder zu einem Stand gehen« war das Fazit. Außerdem habe die Beraterin einen interessierten Araber auf die Risiken beim Analverkehr hingewiesen. Man habe deutlich gesehen, daß der Araber nur aus Höflichkeit geblieben sei, aber geradezu verzweifelt habe gehen wollen. Eine fremde Frau könne doch unmöglich mit einem Mann über Analverkehr sprechen, noch dazu mit einem Araber. »So etwas gibt es bei uns nicht« - diesen Satz hört man immer wieder.

Ich hatte den Eindruck, daß trotz des guten Willens hier einfach alles mißverstanden worden war und daß wir mit diesen Versuchen möglicherweise nur erreichen, daß bestimmte Kulturkreise gänzlich dicht machen und überhaupt nicht mehr für Präventionsbotschaften empfänglich sind aus Angst, einer solchen Situation erneut ausgesetzt zu werden.

Im Herbst 1989 kam ich zum ersten Mal auf einer europäischen Konferenz mit dem komplexen Thema »AIDS und Migration« in Berührung. Das European Project AIDS & Mobility in den Niederlanden definierte den Themenkomplex Anfang der 80er Jahre so:

Ein Migrant ist eine Person, die ihren Wohnsitz von einem Staat in einen anderen verlegt, um in erster Linie eine bezahlte Tätigkeit aufzunehmen und/oder für einen relativ langen Zeitraum im Gastland zu verbleiben. Im AIDS-Bereich wird der Begriff auf solche Personen beschränkt, deren soziokultureller und sprachlicher Hintergrund sich deutlich von dem der Bevölkerungsmehrheit des Zielstaates unterscheidet. (...) Der Personenkreis umfaßt Asylbewerber, Flüchtlinge, Menschen ohne entsprechende Dokumente (»Illegale«), sog. Gastarbeiter, Studenten und Immigranten der ersten, zweiten und dritten Generation sowie ethnische Minderheiten (wobei dieser Begriff in verschiedenen europäischen Ländern unterschiedlich verwendet wird). Alle Begriffe können sich überschneiden. AIDS-Prävention bei MigrantInnen muß diese Vielfaltigkeit innerhalb der Zielgruppe natürlich zusätzlich berücksichtigen.

Auf der genannten Veranstaltung wurden eine Reihe von kulturspezifischen Ansätzen vorgestellt, die man in erster Linie in England, den Niederlanden und in der Schweiz anbot. Ich war erstaunt, in welcher Form auch (oder sogar gerade) von Regierungsseite die Selbstverständlichkeit solcher An-

sätze vertreten und Gelder für diese Maßnahmen zur Verfügung gestellt wurden. In England und den Niederlanden besteht zudem der deutliche Unterschied, daß Migranten innerhalb des Gesundheitssystems angestellt sind, was insgesamt den Zugang für ausländische BürgerInnen und ethnische Minderheiten wesentlich erleichtert.

In den darauffolgenden Jahren war die Deutsche AIDS-Hilfe auf europäischer Ebene, wo immer dieses Thema angesprochen wurde, vertreten. Bereits Ende 1990 meldete sich ein Migrantenverband mit der Bitte, den angeschlossenen Gruppen (zunächst nur im Berliner Raum, später bundesweit) bei der AIDS-Aufklärung zu helfen. Da es bei der Deutschen AIDS-Hilfe über die Broschüren hinaus Möglichkeiten für Seminare oder Treffen gab, wurden diese, wenn aus arbeitstechnischen Gründen auch in bescheidenem Maße, wahrgenommen. Innerhalb der Migrantenszene gab und gibt es immer wieder Schlüsselpersonen, die, sei es aus eigener Betroffenheit, sei es aus politischen Gründen oder weil sie seit Jahren ähnliche Forderungen für den gesamten Gesundheitsbereich haben, den Ansatz kulturspezifischer Prävention vehement unterstützen. Erfreulicherweise gibt es inzwischen eine Reihe von verschiedenen Aktivitäten und Projekten, wie etwa die für Menschen aus der Türkei zuständige Beratungsstelle AIDS Danisma Merkezi (ADM) oder die AIDS-Koordinierungs- und Anlaufstelle für Migrantinnen (AKAM) in Berlin. Positive MigrantInnen klagen ihre Rechte ein, in Berlin wurde im Rahmen des Projektes AKAM eine Selbsthilfegruppe positiver MigrantInnen gegründet.

1992 fand in London der erste Erfahrungsaustausch zum Thema HIV/AIDS für die europäische Muslim-Community statt. Da die Deutsche AIDS-Hilfe gebeten wurde, entsprechende Gruppen in Deutschland zu finden und deren Teilnahme zu finanzieren, kam es zu weiteren Kontaktaufnahmen und späterer Vernetzung. Immer war jedoch klar, daß diese schwierige Aufgabe nicht nebenbei erledigt werden konnte: Es bestand die Angst, eine Tür aufzustoßen, die nicht mehr geschlossen werden konnte. Außerdem war ich persönlich der Meinung, der eigentliche Anstoß müsse aus den Reihen der Migrantensorganisationen selbst kommen und es bestand für mich immer auch die Frage: »Kann und soll dies Aufgabe der AIDS-Hilfe sein?« Eine Frage, die in regionalen AIDS-Hilfen im übrigen auch gestellt wird.

Im Rahmen der AIDS-Hilfen-Arbeit ist die »Akzeptanz der Lebensstile« eine zentrale Idee, die - von uns allen vehement vertreten - merkwürdigerweise oft schlagartig aufhört, wenn wir uns mit fremden Kulturen auseinandersetzen haben. Insbesondere im Schwulenbereich wird häufig erwartet, daß sich ein Mann, der sexuelle Beziehungen zu einem anderen Mann unterhält, früher oder später als schwul definiert. Es wird nach meinen Beobachtungen oft nicht akzeptiert, daß in bestimmten Kulturkreisen ein soziales, familiäres Umfeld vorgezogen wird, weil man sich innerhalb einer Sicherheit vermittelnden sozialen Struktur der Großfamilie wohlfühlt. Der von uns geschätzte Individualismus wird häufig als nicht erstrebenswert abgelehnt und ist, betrachtet man die meisten anderen Regionen dieser Welt, überdies der pure Luxus. In bestimmten Kulturen sind Beziehungen unter Männern weit verbreitet, jedoch sollte man nicht darüber reden. Die Entscheidung, wie man sich selbst definiert, muß weiterhin jedem selbst vorbehalten bleiben, auch wenn es uns nicht immer gefällt und auch, wenn wir es nicht verstehen können. Ich will nicht klug daherreden, wenn es um schwule Lebenswelten geht, aber meiner Meinung nach bedeutet Integration, die andere Person entscheiden zu lassen, welchen Weg sie wählen will.

Die AIDS-Hilfe Marburg, die sich bereits 1989 sehr intensiv mit kulturspezifischer Primärprävention beschäftigt hat, weil sie (zumindest damals) ausländische Mitarbeiter in ihren Reihen hatte, bat eine Gruppe von Polen, ein Informationsblatt für die polnische Community zu erarbeiten. Das Resultat, so ein Mitarbeiter, war erschreckend, weil es darin von Vorurteilen und eigenen Ängsten nur so wimmelte. Der Entwurf war nicht zu gebrauchen und niemand hatte Zeit (oder möglicherweise auch keine Lust), sich weiterhin damit zu beschäftigen oder gar die Ursachen zu bekämpfen. Das Experiment war gescheitert. Eine Migrantensprecherin sagt denn auch: »Für die Primärprävention in der AIDS-Aufklärung reicht es nicht, aus einem Kulturkreis zu kommen. Es muß mehr sein.« Zu diesem

»mehr« muß allerdings auch immer die langjährige Erfahrung der AIDS-Hilfe und deren Know-how kommen. Beide Seiten müssen sich ergänzen, die eine kann ohne die andere nicht.

Das Institut für vergleichende Sozialforschung stellte in einer regionalen Umfrage »Gesundheitliche Prävention und ethnische Minderheiten in Berlin (West)« bereits 1990 fest:

Das wichtigste Ergebnis dieser Untersuchung ist das breite Spektrum von unterschiedlichen Beratungsangeboten und Informationsmöglichkeiten auf der Ebene von Selbstorganisation, Vereinen und Wohlfahrtsverbänden. Dabei gehen die Angebote sowohl auf ein verstärktes Problembewußtsein der dort Tätigen zurück als auch auf Thematisierungsbedürfnisse und Ängste der Zuwandererklientel. Hier leisten die Organisationen eine nicht zu unterschätzende Arbeit im Vorfeld etablierter AIDS-Beratungsstellen, die im Sinne einer ersten Informations- und Wissensvermittlung sowie des Abbaus von Ängsten und Vorurteilen unverzichtbar sind. Sie könnte die Grundlage einer Konzeption zur AIDS-Prävention bilden, *die durch ihre Verankerung und Einbeziehung von Migranten-Communities und -Verbänden (Netzwerken) eine hohe Akzeptanz erreichen könnte*. Eine verstärkte Unterstützung dieser Aktivitäten erscheint wünschenswert. (...) Defizite werden sowohl bei der Form als auch im Inhalt der fremdsprachigen Informationsbroschüren zu AIDS geäußert, die allerdings in einem Großteil der Einrichtungen auslagen. Eine sprachliche und konzeptionelle Überarbeitung dieser Broschüren, die stärker auf die unterschiedlichen Lebenswelten und bestimmte Zielgruppen innerhalb der ethnischen Zuwanderergruppen eingeht, erscheint wünschenswert. Nach unseren Informationen gibt es erste Ansätze in den AIDS-Hilfen. (...) Die Weiterbildung der deutschen BeraterInnen im Hinblick auf besondere Probleme des Zuwandererklientels wird aufgrund der Ergebnisse der Untersuchung für notwendig erachtet.

Es wird natürlich nicht ausreichen, einen türkischen Mitarbeiter zu beschäftigen (obwohl ein solcher Schritt in jedem Fall zu begrüßen ist). Und es ist zu bedenken, daß dieser mit Sicherheit einen vietnamesischen Ratsuchenden nicht besser beraten kann als beispielsweise ein Deutscher.

Primärprävention, das Sprechen über AIDS und die dazugehörenden Themen, braucht Zeit. Dazu ein Zitat aus der Schweiz, die seit mindestens sechs Jahren Angebote in dieser Richtung macht:

Bei der Entwicklung eines AIDS-Präventionsprogrammes für Immigranten, das heißt für eine Gruppe von Personen, deren Hintergrund »anders« ist, muß alles »anders« sein: der Ansatz, die Aktivitäten, sogar die Botschaften. Um dieses Ziel zu erreichen, ist es notwendig, die Zielgruppe von Beginn des Projektes zu beteiligen. Und dies nicht nur bei der Bewältigung praktischer Probleme, sondern auch bei der Entwicklung von Strategien und auf der Entscheidungsebene. Das entscheidende Prinzip ist, einen positiven Ansatz zu finden, der für die Vermittlung von AIDS-Präventionsbotschaften das richtige soziale Umfeld bietet. Das liegt, trotz aller Verschiedenheit und Widersprüche, in der Natur der Gesellschaft selbst.

Ein Beispiel dazu und zum Faktor »Zeit« ist eine kapverdische Theatergruppe, die AIDS-Aufklärung mit kleinen Theaterstücken an Schulen betreibt. Das Publikum besteht aus Jugendlichen und deren Eltern. (Es muß auf europäische Projekte zurückgegriffen werden, da es in Deutschland kaum Beispiele für kulturspezifische Primärprävention im AIDS-Bereich gibt.) Kapverdische Gruppen leben in großer Zahl in Portugal, Spanien und auch in den Niederlanden. Da die Community ungewöhnlich mobil ist, wurde eine gemeinsame Aufklärungskampagne zwischen der portugiesischen und der holländischen Regierung vereinbart. Anfangs zeigten sich die Kapverdianer nicht sonderlich motiviert, an formellen Aufklärungsveranstaltungen teilzunehmen. Schließlich kam man auf die Idee, Theater anzubieten. Nachdem es eine Reihe von AIDS-Fällen in der Community gegeben hatte, darüber offiziell jedoch nie gesprochen wurde, fanden sich einige Schauspieler bereit, mit kleinen Sketchen zur AIDS-Aufklärung aufzutreten.

Die Theaterstücke sind ein großer Erfolg, nach jeder Vorstellung diskutieren die Schauspieler mit dem Publikum. Dabei wurde beobachtet, daß Jugendliche wesentlich leichter über bestimmte Themen

reden können als Erwachsene. Nach einer der Aufführungen wurden die Schauspieler gefragt: »Wird in Euren Stücken auch über Homosexualität gesprochen?« Die Antwort: »In unseren Communities gibt es keine Homosexualität.« Und nachdem sich die Fragenden von dem Schrecken erholt hatten, weiter: »(lachend) Nein, im Ernst: Ehrlich gesagt können wir darüber einfach nicht offen sprechen. Wir müssen andere Wege finden. Auch bei diesem Thema ist es leichter, mit Jugendlichen zu reden. Aber so einfach über Homosexualität sprechen, nein, das ist unmöglich.«

Möglicherweise gefällt uns, die wir viele Jahre in den AIDS-Hilfen und anderswo genau das gefordert (und auch erreicht) haben, eine solche Herangehensweise *überhaupt nicht*.

An dieser Stelle könnte man z.B. eine Diskussion über die Akzeptanz der Lebensstile starten und mit Sicherheit gäbe es viele kontroverse Meinungen. Das ist immer so, wenn es um Kulturen geht. Interessant ist, daß die Frage »Wird bei Euch auch über Homosexualität gesprochen« von einem schwulen Mann aus dem indischen Kulturkreis gestellt wurde, der, nachdem er die Antwort der Schauspieler gehört hatte, keinen weiteren Kommentar gab. Erregte Kritik kam dann von seiten der westeuropäischen Teilnehmer (vor allem -innen), die diese Antwort einfach nicht akzeptieren wollten. Alle anderen Anwesenden (Migranten aus Afrika, Lateinamerika, Osteuropa und Asien) schwiegen im weiteren Verlauf, während die Europäer nicht locker ließen. Wie so oft fällt es hier auf, daß andere Kulturen häufig völlig andere Schwerpunkte setzen, mit denen wir uns selbst nicht abfinden können oder wollen. Klar ist, daß *beide* Seiten zurückstecken müssen. Was falsch und richtig ist, bestimmen wir hier nicht alleine. In der Konfrontation mit anderen Kulturen entdecken wir plötzlich unsere eigenen Grenzen und sind erschrocken, zumal wir uns ja für tolerant, aufgeschlossen und lernfähig halten. Aber: Die Dinge sind oft anders, als sie scheinen.

Das ist möglicherweise ein ganz neuer Aspekt in der Arbeit der AIDS-Hilfen, weil wir in Deutschland seit Jahren dafür eingetreten sind, die Dinge offen an- und auszusprechen und für die öffentliche Anerkennung der Rechte von z.B. Schwulen eintreten. Dies soll jetzt hier auf einmal nicht mehr der richtige Weg sein?

Die Antwort können letzten Endes nur die Communities selbst geben und dafür möchte ich heute hier plädieren. Und noch einmal: Die Communities brauchen Zeit. Zeit in Zusammenhang mit AIDS zu nennen, ist vielleicht ein bißchen zynisch, aber wir wollen ja, daß die Primärprävention greift, und Bewußtsein ändert sich nicht von heute auf morgen.

Die kapverdischen Sketche wurden auch dahingehend kritisiert, daß die vorkommenden Menschen mit HIV/AIDS als Opfer dargestellt werden. Frage: »Kann man keine anderen Botschaften verwenden?« Die Antwort darauf: »Wir hatten hier neulich einen jungen Diskjockey, der sagte, daß er AIDS habe. Er wurde von allem ausgeschlossen und völlig isoliert. Das zeigt, daß sich die Dinge erst langsam ändern.«

Wie äußern sich nun Migrantenorganisationen selbst zu Schritten in Richtung »kulturspezifische Angebote«?

Begeisterung kommt aus verschiedenen Gründen selten auf: Bis auf die vorher genannten Ausnahmen haben Migranten andere Sorgen. Dies trifft auch gerade dann zu, wenn sie direkt von HIV/AIDS betroffen sind. Ein AIDS-Hilfen Mitarbeiter äußerte einmal folgendes:

Was mir bei vielen dieser Fälle auffällt, ist die Tatsache, daß die Probleme, mit denen sich betroffene MigrantInnen herumschlagen, zum größten Teil gar nichts mit HIV zu tun haben. Manchmal frage ich mich, was Menschen mit ähnlichen Schwierigkeiten machen, die nicht im Umfeld von HIV angesiedelt sind und deshalb von keiner AIDS-Hilfe unterstützt werden.

Vielfältig wie die ethnischen Gruppen, so sind auch ihre Probleme. Dies wird deutlich an der Situation der vietnamesischen Bevölkerung, die derzeit stark bestimmt ist durch die ehemaligen Vertragsarbeiter der früheren DDR. In Berlin und den neuen Bundesländern besteht in dieser Bevölkerungsgruppe eine große Unsicherheit, da viele täglich mit ihrer sogenannten Rückführung rechnen müssen.

Für die meisten besteht kaum eine Möglichkeit, Arbeit zu finden. Der Zigarettenhandel ist eine der wenigen Verdienstmöglichkeiten. Dadurch geraten Vietnamesen verstärkt in Kontrollen und Razzien, Berichte über polizeiliche Mißhandlungen von Vietnamesen erreichen uns immer wieder. Unter diesen Voraussetzungen ist es kaum möglich, Interesse für ein Thema wie AIDS im besonderen oder auch Gesundheit im allgemeinen zu wecken. Gleichzeitig ist uns bekannt, daß beispielsweise das Thema Prostitution innerhalb der vietnamesischen Community angesprochen werden müßte (im Sinne von Prävention, versteht sich). Man muß auch wissen, daß der Umgang mit AIDS für Vietnamesen insofern besonders schwierig ist, als ein positives Testergebnis für die betroffene Person nicht nur bedeutet, ihr »Gesicht« zu verlieren, sondern auch das Ansehen der Familie gefährdet. In Vietnam selbst kommt es bei positiven Testergebnissen häufig zu Selbstmorden, traditionell werden Menschen mit ansteckenden Krankheiten von der Gesellschaft gemieden und isoliert. Das alles hat Auswirkungen auf die Primärprävention und macht deutlich, wie wichtig kulturspezifische Aufklärung und Information ist.

Beispiele dieser Art sind vielleicht teilweise ein bißchen platt und haben natürlich überhaupt keine Gemeingültigkeit, weil sie einer komplexen Kultur mit all ihren Facetten und Gruppierungen niemals gerecht werden können. Sie zeigen jedoch, wie hilflos wir selbst, als AIDS-Hilfen-MitarbeiterInnen oder MitarbeiterInnen anderer Beratungsstellen und Einrichtungen sind. Grund genug, uns der Primärprävention in diesem Bereich zu widmen, haben wir auch bei der vietnamesischen Bevölkerung, deren Zahl sich auf ca. 100.000 bundesweit beläuft.

Bei einem Treffen zu kulturspezifischen Angeboten im vergangenen November war das Fazit des Vertreters der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), daß der Arbeitsbereich zweifellos innerhalb der Gesamtkampagne wichtig sei, jedoch ganz andere Probleme mit sich bringe, die alle, die in diesem Bereich zu arbeiten versuchen, bestätigen können (hier handelt es sich insbesondere um die Erstellung fremdsprachiger Broschüren): Dies sind u.a. die fachgerechte Beurteilung der Texte bzw. deren Übersetzungen, die Richtigkeitskontrolle (Druck/Satzfehler) und vor allem die konzeptionelle Einschätzung auf Akzeptanz und Verständlichkeit. Es gebe hier eine enorme Diskrepanz zwischen dem extrem hohen Aufwand, eine Broschüre zu erstellen und dem gleichzeitig sehr geringen Output bzw. der Menge. Zudem werde anfangs häufig ein großer Bedarf angemeldet; die später tatsächlich angeforderte Menge sei dann aber eher gering.

Dies ist alles zutreffend. Ich glaube aber, daß wir - trotz unseres guten Willens - das, was wir erreichen wollen, falsch angehen. Wir haben nicht die Zeit (die wir uns aber nehmen müßten), uns intensiv mit anderen Kulturen auseinanderzusetzen. Die spätere (oft sehr heftige vorgetragene und uns ungerecht erscheinende) Kritik von Migrantenseite halten wir nicht aus; denn wir haben uns doch so viel Mühe gegeben und der mit uns zusammenarbeitende Übersetzer hat uns doch versichert, daß man sich in seiner Kultur genau so verhalte. Aber wir können uns einfach nicht auf einen einzigen Türken, Araber, Griechen oder Tamilen verlassen; es wird auch keinen Deutschen geben, der umfassend für seine ganze Kultur sprechen könnte. Insbesondere türkisch sprechende Menschen kritisieren häufig Texte, denen man anmerke, daß der betreffende Übersetzer »schon sehr lange in Deutschland« sei und daher seine Landsleute in vielen Punkten nicht mehr verstehen würde.

Diese genannten »besonderen« Probleme resultieren hauptsächlich aus folgenden Zusammenhängen: Den meisten Sozialarbeitern, Angestellten der Gesundheitsämter und AIDS-Hilfe-Mitarbeitern im Primärpräventions- und Pflegebereich fehlt es an notwendigem Wissen und der Erfahrung bei der Arbeit mit ethnischen Minderheiten und MigrantInnen. Dies betrifft die Kenntnisse von Einzelheiten der Kommunikationswege (was vor allem der BZgA-Mitarbeiter beklagte), der vielfältigen Familienstrukturen, der Eß- und Lebensgewohnheiten einzelner Gruppen usw. usw. Gleichzeitig existieren so gut wie keine epidemiologischen Forschungsdaten, um Projekte zu unterstützen oder ihre Effektivität zu erhöhen. Andererseits schrecken MigrantInnenorganisationen genau vor diesen Daten zurück, da sie mit einigem Recht vermuten, Zahlen könnten zu ihrem Nachteil ausgelegt oder mißbraucht werden.

Auch sind die angesprochenen Probleme nicht zuletzt auf die mangelnde Mobilisierung der Zielgruppe bei entsprechenden Projekten zurückzuführen. Vielfach werden sie erst dann hinzugezogen, wenn die wichtigsten Entscheidungen bereits gefallen sind. Bei sehr vielen Gruppen hat das Kondomfaltblatt der BZgA, das fast gänzlich ohne Worte auskommt, sehr große Zustimmung gefunden; andere Gruppen waren wiederum empört darüber, daß man Migranten nicht zutraut, lesen und schreiben zu können. Hier sollte die Entscheidung, zu welcher Form man greift, den Gruppen selbst überlassen bleiben. Diese Entscheidung ist dann aber gegenüber den eigenen Communities zu vertreten. Ob gut oder schlecht: Diese werden zu ihrer Verteidigung in jedem Fall andere Worte finden als wir selbst.

Und, wie bereits mehrfach erwähnt, sind nicht alle Probleme, denen man in diesem Zusammenhang begegnet, AIDS-spezifisch, wie der eingeschränkte Zugang zum Gesundheits- und Sozialsystem, das mangelnde Hintergrundwissen, die Sprachbarriere, Diskriminierungen aller Art und das Fehlen entsprechender Netzwerke.

Last but not least muß das Fehlen entsprechender Mittel genannt werden: In vielen Ländern, so auch bei uns, gelten ethnische Minderheiten nicht als spezielle Zielgruppe (von wenigen Ausnahmen mal abgesehen). Die Gründe sind wiederum vielfältig: Man will nicht »diskriminieren« und den Anschein erwecken, hier gäbe es besonderen Handlungsbedarf; von seiten der Regierung wird - sicherlich zu Recht - auf die Haushaltslage verwiesen oder darauf, alle neuen Aktivitäten würden zu Lasten der »alten« gehen (eine Argumentation, die ich übrigens extrem unfair finde). Es gibt also für diesen besonderen Bereich so gut wie keine eigenen Haushaltsmittel, und Privatinitiativen oder regional begrenzte Projekte (wie erfreulicherweise hier in Berlin oder auch in Niedersachsen und Nordrhein-Westfalen) schaffen zwar zum Teil Abhilfe, können aber im Gesamtrahmen wohl wenig ausrichten.

Niemand wird behaupten wollen, es sei eine leichte Aufgabe, mit anderen Kulturen zu arbeiten. Zweifellos ist viel guter Wille da, aber wenn es ernsthaft »ans Eingemachte« geht, blocken wir, machen einen Rückzieher, haben keine Zeit.

Auch hört man ab und zu: Die Zusammenarbeit ist gescheitert. In Zeiten, in denen Europa zusammenwachsen soll, ist das ein wahrhaft trauriges Ergebnis. Wenn mir häufig entgegengehalten wird, daß man gerade jetzt, wo überall schmerzhaft gekürzt wird und ganze Projekte eingestellt werden müssen, nicht mit neuen Ideen von solchen Ausmaßen daherkommen könne, so kann ich nur fragen: Haben Migranten nicht das gleiche Recht, über AIDS aufgeklärt zu werden, wie der Rest der Bevölkerung? Es ist doch nicht ihr Problem, daß sie von deutschen Kampagnen nicht erreicht werden. Wir leben mit sieben Millionen Ausländern, von denen viele »auch« Drogengebraucher und schwule Männer sind, die auch als Stricher oder Prostituierte arbeiten, die auch Freier sind. Bei der AIDS-Aufklärung hat es bisher eine wirklich angemessene Vertretung der Migrantenszene nicht gegeben. Außerdem ist diese Forderung - zumindest im Hinblick auf das gesamte Gesundheitswesen - nicht ganz neu. Ich zitiere hier Ramazan Salman vom ethnomedizinischen Zentrum in Hannover:

Obwohl seit mehr als drei Jahrzehnten Millionen von Migranten in der Bundesrepublik leben, ist den Problemen ihrer Lebensqualität und vor allem ihrer Gesundheit wenig Aufmerksamkeit geschenkt worden. (...) Die wenigen migrantenspezifischen Organisationen der AIDS-Beratung, die wir vorfinden, und der kleine Kreis der muttersprachlichen Fachkräfte haben keine politische Lobby. Sie erhalten nur geringe Fördermittel und selbst diese immer nur befristet.
Wir stehen seit zehn Jahren immer nur am Anfang.

Es geht aber nicht allein darum, nur die deutsche Seite zu überzeugen. Es geht auch um die Migranten selbst. Auch hier müssen viele Vorurteile (vielleicht sogar sehr viel mehr) abgebaut werden. Auch hier ist die Sichtbarkeit positiver MigrantInnen entscheidend für die Primärprävention und den Abbau von Vorurteilen in den eigenen Reihen. Das Thema hat mit Sexualität und Tod zu tun, darüber möchte man nicht reden. Und viele fragen sich mit Recht: »Ist AIDS dazu der richtige Weg?« Das weiß ich auch nicht, aber besser ein Weg als gar keiner. Und das Beispiel der Schwulen-

bewegung hat gezeigt, daß im Zusammenhang mit AIDS vieles möglich ist. Wir erinnern uns: Es war 1986 geradezu verwegen, als ein Vorstandsmitglied der Deutschen AIDS-Hilfe ein Kondom vor die Fernsehkamera hielt. In den Migrantenorganisationen selbst ist klar, daß AIDS alleine nicht das Thema sein kann; viele sehen hier eine Chance, Gesundheitsbewußtsein insgesamt zu thematisieren.

Bei all dem geht es nicht (was auch immer und immer wieder kritisiert wird) um die Schaffung neuer Strukturen, sondern darum, die vorhandenen besser zu nutzen und ratsuchenden MigrantInnen Wahlmöglichkeiten zu bieten. Nach Erfahrungen anderer europäischer Länder ziehen z.B. viele Mitglieder pakistanisch-indischer Communities, Perser und Türken eine Beratung bei Einrichtungen des Gastlandes vor, um in ihrer eigenen Community nicht ins Gerede zu kommen. Ein tanzanischer Arzt aus Schweden erzählte, daß einige Afrikaner sich lieber von Schweden beraten ließen, gerade weil die ihre innere Gefühlswelt nicht kennen würden, sondern sich auf Fakten beschränken müßten.

Aus gutem Grund dringen viele Aspekte der innerhalb von MigrantInnenverbänden geführten Diskussionen nicht an die Öffentlichkeit. Bezogen auf die Frage der AIDS-Prävention hat man einfach Angst vor zusätzlicher Benachteiligung, vor Diskriminierung und Rassismus und davor, in der Öffentlichkeit könne der Eindruck entstehen, man sei stärker als andere von HIV/AIDS betroffen. Ich zitiere im folgenden Ciler Firtina von der Bundesarbeitsgemeinschaft für ImmigrantInnenverbände:

Es ist bekannt, daß gerade AIDS benutzt wird, Migrantengruppen zu stigmatisieren. MigrantInnen aus Afrika, Schwarze insbesondere, werden in diesem Zusammenhang besonders diskriminiert.

Zwischendurch ein aktuelles Beispiel: Ich erhielt vor zwei Wochen den Anruf einer Deutschen, die mit einem Senegalesen verheiratet ist. Aufgrund eines Aufrufes des Deutschen Roten Kreuzes machten sich die beiden auf, bei einer sogenannten »Mobilen Einsatzstelle« Blut zu spenden. Der junge Arzt fragte, woher der Ehemann stamme und sagte dann, er könne beiden kein Blut abnehmen, dies sei zu gefährlich. Das in Westafrika vorkommende HIV2-Virus lasse sich durch einen Test nicht immer zuverlässig nachweisen. Die beiden, nie zuvor mit dem Thema HIV/AIDS konfrontiert, verließen verwirrt und gedemütigt den Spendedienst. Die Ehefrau wollte darauf hin von mir wissen, ob es denn in Senegal wirklich viele Fälle von HIV/AIDS gebe und welche afrikanischen Länder die höchsten Infektionsraten hätten. Außerdem hatte sie dem Arzt vorgeschlagen, einen HIV-Test machen zu lassen (sie wollte von mir eine zuverlässige Stelle genannt haben). All dies, finde ich, geht in die völlig falsche Richtung. Dies sind auch keine Einzelfälle. Wir können täglich darüber berichten. Hier zeigt sich doch auch, was das Fehlen von Information bewirkt.

Es ist nicht zu leugnen, daß AIDS für MigrantInnen in allen Bereichen fast immer auch mit (im besten Falle) Benachteiligung zu tun hat.

Ein weiteres Problem sehen MigrantInnenvertreter darin, daß das Thema AIDS-Aufklärung und die Regelversorgung im Gesundheitsbereich im allgemeinen fest in deutscher Hand liegen. Seit Jahren versuchen daher die MigrantInnenorganisationen, ihre Probleme selbst in die Hand zu nehmen, da sie den Eindruck haben, daß hier auf ihrem Rücken eine regelrechte Betreuungsindustrie aufgebaut wird, bei der selbst qualifizierte MigrantInnen keine Chance haben. Die meisten Einrichtungen ziehen Dolmetscher hinzu (was meist nichts bedeutet, denn auch Dolmetscher müssen gemeinhin mit den besonderen Problemen vertraut sein), statt nach Wegen zu suchen, Positionen für MigrantInnen zu schaffen. Hier geht es nicht um neue Stellen - die Kritik an diesem Punkt ist bekannt - sondern darum, vorhandene Positionen mit MigrantInnen zu besetzen. Ein schmerzlicher Vorgang. Allerdings ist die Zielgruppe der MigrantInnengruppe so vielfältig, daß es nicht möglich sein wird, allgemeine Schlußfolgerungen zu ziehen bzw. allen Gruppen etwas anbieten zu können. Die Einbeziehung von Schlüsselpersonen oder VertreterInnen von Netzwerken der MigrantInnenszene ist jedoch ein Weg, der nicht allzu viel Mühe und Geld kosten würde. Es lassen sich ja darüber hinaus auch integrierte Möglichkeiten wie die Ausbildung ausländischer Telefonberater fördern.

Es geht hier weniger um Sprache als um Kultur. Natürlich gibt es ausländische Ärzte in Krankenhäusern und auch einige Psychologen oder Sozialarbeiter. Aber die reichen nicht aus und bis dahin ist man auf die Selbsthilfe angewiesen. Selbstverständlich geht es hierbei nicht nur um Fragen der Primärprävention, die ja immer auch Sekundär- und Tertiärprävention beinhaltet. Aber Konzepte und Ansätze in der Primärprävention werden sich automatisch auf die strukturelle Prävention ausweiten. Auch die AIDS-Hilfe hat diese Erfahrung gemacht.

Wie bereits von regionalen AIDS-Hilfen gehört, so betonen auch Migrantenorganisationen, daß das Thema AIDS insofern nachrangig sei, als für Migranten Auseinandersetzungen mit der deutschen Verwaltung und Probleme rechtlicher Art im Vordergrund stehen. Der Aufenthalt der meisten ist an viele Auflagen gebunden, die man sich nicht auch noch zusätzlich mit AIDS erschweren möchte. Zitat aus Reihen der Immigrantenverbände:

Sehr viel mehr als für Westeuropäer ist AIDS verbunden mit Tabuthemen. Insbesondere im Islam führt die Verbindung von Religion, Tradition, Sitten und Normen dazu, Menschen an den Rand der Gesellschaft zu drängen, die gegen diese Wertesystem verstoßen haben. Durch die fehlende Aufklärung wird AIDS vorrangig mit Sucht, Prostitution und Schwulsein in Verbindung gebracht, was Aufklärungsversuche gleich zu Anfang abblockt. Das bloße Vorlegen von Informationsbroschüren kann hier nicht das gewünschte Resultat bringen. BeraterInnen sind wichtig, die die Grenzen der Intimsphäre verstehen, die Emotionen und Schamgefühle kennen, die die passenden Worte zu wählen verstehen und dadurch Beratungen nicht zu unerträglichen Begegnungen machen. (Wie das Beispiel des Informationsstandes in der Universität zeigt.)

All diese Voraussetzungen sind bis heute (es gibt einige wenige Ausnahmen) nicht gegeben. Deutsche Beratungsstellen, AIDS-Hilfen und Gesundheitsämter bringen diese Voraussetzungen nicht mit, auch wenn sie sich in immer mehr Fällen bemühen. Überfordert fühlen sie sich eigentlich fast immer. Ein AIDS-Hilfen-Mitarbeiter sagte dazu:

Bei dem Versuch einer Zusammenarbeit mit ausländischen Gruppen zeigte sich recht bald, daß von deren Seite recht wenig Interesse an diesem Thema bestand. Die AIDS-Hilfe machte den Versuch von speziellen Informationsveranstaltungen und stellte dabei fest, daß eine Prävention, wenn überhaupt, nur innerhalb der gut organisierten Communities möglich ist. Gleichzeitig nimmt jedoch mit dem Grad der Organisation die Abschottung gegenüber der AIDS-Hilfe zu.

Zu einem anderen Aspekt der AIDS-Hilfe-Rolle sagt er:

Derzeit ist in den AIDS-Hilfen eine Tendenz festzustellen unter dem Motto »Wir kümmern uns jetzt mal um das Thema AIDS und Migration und entdecken eine neue Zielgruppe«. Hier liegt die deutliche Gefahr einer Vereinnahmung. Natürlich kann der eigenen Einrichtung dieses Thema, dessen Akzeptanz und nicht zuletzt deren finanzielle Absicherung nützlich sein. Einer solchen Entwicklung sollten wir klar entgegenreten, indem wir durch gemeinsame Diskussionen und der Entwicklung von Kooperationsmöglichkeiten zwischen AIDS-Hilfen und Migrantenorganisationen zu Wegen, Aktivitäten und Konzepten finden, die beiden Seiten gerecht werden.

Und weiter:

Für die AIDS-Hilfen zeigt sich, daß sie Problemen im Bereich von Flüchtlingen und Migranten nur bedingt gerecht werden können. Die Ausbildung der MitarbeiterInnen ist in der Regel ungenügend für eine qualifizierte Beratung. Für uns ist die Sprache eines der größten Probleme, weiterhin zu nennen sind kultur- und geschlechtsspezifische Probleme. Aufgaben der regionalen AIDS-Hilfen könnten in der Unterstützung der Communities vor Ort, in politischen Stellungnahmen zur Asyl- und Migrationspolitik und in der Vermittlung von AIDS-Hilfen

Know-how an Schlüsselpersonen der Migrantenszene liegen. AIDS-Hilfen sollten sich hinbewegen zu einer Unterstützung der Forderungen der Migrantenverbände. Dies könnte auf lange Sicht zur Bildung neuer, tragfähiger und problemangemessener Strukturen führen.

Und ich möchte hinzufügen (weil das ja immer Einwand Nr. 1 ist): Entstehende Kosten würden nicht zwangsläufig einen Mehrbedarf bedeuten, hielten sich aber in jedem Falle in durchaus angemessenem Rahmen.

Von Seiten der Migrantenorganisationen wird dazu vorgeschlagen:

AIDS-Beratung und -Betreuung muß in die Vereine und Verbände getragen werden.

Hier gibt es bereits konkrete Vorstellungen und Ansätze, da mich der Verband der Initiativgruppen in der Ausländerarbeit gebeten hat, eine Art Vermittlerrolle zu spielen; entwickelt hat sich dies aus den bereits erwähnten langjährigen Kontakten weniger Personen aus der Migrantenszene zur Deutschen AIDS-Hilfe und aus der Arbeit mit europäischen Netzwerken zu diesem Thema. Ich werde noch darauf eingehen.

Je nach Größe und Frequentierung der Selbstorganisationen müssen regelmäßige Beratungen angeboten werden. Aus den Migrantenorganisationen müssen geeignete Personen ausgesucht und qualifiziert werden.

Geeignet heißt in diesem Falle nicht nur am Thema interessiert und in der Lage, bestimmte unliebsame Themen anzusprechen, sondern auch solche Personen, die innerhalb der Struktur zeitlich und projektbezogen eine solche Arbeit leisten können (hier sieht es natürlich nicht gut aus).

Regelversorgungseinrichtungen mit entsprechender personeller Ausstattung könnten ohne weiteres in den Räumen von Migrantenorganisationen untergebracht werden.

Genau hier wird die Bedeutung von Migrantenselbsthilfeorganisationen deutlich. Das Klientel, nämlich die Migranten der ersten und zweiten Generation, kommen dort zusammen. Ein großer Teil ist in Vereinen organisiert. Diese reichen vom Kulturverein bis hin zu politischen Interessenvertretungen; sie sind meist ethnisch strukturiert, so daß eine Aufklärung in der jeweiligen Muttersprache stattfinden muß. Für Migranten sind ihre Vereine Orte des Vertrauens, die Mitarbeiter sind Vertrauenspersonen. Die Hemmschwelle, an Veranstaltungsabenden teilzunehmen, ist sehr niedrig, da sich damit niemand als besonders interessiert zu erkennen gibt und der Informationsabend lediglich Teil der vielen anderen Aktivitäten ist.

Hierbei ist allerdings anzumerken, daß diejenigen, die bereits an AIDS erkrankt oder möglicherweise als positiv bekannt sind, bereits zu Außenseitern geworden sind und über Vereine damit nicht mehr erreichbar. Doch das familiäre Umfeld ist erreichbar, so besteht die Möglichkeit, Einstellungen zu ändern und über diesen Weg Menschen aus dem Abseits zu holen.

Bei der Mehrzahl der Verbände ist eindeutig der Wunsch vorhanden, Gesundheitsberatung anzubieten; AIDS wird als Teilaspekt gesehen. Dieser Wunsch scheitert bisher an den begrenzten finanziellen Mitteln. Geschultes Personal aus dem jeweiligen Kulturkreis ist durchaus vorhanden.

Natürlich müssen für jeden Kulturkreis spezielle Konzepte erarbeitet werden. Hier gilt der Satz: *Was richtig in einer Kultur ist, kann in einer anderen falsch sein.* Migranten haben gemeinsam, daß sie keine Deutschen sind, darüber hinaus sind die Gemeinsamkeiten recht gering.

Dies ist für mich ein sehr wichtiger Satz, weil ich, als ich mit der Arbeit begann, dummerweise dachte, es gäbe sehr viel mehr, was die Migrantenszene miteinander verbindet. Auch für die regionalen AIDS-Hilfen mag das von zentraler Bedeutung sein bei der Frage: Was können/wollen wir leisten?

Von Seiten der Netzwerke wird jedoch betont, daß multikulturelle medizinische oder auch andere Zentren ebenfalls gute Möglichkeiten bieten, diverse Gruppen zu erreichen.

Migranten dürfen nicht nur als Dolmetscher angesehen werden oder Hilfskräfte deutscher Berater oder deutschen Fachpersonals sein. Sie sind gleichberechtigt in die Arbeit einzubeziehen. Im AIDS-Bereich liegt das Expertentum zweifelsohne in den AIDS-Hilfen, im kulturspezifischen Bereich jedoch ohne Einschränkungen bei den Migranten selbst. Und hieraus ergeben sich bereits Wege der Zusammenarbeit.

Ein weiteres Zitat aus dem Migrantenbereich:

Abgesehen von AIDS ist das Thema Prävention generell nicht im Bewußtsein von Migranten. Dies hat nichts mit fehlendem Interesse, sondern mit fehlendem Bewußtsein zu tun. Diejenigen, die sich innerhalb der Szenen mit dem Thema auseinandersetzen und es vermitteln, müssen gut vorbereitet und informiert sein. Es reicht nicht, aus einem anderen Kulturkreis zu kommen.

Die Deutsche AIDS-Hilfe hat in diesem Jahr einen Schritt getan, der beim Verband der Initiativgruppen in der Ausländerarbeit große Aufmerksamkeit erregt hat. Auch Vertreter anderer Gruppen, die bereits aufmerksam geworden sind, begrüßen diese Entwicklung.

Um das Gesamtkonzept der bekannten DAH-Faltblätter in diversen Sprachen völlig neu zu überdenken und bundesweit sowohl innerhalb der großen Communities als auch auf verschiedenen Ebenen mit ExpertInnen in diesem Bereich zu diskutieren, stellt die Deutsche AIDS-Hilfe Gelder zur Verfügung. Zusätzlich soll das Konzept für einen entsprechenden Ratgeber (Inhalt: kulturspezifische Ansätze in der Beratung und Betreuung, Ausländerrecht, Hilfsangebote) erarbeitet werden. VIA übernimmt die Gesamtkoordination in engster Zusammenarbeit mit der Deutschen AIDS-Hilfe.

Geplant ist darüber hinaus für Juni ein bereits im November beschlossenes Koordinierungstreffen von VertreterInnen staatlicher und nicht-staatlicher Stellen, um die Zusammenarbeit in diesem Bereich zu erleichtern. Dazu noch einmal ein Vertreter des ethnomedizinischen Zentrums in Hannover:

Es muß eine einheitliche, qualitätsorientierte Zielsetzung der Migrantenberatung entwickelt werden, um zu vermeiden, daß in jedem Bundesland und jedem EU-Land unterschiedliche Botschaften verbreitet werden. Innerhalb der Communities ist Unkenntnis und Angst sehr viel weiter verbreitet als angenommen. Wir vergeuden einen Großteil unserer Kräfte damit, daß wir die Notwendigkeit unserer Arbeit immer wieder bei politischen Entscheidungsträgern und auf allen Ebenen legitimieren müssen. Was wir brauchen, ist eine koordinierte Erarbeitung von Standards für alle Ebenen der Prävention. Integration wird dabei immer mißverstanden. Integration muß aus der Perspektive der Migranten selbst definiert werden.

Wir möchten auch versuchen, wie das bereits seit Jahren erfolgreich vom ethnomedizinischen Zentrum in Hannover praktiziert wird, einen bundesweiten Stamm von kompetenten Dolmetschern, Übersetzern und Sprachmittlern aufzubauen, auf den wir alle im Bedarfsfall zurückgreifen können.

Migranten sehen die gemeinsamen Aktivitäten als lange geforderten Schritt in die richtige Richtung. Die Deutsche AIDS-Hilfe und VIA laden gemeinsam zu dem erwähnten Koordinierungstreffen ein und möchten - soweit es die finanziellen Mittel erlauben - weitere Treffen dieser Art organisieren. Durch diese enge Zusammenarbeit erhöht sich - meiner Meinung nach - die Glaubwürdigkeit beider Dachverbände erheblich.

1994 veranstaltete die Stadt Frankfurt eine Anhörung zur psychosozialen Versorgung von Migrantinnen und Migranten, in deren Verlauf die Versorgung von Migranten mit einem Flickenteppich verglichen wurde, der zudem aus sehr dünnem Faden gestrickt sei. Ich zitiere Margarete Nimsch vom Dezernat Frauen und Gesundheit der Stadt Frankfurt am Main:

In den letzten Jahren haben wir schmerzhaft erfahren müssen, daß viele Deutsche trotz jahrzehntelanger Nachbarschaft mit Migranten ihre Distanz gegenüber den angeblich Fremden

nicht abgebaut haben. Also haben sie sich auch nicht kennengelernt. Vielmehr haben Deutsche die Erwartung gehabt, daß Nichtdeutsche sich anpassen, sich integrieren *lassen*. (...) Migrantinnen sind nicht von Natur aus eine betreuungsbedürftige Gruppe - genau so wenig wie die immer wieder zitierten sogenannten Minderheiten Frauen, Behinderte oder Schwule. Vielmehr ist die Verachtung oder Nichtbeachtung ihrer Bedürfnisse, die schlechteren Lebensbedingungen im Alltag, oder die durch die Gesetzgebung erschwerten Möglichkeiten der beruflichen Absicherung, wenn nicht gar die offene Feindseligkeit oder Gewalt, die mehr oder weniger an der Tagesordnung sind: Das sind die Faktoren, die sie zur Klientel der Sozialarbeit, der Psychotherapie und der Medizin macht.

Und Rosi Wolf-Almanasreh, anlässlich der gleichen Veranstaltung:

Wenn es gelänge, mit Hilfe neuer Arbeitsformen und der Förderung interdisziplinärer wie interkultureller Prozesse das Beratungsangebot zu verbreitern und zu verändern, würde vor allem auch ein gutes Stück Präventionsarbeit geleistet. (...) Ich bin mir aber auch sicher: Noch immer haben wir viele Möglichkeiten, neue Arbeitsformen und eine bessere Zusammenarbeit ohne weiteren finanziellen Aufwand zu entwickeln. Lassen Sie sie uns nutzen, mit aller Kraft, mit Phantasie und Offenheit.

Podiumsdiskussion: Die Zukunft der HIV-Prävention

Verlaufsprotokoll von Susanne Döll

PodiumsteilnehmerInnen:

Dr. Dr. Wolfgang Müller, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), Köln

Dirk Meyer, Landesverband der AIDS-Hilfen NRW

Guido Vael; Vorstand Deutsche AIDS-Hilfe

Prof. Dr. Dieter Kleiber, Institut für Prävention und psychosoziale Gesundheitsforschung, Berlin

Gisela Hilgefort, AIDS-Hilfe Trier, EU-Projekt »Entwicklung von frauenspezifischen Präventionskonzepten«

Moderation: Justin Westhoff

Nach einer kurzen Vorstellung der PodiumsteilnehmerInnen schlug Justin Westhoff vor, als Diskussionseinstieg - auch in Anbetracht der zwei Tage heftigen Arbeitens, nach denen es in den Köpfen auch »ganz schön wirtt« sein könne - noch einmal in mehreren Stufen den Begriff des Risikomanagements zu hinterfragen. Die erste Frage, die sich an Dirk Meyer richtete, war: Dringt denn eigentlich diese neue Vorstellung, diese neue Philosophie, individuelle Möglichkeiten zu finden, mit den Risiken umzugehen, den Begriff Risikoeliminierung zu eliminieren und statt dessen von Risikominimierung zu reden, a) in die Communities, b) in die Bevölkerung, c) bei den Präventionsaktivisten ein ?

Dirk Meyer bejahte diese Frage, auch aufgrund seiner Erfahrungen in der Biographie-Arbeitsgruppe des Vortags. De facto wurde deutlich, daß in der Mehrzahl der Biographien, die in dem Workshop vorgestellt wurden, Risikosituationen durchlebt wurden, daß es nicht immer darum ging, safe Sex zu haben, sondern auch riskierten Sex bewußt einzugehen. Das bedeute zwar nicht, daß das bewußt geschehe, aber doch reflektiert.

An Guido Vael richtete Justin Westhoff die Frage, wer er ein guter Manager sei. Antwort: Der, der den meisten Gewinn erwirtschaftet, oder der, der den geringsten Schaden verursacht. Letzteres könne man dann eher auf AIDS übertragen. Er habe jedoch durchaus Probleme mit diesem Begriff des

Managements, da er zu rational sei. Wenn man es jedoch verstehe als Reaktion der Präventionsarbeiter auf die Realität, dann dürfte es hinkommen. Hier verwies er auf die Erfahrungen in den Niederlanden, in denen früher Analverkehr - auch mit Kondom - radikal abgelehnt wurde, während mittlerweile »Bumsen mit Kondom« als Präventionsaussage gelte, nicht zuletzt auch, weil die Präventionsarbeiter realisieren mußten, daß ihre strikte Ablehnung nicht zu den gewünschten Ergebnissen führte. Vom individuellen Gesichtspunkt aus könne man unter Risikomanagement das verstehen, was der einzelne als notwendig für seine Lebensqualität definiere und das könne auch riskantes Verhalten an.

An Gisela Hilgefort wendet sich Justin Westhoff mit der Aufforderung, dem möglichen Verständnis des veränderten Präventionsbegriffs als ein Ausschlagen des Pendels nach der anderen, der gefährlichen Seite - von der Infektionsverhinderung hin zur Lebensqualität - etwas entgegenzusetzen. Wie ist Risikomanagement öffentlich vermittelbar?

Diese möchte jedoch erst noch einmal einen Schritt zurückgehen in der Besprechung des Begriffs des Risikomanagements. Das EU-Projekt zur Entwicklung frauenspezifischer Präventionsansätze sei bezogen auf eine relativ kleine Region in der Provinz, nämlich im Saarland, Rheinland-Pfalz, Luxemburg und Lothringen, eine sehr katholische und rückständige Provinz, in der Frauen gar keine Chance haben, Risikomanagement zu betreiben, weil es noch gar keine Wahrnehmung von Risiken gäbe. Gerade, was Frauen betreffe, müsse man daher erst einmal dort ansetzen, um überhaupt die Voraussetzungen für Risikomanagement zu schaffen. Bezüglich der Lebensqualität sei das bei Frauen durchaus auch zu hinterfragen, da Sexualität für Frauen immer schon mit der Schwangerschaftsverhütung verbunden war. Insgesamt sei es aber fraglich, ob Frauen bereits an diesem Punkt seien, in dem sie (für sich) definieren, was ein Risiko sei, um dann zu entscheiden, ob sie es eingehen wollen, weil sie damit eine höhere Lebensqualität haben. Von daher sei der Begriff Risikomanagement mit Vorsicht zu verwenden.

Frage des Moderators an Wolfgang Müller: Wie kann man verhindern, daß der Begriff des Risikomanagements als Entwarnung mißverstanden wird? Wie kann man dem begegnen? Wie kann man also das Konzept des Risikomanagements öffentlich kommunizieren? Antwort: Man kann es nicht öffentlich kommunizieren. In den Massenmedien der BZgA tauche der Begriff des Risikomanagements natürlich nicht auf, auch nicht in der öffentlichen Kommunikation. Schwierig sei der Begriff auch, weil man sich auf seine Bedeutung noch nicht geeinigt habe. Einfacher sei es mit dem Begriff der Lebensqualität, der in den Konzepten der Gesundheitsförderung, z.B. auch in den Konzepten der WHO, immer auch enthalten sei. Unter diesem Gesichtspunkt war er immer Teil der Arbeit der BZgA. Angesichts der Legitimationskrise, die auch dadurch begründet sei, daß die Präventionsarbeit so erfolgreich war und einige Politiker das Problem daher für gelöst hielten, in diesen Strukturen, in denen Zahlen und Daten zählen, sei Lebensqualität als Kriterium schwer vermittelbar. Man gerate leicht in eine Schere, die durch Nichtverwendung des Begriffes leichter zu schließen sei.

Ob der Begriff des Risikomanagements den Sozialwissenschaften eine neue Herangehensweise erlaube, möchte Justin Westhoff von Dieter Kleiber wissen.

Dieser würde gegen das Konzept des Risikomanagements nichts sagen, würde aber fragen wollen, welche Risiken mit diesem Konzept verbunden seien, und würde als zweites fragen: Was ist wirklich neu an diesem Konzept. Es habe in der AIDS-Prävention nie eine 100%-Maxime gegeben. Eine Frage, die sich zudem um den Begriff des Risikomanagements ranke, sei, was denn da eigentlich gemanagt werden solle. Und was seien die Kriterien für den Erfolg oder Mißerfolg dieser Strategie? In den letzten zwei Tagen sei weniger über Management diskutiert worden als über die Zielkonzeption von Prävention, ob das primäre Ziel das der Infektionsvermeidung sei, oder ob als primäres Ziel ein anderes genommen werde, möglicherweise das der Lebensqualität. Er würde sich daher fragen, woher dieser Begriff komme und welche Folgen damit verbunden seien. Der Begriff des Risikomanagements komme aus der Atomenergiewirtschaft. Auch dort werde etwas mit dem Begriff verbunden und Kritiker wenden sich massiv gegen den Begriff, weil er die Notwendigkeit suggeriere, mit Restrisiken zu leben, und gleichzeitig eine Sicherheit suggeriere, die faktisch nicht da sei. Wei-

terhin würde er fragen, welche Risiken mit dieser Strategie verbunden seien? Solche Strategien seien nur in die Herzen und Köpfe der Menschen einzupflanzen, wenn eine Zielvorstellung damit verbunden sei. Welche Risiken sollten da eigentlich wie gemanagt werden und welches sei das Kriterium. Das hieße, ein Problem, das mit dem Risikobegriff verbunden ist, sei die relative Beliebtheit. Ein zweiter Punkt sei der Mangel an Zielvorgaben. Ein dritter Punkt - als Psychologe angemerkt -: Risikomanagement müsse jeder in jeder Situation betreiben und tue es auch. Und die Frage sei: Wie geht das eigentlich psychologisch vor sich? Aus verschiedenen Untersuchungen habe er gelernt, daß man die konkrete Situation in ihrer Bedeutung für das Verhalten systematisch unterschätze. Risikomanagement laufe damit ein bißchen Gefahr, zu einer Erklärungsstrategie für ein Verhalten zu werden, das man eigentlich so gut nicht findet, also zu einer Rechtfertigungsstrategie. Dann sei es als Präventionsstrategie nicht geeignet. Man brauche Präventionsziele, die auch zu formulieren seien, und anhand der Ziele brauche man Kriterien, wie man diese Ziele optimal erreicht. In diesem Rahmen könne auch Risikomanagement seine Berechtigung haben.

Diesen Punkt, Risikomanagement nicht zu einer Rechtfertigungsstrategie werden zu lassen, möchte Justin Westhoff als wichtigen Punkt festhalten, würde aber gerne noch einen weiteren Themenkomplex hinzunehmen, dem er die Überschrift »Tiefe oder Breite« geben würde. Er möchte daher die Frage stellen, ob man AIDS-Prävention primär unter Public-Health-Aspekten betreiben solle, also die Reduzierung oder Verhinderung von Neuinfektionen, oder nach ganz anderen Gesichtspunkten. Dies sei weniger unter ökonomischen Gesichtspunkten gedacht, als unter denen der Effizienz in der Verhinderung von Leiden und Tod. An Frau Hilgefort gewandt, formulierte er daraus folgende Frage: Sie habe ihm zuvor mit der besonderen Situation von Frauen geantwortet. Wenn man aber betrachte, wo bezüglich der Frauen diskutiert werde, sei dies z.B. der Prostitutionstourismus, aber epidemiologisch gesehen sei dies doch fast zu vernachlässigen. Warum also werde darüber so viel diskutiert?

Natürlich sei es richtig, daß Frauen nicht in dem Ausmaß betroffen seien wie schwule Männer oder DrogengebraucherInnen, aber dennoch, so Gisela Hilgefort, stiegen die Infektionszahlen bei Frauen stetig an, wenn auch nicht in epidemischen Ausmaßen. Eine epidemiologische Begründung gebe es von daher schon für diese Diskussionen. Natürlich sei die Gruppe der Frauen zu differenzieren. Sie sei jedoch dafür, daß auch die Hausfrau auf dem Land darüber informiert werde, was ihre Risiken in welchen Situationen seien. Aber sicherlich sei es dringender, mit drogengefährdeten oder in der Prostitution tätigen Mädchen und Frauen zu arbeiten, da diese ein ganz anderes Infektionsrisiko hätten. Von daher seien alle Ebenen zu verfolgen: Die Ebene der Allgemeinbevölkerung bzw. der Frauen in der Allgemeinbevölkerung, die Ebene der zielgruppenspezifischen Arbeit und auch die individuelle Ebene.

Dem stimmte Wolfgang Müller zu. Er habe immer dafür plädiert und sie hätten immer so gearbeitet, sowohl Tiefe als auch Breite. Dies sei natürlich nicht alles in einer Institution zu leisten. Die Arbeitsteilung zwischen BZgA und DAH sei auch Ausdruck dieses Verständnisses. Bei der BZgA sei eher die Breite angesiedelt als die Tiefe. Defizite seien dabei zahlreiche festzustellen, wie auch der Beitrag von Petra Narimani gezeigt habe. Nichtsdestotrotz profitiere ein Betroffener durchaus auch von den Kampagnen für die Allgemeinbevölkerung, wenn die Oma, der Lehrer, usw. über das Thema informiert seien.

Hieran anknüpfend wandte sich Justin Westhoff mit der Frage an Dieter Kleiber, ob sich das Thema, wenn man denn auch der Oma noch erzähle, daß sie sich mit promiskem Verhalten gefährde, nicht auch abnutze. Und als zweiter Gedanke dazu: Wenn man eine kompliziertere Präventionsbotschaft verbreiten wolle wie die des Risikomanagements, in dem auch die Selbstbestimmung enthalten sei, wäre es dann nicht sinnvoller, sich wirklich auf die Gruppen oder Personen zu beschränken, die tatsächlich ein Risiko hätten, sich zu infizieren.

Er, Dieter Kleiber, habe bereits zuvor die Frage gestellt, ob es möglich sei, Prävention von epidemiologischen Relevanzkriterien aus zu organisieren. Dies würde bedeuten, daß man Handeln an

Beschreibungssituationen orientiere, die längst vorbei seien, da meistens drei bis vier Jahre vergangen seien, bis Ergebnisse, die dann umgesetzt werden könnten, publiziert seien. Prävention müsse also offenbar weitere Kriterien hinzunehmen. Prävention heiße, bei dem Noch-nicht-Fall anzusetzen. Als Beispiel seien die Jugendlichen zu nennen, die epidemiologisch irrelevant seien, aber man könne davon ausgehen, daß Prävention wenig erfolgreich sei, wenn man sich nicht bemühe, hier darüber aufzuklären, welche Risiken bestehen. Schwule seien eine besondere Zielgruppe, da sie dem Risiko am längsten ausgesetzt seien und man daher besonders früh anfangen müsse. Zu den Prostitutions-touristen sei anzumerken, daß diese epidemiologisch durchaus nicht zu vernachlässigen seien, da nach seiner Untersuchung und den daraus abgeleiteten Hochrechnungen etwa fünf bis zehn Prozent der Neuinfektionen darauf zurückzuführen seien. Wichtiger sei jedoch, daß Sextouristen in extremerer Form etwas praktizierten, was auch in der Allgemeinbevölkerung gelte, daß nämlich Verhalten sich in Abhängigkeit von Situationen ändere. So verhielten sich die meisten auf Reisen anders als Zuhause, eingebettet in ihren Sozialkontext und ihre Routinen. Dadurch entstünden Situationen, die des Risikomanagements bedürften.

An Guido Vael gewandt fragte Justin Westhoff nach der Arbeitsteilung zwischen DAH und BZgA. Ob diese immer so harmonisch sei in ihrer Aufteilung, die BZgA sei für die Allgemeinbevölkerung zuständig und die DAH für die verschiedenen Szenen.

Dies sei nicht der Fall, was damit zusammenhänge, daß die DAH die Gelder für ihre zielgruppenspezifische Arbeit jeweils bei der BZgA zu beantragen habe. Hierbei stellte Guido Vael insbesondere eine vorauseilende Selbstzensur bei der DAH fest. Zur Frage »Breite oder Tiefe« könne er auch nur sagen, daß beides notwendig sei. Für die Gruppe der Schwulen, an Dieter Kleiber anknüpfend, sei natürlich zu sehen, daß jeder Schwule, ob 20 oder 50 Jahre alt, den Rest seines Lebens in einem Gummi zu verbringen habe. Es sei eine Frage, ob dies überhaupt möglich sei. Hier spielten soziale Netzwerke und unterstützende Strukturen eine wichtige Rolle. Drogen seien ein Beispiel dafür, daß wenn die Rahmenbedingungen (Gesetzgebung, u.ä.) nicht stimmen, Prävention »für die Katz'« sei. Da müsse man auch die Gesundheitspolitiker beim Wort nehmen. Wenn sie Prävention bejahten, dann müßten sie auch in den anderen Bereichen aktiv werden.

Als Überleitung zu einem anderen Themenkomplex wählte Justin Westhoff die Frage, ob Menschen eigentlich Graugänse seien. Diese Frage griff Dirk Meyer auf unter Einbeziehung der Frage von Risikowahrnehmung und deren (Nicht-) Umsetzung in risikogeleitetes Handeln. Er glaube, daß die Risikowahrnehmung von Menschen durchaus unterschätzt würde. Im Drogenbereich gebe es bei 100.000 bis 200.000 i.v.-Drogengebrauchern etwa 400, die sich jährlich infizierten. Im Bereich schwuler Männer gebe es eine Population von etwa zwei bis drei Millionen sexuell aktiver, von denen sich pro Jahr 1.500 infizierten. Im Bereich des Sextourismus mit etwa 40 Millionen Männern infizierten ca. 150. Die Risikowahrnehmung sei durchaus vorhanden, auch bei Jugendlichen, die eben de facto ein Nullrisiko hätten. Prävention müsse sich auch an der Situation im Hier und Jetzt legitimieren, wenn sie nicht ihre Wirksamkeit verlieren wolle. Sonst könne auch etwas passieren, was in Nordrhein-Westfalen festgestellt werden konnte, daß insbesondere bei jugendlichen Mädchen Angst vor Sexualität geschürt worden war. So hatten z.B. 30% der Mädchen Angst, daß Sexualität und AIDS so eng miteinander verschmolzen seien, daß man als Mädchen nicht daran vorbeikomme, irgendwann AIDS zu bekommen; nach zwei Jahren Präventionsarbeit hatten 69% der Mädchen diese Angst. Das müsse man selbstkritisch und reflektiv auf die eigene Arbeit beziehen. Er sei daher, auch unter Einbeziehung der Mittelreduzierung, für eine Schwerpunktsetzung.

Justin Westhoff griff an dieser Stelle die zuvor von Dieter Kleiber erwähnten Studien zur Bedeutung der Situation für präventives Verhalten auf. Wenn man sich diese Ergebnisse genau ansehe, würde es ganz schön kompliziert. Was könne man da von der Wissenschaft lernen?

Vielleicht nicht so viel, so Dieter Kleiber. Wissenschaft habe das prinzipielle Problem, daß Variablen gesucht würden, die Verhalten erklären. Dabei würde die Rolle der Verhältnisse systematisch unterschätzt. So habe man zwar anfangs gehaut, aber erst in den letzten Jahren sei es auch gezeigt wor-

den, daß AIDS-Risiken auch verknüpft seien mit den sozialen Lebensbedingungen, mit dem Zugang zu Ressourcen, zu Bildung. Das sei auch in anderen Bereichen so. Daraus ließe sich folgern: Wenn die allgemeinen Zugänge zu Ressourcen verbessert würden, dann würde sich auch das individuelle Risiko senken. In der Praxis müßten nun diese verschiedenen Faktoren, die analytisch in der Wissenschaft getrennt seien, wieder zusammengebracht werden. In der individuellen Kommunikation sei einzubeziehen, daß sich hinter dem individuellen Verhalten die strukturellen Bedingungen abbilden, und daß daher das, was als individuelle Freiheit und Entscheidung gelte, so frei nicht sei, sondern ein Produkt von Situationen, Erfahrungen und sozialisatorischen Hintergründen, in denen die Menschen leben.

Was lerne man nun aus diesem Zusammenhang von Psychologie und Biographie auf der einen, Gesellschaftsstrukturen auf der anderen Seite?, wandte sich Justin Westhoff an Dirk Meyer. Was bedeute dies für die konkrete Arbeit?

Man habe daraus gelernt, erst einmal besser zuzuhören. So seien z.B. Schwule erstmals in der Situation, in dieser Gesellschaft ohne Kriminalisierung alt zu werden. Dazu Konzepte zu entwickeln und damit umzugehen, ginge nur in einer gemeinsamen Diskussion. Hier komme wieder der Begriff der Lebensqualität ins Spiel. Man habe die Entscheidung als schwuler Mann zu sagen, ich will alt werden oder auch, sich zu entscheiden für »kurz aber heftig«. Im Drogenbereich, um dies noch einmal aufzugreifen, seien dagegen nur politische Maßnahmen notwendig, um schnell viele Tote zu verhindern: die Entkriminalisierung des Drogengebrauchs. Dies sei auch als Herausforderung für Prävention und die AIDS-Hilfen zu begreifen.

Justin Westhoff greift erneut eine der bereits zuvor erwähnten Studien auf, in denen Ahlemeyer eine Differenzierung von Liebesformen vorschlägt: die romantische, die hedonistische, die matrimoniales und die prostitutive. Risikoverhalten sei dabei in den verschiedenen Formen unterschiedlich stark verbreitet. Was bedeuteten diese Ergebnisse nun aus der Sicht der Prävention für heterosexuelle Frauen?

Bei Frauen, so Gisela Hilgefort, sei insbesondere das romantische Liebesideal weit verbreitet, das das schlechteste Risikomanagement zur Folge habe. Auf die Strukturen bezogen sei natürlich festzustellen, daß Frauen nach wie vor schlechter gestellt seien als Männer. Unter strukturellen Aspekten bedeute dies, die Gleichberechtigung weiter voranzutreiben. Mädchen beispielsweise sehen sich häufig nicht in der Lage, sich gegen ihre Freunde durchzusetzen. Sie trauten sich noch nicht einmal zu sagen, daß sie keine Lust hätten, geschweige denn, ein Kondom überhaupt zu erwähnen. Man könne daher im Bereich der Frauen keine Prävention machen, ohne nicht auch immer an die Politik zu appellieren, um emanzipatorische Maßnahmen und Prozesse zu stärken.

Justin Westhoff zeigte sich mit den Antworten von Gisela Hilgefort und Dirk Meyer unzufrieden, insofern, als er auf seine Fragen nach dem Zusammenhang von struktureller Prävention und situativer, biographischer Prävention beide Male die Antwort »strukturelle Prävention« erhalten habe. Sei das so schwer miteinander zu verknüpfen?

In der konkreten Verhaltenssituation könne man, so Dieter Kleiber, nur über seine persönlichen Wünsche und Ziele reflektieren, nicht über die strukturellen Hintergrundbedingungen. Diese seien sozusagen erst in einem Blick von oben sichtbar zu machen, und über die Ähnlichkeiten von bestimmtem Verhalten bestimmter Personen als strukturelle Ursachen benennbar.

Justin Westhoff insistiert auf seiner Unzufriedenheit. Was habe denn z.B. Armut mit dem Risikomanagements aufgrund des romantischen Liebesideals zu tun? Dies, so findet Dirk Meyer, ließe sich durchaus miteinander verbinden. Das romantische Liebesideal als eine Strategie der Anbindung der Frauen an die häusliche Familie führe, neben der emotionalen Abhängigkeit, eindeutig zur ökonomischen Schlechterstellung von Frauen. Diese zeige sich auch bei der schlechten finanziellen Situation, in der AIDS-krank Frauen sich häufig befinden. Diese seien einem noch drastischeren Verarmungsprozeß ausgesetzt, als dies z.B. bei schwulen Männern der Fall sei.

An dieser Stelle sah sich Justin Westhoff veranlaßt, noch einmal zu erläutern, warum er auf diesem Punkt so beharre. Er habe das Gefühl, daß die Erkenntnisse der verschiedenen sozialwissenschaftlich oder psychologisch inspirierten Studien nicht aufgegriffen würden. Zweifelsohne sei strukturelle Prävention ein immens wichtiges Thema. Aber was könne man an der konkreten Situation tun, um diese Ergebnisse aufzugreifen?

Hier plädierte Wolfgang Müller für die kleinen Schritte und Erfolge. Zu erinnern sei z.B. an dieser Stelle an die Streichung des §175, die nicht zuletzt eine Folge aus der Forderungen der strukturellen Prävention gewesen sei.

Da es an dem Punkt der Verbindung von struktureller und individueller Ebene offensichtlich kein Weiterkommen gab, leitete Justin Westhoff zu einem anderen Themenstrang über. Warum habe es eigentlich so lange gedauert, bis der Begriff des Risikomanagements aufgekommen sei? Wie groß seien denn z.B. die Allmachtsphantasien der Wissenschaft, das Risiko ganz abzuschaffen?

Das käme immer darauf an, wer gefragt werde, in welcher Situation, mit welcher Zielsetzung, so Dieter Kleiber. Auch Wissenschaft argumentiere jeweils in bestimmten Interessenskonstellationen und mit unterschiedlichen Akzentsetzungen, je nachdem, ob es sich z.B. um einen öffentlichen oder an die Öffentlichkeit gerichteten Rahmen handele, ob eigene (angestrebte) Untersuchungen zu begründen seien oder Ergebnisse vorgestellt würden. Zusammenzubringen, daß diese einzelnen Aussagen glaubwürdig bleiben, sei eine der Hauptaufgaben für die AIDS-Prävention. Für die Zukunft der AIDS-Prävention im Sinne des Risikomanagements werde es wichtig sein, daß jedes einzelne konkrete Individuum in einer Situation, die als Risikosituation bezeichnet werde, das Gefühl entwickle, »ich bin gemeint«, und gleichzeitig Hinweise bekomme, welche Ziele wie erreicht werden sollten.

An Dirk Meyer und Guido Vael folgte die Frage des Moderators, wie groß die Allmachtsphantasien der Präventionsaktivisten seien.

Guido Vael ist der Meinung, daß AIDS-Hilfe in den vergangenen 13 Jahren ihre Allmachtsphantasien weitgehend verloren habe. AIDS-Hilfen hätten die Allmachtsphantasie gehabt, alles zu können und für alles zuständig zu sein, aber das habe sich zum Glück verloren, auch wenn das die Arbeit nicht einfacher mache. Jetzt sei es wichtig zu sehen, was mit den vorhandenen Ressourcen machbar sei, dabei eigene Schwerpunkte zu setzen und nicht alles, was von außen an AIDS-Hilfen herangebracht werde, aufgreifen zu wollen. Das sei dann an die Verantwortlichen zurückzugeben, woraus auch durchaus Konflikte entstehen könnten. Beispielsweise sei das Thema der AIDS-Prävention bei MigrantInnen an die BZgA zu geben, auch wenn diese versuche, es der DAH zuzuweisen.

Und wie groß sind die Allmachtsphantasien der Politiker? In Anknüpfung an die Diskussion vom Freitagabend stellte der Moderator wiederum die Frage nach der politischen Durchsetzbarkeit von Präventionskonzepten, die ohne Allmachtsphantasien auskommen wollen.

Wolfgang Müller drückte sein Gefühl aus, daß in den Zuweisungen zur BZgA dieser eine Allmacht zugeschrieben werde, die mit der Realität der Behörde nichts zu tun habe. Er denke nicht, daß er Politik ausführe, sondern er leiste fachliche Arbeit in einem politisch definierten Rahmen. Allmachtsphantasien seien dabei nicht möglich. Daß jedoch Allmachtsphantasien in der AIDS-Politik eine große Rolle gespielt haben und immer noch spielen, sei unzweifelhaft. Hier sei auf die Diskussion der Sicherheit von Blutprodukten verwiesen.

Justin Westhoff formulierte nun die Frage, ob die DAH nicht mittlerweile so stark in ihrer Klientelpolitik verhaftet sei und dabei auch bestimmte Formen der Political Correctness zu beachten habe, daß wirkliche Debatten eigentlich nicht mehr stattfänden. Sei die Klientelpolitik nicht auch teilweise hinderlich?

Gisela Hilgefert, auch angesprochen auf ihre Position als einzige Frau auf dem Podium, die daher zwangsläufig immer wieder auf die frauenspezifischen Fragestellungen angesprochen werde, entgegnete, sie fände die Entwicklung in den AIDS-Hilfen erst einmal positiv, daß das Thema Frauen zu-

nehmend zu einem selbstverständlichen Teil der Diskussionen werde, daß auch in den regionalen Stellen für Frauenarbeit eingerichtet wurden, auch wenn deren Position innerhalb der AIDS-Hilfen nicht immer einfach und die Bereitschaft, diese Stellen bei Kürzungen als erste zur Disposition zu stellen, groß sei.

Guido Vael vertrat die Meinung, daß mittlerweile innerhalb des Verbandes eine Diskussionskultur entwickelt worden sei, die es möglich mache, Diskussion relativ emotionsfrei zu führen. Allerdings sei daran erinnert, daß die AIDS-Hilfe als ein Interessensverband gegründet wurde und sich auch immer so verstanden habe. Dirk Meyer dagegen fand, daß die Diskussionen im Verband eher plätschern, als daß sie noch heftig geführt werden, und daß hier durchaus Anstrengungen sinnvoll und notwendig seien, um eine breitere Diskussion über Prävention, aber auch politische Forderungen innerhalb der AIDS-Hilfe voranzutreiben. Was z.B. die Drogenpolitik angehe, sei die AIDS-Hilfe momentan eher ein »verschlafener Haufen«. Nach zehn Jahren starker Hauptamtlichkeit reagiere man auf die Mittelknappheit klassisch mit Abschottung, und nicht mit Öffnung und dem Suchen einer politischen Auseinandersetzung.

Auf Nachfragen von Justin Westhoff ging Dirk Meyer stärker auf das Verhältnis zwischen Dachverband und regionalen AIDS-Hilfen ein. Insbesondere sei der Informationsfluß zwischen regionalen AIDS-Hilfen und Dachverband zu unstrukturiert. Das Problem sei weniger, daß zuwenig Kommunikation stattfinde. Dieses Problem sei aber immerhin erkannt und z.B. strukturell mit der neuen Position eines Bundesgeschäftsführers, der nur für diesen Bereich zuständig sei, auch angegangen worden.

Von Wolfgang Müller möchte Justin Westhoff gerne wissen, was seine Kritik an den AIDS-Hilfen sei. Dieser meint, daß den AIDS-Hilfen bei der Frage der Geldbeschaffung Phantasie fehle. In Deutschland bekämen die AIDS-Hilfen 80 bis 90 Prozent der Gelder aus staatlichen Mitteln, das meiste davon über die Bundeszentrale - nebenbei erwähnt, habe die AIDS-Hilfe mittlerweile ca. 50 Prozent des BZgA-Etats im Bereich AIDS, was beispiellos sei. In anderen Ländern, wie Belgien oder den Niederlanden, wo es strikte politische Vorgaben gebe, keine Institution dürfe mehr als 50 Prozent vom Staat finanziert werden, erhielten sich die Institutionen dadurch auch ein Stück Unabhängigkeit von politischen und staatlichen Vorgaben. Professionelle Geldbeschaffung sei in der AIDS-Hilfe, auch in der Deutschen AIDS-Hilfe ein Defizit. Das sei natürlich auch schwierig, nicht zuletzt in Anbetracht der Konkurrenz auf dem Spendenmarkt mit z.B. den großen AIDS-Stiftungen, die ihr Ziel (Einzelfallhilfe) gut verkaufen könnten.

Umgekehrte Kritik der DAH an der BZgA wurde auch auf Nachfragen nicht geäußert. Die BZgA sei eine ausführende Behörde, die politischen Entscheidungen fielen im Bundesgesundheitsministerium. Und natürlich stoße man in der Präventionsarbeit an diese Grenzen. Dies sei, so Guido Vael, im Drogenbereich ganz deutlich, habe sich in der Vergangenheit auch bei bestimmten Veröffentlichungen für die schwule Zielgruppe gezeigt, die sprachlich oder inhaltlich nicht akzeptiert und damit finanziert wurden.

Die strukturelle Prävention sei, so Justin Westhoff, immer wieder angesprochen worden, und er wolle noch einmal anknüpfen an das Thema AIDS-Prävention bei MigrantInnen. Gerade bei diesem Thema sei der strukturelle Aspekt sehr deutlich, wenn man die Gesamtsituation der Ausländer in der Bundesrepublik betrachte. Was meine die Wissenschaft, vertreten durch Dieter Kleiber, zu der Frage, wie man dieses Thema angesichts einer diskriminierenden, ausländerfeindlichen Politik angehen solle.

Er wisse dies auch nicht. Es würde, wie es auch bereits angesprochen wurde, um Solidarisierungsprozesse gehen. Er, Dieter Kleiber, möchte aber nicht für die AIDS-Hilfe sprechen, sondern auf einen anderen Punkt hinweisen. 1995 sei das Programm zur sozialwissenschaftlichen AIDS-Forschung ausgelaufen und nunmehr mit im Bereich Public Health untergebracht. Dort habe man aber bereits signalisiert, daß ein Forschungsbedarf bei chronischen Krankheiten gesehen werde. AIDS-

Forschung sei daher dort kaum unterzubringen. Damit bestehe die Gefahr, daß der Diskussion und den Forderungen langfristig die Basis für rationale Argumentationen entzogen würde, weil die entsprechende Forschung nicht mehr stattfinden könne. Wenn ein Konzept wie Risikomanagement eingeführt werden solle, müsse dies sinnvollerweise mit Aspekten von Evaluation und Qualitätssicherung verbunden werden, um Argumente zu erhalten, sagen zu können, »so geht's weiter«. Und noch eine Anmerkung zu der Aussage von Wolfgang Müller, die Prävention sei so erfolgreich gewesen, daß man meine, das Problem sei gelöst. Wenn man sich den Drogenbereich ansehe, sei in den Studien seines Instituts, die über die letzten fünf Jahre durchgeführt wurden, zwar ein Rückgang der Prävalenzraten festzustellen, die Inzidenzraten stiegen jedoch tendenziell eher. D.h. die Zahl der jährlichen Neuinfektionen sei offenbar gar nicht zurückgegangen, trotz aller Präventionsanstrengungen der letzten zehn Jahre. Hier müßten konzeptionelle Überlegungen ansetzen. Er wisse auch nicht, ob die Gleichung mehr Geld gleich bessere Prävention und weniger Geld gleich schlechtere Prävention stimme. Es käme vielmehr auf Überzeugungs- und Argumentationskraft und Glaubwürdigkeit an.

Guido Vael stimmte zu, daß AIDS-Hilfe sich stärker mit Effektivitäts- und Qualitätskontrolle beschäftigen müsse. Losgelöst von der Tatsache, ob mehr oder weniger Geld, werde sich die Deutsche AIDS-Hilfe an diesem Punkt nicht anders verhalten können wie jeder andere Betrieb. Das sei ein Problem, das eindeutig vernachlässigt sei, das wisse man auch selbstkritisch.

Unter Verweis auf bereits geführte Diskussionen zu diesem Punkt der Evaluation und Qualitätssicherung möchte Justin Westhoff noch einen anderen Punkt aufgreifen. Rolf Rosenbrock habe in seinem Eröffnungsreferat auf die individuelle Ebene des erfolgreichen Risikomanagements verwiesen. Das Modell der AIDS-Prävention sollte daher sinnvollerweise auf andere Bereiche der Gesundheitspolitik ausstrahlen und von dort wieder zurück in den Bereich der AIDS-Prävention. Gerichtet an Wolfgang Müller: Was könne man aus der AIDS-Prävention für andere Bereiche der Gesundheitsprävention lernen.

Die wichtigen Prinzipien der AIDS-Prävention - die Präventionskonzeption der sozialen Lernstrategie, der Verbindlichkeit, der nicht durchgängigen Testung der Bevölkerung, der Partizipation, soweit das jeweils möglich sei, von Menschen, die betroffen oder gefährdet seien, die Zusammenarbeit von staatlichen und nicht-staatlichen oder Selbsthilfeorganisationen - diese Dinge seien nicht zufällig bei AIDS aufgegriffen worden. Man habe dort bereits aus anderen Feldern gelerntes verwenden können. Und die günstige Situation, daß es viel Geld, viel Aufmerksamkeit und politischen Willen, etwas zu machen, gegeben habe, habe die Umsetzung bei AIDS ermöglicht. Es kam von woanders her, sei bei AIDS umgesetzt worden und habe sich in den anderen Bereichen ausgebreitet, aber dort seien häufig die Ressourcen nicht vorhanden. Als Beispiel sei die Sexualpädagogik in Deutschland zu nennen. In der AIDS-Prävention habe man sexualpädagogische Prinzipien von Lustfreundlichkeit, Selbstbestimmung, Interaktionismus als Grundlage genommen. Die Sexualpädagogik habe sich dadurch in den letzten Jahren erheblich weiterentwickelt. Beispielsweise seien unter dem Titel AIDS auch eigentlich sexualpädagogische Projekte gefördert worden. Dies habe es auch in anderen gesundheitlichen Themenfeldern gegeben. Von daher habe die AIDS-Prävention sehr viel bewirkt. Jetzt verlöre AIDS seine tragende Kraft. Ein vergleichbares Thema sei nicht vorhanden. Beispielsweise sei Hepatitis zwar epidemiologisch und von den Bedrohungen und Ausmaßen her mittlerweile durchaus vergleichbar, aber es werde politisch nicht aufgegriffen. Da Gelder und finanzielle Ressourcen damit aber eng zusammenhängen, könne Hepatitis nicht in einer vergleichbaren Art tragen, wie dies bei AIDS der Fall gewesen sei.

Brauche man also ein neues Virus, so Justin Westhoff. Die Diskussion um das neue Virus habe man Ende letzten Jahres bereits gehabt bezüglich des Subtyp E, als plötzlich die Hysteriebereitschaft, die ansonsten zumindest doch gedämpft sei, wieder stark zunahm und z.B. Schwule fragten, ob das neue Virus nur heterosexuell übertragbar sei. Daraus schloß Wolfgang Müller, daß man kein neues Virus

brauche, es seien noch genug Irrationalitäten vorhanden und Allmachtsphantasien könnten an solchen Punkten auch keine aufkommen.

Die vom Moderator gestellte Abschlußfrage an alle Podiumsteilnehmer lautete: Was können wir nicht erreichen?

Gisela Hilgefort hielt es für nicht erreichbar, daß alle Frauen es in absehbarer Zeit lernen, mit dieser Krankheit realistisch umzugehen. Anschließend würde sie sich aber der Einschätzung der positiven Ansätze im Bereich der Sexualpädagogik. Zu der zuvor thematisierten Klientelisierung merkte sie an, daß hierbei in Vergessenheit gerate, daß AIDS-Hilfe eine Organisation sei, in der betroffene Männer und Frauen mitarbeiteten, auch wenn derzeit Tendenzen einer bürokratischen Entwicklung erkennbar seien.

Dieter Kleiber fand die vorletzte Frage wichtiger, nämlich welche Erfolge es gegeben habe und was man aus den Erfolgen lernen könne. Wichtig wäre ihm, daß die Deutsche AIDS-Hilfe ihre Arbeit und ihre Erfolge deutlicher dokumentiere und nach außen trage. Öffentliche und private Mittel würden nur in dem Maße fließen, wie die Öffentlichkeit überzeugt würde, daß hier eine sinnvolle Arbeit gemacht würde. Ein weiterer wichtiger Punkt sei dabei, wie weit es gelänge, die Betroffenen einzubeziehen. Hierzu sei kritisch anzumerken, daß viele Zielgruppen der AIDS-Prävention sich bei der DAH erst dann aufgehoben fühlten, wenn sie infiziert seien. Hier gelte es, sich auch stärker nach außen zu vermitteln.

Dirk Meyer kam anlässlich der Abschlußfrage auf die Allmachtsphantasien zurück. HIV und AIDS seien nicht aus der Welt zu schaffen, dies sei immer wieder schwer, sich einzugestehen. Zu verhindern sei vielleicht, daß der Gesundheitsbegriff, auch in Anbetracht der gegenwärtig laufenden politischen Diskussionen, sich zu einem Überbegriff entwickle, der zum Zwang ausarte. Was vielleicht erreichbar wäre, daß sich in AIDS-Hilfe wieder verstärkt Menschen einbringen, die für ihre Interessen kämpfen, gemeinsam und streitig, und das auch außen hin deutlich machen.

Auch Wolfgang Müller hofft, daß man gegen die Entwicklungen eines totalitären Gesundheitsbegriffs ankämpfen kann, wie das in der AIDS-Prävention bisher auch gelungen sei. Was nicht erreichbar sei, sei die Auflösung dieser Unzahl an Dilemmata, in denen sich AIDS und AIDS-Prävention immer wieder bewege. Dilemma aus dem Griechischen bedeute: unlösbare Polaritäten. Häufig müßte anerkannt werden, daß nicht alle Probleme lösbar seien. Damit könne auch ein Teil der Schuldzuweisungen entfallen. Es sei dann nicht die BZgA oder die DAH, das Gesundheitsministerium noch der einzelne schuld. Wenn man die Dilemmata anerkenne, könne man sich vielleicht auch leichter entscheiden, was man wirklich tun wolle und tun könne. Ein Dilemma, das ihm ganz wichtig geworden sei, eins von den vielen anderen sei, daß in dem Moment, in dem es Meldungen oder auch gesicherte Resultate zu Therapien oder einer Impfung gebe, es zu einer ungeheuren Dynamisierung der Epidemie kommen würde. Dieses Dilemma halte er für sehr gefährlich; Ansätze davon seien schon zu sehen, daß die Leute meinen, man müsse sich weniger schützen, weil AIDS behandelbar oder bald eine Impfung verfügbar sei. Diese Impfung werde es nicht geben und diese Therapie werde es auch nicht geben. Davon sei er fest überzeugt.

Guido Vael hält zum Abschluß noch einmal die Nicht-Erreichbarkeit der Infektionsrate Null fest. Das, was Dirk Meyer für möglich halte, halte er ebenfalls für möglich. Über den Zeitfaktor könne er dabei allerdings nichts sagen. Hier sei an die Drogenpolitik erinnert. Er glaube aber, daß die positiven Veränderungen der letzten zehn Jahre nicht zurückzudrehen seien und daß einige Erfolge zu verzeichnen seien.

