



AIDS-Hilfe - Unternehmen Zukunft?

**Dokumentation der Fachtagung
Berlin, 15. - 17. April 1999**

Dokumentation der Fachtagung

AIDS-Hilfe - Unternehmen Zukunft

Berlin, 15. - 17. April 1999

Bearbeitung: Kai Grüber

**mit freundlicher Unterstützung
des Forum-Hotels Berlin, Alexanderplatz**



Impressum

Bearbeitung / Lektorat: Kai Grüber, Hannover

Redaktion: Karl Lemmen

Layout: Kai Grüber

Titelblatt: Karl Lemmen/Dennis Kusitzky

© 1999 Deutsche AIDS-Hilfe e.V., Dieffenbachstraße 33, 10967 Berlin, dah@aidshilfe.de

Homepage: www.aidshilfe.de

Spendenkonto der Deutschen AIDS-Hilfe e.V.:

Berliner Sparkasse, Konto-Nr. 220 220 220, BLZ 100 500 00

Die Deutsche AIDS-Hilfe e.V. ist als gemeinnützig und besonders förderungswürdig anerkannt.

Spenden sind daher steuerabzugsfähig.

Inhalt

Einleitung	4
Tagungsprogramm	8
Ausschreibung der Arbeitsgruppen	9
Begrüßung	11
Einführungsreferat / Dr. med. Matthias Wienold Szenarien der Behandelbarkeit der HIV-Infektion zwischen „best case“ und „worst case“ Auswirkungen auf Menschen mit HIV und die Versorgungssysteme	12
Impulsreferat / Prof. Dr. Rolf Rosenbrock Epidemiologische „Normalisierung“: AIDS wird eine Krankheit wie andere auch	18
Impulsreferat / Armin Traute Epidemiologische „Normalisierung“ - Auswirkungen auf den Arbeitsalltag von AIDS-Hilfen	28
Impulsreferat / Dr. Peter Lindlahr Das Verhältnis von AIDS-Hilfe und Drogenhilfe unter veränderten politischen Rahmenbedingungen: zwischen aktiver Verantwortungsabgabe und inhaltlicher Neupositionierung	32
Impulsreferat / Dr. Zahra Mohammadzadeh „Nur“ den Bedarf bedienen oder auch die Interessen vertreten: Migration als Thema der AIDS-Arbeit?	37
Impulsreferat / Reinald Purmann Leistungsverträge, Qualitätsmanagement und Refinanzierung als Herausforderungen für die AIDS-Hilfe-Arbeit - Die Zukunft der Finanzierung sozialer Dienstleistungen	42
Arbeitsgruppen	
Protokoll AG 1	46
Protokoll AG 2	51
Protokoll AG 3	55
Protokoll AG 4	58
Protokoll AG 5	64
Auszüge aus der Abschlußdiskussion	67
Anhang	
Kurzbeschreibung eines strategischen Projekts AG 1 (1)	71
Kurzbeschreibung eines strategischen Projekts AG 1 (2)	72
Kurzbeschreibung eines strategischen Projekts AG 1 (3)	73
Kurzbeschreibung eines strategischen Projekts AG 2 (1)	74
Kurzbeschreibung eines strategischen Projekts AG 2 (2)	75
Kurzbeschreibung eines strategischen Projekts AG 3	76
Kurzbeschreibung eines strategischen Projekts AG 4	77
Kurzbeschreibung eines strategischen Projekts AG 5	78

Einleitung

AIDS-Hilfe ohne AIDS? – der Eigensinn der Trägerlogik

Sind die ersten AIDS-Hilfen vor mehr als fünfzehn Jahren zumeist aus der Selbsthilfe schwuler Männer hervorgegangen, so standen schon bald fachliche Interessen oder karitatives Engagement Pate bei der Gründung vieler weiterer AIDS-Hilfe-Organisationen. AIDS-Hilfen sind Trägervereine von Einrichtungen vielfältiger Art geworden, die sich als „normale“ Anbieter auf dem zunehmend umkämpften „Markt“ der Hilfesysteme zur Gesundheitsförderung und -versorgung zu profilieren versuchen. Ihr Dachverband, die Deutsche AIDS-Hilfe, ist damit auf dem Weg und in der Gefahr, zu einer „klassischen Trägerin der Wohlfahrtspflege“ zu werden. Die AIDS-Hilfe steht unter einem erheblichen Anpassungsdruck seitens öffentlicher und privater GeldgeberInnen, in dem sie befürchten muß, ihre Identität zu verlieren. Denn die TrägerInnenlogik hat andere Verbindlichkeiten zu berücksichtigen, als nur fachliche oder politische, z.B. die Absicherung von hauptamtlichen MitarbeiterInnen, institutionelle Anerkennung seitens der staatlichen ZuwendungsgeberInnen oder der Sponsorin. Ließe sich die AIDS-Hilfe aber allein von der jeweiligen TrägerInnenlogik treiben, würde über kurz oder lang das Profil der Deutschen AIDS-Hilfe insgesamt diffundieren.

Eines der wesentlichen Profilmerekmale der AIDS-Hilfe bleibt daher die Verbindung von Fachlichkeit und Interessenvertretung, die sich methodisch als Einheit von Gesundheits- und Selbsthilfeförderung gesellschaftlich marginalisierter Gruppen niederschlägt. In ihrem spezifischen Arbeitsfeld „Lust, Rausch und Gesundheit“ kann damit die AIDS-Hilfe ein professionelles und bedarfsgerechtes Profil weiterentwickeln, ohne sich selbst und ihre Interessenbindung preisgeben zu müssen. Um dieses Profil angesichts veränderter Rahmenbedingungen deutlich herauszuarbeiten und zu präzisieren, veranstaltete die Deutsche AIDS-Hilfe die hier dokumentierte Fachtagung „AIDS-Hilfe – Unternehmen Zukunft?“

Für wen ist die AIDS-Hilfe zuständig? – differenzierte Zielgruppenorientierung

Die Kontur der „Zielgruppen“ von AIDS-Hilfe-Arbeit deckt sich nicht (mehr) hundertprozentig mit dem Kreis der „Interessengruppen“, denen sich die AIDS-Hilfe auch politisch verbunden fühlt: Menschen mit HIV und AIDS, Schwule, DrogenkonsumentInnen und Frauen. Das Feld präventiver Arbeit zerfranst an seinen Rändern, und nicht jede peer-group, für die AIDS (auch) ein Thema ist, hat den Anspruch, eine Interessengruppe der AIDS-Hilfe zu werden. Die Gefahr einer solchen Differenzierung

zwischen Ziel- und Interessengruppe liegt freilich darin, daß fachliche Arbeit für und politische Vertretung von Gruppen innerhalb der AIDS-Hilfe-Arbeit immer mehr auseinanderfallen: die „reinen“ LeistungsempfängerInnen träten dann nurmehr als „KlientInnen“ in Erscheinung.

Selbsthilfegetragene Gesundheitsförderung ist aber ohne Community-Basis nicht durchführbar. Die Zielgruppenorientierung und Interessenbindung ist also eine Bedingung für die Erhaltung des fachlichen Profils der AIDS-Hilfe. Das Spezifische der neben den Menschen mit HIV und AIDS für die AIDS-Hilfe relevanten Gruppen besteht darin, daß sie gesellschaftlich marginalisiert sind und ihr Zugang zu allgemeinen Versorgungsangeboten durch kulturelle, soziale, rechtliche oder ökonomische Barrieren erschwert wird. Das betrifft Schwule, drogengebrauchende Menschen und Frauen nicht allesamt in gleicher Weise, sondern nach ihren sozialen und kulturellen Bedingungen unterschiedlich. Diese Unterschiede spielen in der Arbeit der AIDS-Hilfe eine immer größere Rolle.

Medikalisierung von AIDS? – zwischen Medizin-kritik und bedarfsgerechter Beratung

Der fachliche Charakter der AIDS-Hilfe verändert sich nicht nur durch die Eigenentwicklung der Organisation. Auch das Phänomen AIDS hat sich in den letzten Jahren durch den Einfluß der neuen Kombinationstherapien spürbar gewandelt. Die übertriebene Euphorie der Welt-AIDS-Konferenz in Vancouver ist zwar einer gewissen Ermüchterung gewichen, aber das Leben mit HIV und AIDS hat sich durch die neuen Medikamente für viele grundlegend verändert. Im Zentrum der AIDS-Auseinandersetzung stehen heute neben den alten Problemen des Sterbens, der Trauer und des Abschiednehmens neue Fragen: die Tauglichkeit und Verträglichkeit bestimmter Therapien, das Zeitregime, das die Kombination unterschiedlicher Wirkstoffe erzwingt und die neuen Lebensperspektiven.

Im Interesse der Menschen mit HIV und AIDS kann die AIDS-Hilfe die Augen vor dieser Entwicklung nicht verschließen. Sie muß dem offenkundigen Bedarf nach Information, Beratung und Unterstützung gerecht werden, aber gleichzeitig das Definitionsmonopol der Medizin über das Phänomen AIDS unterlaufen. Trotz kritischer Vorbehalte ist der Medikalisation des Themas AIDS nicht mit einer Vogel-Strauß-Politik zu begegnen. Vielmehr muß die Souveränität der Menschen mit HIV und AIDS im Behandlungsgeschehen und bei der Wahrnehmung ihrer Interessen gestärkt werden. Es kommt eben nicht nur darauf an, dem Leben Jahre, sondern auch den Jahren Leben zu geben.

Die Medikalisierung von AIDS hat Menschen mit HIV und AIDS eine neue Dimension von Zukunft eröffnet: Manch einer wurde „Zurück in die Zukunft“ (Lemmen, Müller 1999) katapultiert – häufig verbunden mit gravierenden psychischen und sozialen Auswirkungen: Die Dramatik der Auseinandersetzung mit dem nahen Tod hat Platz gemacht für einen Kleinkrieg mit Therapieregime und Nebenwirkungen, der im Vergleich eher banal erscheinen mag. „Aus dem Todesurteil wurde ‚Lebenslanglich‘“ (Erdorf 1999).

Was tun, wenn sich der Lebensabend plötzlich als Nachmittag herausstellt? - so lautet die zentrale Frage des zweiten Biographiebruchs bei Menschen mit HIV und AIDS. Krisenhafte Reaktionen können die Folge sein, was uns angesichts der mehrfachen Verrückung von Lebensperspektiven nicht weiter verwundern sollte. Auf dem Weg „Zurück in die Zukunft“ tauchen auf einmal (wieder) Probleme auf, die durch die Aussicht auf einen frühen Tod gelöst schienen. Neue Lösungen für alte Probleme, z.B. Ab-Lösungen, müssen jetzt mühsam erarbeitet werden, wo einst der Tod Er-Lösung versprach. Diese Wendung läßt verständlich werden, warum manche der neu gewonnenen Lebenszeit durchaus ambivalent gegenüberstehen und daß ein wichtiger Schwerpunkt der AIDS-Hilfe-Arbeit, jenseits aller Medikalisierung, die psychosoziale Unterstützung im neuen Leben mit AIDS bleiben wird – allerdings mit neuen Herausforderungen an die MitarbeiterInnen.

Die Herausforderung annehmen - ein Szenarioprozeß als Einstieg

„Wer zu spät kommt, den bestraft das Leben!“ KollegInnen aus AIDS-Hilfen für die neuen Herausforderungen zu sensibilisieren und einen verbandsübergreifenden Diskussionsprozeß über zukünftige Schwerpunktsetzungen der AIDS-Hilfe-Arbeit einzuleiten, war ein wesentliches Anliegen dieser Fachtagung. AIDS-Hilfe versteht sich vielleicht nicht mehr (nur) als Bewegung, aber sie ist doch weiterhin in Bewegung. Das liegt zum einen daran, daß sich ihr Gegenstand schon immer sehr dynamisch verhalten hat; und gerade in den letzten Jahren hat diese Dynamik eine neue Qualität bekommen. Zum anderen ist AIDS-Hilfe selbst eine Organisation, die sich seit ihrem Bestehen mit hohem Tempo entwickelt hat und sich ständig weiterentwickeln muß. Keiner von uns weiß, wie die AIDS-Hilfe in zehn Jahren aussehen wird, ja ob es sie überhaupt noch geben wird.

Zur Vorbereitung dieser Fachtagung wurden in einem von der Daimler-Benz AG begleiteten Szenarioprozeß die Einflußfaktoren, die mit hoher Wahrscheinlichkeit die AIDS-Hilfe-Arbeit im nächsten Jahrzehnt bestimmen werden, herausgearbeitet und zu sechs „Prämissen“, d.h. Faktoren, die mit einer

sehr hohen Wahrscheinlichkeit die Zukunft bestimmen werden, zusammengefaßt:

1. Die Therapierbarkeit der HIV-Infektion wird kontinuierlich voranschreiten. Das Spannungsfeld zwischen Nutzen und Kosten oder zwischen Erfolgen und unerwünschten Folgen wird sich weiter (betroffenengruppenspezifisch?) ausdifferenzieren. Damit könnten u.U. die „Nebenwirkungen“ der Therapie für die Arbeit wichtiger werden als die direkt mit HIV verbundenen Symptome. Wird ein möglicherweise im Jahre X zur Verfügung stehender Impfstoff das Ende der klassischen AIDS-Prävention einläuten?

2. Die epidemiologische „Normalisierung“ von AIDS geht weiter: Es gibt zwar weiterhin die bekannten Hauptbetroffenengruppen, bei weiterhin nachweisbarem Anstieg des Anteils von Frauen und MigrantInnen. Die materielle, kulturelle und soziale Schichtung wird sich aber bei der Risikoverteilung innerhalb aller Gruppen auf allen Präventionsstufen noch deutlicher niederschlagen. Läßt sich das Risiko in Zukunft verlässlicher über die gesellschaftliche Schichtzugehörigkeit als über die jeweilige Gruppenzugehörigkeit voraussagen? Welche Auswirkungen hat dies auf eine selbsthilfegestützte Gesundheitsförderung?

3. Die Zuwendungsvorgaben für soziale Arbeit werden immer mehr Elemente von Leistungsdefinition und -nachweis, Qualitätssicherung und -entwicklung beinhalten. Freie TrägerInnen werden ihre Leistungen präzise definieren, sowohl am Bedarf Ihrer „KundInnen“ als auch an gängigen Qualitätsstandards orientieren und, etwa in Form von Leistungsverträgen, auch abrechnen müssen. Können Elemente des klassischen Selbstverständnisses vom „offenen Haus der AIDS-Hilfe“ mit den wirtschaftlichen Erfordernissen des „Konzerns AIDS-Hilfe“ in Einklang gebracht werden oder vergrößert sich der Spagat zwischen Selbsthilfe und sozialem Dienstleistungsbetrieb?

4. Die Drogenpolitik wird Angebote der Überlebenshilfe (akzeptierende Ansätze, Druckräume, Originalstoffeinsatz) zunehmend in die Regelversorgung integrieren. Damit verliert die AIDS-Hilfe ihre Modellfunktion für diesen Bereich, so daß sie entweder dem System der Drogen(selbst)hilfe das Feld überläßt oder ihrerseits noch stärker zur Trägerin von Einrichtungen wird und somit als „Mitbewerberin“ auf dem Markt sozialer Dienstleister auftritt. Mit welchem Profil von Angeboten kann und will AIDS-Hilfe sich im Spannungsfeld zwischen Kooperation und Konkurrenz auf dem Markt etablieren?

5. Es findet in der „politischen Klasse“ wie auch in der AIDS-Hilfe ein Generationswechsel statt. Mögliche Alterslücken zwischen „AnbieterInnen“ und

„EmpfängerInnen“ der AIDS-Arbeit können dabei geschlossen, aber auch weiter aufgerissen werden. In jedem Fall wird die AIDS-Hilfe sowohl Methoden der Traditionsbildung entwickeln als auch konsequent Raum für Innovation schaffen müssen. Gilt es, eine „Mehrgenerationenperspektive“ im Konzept der Lebensweisenakzeptanz explizit zu verankern und wie kann AIDS-Hilfe einen möglichen „Generationskonflikt“ produktiv für ihre Arbeit zu nutzen?

6. Aufgrund zunehmender globaler Migrationsbewegungen wird es in Mittel- und Westeuropa zu verstärkter legaler und illegaler Zuwanderung kommen. Probleme von MigrantInnen – als sozial weiterhin Benachteiligte – werden die Arbeit der AIDS-Hilfe stärker bestimmen, bis hin zur Bildung einer neuen Interessengruppe. Wie schlägt sich diese Entwicklung im Angebot der AIDS-Hilfe, aber auch in der Zusammensetzung der MitarbeiterInnen nieder?

Wie die Arbeitsergebnisse in dieser Dokumentation belegen, gelang es auf dieser Fachtagung, anknüpfend an diese Voraussetzungen ein Forum des Austauschs, der strategischen Reflexion und Planung zu schaffen. Dabei ging es um die Veränderungen des Phänomens AIDS von der Epidemiologie bis hin zur Behandlung und um die Entwicklung der Organisation, der politischen wie gesellschaftlichen Rahmenbedingungen, die den Weg der AIDS-Hilfe in der Zukunft bestimmen werden.

Strategisch planen – zukunftsweisend handeln

Dokumentiert sind in dieser Veröffentlichung die spannenden Eingangreferate, die wichtige inhaltliche Impulse für die fünf Arbeitsgruppen des zweiten Veranstaltungstages lieferten. In der Zusammenführung der Ergebnisse der Arbeitsgruppen hat sich die Methode des strategischen Projekts bewährt. Die TeilnehmerInnen der Arbeitsgruppen waren gebeten worden, die Ergebnisse ihrer Diskussion in die Form eines strategischen Projektes zu gießen (siehe Anhang). Angesichts absehbarer Herausforderungen sollten Möglichkeiten der Vorbereitung oder Gegensteuerung diskutiert werden: wie z.B. erwünschte Entwicklungen befördert, unerwünschte abgeschwächt oder in ihren Auswirkungen begrenzt werden könnten; mit welchen Projekten rechtzeitig auf neuen, sichtbar werdenden Bedarf reagiert werden könnte.

Die von den Arbeitsgruppen präsentierten strategischen Projekte lieferten wichtige Anregungen für die zukünftige Arbeit des Gesamtverbandes und seiner Bundesgeschäftsstelle. Einige von ihnen werden schon im nächsten Haushaltsjahr als reale Projekte umgesetzt:

Interkulturelle Öffnung der AIDS-Hilfe-Arbeit: Die 1999 begonnenen Bildungsangebote für Mitarbeite-

rInnen aus AIDS-Hilfen werden fortgesetzt und ausgeweitet. Die Ausarbeitung von „Leitlinien zur Beratung von MigrantInnen“ sollen kulturspezifische Aspekte berücksichtigen und auch die Möglichkeiten der Förderung von Selbsthilfepotentialen bei dieser sehr heterogenen Gruppe ausleuchten.

AIDS global – global AIDS: Für die globale Vernetzung der Nichtregierungsorganisationen (NGOs) im AIDS-Bereich bietet zuallererst die X. Internationale AIDS-Konferenz 2000 in Durban ein geeignetes Forum. Zielsetzungen dieses strategischen Projekts können der Vorbereitungsgruppe aus dem Umfeld von AIDS-Hilfe als Anregung dienen.

AIDS-Hilfe als Feld für Praxisforschung öffnen: Ein erster Schritt in diese Richtung wurde mit der Evaluation der „Medizinischen Rundreise der Deutschen AIDS-Hilfe e.V.“ durch StudentInnen des Aufbaustudienganges „Public Health“ getan, der zu einer Fortsetzung ermutigt.

Medizinische Rundreise Hepatitiden: Auf die Zunahme von HIV/HBV bzw. HCV-Koinfektionen und ihren Einwirkungen auf die Behandlungsmöglichkeiten der HIV-Infektion soll bereits im Jahr 2000 mit einer medizinischen Rundreise zu den Hepatitiden mit 36 dezentralen Veranstaltungen reagiert werden.

IQ 2001 – Qualitätssicherung in der AIDS-Hilfe-Arbeit: Der Prozeß der Qualitätsentwicklung in der Telefonberatung von AIDS-Hilfen wird Ende 1999 seinen vorläufigen Abschluß finden. Ab 2000 wird die „Qualitätsentwicklung der Präventionsarbeit von AIDS-Hilfen“ zu einem Schwerpunktthema des gesamten Verbandes, bei dem regionale Initiativen zusammengeführt und gebündelt werden. Erfreulich ist hierbei – wie die Abschlußdiskussion der Fachtagung belegt (siehe S.67) – wie ein vormals angstbesetztes Thema inzwischen zu einer spannenden Herausforderung geworden ist.

Das 131. Mitglied – die virtuelle AIDS-Hilfe: Das Internet mit seinen unterschiedlichen Angeboten (wie z.B. Chatrooms) prägt die neuen Möglichkeiten und Strukturen der Selbsthilfe in der Telekommunikationsgesellschaft. Welcher konkrete Handlungsbedarf hier für die Deutsche AIDS-Hilfe als „Selbsthilfeorganisation“ besteht, wird im Rahmen einer geplanten Expertise erforscht.

Bei soviel Bereitschaft zur strategischen Planung blieb eine der wichtigsten Fragen dieser Tagung offen: Wie wollen sich AIDS-Hilfen mit Fragen der Traditionsbildung auseinandersetzen? Wie geht sie mit ihrer Geschichte um und wie kann sie diese an neue Generationen vermitteln? Denn bei aller Forderung nach Innovation und Wandel gilt es auch zu bedenken, was AIDS-Hilfen unbedingt bewahren müssen, was die zentralen und unaufgebbaren Anliegen der Organisation sind. Wer seine Geschichte

verleugnet, den holt die eigene Vergangenheit unerbittlich ein.

Impulse für die Arbeit vor Ort

Viele Ergebnisse dieser Fachtagung sind bereits in den innerverbandlichen Diskussions- und Konzeptentwicklungsprozeß eingeflossen. Die Anforderung, AIDS-Hilfe der sich verändernden Dynamik des AIDS-Geschehens in Deutschland anzupassen, ist uns vertraut. Neu ist dabei nur die rasante Beschleunigung der Entwicklung, so daß manch einer das Gefühl bekommt, ihr hinterherzulaufen. AIDS-Hilfe verfügt über wichtige Voraussetzungen für Flexibilität und Zukunftsfähigkeit: Wissen, Erfahrung, offene Konzepte und ein großes Potential an Kreativität. Veranstaltungen wie diese Fachtagung sollen allen TeilnehmerInnen diese guten Voraussetzungen bewußt und ihnen Mut machen, sie zukunfts offen und ohne Angst weiterzuentwickeln.

Auf der Fachtagung wurden zahlreiche Impulse gesetzt. Um sie in die alltägliche Arbeit vor Ort einbringen zu können, ist es erforderlich, sie breiter zu kommunizieren. Diese Kommunikation anzuregen ist ein wesentliches Anliegen der vorliegenden Dokumentation.

Stefan Etgeton
Bundesgeschäftsführer

Karl Lemmen
Referent Psychosoziales

Tagungsprogramm

Donnerstag, 15. April 1999

ab 15.00 Uhr	Anreise, Kaffee und Kuchen
16.00 - 16.15 Uhr	Begrüßung, Vorstellung des Programms Moderation: Cori Tigges, Horst Grzelka
16.15 - 16.45 Uhr	Einführungsreferat: Szenarien der Behandelbarkeit der HIV-Infektion zwischen „best case“ und „worst case“ - Auswirkungen auf Menschen mit HIV und auf die Versorgungssysteme (Dr. Matthias Wienold, Gesundheitswissenschaftler, Hannover)
16.45 - 17.15 Uhr	Impulsreferat: Epidemiologische „Normalisierung“: AIDS wird eine Krankheit wie andere auch (Prof. Dr. Rolf Rosenbrock, Wissenschaftszentrum Berlin)
17.15 - 17.45 Uhr	Impulsreferat: Epidemiologische „Normalisierung“ - Auswirkungen auf den Arbeitsalltag von AIDS-Hilfen (Armin Traute, Berliner AIDS-Hilfe)
17.45 - 18.15 Uhr	Pause
18.15 - 18.45 Uhr	Impulsreferat: Das Verhältnis von AIDS-Hilfe und Drogenhilfe unter veränderten politischen Rahmenbedingungen: zwischen aktiver Abgabe von Verantwortung und inhaltlicher Neupositionierung (Peter Lindlahr, Hamburg)
18.45 - 19.15 Uhr	Impulsreferat: Nur den Bedarf „bedienen“ oder auch die Interessen vertreten: Migration als Thema der AIDS-Hilfe-Arbeit? (Dr. Zahra Mohammadzadeh, Gesundheitsamt Bremen)
19.15 - 19.45 Uhr	Impulsreferat: Leistungsverträge, Qualitätsmanagement und Refinanzierung als Herausforderungen für die AIDS-Hilfe-Arbeit - Die Zukunft der Finanzierung sozialer Dienstleistungen (Reinold Purmann, DPW-Landesverband Berlin)
19.45 - 20.00 Uhr	Zusammenfassung, Aufteilung in Arbeitsgruppen, Abschluß des ersten Arbeitstages
20.00 Uhr	Abendessen im Restaurant

Freitag, 16. April 1999

10.00 - 18.30 Uhr	Arbeit in fünf parallelen Gruppen AG 1 - Neue Hilfsbedürftige - neues Helferverständnis: Abschied vom Mittelschichtshomo oder: was bringt die epidemiologische Normalisierung? AG 2 - Zwischen Selbstauflösung und Organisationsentwicklung: Visionen der AIDS-Hilfe im Jahr 2000 plus (Zukunftswerkstatt) AG 3 - Bedarfs- versus Angebotsorientierung: Anpassung an neuen Bedarf und veränderte Rahmenbedingungen am Beispiel der Arbeitsbereiche Pflege und Drogen AG 4 - Leistungsorientierte Finanzierungsmodelle: Chancen und Nebenwirkungen für die AIDS-Hilfe AG 5 - Über die Unfähigkeit zu trauern - oder: AIDS-Hilfe zwischen Traditionsbildung und Innovation
-------------------	--

Samstag, 17. April 1999

10.00 - 13.00 Uhr	Podium: Präsentation und Diskussion der Arbeitsergebnisse
13.00 Uhr	Mittagessen

Ausschreibung der Arbeitsgruppen

AG 1 - Neue Hilfsbedürftige - neues Helferverständnis: Abschied vom Mittelschichtshomo oder: was bringt die epidemiologische Normalisierung?

Moderation: Uli Meurer und Silke Eggers / Protokoll: Edmund Miedler

Die „epidemiologische Normalisierung“ wird durch die ständig zunehmende Zahl antiretroviraler Medikamente und ihrer Kombinationen den Hilfebedarf verändern. Zugleich werden sich neue Gruppen mit anders gelagertem Hilfebedarf an die AIDS-Hilfen wenden. Für den gut abgesicherten „Mittelschichtshomo“ werden z.B. Aspekte der Behandlung und Compliance im Vordergrund stehen; bei anderen Gruppen hingegen werden HIV-spezifische Probleme nachrangig gegenüber Fragen zur sozialen Absicherung und zum Aufenthalt. Diejenigen, die sich selber helfen können, werden - abgesehen von ihrem Informationsbedarf - zunehmend in den Selbsthilfestrukturen ihrer sozialen Netzwerke und Szenen aufgefangen. Zurück bleiben Menschen mit erhöhtem Hilfebedarf, bei dem die „Hilfe zur Selbsthilfe“ an ihre Grenzen stößt. Wie wird sich dies auf die Gestaltung von Angeboten und auf das Selbstverständnis der HelferInnen und Organisation auswirken? Mit welchen „strategischen Projekten“ kann rechtzeitig auf eine solche Entwicklungen reagiert werden?

AG 2 - Zwischen Selbstaflösung und Organisationsentwicklung: Visionen der AIDS-Hilfe im Jahr 2000 plus (Zukunftswerkstatt)

Moderation: Alexander Popp / Protokoll: Holger Sweers

Die Gründer der AIDS-Hilfen sind mit dem Anspruch angetreten, sich selbst wieder aufzulösen, sobald eine Heilung der Krankheit in Sicht sei. Diese liegt zwar immer noch in weiter Ferne, aber es gibt immer mehr Behandlungsansätze, die ein besseres Management der HIV-Infektion ermöglichen. Wie muß oder soll sich AIDS-Hilfe bei einem „best case“ (Heilmittel, Impfung) oder „worst case“ (kein Heilmittel, keine Impfung, Resistenzprobleme, weitere Veränderungen im Krankheitsbild usw.) orientieren? Sollte sich AIDS-Hilfe im Falle eines „best case“ auflösen? Oder blieben ihr trotzdem Aufgaben erhalten, die von anderen nicht übernommen werden können (Stichwort: Akzeptanz der Lebensweisen und Lebensstile)? Wird in zehn Jahren z.B. die Hepatitis C-Epidemie eine wesentlich größere Bedrohung für die Hauptbetroffenengruppen sein als die HIV-Epidemie? Sollte AIDS-Hilfe dann zu einer Agentur für Gesundheitsförderung für sexuell aktive oder für marginalisierte Gruppen werden? Oder sollte sie sich weiterhin gemeindepsychologischen Aufgaben zur Unterstützung der Schwächsten in den Hauptbetroffenengruppen einschließlich der „Alt-Infizierten“ widmen? Welche Entwicklungen gilt es zu fördern, welchen durch „strategische Projekte“ entgegenzuwirken?

AG 3 - Bedarfs- versus Angebotsorientierung: Anpassung an neuen Bedarf und veränderte Rahmenbedingungen am Beispiel der Arbeitsbereiche Pflege und Drogen

Moderation: Stefan Etgeton und Peter Balz / Protokoll: Kai Grüber

Der Bereich Pflege befindet sich seit Jahren aufgrund veränderter gesundheits- und sozialpolitischer Rahmenbedingungen (Pflegeversicherung) und einer Verschiebung des Hilfebedarfs (von der Palliativpflege zur längerfristig angelegten Betreuung) in einer Phase umfassender Umorientierung. Sollte künftig allein das kompetent Leistbare, nämlich die Palliativpflege, angeboten und auf andere Gruppen (z.B. Krebskranke, Menschen mit Multipler Sklerose) ausgeweitet werden? Oder sollte ebenso dem wachsenden Bedarf an langfristig angelegter Betreuung bei mehrfach beeinträchtigten AIDS-Patienten entsprochen werden, wofür neue Kompetenzen zu erwerben wären?

Für den Drogenbereich der AIDS-Hilfen sind angesichts absehbarer Veränderungen bei den gesellschaftspolitischen Rahmenbedingungen ähnliche Fragen zur künftigen Orientierung der AIDS-Hilfe-Arbeit zu erwarten. Zudem gilt es, im Hinblick auf die zunehmende Zahl neuer Anbieter im Drogenhilfesystem für die Drogenarbeit der AIDS-Hilfen folgende Fragen zu klären: Welcher neue Bedarf könnte bei einer liberaleren Drogenpolitik sichtbar werden? Welche Angebote könnten zurückgefahren, welche an andere Träger abgegeben werden? Für welche neuen Angebote müssen welche Kompetenzen erworben werden?

Wie können die Arbeitsbereiche Drogen und Pflege bei der unumgänglichen Organisationsentwicklung voneinander profitieren und sich gegenseitig unterstützen? Welche Schritte gilt es im Sinne „strategischer Projekte“ schon jetzt einzuleiten, um von den Entwicklungen nicht überrascht und überrollt zu werden?

AG 4 - Leistungsorientierte Finanzierungsmodelle: Chancen und Nebenwirkungen für die AIDS-Hilfe

Moderation: Achim Weber und Resi Jäger / Protokoll: Annette Fink

Die finanzielle Förderung ohne detaillierten Leistungsnachweis wird für viele Bereiche der sozialen Arbeit zum Auslaufmodell. Die Refinanzierung sozialer Dienstleistungen wird - ähnlich wie im Rahmen der Pflegeversicherung - zunehmend an die Definition von Leistungsmodulen, dem Nachweis und der (Einzel-)Abrechnung tatsächlich erbrachter Leistungen gekoppelt. Dies bringt sowohl für die LeistungsempfängerInnen (künftig „KundInnen“ genannt) als auch die DienstleisterInnen Vor- und Nachteile.

Ein Vorteil für die „KundInnen“ ist, daß sie dadurch einen Rechtsanspruch auf bestimmte Leistungen (z.B. erforderliche Betreuung in angemessener Qualität) haben, ein Nachteil, daß diese z.T. einzeln beantragt und abgerechnet werden müssen und an bestimmte Voraussetzungen (z.B. anerkannter Status als BehinderteR nach BSHG) gekoppelt sind. Der Begriff „Kunde/Kundin“ verschleiert nur die - auch abrechnungstechnisch - festgeschriebene Klientisierung von Menschen mit HIV und AIDS.

Die Abrechnung von Einzelleistungen (z.B. Tagessätzen) erleichtert es den TrägerInnen, ihre Angebote am tatsächlichen Bedarf auszurichten, und erlaubt es, bei gutem Wirtschaften Überschüsse zu erzielen, die in Folgejahre übertragen werden dürfen. Rationelles Wirtschaften wird allerdings nur größeren TrägerInnen möglich sein, die Verluste und Gewinne in verschiedenen Bereichen gegenrechnen können. Der Aufbau professioneller Dienstleistungsstrukturen hat die Entwicklung hin zu „Sozialkonzernen“ eingeleitet - eine Entwicklung, die - wie an der Gründung von GmbHS durch viele AIDS-Hilfen sichtbar wird - ohnehin nicht mehr aufzuhalten ist.

Wesentlicher wird die Frage sein, welche der Möglichkeiten gezielt genutzt und wie unerwünschten Nebenwirkungen - bis auf die Ebene des Selbstverständnisses - entgegengewirkt werden kann. Welche „strategischen Projekte“ sind zur Entwicklungssteuerung denkbar?

AG 5 - Über die Unfähigkeit zu trauern - oder: AIDS-Hilfe zwischen Traditionsbildung und Innovation

Moderation: Clemens Sindelar und Mara Seibert / Protokoll: Peter Stuhlmüller

AIDS-Hilfe kommt in die Jahre und mit ihr ihre MitarbeiterInnen. Gleichzeitig kann sie sich nicht über mangelnden Zulauf jungen Nachwuchses beklagen. Diejenigen unter uns, die fast von Anfang an dabei sind, haben etliche Umstrukturierungen und Umorientierungen der Arbeit miterlebt. Das Hinzukommen Neuer fordert die (ewig gleichen?) Grundsatzdiskussionen heraus: „Mitreden kannst du nur, wenn du die Geschichte der Einrichtung verstehtst!“, so die wörtlich zitierte Aussage eines „Alten“ gegenüber einem „Neuen“.

Die „Alten“ fühlen sich zerrissen zwischen zwei Optionen: bei der nächsten Selbstverständnisdiskussion das Handtuch zu schmeißen oder sie zu begrüßen als einen Weg aus der eigenen Erstarrung. Die „Neuen“ hingegen erleben sich ständig in ihren Initiativen gebremst und verstehen nicht, weshalb man derart an alten Zöpfen klebt oder welche Königreiche (oder Friedhöfe) in den Diskussionen verteidigt werden.

Was meist fehlt, ist das Vermittelnde: die Geschichte wertzuschätzen, aus ihr zu lernen und darauf aufbauend gemeinsam Neues zu schaffen. Sicher, dabei muß man sich von der einen oder anderen „Antiquität“ verabschieden. Aber es bleibt die Möglichkeit der Wahl, welches der alten Stücke auch in Zukunft noch gute Dienste leisten kann.

Ein Workshop für „alte Hasen“ und Neue, die sich der Begegnung und Auseinandersetzung stellen und gemeinsam Strategien der Vermittlung erarbeiten wollen.

Begrüßung

Guido Vael (Vorstandsmitglied der Deutschen AIDS-Hilfe e.V.)

Ich begrüße Sie/Euch herzlichst zu unserer Fachtagung „AIDS-Hilfe – Unternehmen Zukunft?“.

Fachtagungen sind ein wichtiger Bestandteil der Konzeptdiskussion der Deutschen AIDS-Hilfe geworden. Sie ermöglichen die breite Diskussion zwischen den verschiedenen Verbandsgliederungen. Wenn wir uns bei der heutigen Fachtagung mit dem Profil und den Perspektiven der AIDS-Hilfe Arbeit im nächsten Jahrzehnt befassen, dann sollten wir nicht außer acht lassen, daß auch auf früheren Fachtagungen (etwa „Abschied vom Ehrenamt“ oder „Mythos Selbsthilfe“) Themen erörtert wurden, die zu dem Profil und den Perspektiven der AIDS-Hilfen gehören. Bei den Fachtagungen geht es also nicht um eine abschließende Positionsbestimmung, sondern sie sollten zusammen mit den Konzeptseminaren als Teile eines Prozesses verstanden werden.

Die heutige Fachtagung baut auf dem Konzeptseminar „Szenario-Prozeß“ vom November 1998 auf. An dieser Stelle ein Dankeschön an die Daimler Benz AG, die uns dieses Seminar ermöglichte. Bei diesem Szenario-Prozeß wurden die Einflüsse beschrieben, von denen unsere künftige Arbeit bestimmt wird. Im Programmheft sind sie aufgelistet.

Der etwas provokative Titel „Unternehmen Zukunft?“ besteht aus nur zwei Worten. Sind AIDS-Hilfen Unternehmen geworden und haben diese Unternehmen eine Zukunft? Nun, vielerorts sind die AIDS-Hilfen tatsächlich, wenn nicht mittelständische, so doch Kleinbetriebe geworden, die im Wettbewerb mit anderen sozialen Einrichtungen stehen. In nur 15 Jahren haben sich die Schwerpunkte der Arbeit ständig verschoben. Am Anfang stand neben der Primärprävention die Suche nach und das Sammeln von Informationen im Vordergrund. Sehr schnell wurden dann die personellen und finanziellen Ressourcen im Betreuungs- und Versorgungsbereich gebunden. Und jetzt stehen wir erneut mitten im Wechsel.

Die raschen Änderungen der Therapiemöglichkeiten und die epidemiologischen Verschiebungen können nicht ohne Auswirkungen auf das Unternehmen, sein Leitbild und seine Organisationsstruktur bleiben. Die Frage ist nur, ob wir darauf ausreichend vorbereitet sind und ob die Veränderungen ohne substanzielle Folgen bleiben - etwa für die bisherigen Kernbereiche wie die Selbsthilfe und die Beteiligung unserer Zielgruppen.

Wie schaut dann die Zukunft aus? Hat diese Organisation überhaupt eine Zukunft? Wir reden gerne – und wie ich meine zu Recht – von der Innovation durch das Modell AIDS-Hilfe. Da auch wir, wie es

mir scheint, an unserer Zukunft manchmal zweifeln, möchten wir dieses Modell auch für andere Bereiche der Gesundheitsförderung und der Sozialarbeit anpreisen, damit die Schubkraft nicht ins Leere läuft. Auf die Frage nach dem „Wie“, haben wir jedoch noch keine schlüssige Antwort gefunden.

Ich hoffe, daß diese Fachtagung uns erneut einen Schritt weiterbringt - auch in der Frage der Konsensfindung. In diesem Sinne wünsche ich uns eine erfolgreiche Tagung in einer freundschaftlichen, kollegialen Atmosphäre.

Vielen Dank.

Einführungsreferat

Szenarien der Behandelbarkeit der HIV-Infektion zwischen „best case“ und „worst case“

Auswirkungen auf Menschen mit HIV und die Versorgungssysteme

Dr. med. Matthias Wienold (M.S.P., Wissenschaftliche Dienste und Projektberatung, Hannover)

Der Status quo

Faktoren, die den Status quo prägen

- moralische Auswirkungen konservativer Politik (z.B. TV-Spots, Schwangerschaft)
- periodische Medikalisierung (z.B. Substitutionsdebatte)
- Ökonomisierung (z.B. Pflegedienste, Patienteninformation)

Der Status quo ist von den vergangenen Jahren einer moralisch-konservativen Politik geprägt. Das sehen wir an den noch immer viel zu „rücksichtsvollen“ AIDS-TV-Spots, die noch immer nicht homosexuelle Jugendliche dazu auffordern, ihre sexuelle Identität zu bekennen und zu leben. Auch steht aus meiner Sicht die zentrale Auseinandersetzung von Frauen mit HIV zum Thema Schwangerschaft in einem krassen Mißverhältnis zu dem Mangel an Aktivitäten im Bereich der strukturellen Prävention. Der Status quo ist auch von einer periodischen Medikalisierung geprägt, wie sie z.B. in der Substitutionsdebatte immer wieder hochkommt: Eine Problemlösung wird an die Medizin abgegeben, gleichzeitig aber die sozialen Probleme nicht gelöst. Die Medikalisierung im Bereich der Methadonsubstitution ist inzwischen auf breiter Front abgeschlossen. Zwar gibt es erhebliche Probleme mit den Programmen zur sozialen Reintegration, zwar ist der Arbeitsmarkt für HIV-positive Ex-Junkie-Frauen und -Männer nicht gerade vielversprechend, aber der Zugang zur Drogensatztherapie ist bundesweit möglich - auch auf Kosten der gesetzlichen Krankenversicherung.

Zu den bisherigen Auswirkungen der Therapierbarkeit ist wohl auch zu zählen, daß sich in den Bereichen ambulante Krankenpflege und Patienteninformation inzwischen die Ökonomisierung bereits voll ausgewirkt hat. Als die AIDS-Pflegefälle zurückgingen, reagierten zunächst die Pflegedienste. An manchen Orten wurden Krebs- und Hepatitispatienten zum täglichen Geschäft. Dabei traten sie in Wettbewerb mit anderen Pflegediensten.

Durch die pharmazeutische Industrie, die gesammelte Ärzteschaft und „Projekt Information“ in München unterstützt, hat die Compliance-Debatte inzwischen auch innerhalb des Unternehmens AIDS-Hilfe weiten Raum eingenommen. Auch die Patienteninformation der deutschen AIDS-Hilfe wird inzwischen überwiegend aus Mitteln der pharmazeutischen Industrie finanziert. Die gesetzliche Kranken-

versicherung verfügt bis heute nicht über derartige Materialien. Niemand weiß zur Zeit, was diese Information bewirkt und wen sie wirklich als verständlich erreicht.

Szenarien der Behandelbarkeit

Vor diesem Hintergrund gilt es zu diskutieren, wie reaktionsfähig AIDS-Hilfe bleiben wird. Kann sie noch einmal den Kraftakt wie beim Antikörperstest vollbringen und unabhängige Patientenorganisation sein? Wie könnte die AIDS-Therapiewelt in zehn Jahren aussehen. Im folgenden bediene ich mich der ceteris paribus Annahme (damit setze ich alle Veränderungen außerhalb meiner Betrachtung auf konstant). In meinem Modell wird sich also AIDS-Hilfe nicht auflösen, nur weil ein größerer Meteorit die Erde getroffen hat und dem Problem AIDS vorübergehend geringere Aufmerksamkeit zukommt.

In den zwei Szenarien „best case“ und „worst-case“ (bester und schlechtester Fall) kann man sich vorstellen, daß es eine Heilung geben wird oder daß es keine Heilung geben wird. Das wäre einfach. Alles beim Alten oder doch nicht. Im folgenden sollen allerdings der „desired case“ (gewünschter Fall) und der „undesired case“ (unerwünschter Fall) entworfen werden. Dabei handelt es sich aus meiner Sicht als Therapieaktivist um realistische Szenarien. Ausdrücklicher Dank gilt Bernd Vielhaber für seine Anregungen hierzu.

Desired Case	Undesired Case
- Komplexe Chemo- und Immuntherapie	- Komplexe Chemotherapie
- Verabreichung in Zyklen	- Zunahme Resistenzen
- 60 % Heilung	- stark steigende Kosten
- Übernahme Kosten durch GKV	- HCV/HBV Ko-Epidemien
- Impfstoffstudien	- kein Impfstoff

Im **gewünschten Fall** nehme man an, daß die Therapierbarkeit in zehn Jahren fortgeschritten ist: Es gibt eine komplexe Chemotherapie, bestehend aus anti-retroviralen und immunstimulierenden Substanzen. Die Therapie ist über einen Zeitraum von drei Jahren anzuwenden. Wie bei einer Krebstherapie wechseln sich Phasen einer intensiven, zum Teil stationär zu erbringenden Behandlung mit Phasen ab, in denen keine Therapie verabreicht wird. Nach Abschluß eines vollen Behandlungszyklus von nur einem Jahr sind 60 Prozent der Patienten geheilt. Die Kosten der

Therapie werden voll durch die gesetzliche Krankenversicherung getragen. An drei deutschen Behandlungszentren besteht zudem die Möglichkeit, sich nach der Behandlung im Rahmen von Studien impfen zu lassen.

Im **ungewünschten Fall** nehme man an, daß die HIV-Infektion nicht wesentlich besser als heute behandelbar sein wird: Durch die langdauernde Anwendung der Medikamente und einer anhaltenden Neuinfektionsrate von jährlich 2000 Fällen, kommt es zu einer immer stärkeren Ausbreitung von Resistenzen. Dadurch steigen die Kosten im therapeutischen Bereich erheblich an. Neben den AIDS-Todesfällen - vor allem bei Langzeitüberlebenden - kommt es zu einer Hepatitis-C Ko-Epidemie. Insbesondere bei Drogengebrauchern und Hämophilen wird durch die Hepatitis-C-Infektion (HCV) eine Unverträglichkeit gegenüber den wirksamsten HIV-Therapien ausgelöst. Die Zahl der Leberzirrhosen und der Leberkarzinome als Folge der HCV-Infektion nimmt rasant zu. Sterbefälle sind bei Schwulen und Hämophilen durch Spätfolgen der Hepatitis-B Epidemie der späten 70er Jahre an der Tagesordnung. Ein Impfstoff gegen HIV wurde bis dahin nicht entwickelt.

Aus Sicht eines Therapieaktivisten sind mit Blick auf die kommenden zehn Jahre Überraschungen zwar nicht auszuschließen, eine sprunghafte Entwicklung scheint aber derzeit wenig wahrscheinlich. Insofern kann und soll das Nachdenken über die zukünftige Entwicklung im Bereich der medizinischen Behandelbarkeit oder Prävention der HIV-Infektion nicht abrupte Wendungen in Struktur und Arbeit der AIDS-Hilfen bewirken. Vielmehr wird vermutlich erst ein Rückblick Auskunft darüber geben, wie und in welchem Umfang sich AIDS-Hilfe diesen Veränderungen gestellt hat.

Fragen und Antworten

Im vergangenen Jahr stellten 14 Mitarbeiter aus AIDS-Hilfen fest, daß die medizinische Entwicklung im Sinne einer voranschreitenden Therapierbarkeit der HIV-Infektion in den nächsten zehn Jahren einen Einfluß auf die Arbeit ihrer Organisationen haben wird. Sie sahen sich in einem Spannungsfeld zwischen dem Nutzen und den Kosten, Erfolgen und unerwünschten Folgen der Therapierbarkeit. "Möglicherweise rücken 'Nebenwirkungen' der Therapie stärker ins Zentrum der Arbeit als Folgen der HIV-Infektion und AIDS-Erkrankung" wurde als Hypothese formuliert. Diese Annahme ist sicherlich von den Erfahrungen der vergangenen Jahre geprägt. Am Beispiel der Lipodistrophie haben wir gelernt, daß nicht Ärzte als erste erkennen, daß es zu Nebenwirkungen kommt. Es waren vielmehr Patienten, die bemerkten, daß sie zunahmen, obwohl

sie nicht mehr aßen, obwohl sie sich besser fühlten und daß sie an bestimmten Stellen des Körpers gleichzeitig abnahmen. Es wurde auch bedacht, daß die Entwicklung eines Impfstoffes Auswirkungen auf die Existenzberechtigung der AIDS-Prävention bisherigen Stils haben würde.

Die 14 Mitarbeiter der AIDS-Hilfe interessierten insbesondere vier Punkte. Die Kosten der zunehmenden Therapierbarkeit, die Frage nach dem Nutzen, die Frage nach den Nebenwirkungen und die Frage nach dem Impfstoff. Ich werde die Fragen in dieser Reihenfolge beantworten.

Welche Kosten bringt die Therapierbarkeit der HIV-Infektion?

- Ausweitung Laborparameter
- Neueinführung Medikamente
- Chronifizierung
- Neuinfektionen

Erkennbar ist zunächst, daß die direkten Kosten der HIV-Therapie in erheblichem Umfang steigen werden. Wir stehen heute nicht am Ende sondern scheinbar erst am Anfang einer therapeutischen Entwicklung, die als Differenzierung daher kommen und mit einem erheblichen Technisierungsschub einhergehen wird. Allein die Einführung der Verfahren der Resistenzbestimmung als Mittel zur Therapiewahl, der Blutspiegelmessung als Mittel der Therapiekontrolle und der Bestimmung der Helferzellfunktion als Parameter für die Wirksamkeit einer Therapie werden innerhalb der kommenden drei bis fünf Jahre zu einer stark steigenden Kostenentwicklung führen. Da es sich bei diesen Verfahren um patentrechtlich gesicherte Neuentwicklungen handelt, ist ein deutlicher Kostenrückgang durch wettbewerbliche Instrumente erst in mehr als zehn Jahren zu erwarten. Daneben werden in den nächsten zehn Jahren neue Medikamente am Markt eingeführt werden. Zur Zeit stehen fünf Medikamente zur Neueinführung an, innerhalb der nächsten zwei Jahre ist allein mit acht neuen Medikamenten zu rechnen. Die Chronifizierung, die wir in den letzten drei Jahren erlebt haben, wird sich sowohl im best- als auch im worst-case Szenario vermutlich fortsetzen. Denn auch für die fortgeschrittenen Stadien der HIV-Infektion wird es wieder Neuentwicklungen geben, die dann bestimmte, bisher tödliche Krankheiten, behandelbar machen. Das ist zum Teil nicht von der AIDS-Forschung abhängig, sondern insbesondere im Bereich der Lymphome von der Krebsforschung. Es ist also ratsam, auch andere Forschungsbereiche zu beobachten und sich nicht nur auf AIDS zu konzentrieren.

Die anhaltend hohe Zahl der Neuinfektionen wird zu einer Kostensteigerung führen. Denn es wird dadurch insgesamt mehr Menschen mit HIV geben,

wenn die Sterbeziffer so gering wie im Moment bleibt. Die Frage nach der Kostenentwicklung ist zumindest in Bezug auf die erforderlichen Ausgaben der Krankenversicherer auch ohne jeden Fortschritt im Bereich der Medikamente mit „steigend“ zu beantworten.

Welchen Nutzen wird die Entwicklung der Therapierbarkeit haben?

- Zunahme individueller Nutzen
- Ausweitung der Patientenpopulation
- geringes Wiederansteigen der AIDS-Fälle
- Rolle der Ko-Epidemien
- Mangelnde Meßbarkeit der Wirksamkeit

Die Frage nach dem Nutzen der Therapie, ist wesentlich schwerer zu beantworten. Sicherlich wird eine Behandlung, die die Übertragung vollständig unterbindet, eine andere Auswirkung haben, als eine Therapie, die nur ein lebenslanges „Zusammenwohnen“ mit dem Virus ermöglicht. An den AIDS-Erkrankungen können wir weitere Erfolge der Therapie allerdings nicht mehr messen, denn die Fallzahl ist schon jetzt so gering, daß ein Ausbruch einer therapieresistenten Tuberkulose in irgendeiner HIV-Klinik in Deutschland das gesamte Bild verändern würde.

Heute sehen wir individuellen Nutzen, der sich jedoch nicht mehr in der Veränderung der Krankheits-symptome im Sinne einer Besserung spürbar macht. Nutzen wird überwiegend über statistische Erwartungen und Laborwerte bestimmt. Sicherlich wird eine Therapie, die in den kommenden zehn Jahren entwickelt wird, den individuellen Nutzen steigern. Sie wird darauf abzielen, daß der Einzelne länger mit seiner HIV-Infektion leben kann und daß die Medikamente auch in Spätstadien eingesetzt werden. In den vergangenen 5 Jahren stieg die Zahl der antiretroviral behandelten Patienten von 5.000 auf 15.000. Allein bei zahlenmäßiger Ausweitung des Anteils der Patienten unter Therapie, wäre somit ein steigender Nutzen der Therapie zu verzeichnen.

Ein geringes Wiederansteigen der AIDS-Fälle kann für Pflegedienste und für AIDS-Hilfen, vor allem aber für die Ausbildung der Ärzte von Nutzen sein. Aus Frankfurt wird z.B. berichtet, daß Ärzte, die dort an der Universitätsklinik innerhalb der letzten drei Jahre ihre Arbeit begonnen haben, noch keine Pcp gesehen haben. Jeder, der heutzutage versucht, mit einer Pcp eine Behandlung zu finden, weiß, daß es sehr hilfreich sein kann, wenn die Ärzte schon einmal eine gesehen haben.

Der zu erwartende Nutzen der Therapierbarkeit der HIV-Infektion wird aber eindeutig durch die Ko-Epidemien geschmälert werden. Es ist nicht zu erwarten, daß der Fortschritt im Umgang mit Hepatitis-C- und Hepatitis-B-Infektionen innerhalb der

nächsten 10 Jahre sprunghafter vorangeht als bei AIDS. Sicherlich können die Medikamentenentwickler wesentlich davon profitieren, daß es antiretrovirale Substanzen gibt. In verwandten Klassen können sie möglicherweise auch Substanzen finden, die mit Hepatitisviren klarkommen. Aber wir sehen erst heute den Beginn einer Epidemie, die innerhalb der nächsten zehn Jahre eine deutliche Rolle spielen wird. Wenn AIDS nicht mehr bei den ko-infizierten Menschen auftritt, wird es Hepatitis-C sein, die zu einem entsprechenden Ansteigen des Bedarfs bzw. Nachlassen des Nutzens einer HIV-Therapie führt. Hier sind auch die Auswirkungen der zunehmenden Ausbreitung therapieresistenter Neuinfektionen zu berücksichtigen.

Die Frage, wie wirksam die Therapien sein werden, kann momentan allerdings nur individuell beantwortet werden. Der massive Rückgang der AIDS-Neuerkrankungen und AIDS-Tode als bestimmbarer Parameter ist für die Messung des Nutzens eine Katastrophe, weil es an Kohortenstudien fehlt. Im Moment kann niemand für Deutschland flächendeckend sagen, ob die Therapien, die vor drei Jahren eingeführt wurden, über den Rückgang der AIDS-Fälle hinaus einen Nutzen haben. Wir wissen nichts über die Lebensqualität, wir wissen nur, daß die AIDS-Fälle später eintreten.

Kommt es nicht zu einem dramatischen Einbruch der Wirksamkeit der antiretroviralen Medikamente, wird das laut Robert-Koch-Institut zu erwartende geringe Wiederansteigen der AIDS-Vollbilderkrankungen (von dem derzeit niedrigen Niveau) nur geringe bedarfsverändernde Auswirkungen haben. Allerdings sind die AIDS-Hilfen aufgefordert, durch ihre Arbeit den Nutzen der Therapien faßbarer zu formulieren, als dies der klinischen und epidemiologischen Forschung zur Zeit gelingt.

Die zu erwartenden Nebenwirkungen halte ich für absehbar. Es ist unwahrscheinlich, daß es bei den Nebenwirkungen, vor allem bei den Kurzzeitne-

Welche Nebenwirkungen wird die Entwicklung der Therapierbarkeit haben?

- evtl. Kinder, schwangere Frauen
- Langzeitnebenwirkungen
- zunehmende Rolle subjektiver Parameter
- Coping-Strategien

benwirkungen, zu größeren Zwischenfällen kommt. Zum einen unterliegen die Medikamente in der frühen Einführungsphase einer relativ starken Überwachung, so daß entsprechende Komplikationen frühzeitig gemeldet werden. Die einzigen sehr verletzba- ren Bevölkerungsgruppen sind in diesem Zusammenhang Kinder bzw. schwangere Frauen, da Medikamente zunächst überwiegend an Männern getestet

werden. Aber auch bei Kindern und schwangeren Frauen handelt es sich inzwischen um zwei medizinisch stark überwacht Gruppen, so daß entsprechende Komplikationen hier nur zahlenmäßig kleine Gruppen betreffen werden.

Langzeitnebenwirkungen der Behandlung wurden am Beispiel der Lipodystrophie erstmalig therapeutisch entscheidend. Bei zunehmender Zahl der „me too“-Präparate, die sich nicht in der Wirksamkeit aber geringfügig bei den Nebenwirkungen unterscheiden, werden subjektive Parameter eine größere Rolle in der Wahl der Komponenten spielen. Es ist damit zu rechnen, daß die Nebenwirkungen für Medikamente marktbestimmend werden. Künftig wird jemand, der keinen Durchfall haben will, Medikament X nehmen und jemand der keinen Brechreiz haben will, Medikament Y. Beide Medikamente sind gleich wirksam, also wird es zu einem vermehrten Wettbewerb um genau diese subjektiven Parameter kommen.

Das gilt selbstverständlich nicht für das Szenario des desired case, bei dem eine heilende Therapie vorhanden ist, wobei ich davon ausgehe, daß diese Therapien massiv in die Lebensqualität eingreifen werden. Wir sehen im Moment bei den ersten Studien mit stark wirksamen Immuntherapeutika, daß sie tatsächlich nur stationär verabreicht werden können. Sie führen zu so erheblichen Nebenwirkungen, daß eine Therapie selbst im desired case nur bei 60 Prozent der Patienten möglich sein könnte. Es wird bei zunehmender Wirksamkeit vermutlich eher immer mehr Nebenwirkungen geben, sollte die Tendenz tatsächlich in Richtung Impuls-Chemotherapie oder in Richtung einer in Zyklen ablaufenden Polychemotherapie gehen.

Nebenwirkungen werden auch neue Coping-Strategien verlangen. Der bereits jetzt bei einer zunehmenden Zahl von Patienten gewählte zeitweilige Ausstieg aus der Behandlung in Form sogenannter „Pillenferien“ läßt eine wirksame Copingstrategie im Umgang mit unerwünschten Folgen einer Dauerbehandlung erkennen. Während sich anfangs gegen eine derartige Lockerung der Therapieanweisungen heftiger Widerstand regte, sind bereits erste Hinweise für eine eher abwägende Haltung auch der Therapeuten zu erkennen.

Welche Auswirkungen wird die Impfstoffentwicklung haben?

Schutzimpfung	- kommt
- fehlende wissenschaftliche und ökonomische Anreize	- kommt noch nicht
- Deutschland unvorbereitet	- kommt nicht

Unabhängig von der Behandlung einer bereits eingetretenen HIV-Infektion durch medikamentöse oder immunogene Wirkstoffe, gilt es für die zukünftige Entwicklung der Rolle von AIDS-Hilfe, die Forschung nach einer HIV-Schutzimpfung zu berücksichtigen.

Hier gilt es, von der keinen Widerspruch duldenden Stellung der Optimisten und der Pessimisten abzurücken. Tatsächlich ist zur Zeit nicht absehbar, ob es in den nächsten zehn Jahren zur Entwicklung einer - wenn auch nur wenig epidemiologisch wirksamen - Schutzimpfung kommen kann.

Zur Zeit wird die Forschung nicht durch die Zweifel an ihrer Realisierbarkeit sondern durch fehlende ökonomische und wissenschaftliche Anreize bestimmt. Derzeit sind weltweit die notwendigen Ressourcen nicht verfügbar. Es fehlt an wirtschaftlicher Kaufkraft der primären Zielmärkte für eine Schutzimpfung - den Entwicklungsländern. Es mangelt an akademischen Einrichtungen und Forschungsaktivitäten. Es kann sein, daß durch die jährlich weltweit ca. 150 Millionen Dollar, die für Impfstoffforschung zu HIV aufgewendet werden (davon gehen über 100 Mio. zu Lasten des US Staatshaushaltes), in zehn Jahren ein Impfstoff entwickelt wird. Es kann auch bei erhöhtem Mitteleinsatz sein, daß die Forschung nur Erkenntnisse gewinnt, aber keine Fortschritte erzielt. Es ist auch möglich, daß das Ergebnis der Forschung ist, daß die Entwicklung eines Impfstoffes ausgeschlossen ist.

Die Auswirkungen für AIDS-Hilfe sind schnell dekliniert. Kommt der Impfstoff, wird sich AIDS-Hilfe an seiner gezielten Verwendung in den Risikopopulationen beteiligen können. Gelingt es AIDS-Hilfe, ihre Glaubwürdigkeit in den Fragen der Prävention zu erhalten, so sollte an dieser Stelle die Einbindung der Interessen HIV-Infizierter und HIV-Riskierter in eine öffentliche Strategie nahe liegen. Das Recht auf Infektion wäre unter diesen Bedingungen nur noch als Außenseitermeinung haltbar. Spätestens nach abgeschlossener Impfkampagne wird sich die Frage der Rolle der AIDS-Hilfen in der HIV-Prävention neu stellen.

Wahrscheinlich wird es aber in zehn Jahren ebenso wenig wie heute eine Schutzimpfung für Deutschland geben. Sollte es noch nicht einmal in den Entwicklungsländern eine wirksame Schutzimpfung geben, so wird das dann erreichte Ausmaß der weltweiten Epidemie Transferleistungen noch notwendiger machen. Allerdings sollten die dann weltweit zu erwartenden massiven wirtschaftlichen Folgen einer ungebrochenen Epidemie bereits heute Anlaß zu solchen Überlegungen geben. Die von UNAIDS vorhergesagten Zahlen von 100 Millionen HIV-Infizierten in zehn Jahren sind kaum vorstellbar.

Welche Trends werden die Entwicklung bestimmen?

Zwei für das Gesundheitswesen prädominierende Trends werden aus meiner Sicht in den kommenden zehn Jahren die Auswirkungen der Therapierbarkeit auf das Unternehmen AIDS-Hilfe im besonderen und auf ihr Umfeld bestimmen:

- Medikalisierung und
- Ökonomisierung

Medikalisierung

Die Medikalisierung der Gesellschaft ist für Schwule und andere Normabweicher ein beliebtes Thema in der Öffentlichkeit. Schwule Männer wollen nicht als krank erkannt und auch nicht einer präventiven Behandlung oder Beratung zugeführt werden. Medikalisierung bewegt sich in einem sozialstaatlichen Versicherungssystem im Spannungsfeld der Definition eines gesellschaftlichen Bedarfs an Behandlung (z.B. durch die Selbsthilfeorganisationen), eines medizinisch definierten Bedarfs und der zunehmend in die Kritik geratenden, zwischen Ärzten und Krankenkassen ausgehandelten, Bedarfsdefinition, die zu einer Kostenübernahme in der gesetzlichen Krankenversicherung führt. Beide oben aufgezeigten Szenarien gehen mit einem anhaltenden Druck zur Medikalisierung einher. Noch stärker wäre der Druck, wenn in absehbarer Zukunft die Mittel z.B. für Ärzte und pharmazeutische Industrie weiter beschnitten würden. Sollten sich Resistenzen weiter ausbreiten, wird die Medikalisierung fortschreiten - aber auch wenn die ersten großangelegten Studien zur Schutzimpfung kommen sollten.

Die AIDS-Hilfe hat sich in der Vergangenheit zum Teil an Medikalisierungsprozessen beteiligt oder sie hat sie sogar selbst durchgeführt: bei der Bedarfsdefinition des HIV-Antikörpertests sowie bei der Substitutionstherapie. Sie hat sich für die Einführung von Medikamenten und bestimmten Testverfahren eingesetzt. Sie hat sich an der Erstellung von Richtlinien im Medizinbereich beteiligt und sie hat früher wie heute immer wieder auf die Bedeutung von alternativen Therapien hingewiesen (deren „alternative“ Bedarfsdefinition in den meisten Fällen kaum von der einer schulmedizinischen Medikalisierung zu unterscheiden ist).

Eine der möglichen Antworten auf die Medikalisierung ist die Integration: das Aufnehmen der Medikalisierung, die Bestätigung des Bedarfs und die Beteiligung an der Organisation von Inanspruchnahme und Nachfrage, die sich daraus ergibt. AIDS-Hilfe wird spätestens bei Einzug ihrer eigenen Dienstleistungen in die Finanzierung durch die gesetzliche Krankenversicherung spezifische Leistungen definieren müssen. Sie tut dies bereits im Bereich der Methadonsubstitution, der Behindertenhilfe und der Pflege. Naheliegend ist die Definition von Leistungen, die den Erfolg der Therapie sichern. AIDS-Hilfe könnte Patientenschulungen anbieten, die letztlich die Autonomie des Patienten in der Therapie und damit sein Therapiebewußtsein stärken. Mit der Abrechenbarkeit von Leistungen verliert AIDS-Hilfe aber auch möglicherweise ihren Einfluß als Patientenvertretung, da sie selbst nicht mehr

autonom in der Definition der Qualität ihrer Arbeit sein wird. Brauchen Patienten mit einer mehr oder weniger erfolgreichen Therapie die AIDS-Hilfen wirklich noch? Ist es nicht Aufgabe des Medizinsystems, die Auswirkungen der Therapie auch selber zu beherrschen?

Die zweite Möglichkeit im Umgang mit der Medikalisierung ist die Abgrenzung. Nur wenn AIDS-Hilfe sich vollständig aus der Diskussion der Therapierbarkeit verabschiedet, kann ihre Medikalisierung vermieden werden.

Es ist AIDS-Hilfe in der Vergangenheit gelungen, einen fachlich aus sich selbst entstandenen und für sich selbst definierten Bereich zu entwickeln, nämlich den der psychosozialen Leistungen. Diese Form der Abgrenzung kann allerdings auch zu einer Form der Isolation führen. Das hat sich 1989/90 gezeigt, als die Debatte um den Test im Grunde genommen nur noch politisch und ohne medizinische Grundlage geführt wurde. Ihren Charakter als dem einzelnen dienend hatte sie in dieser Zeit schon fast verloren. Erst langsam wurde klar, daß wir auf einer individuellen Ebene auch schon früher zugestimmt hätten, wenn es eine medizinische Indikation gegeben hätte. Es war ein relativ schwieriger Prozeß, AIDS-Hilfe aus der Abgrenzung wieder zu integrieren. Das wird auch in Zukunft der Fall sein.

AIDS-Hilfe könnte den Bedarf der Medizin verleugnen und bestreiten. Man könnte sich einer Debatte verweigern, psychosoziale Leistungen noch stärker von medizinischen trennen. Ist AIDS-Hilfe dann unabhängig? Soll es soweit kommen, daß AIDS-Hilfe die Augen verschließt und für jeden Hühnerdreck eine Erstattung fordert, weil sie es nicht besser weiß? Was sind wirkliche Fortschritte und Rückfälle? Wer bewertet diese Entwicklungen der Therapierbarkeit?

Allerdings wird die Medizin auf eine solche Gleichgültigkeit sehr wahrscheinlich mit einer Marginalisierung reagieren. Vor allem wenn es Therapien geben wird, die im desired case eine Heilung versprechen. Es wird heftig diskutiert werden, ob AIDS-Hilfe diese Heilung anerkennt und wenn ja, unter welchen Kriterien. Grenzt sie sich ab, könnte das Medizinsystem die Heilung von AIDS ganz alleine definieren.

Die dritte Möglichkeit, auf Medikalisierung zu antworten, ist die Politisierung von Selbsthilfe. Die Amerikaner umschreiben dies vornehm mit Empowerment. Aktivismus ist in den USA das, was wir unter Bürgerbewegung aus der Anti-AKW Zeit kennen. Beides fehlt in Deutschland auf Patientenseite im HIV-Bereich. Niemand geht mehr als Mensch mit AIDS für ärztliche Versorgung auf die Straße. In welchen Bereichen können Menschen mit HIV und AIDS sich einer Medikalisierung widersetzen und wo sollten Sie es aus vernünftiger Perspektive tun?

Damit ist AIDS-Hilfe nur wenig vertraut. Therapieaktivismus breitet sich aber zunehmend aus und ich habe den Eindruck, daß der Medikalisierungsprozeß dazu beigetragen hat, daß auch das Bewußtsein über die Notwendigkeit politischer Beteiligungen in Entscheidungen zu Therapien zugenommen hat. Wenn sich AIDS-Hilfe nicht im Sinne einer Politisierung mit dem Thema Heilung beschäftigt, wird sie vermutlich stark an Bedeutung verlieren. Will sich AIDS-Hilfe als streitbare Partnerin und wirksame Interessenvertreterin in der Phase der Medikalisierung erweisen, muß sie inhaltliche und formale Strukturen der Partizipation an gesundheitspolitischen Entscheidungen entwickeln.

Ökonomisierung

Nur kurz soll auf den Aspekt der Vermarktung einer in der Retrospektive verklärten „Versorgungs-AIDS-Selbsthilfe-Community“ eingegangen werden. Bereits in den zurückliegenden Jahren ist es in Teilbereichen der HIV-Therapie zu einer erheblichen Ökonomisierung der Leistungserbringung und Leistungswahl gekommen. Das spiegelt sich nicht nur in der anhaltenden Debatte um die ethisch vertretbaren ärztlichen Leistungen und den hierfür erforderlichen und einforderebaren finanziellen Gegenleistungen. Jedesmal, wenn ein Mitarbeiter einer AIDS-Hilfe sagt „Dafür habe ich keine Zeit“ oder „Was können Sie dafür an Honorar zahlen“ zeigt sich Ökonomisierung.

Die Gesundheitspolitik (als Medizinpolitik) nimmt AIDS gern von den Einsparmaßnahmen innerhalb der vorgeschriebenen Budgets aus. So hat das Bundesministerium für Gesundheit eine Richtlinie zur Methadonsubstitution zurückgewiesen, weil vermutlich aus finanziellen Erwägungen der Bedarf zu stark beschränkend definiert worden war. Auch bei der allgemeinen Arzneimittelrichtlinie sollte im März diesen Jahres eine Sonderregelung für AIDS gefunden werden.

Gleichzeitig spüren die Pflegedienste die Ökonomisierung bereits in vollem Umfang. Angelernte Angehörige und Helfer sollen der Pflege helfen, wo Qualität nicht mehr bezahlt werden kann. Die ambulante Intensiv-Pflege von Schwerstkranken ist mancherorts deshalb schon ad acta gelegt worden. Die Pauschalen sind für eine qualitativ gleichbleibende Pflegeleistung nicht mehr ausreichend. Das gilt im Übrigen auch für manche Bereiche der erforderlichen stationären AIDS-Pflege.

In welchem Umfang allein die Einführung neuer Technologien die Kosten im HIV-Bereich nach oben treiben kann, verdeutlicht die Standardtechnologie Viruslastbestimmung. Die Viruslastbestimmung zum Preis von etwa 100 DM ist zur Therapiekontrolle und für den Ersteintritt einer Therapie erforderlich. Zur Zeit wird sie bei ca. 15.000 Patienten

viermal im Jahr angewendet. Kosten hierfür sind sechs Millionen Mark pro Jahr. Jetzt soll aber in absehbarer Zeit die Viruslast monatlich bestimmt werden. Bei gleichbleibender Nachfrage würden dann 18 Millionen Mark fällig. Eine Ausweitung einer engmaschigen Kontrolle auf alle 50.000 HIV-Infizierten würde gar 60 Millionen Mark pro Jahr kosten.

AIDS-Hilfe sitzt in der Präventionsfalle und hofft, dem Therapiedilemma zu entkommen. Wie teuer darf eine erfolgreiche Prävention dauerhaft sein, wenn die Neuinfektionen auf niedrigem Niveau stabil sind? Wie teuer darf eine Therapie sein, die nur begrenzt wirksam ist? Wie teuer darf die Heilung sein? Und wann ist die Heilung erreicht? Ist das Leben mit einem in Schach gehaltenen Virus eine Heilung? Auf welchen „Schnickschnack“ kann oder will AIDS-Hilfe verzichten, wenn es hart auf hart kommt? Wie will sie den Nutzen oder die Wirksamkeit einer Veränderung der Therapierbarkeit bestimmen?

Zusammenfassung/Thesen

Zur Therapierbarkeit der HIV-Infektion ist *ceteris paribus* festzustellen:

- Die Behandelbarkeit der HIV-Infektion wird weiter zunehmen.
- Die direkten Kosten der Behandlung werden zunehmen.
- Nutzen und Wirksamkeit der Behandlung werden zunehmend individualisiert.
- Unerwünschte Nebenwirkungen werden für Teilbereiche der Behandlung marktbestimmend.

Festzustellen ist, daß

- die Auseinandersetzung mit der Entwicklung einer Schutzimpfung in Deutschland bislang wenig verbreitet ist.
- die AIDS-Hilfen auf einen Impfstoff ebenso unvorbereitet sind, wie die anderen Akteure im deutschen AIDS-Geschehen.
- anders als z.B. in den USA noch keine vorbereitenden Studien oder Konzepte vorliegen.
- Deutschland zur Zeit sogar mit der zeitnahen Umsetzung von Studienkonzepten im Impfstoffbereich überfordert wäre, da es an koordinierenden und konzeptionell arbeitenden Strukturen mangelt.

Impulsreferat

Epidemiologische „Normalisierung“: AIDS wird eine Krankheit wie andere auch

Prof. Dr. Rolf Rosenbrock (Wissenschaftszentrum Berlin)

Im Vergleich zur Mitte der achtziger Jahre ist es in Europa stiller geworden um AIDS. Nach dem Höhepunkt der politischen Auseinandersetzungen sind die Propheten des Untergangs, die in der vor allem sexuell und durch Blut übertragenen HIV-Infektion eine Bedrohung der gesamten Bevölkerung sahen, verstummt oder sie haben sich anderen, spektakuläreren Themen zugewendet. Trotz immer noch hoher Erkrankungsziiffern hat auch die epidemiologische Entwicklung ihre Dramatik weitgehend verloren. Die Verteilung nach Transmissionswegen und Betroffenengruppen ist einigermaßen stabil: Während die Hauptlast der Epidemie Männer mit homosexuellen Kontakten sowie intravenöse Drogenbenutzer tragen, nimmt die Anzahl heterosexueller Infektionen ohne Überschneidung mit einer der hauptsächlich betroffenen Gruppen von geringem Niveau aus zu. Probleme der Sicherheit von Blut und Blutprodukten können nach zum Teil dramatischen Skandalen in einigen Ländern als weitgehend gelöst angesehen werden.

In einigen Ländern sinkt die Zahl der Neuinfektionen kontinuierlich und unterschreitet die Anzahl der Neuerkrankungen, die wegen der lange andauernden latenten Auseinandersetzung des Immunsystems mit dem Retrovirus das Infektionsgeschehen von vor ungefähr zehn Jahre widerspiegelt. In Prävention, Forschung und Krankenversorgung hat sich Routine eingespielt. Sie wird allenfalls unterbrochen durch neue Fortschritte der klinischen Medizin auf dem Gebiet der Therapie, die AIDS - mit noch vielen Ungewißheiten und Risiken - zu einer chronischen Krankheit mit langen Überlebenszeiten zu machen versprechen (zum Beispiel Kombinationstherapien; seit ca. 1996 Protease Inhibitoren, gesteuert über gemessene Plasmakonzentrationen) oder durch Versuche, angesichts der ruhigen Entwicklung staatliche Programme für Prävention und Versorgung zu kürzen oder durch neue Schreckensmeldungen über die ungebremste Verbreitung der Epidemie in armen Ländern vor allem der südlichen Hemisphäre. In Westeuropa - und mit einigen Differenzen in allen reichen westlichen Ländern - ist damit aus einer drohenden Katastrophe für die gesamte Zivilisation ein für Public Health und medizinische Versorgung kontrollierbares Problem geworden. Die Rede ist deshalb vom „end of exceptionalism“ und von „Normalisierung“.

Die Normalisierung von AIDS enthält Risiken und Chancen, nicht nur für den Umgang mit HIV und AIDS, sondern auch für Modernisierungen in Gesundheitspolitik (Prävention und Krankenversor-

gung) und die Ausbildung bzw. Stärkung zivilgesellschaftlicher Kräfte. Zum Verständnis dieses Prozesses und zur Abschätzung dieser Risiken und Chancen ist es zweckmäßig, im Prozeß des gesellschaftlichen und politischen Umgangs mit AIDS vier Phasen zu unterscheiden:¹

Phase 1 (ca. 1981 - 1986): *Entstehung des 'exceptionalism'*. HIV und AIDS treten auf. Unter hoher Unsicherheit, zum Teil beträchtlichen politischen Spannungen und Zeitdruck müssen Policies konzeptualisiert, entschieden und umgesetzt, zum Teil auch institutionalisiert werden. Der 'AIDS-exceptionalism' löst hohe politische Handlungs- und finanzielle Ausgabebereitschaft aus und erlaubt Innovationen auf vielen Gebieten.

Phase 2 (ca. 1986 - 1991): *Praxis und Konsolidierung des 'exceptionalism'*. Die als 'exceptionalism' entstandenen Verfahren, Aufgabenteilungen und Institutionen verlassen die Einführungs- und Erprobungsphase und konsolidieren sich. Gleichzeitig wird zunehmend klarer, daß Schwule und i.v.-Drogenbenutzern auch mittelfristig die Hauptlast der Epidemie tragen. Katastrophen in Inzidenz und Prävalenz bleiben aus. Gleichwohl behält AIDS zunächst unangefochten seinen Sonderstatus.

Phase 3 (ca. 1991 - 1996): *Auflösung des 'exceptionalism' und erste Anzeichen der Normalisierung*. Anhaltend stabiles Ausmaß und Muster von Neuinfektionen, zunehmende Beruhigung in der Auseinandersetzung um Minderheiten und Bürgerrechte sowie Therapieerfolge, die in Richtung auf Chronifizierung von AIDS hindeuten, führen zu ersten Erosionen des Sonderstatus von AIDS sowie der daraus folgenden Ressourcenausstattung. Zugleich konsolidiert und professionalisiert sich das 'AIDS-Management'.

Phase 4 (seit 1996): *Normalisierung, Normalität*. Nicht zuletzt auf der Basis erfolgreicher Präventionsarbeit tendieren in den meisten Ländern HIV-Infektion und AIDS zu endemischen Gleichgewichten weit unterhalb einst befürchteter Ausmaße oder nehmen sogar ab. Das Bündnis der mit AIDS befaßten sozialen Bewegungen und Gesundheitsberufe zeigt gleichzeitig Ermüdungen. Neue antiretrovirale Therapien verlängern die Überlebenszeit dramatisch. Ebenso setzen sich in den meisten Ländern Kostendämpfungsstrategien und marktliberale

¹ Dramatische Sonderentwicklungen in einzelnen Ländern müssen vernachlässigt werden und auch die einzelnen Jahreszahlen dieser pragmatischen Aufteilung treffen nicht unbedingt auf jedes Land präzise zu.

Prinzipien im Gesundheitswesen durch. Manche unter dem 'exceptionalism' erreichten Innovationen in Prävention und Krankenversorgung werden in Frage gestellt; andere werden in den herkömmlichen Gang von Politik, Verwaltung, Prävention und Krankenversorgung integriert.

2. Phase (ca. 1986 bis 1991):

Vom 'exceptionalism' zum Modellfall moderner Gesundheitspolitik

2.1 Das Policy Modell des 'exceptionalism'

Jenseits aller nationaler Unterschiede kann das synthetisierte 'vollständige' Modell des als 'exceptionalism' bekannt gewordenen Umgangs mit Aids in Gesellschaft, Politik und Krankenversorgung in fünf (von einander abhängende) Komplexe zusammengefaßt werden:

a. Politikformulierungsprozeß: Die Grundfragen der Aids-Strategie (Existenz und Größe von Infektionsrisiken, Rolle der Infizierten, Kranken und der betroffenen Gruppen, Verantwortlichkeit für präventives Verhalten, HIV-Antikörpertest und 'Screening' an symptomlosen Menschen, Verhalten der beteiligten Gesundheitsberufe und Krankenversicherer (Zugang zu und Qualität der Behandlung), arbeits- und strafrechtliche Fragen) wurden öffentlich, zum Teil hoch kontrovers verhandelt und in offenen politischen Systemen zum Teil zwischen Nichtregierungsorganisationen (NGOs), Regierungen und den beteiligten Gesundheitsberufen ausgehandelt. Dieses demokratisch-partizipative Verfahren schuf zugleich in ungewohnt kurzer Zeit einen sehr hohen Informationsstand und großes Problembewußtsein in der Bevölkerung. Es kann insofern als vergleichsweise gelungenes Beispiel öffentlicher Risikokommunikation und damit der diskursiven Definition und der Wahrnehmung eines sozialen und gesundheitlichen Risikos angesehen werden.

b. Akteurskonstellation im Politikformulierungs- und Implementationsprozeß: Sowohl im Prozeß der Politikformulierung als auch in der Implementation kam es - im Vergleich zum Management anderer Gesundheitsrisiken - zu erheblichen Abweichungen sowohl im Hinblick auf den Kreis der beteiligten Akteure als auch im Hinblick auf Verteilung von Macht und Verantwortung zwischen den Akteuren. Die üblicherweise starke Rolle der Medizin war geschwächt: wirksame Therapien gegen die HIV-Infektion waren nicht verfügbar, und die massenhafte Anwendung des HIV-Antikörper-Tests bis hin zum Zwangsscreening wurde als inkompatibel mit dem Präventionsmodell (siehe weiter unten Absatz c.) angesehen.

Geschwächt - in manchen Ländern freilich erst nach erheblicher Gegenwehr - wurden die professionellen und institutionellen Vertreter von 'Old Public Health' sowie die Inhaber polizeilicher und repres-

iver Instrumente. 'New Public Health' - und damit eine wesentlich auf sozialwissenschaftliche Konzepte aufbauende Expertise - besetzte weitgehend die dadurch freigewordenen Positionen. Dies geschah in den meisten Ländern in enger Kooperation mit Organisationen der hauptsächlich betroffenen Gruppen, vor allem der 'gay community', sowie dem 'cordon sanitaire' aus Bürgerrechtsbewegungen. Die Notwendigkeit, neue Konzepte rasch in die Praxis umzusetzen, erforderte und bewirkte einen ungewohnt effektiven Transfer zwischen Forschung und praktischer Anwendung, und zwar in beide Richtungen. Kommunikation und Verständigung zwischen den politischen, den wissenschaftlichen und den Selbsthilfe-Organisationen funktionierten unter Handlungsdruck überraschend gut. Dieser sektorenübergreifende Ansatz der Prävention erforderte eine Einbeziehung der Massenmedien, des Bildungs- und Rechtssystems sowie von Teilen der privaten Wirtschaft (Arbeitsrecht, Sponsoring, Kommunikationskanäle).

In der Krankenversorgung gewannen bis dahin minderbewertete Gesundheitsberufe (PflegerInnen, PsychologInnen, SozialpädagogInnen) und Akteure der extramuralen bzw. ambulanten Versorgung gegenüber der stationären Versorgung an Gewicht und Bedeutung. In vorher nicht bekanntem Ausmaß übernahmen Organisationen der hauptsächlich betroffenen Gruppen, vor allem von Schwulen, Kompetenz und Aufgaben der Krankenversorgung. Neu war ebenfalls die Beteiligung dieser Organisationen an Fragen der Forschung, Entwicklung, Erprobung und Verteilung neuer Medikamente mit teilweise eigentümlichen Koalitionen aus Betroffenengruppen, klinischen MedizinerInnen und pharmazeutischer Industrie. Die Erfolge dieser Koalitionen (beschleunigte Zulassungsverfahren, Anwendung neuer Medikamente vor Abschluß der klinischen Prüfungen etc.) sind pharmapolitisch vor allem unter Gesichtspunkten der Verlässlichkeit von Forschungsergebnissen und der Arzneimittelsicherheit jedoch zum Teil umstritten.

Sowohl die wahrgenommene Größe der Herausforderung durch HIV und Aids als auch das Ausmaß der Innovationen der gesellschaftlichen Antwort überstieg in vielen Ländern die Kompetenz der Gesundheitsministerien: Die staatliche Aids-Politik wurde in diesen Fällen von der Regierungsspitze initiiert bzw. koordiniert, Aids wurde zur 'Chef-Sache'. Das entstandene Politik-Modell beruhte aus Sicht des Staates weitgehend auf die Regierung entlastender und höhere Effektivität versprechender Delegation von Aufgaben an oft nichtstaatliche Akteure und deren möglichst selbstregulierte Koordination, also auf „governing at a distance“. Dazu hatten sich Regierungen seit den siebziger Jahren durch die Inkorporierung sozialwissenschaftlicher Expertise in ihren Apparat zunehmend befähigt. Die

Politikformulierung wurde zudem zunehmend von der 'international issue community' beeinflusst: Aspekte der individuellen und politischen Bewältigung werden in einer durch weltweiten Konferenzbetrieb und elektronische Medien rasch zusammenwachsenden Welt international verhandelt und - unter wachsendem Konvergenzdruck - auch entschieden.

c. Politikformulierung und Implementation der Primärprävention: In Anknüpfung an Erfahrungen mit 'community'-bezogener Prävention und Gesundheitsförderung sowie unter zunehmend expliziter Bezugnahme auf die Ottawa-Charta der WHO wurde ein neues Präventionskonzept entwickelt und umgesetzt. Dabei sollte sich das Verhalten nicht durch Zwang ändern, aber auch nicht durch bloße Information und Appelle, sondern zugleich die soziale Umwelt in einer Weise beeinflusst werden, die die eigenen Motive für präventives Verhalten stärkt und gegenläufige Motive schwächt. Deshalb wurden nicht nur geeignete Kommunikationskanäle auf mindestens drei Aggregatebenen (bevölkerungsweite Aufklärung, zielgruppenspezifische Kampagnen, persönliche Beratung) für widerspruchsfreie Aufklärungs- und Erziehungs-Botschaften ausgebaut und benutzt. Vielmehr galt die Aufmerksamkeit auch der Optimierung der Kommunikationsvoraussetzungen mit den und innerhalb der Zielgruppen. Das implizierte nicht nur eine Unvereinbarkeit zwischen öffentlicher Diskriminierung (einschl. polizeilicher Verfolgung) und glaubwürdig partnerschaftlicher Infektionsprävention der Zielgruppen, sondern führte logisch zu der Konsequenz, die Lebensweisen, Milieus und Strukturen der Zielgruppen (zum Beispiel Treffpunkte aller Art) als Kommunikationsmöglichkeiten zu sehen und ggf. zu stützen ('community building', 'community organizing'). Faktoren, die die Effektivität der Präventionsanstrengungen minderten (zum Beispiel Ungerechtigkeiten zwischen den Geschlechtern und aufgrund unterschiedlicher Schichtzugehörigkeit), wurden bei der Konzeption der Prävention berücksichtigt und als veränderungsbedürftig thematisiert. Ansatzpunkte und Inhalte der Prävention knüpften grundsätzlich an Fähigkeiten und Bedürfnissen in den Zielgruppen an, bezogen sich also primär auf (zu vermehrende) Ressourcen und nicht auf (zu beseitigende) Defizite. Zusammen mit der Sicherstellung eines möglichst ungehinderten Zugangs zu den technischen Mitteln der Prävention (Kondome, Gleitcreme, sterile Spritzen) sollten auf diese Weise gruppenbezogene und selbstorganisierte Anreize mit dem Ziel der Etablierung sozialer Normen für risikomeidendes ('safer sex', 'safe use'), gesundheitsförderliches und solidarisches Verhalten geschaffen und stabilisiert werden. Die Realisierung dieses Ansatzes bei der Prävention einer überwiegend sexuell übertragenen Krankheit bildet den Übergang von der

„individuellen Suchstrategie“ zur „gesellschaftlichen Lernstrategie“. Da in die eigentlichen Zonen riskanten Verhaltens (Sex, Drogenbenutzung) als Tabu-, Scham- und z.T. kriminalisierte Bereiche nur schwer direkt zu intervenieren ist, wurden auch andere Institutionen, vor allem das Bildungswesen (z. B. sexuelle Aufklärung, Informationen über Drogen und 'peer education'), sowie die Rechtspolitik (zum Beispiel Strafrecht, Diskriminierungsschutz sowie Sozial- und Arbeitsrecht) in die Präventions-Strategien einbezogen. In der Drogenpolitik kollidierten dabei herkömmliche Prinzipien der Ausgrenzung und Verfolgung mit den Erfordernissen der Aids-Prävention. Policy-Änderungen bezogen sich auf die soziale und legale Definition des Drogengebrauchs (abweichendes Verhalten, Krankheit, Straftat) und der Drogenbenutzer, das Drogen-Abstinenz-Dogma sowie die Verfügbarkeit von sterilen Spritzen und die Etablierung von Methadon- bzw. auch Heroin-Programmen. Im Hinblick auf die Inklusion von Prostituierten ging es um Entkriminalisierung sowie um soziale Rechte. Prävention wurde damit zu einem sektorenübergreifenden Querschnittsprojekt.

d. Politikformulierung und Implementation in der Krankenversorgung: Das System der professionellen Krankenversorgung zeigte anfänglich Abwehrreaktionen bis hin zur Verweigerung von Zugangs- und Behandlungsmöglichkeiten für Aids-Patienten. Dies hatte im wesentlichen drei Gründe: (1) HIV und Aids waren nicht oder nur wenig ergiebig zu therapieren. (2) Die Behandlung war mit - wenn auch sehr geringen, durch Einhaltung der Hygiene vermeidbaren - Infektionsrisiken verbunden. (3) Die Patienten stammten aus gesellschaftlichen Randgruppen, deren Lebensweisen und Überlebensstrategien (vor allem bei i.v.-Drogenbenutzern) partiell mit den Routinen und dem Kontrollbedürfnis der Medizin und in der Krankenversorgung kollidierten. Diese Faktoren sowie der rasch auftretende Bedarf nach humaner und solidarischer Begleitung von Aids-Kranken in Phasen schwerer Krankheit und beim Sterben sprachen die in der gesamten „exceptionalist alliance“ starken Motive von Autonomie und Partizipation an und lenkten Aufmerksamkeit und Energie der Bewegung frühzeitig auch auf die Gestaltung der Krankenversorgung. Mit zunächst starker Unterstützung durch die beteiligten Gesundheitsberufe (Medizin, Pflege, psychosoziale Betreuung, Sozialarbeit) wurden strukturelle Veränderungen der Krankenversorgung durchgesetzt, die angesichts der Tödlichkeit der Krankheit vorrangig auf Lebensqualität setzten und Patientenorientierung zur zentralen Leitmaxime erhoben.

Der Schwerpunkt in den Strukturveränderungen der Krankenversorgung wurde darauf gelegt, Krankenhausaufenthalte so kurz wie möglich zu halten und die Versorgung prioritär ambulant zu gestalten. Dazu waren folgende notwendigen Voraussetzungen

zu erfüllen: Neben dem Aufbau einer entsprechenden qualifikatorischen, rechtlichen und institutionellen Infrastruktur mußte auch die dazu notwendige Verbesserung der Kooperation und Koordination zwischen den beteiligten Gesundheitsberufen und Institutionen sowie den informellen Helfern ermöglicht werden. Es wurde großes Gewicht auf die Einbeziehung von NGOs, gemeindenahen ('community-based') Versorgungseinrichtungen und Tageskliniken sowie auf Patientenpartizipation gelegt, um auf diese Weise auch die individuelle Wahl unterschiedlicher Patienten- bzw. Versorgungspfade zu ermöglichen.

Innerhalb der Krankenversorgung wurde sowohl unter dem Gesichtspunkt des Schutzes vor Infektionen als auch dem der Versorgungsqualität über die Frage debattiert, ob für bestimmte Krankheiten oder Krankengruppen spezialisierte Behandlungs- und Pflegeeinrichtungen ('categorical services') geschaffen bzw. gefördert werden sollten. Trotz eindeutigen Primats der Regelversorgung bildeten sich zahlreiche Sonderinstitutionen und Mischformen.

Die oft erbittert geführte Debatte über die Bewertung der bestehenden Infektionsrisiken (Notwendigkeit und Sinn des Testens von Patienten und des medizinischen- und pflegerischen Personals) wurde offiziell mit der Integration der Patienten in die allgemeinen Versorgungsstrukturen und Bemühungen um die Einhaltung von Hygieneregeln, inoffiziell mit häufigem Druck auf Patienten, sich 'freiwillig' testen zu lassen bzw. mit heimlichen Tests 'beendet'. Innovationen innerhalb der Krankenversorgung wurden in keinem Land derart intensiv evaluiert wie die Praxis und Ergebnisse der Prävention. Dies erleichterte in späteren Phasen die Rücknahme von Reformen.

Die Bedeutung, die in der Phase des 'exceptionalism' den Innovationen der Krankenversorgung beigemessen wurde, zeigte sich zum Beispiel daran, daß die Aids-Krankenversorgung in den meisten Ländern nicht nur von Ressourcenkürzungen ausgenommen wurde, sondern im Gegenteil im Vergleich zu anderen Krankheiten erhebliche zusätzliche Ressourcen erhielt.

e. 'Screening Policy' und Risikowahrnehmung: Mit dem HIV-Antikörper-Test gab es ab 1984 ein technisches Instrument zur Feststellung des Serostatus. Zwecke, Umfang und Bedingungen der Verwendung dieses Instruments bildeten ein zentrales, in manchen Ländern das wichtigste Konfliktfeld der medizin- und gesundheitspolitischen Aushandlung der Aids-Politik. Gegen einen breiten oder gar zwangsweisen Einsatz des HIV-Antikörper-Tests in der Primärprävention sprachen gewichtige Gründe. Dies führte neben den politischen auch zu wissenschaftlichen Auseinandersetzungen, die weit über den Bereich von Aids hinaus weite Teile des

sekundärpräventiven Ansatzes (Früherkennung zur Vorverlegung des individuellen Interventions- bzw. Therapiebeginns) in Frage stellten. Unter technischen Aspekten hatte der Test den Nachteil, Infektionen erst nach Bildung von Antikörpern, also ca. 12 Wochen nach dem Viruskontakt, zu ermitteln (diagnostisches Fenster). Zudem sprachen Defizite in Sensitivität (Risiko von falsch negativen Befunden) und Spezifität (Risiko von falsch positiven Befunden) gegen Massenscreenings und für die sorgfältige Begrenzung des Einsatzes vor allem auf die Sicherung von Blutspenden und Blutprodukten sowie auf die Differentialdiagnostik bei symptomatischen Patienten. Sozial sprach nicht nur die Grundentscheidung gegen Zwang und für eine gemeindebezogene ('community-oriented') und auf Lernen beruhende Präventionsstrategie gegen Massenscreenings und für Testzurückhaltung bis hin zur Testentmutigung. Hinzu kam, daß die gleichzeitige Sendung der Botschaften „Safer Sex für alle außerhalb strikter Monogamie“ und „Test“ gegen die Gebote der Einfachheit und Widerspruchsfreiheit in der Prävention verstießen. Unterstützt wurde diese Position durch sozialwissenschaftliche Befunde, die relevante Verbesserungen des präventiven Verhaltens durch den Test (als individuelle Risikowahrnehmung) nicht belegen konnten.

Fügt man, wie in diesem Abschnitt geschehen, die meistentwickelten Elemente (sozusagen die partiellen 'best cases') der je nationalen Aids-Politiken zu einem 'idealen' Gesamtbild zusammen, so zeigt sich, daß im Umgang mit HIV und Aids zahlreiche Innovationen im Hinblick auf alle Stufen des „Public Health Action Cycle“ realisiert wurden - Innovationen, die in vielen Ländern zuvor oft jahrzehntelang gegen die Zurückgebliebenheit von Public Health sowie gegen „Reformblockaden im Gesundheitswesen“ auch dort nicht hatten durchgesetzt werden können, wo genügend Evidenz für die mit ihnen verbundenen Vorteile im Hinblick auf Zugangschancen, Chancengleichheit, Qualität der Pflege sowie Effizienz vorlag. Das weitere Schicksal dieses Modells und seiner Bestandteile im Prozeß der Normalisierung ist deshalb gesundheitspolitisch und gesundheitswissenschaftlich weit über den Umgang mit Aids von Bedeutung.

4. Phase (ab ca. 1996): Normalisierung/Normalität - Zwischenergebnisse und Perspektiven

Im Vergleich mit dem gesundheitspolitischen Modell der AIDS-Politik, das der 'exceptionalism' ermöglichte, bietet die gesundheitspolitische Realität im Ergebnis abgelaufener und laufender Normalisierungsprozesse gegen Ende der neunziger Jahre ein widersprüchliches Bild: Einerseits werden

AIDS-bezogene Sondereinheiten und spezifische Regierungsagenturen abgebaut bzw. in die normale hierarchisch-bürokratische Organisation (re-)integriert. Gleichzeitig werden Ressourcen für Prävention und Forschung zum Teil drastisch verringert. Solcher Abbau erfolgt zum Teil als Reflex auf nachlassenden bzw. ursprünglich überschätzten Problemdruck und damit zu recht. Zum Teil erfolgt dies aber auch auf Kosten der Effektivität der Prävention und der Qualität der Versorgung - *Normalisierung als Abbau*. Andererseits haben AIDS-bezogene Innovationen sich behauptet und institutionalisiert - *Normalisierung als Stabilisierung* des 'exceptionalism'. Schließlich sind durch AIDS auch Entwicklungen angestoßen worden, die sich nicht nur im Hinblick auf AIDS bewährt haben, sondern als neue Normalität generalisiert werden - *Normalisierung als Verallgemeinerung* des 'exceptionalism'.

Beispiele für Stabilisierung, Abbau und Generalisierung sowie zahlreiche Mischformen finden sich auf jedem der zahlreichen, von AIDS berührten Politikfelder. Im folgenden soll dies beispielhaft an drei von AIDS stark geprägten Bereichen skizziert werden: Die Krankenversorgung (4.1) steht dabei für den medizinisch dominierten Kernbereich der 'alten' Gesundheitspolitik, Prävention (4.2) für den Kernbereich der spätestens seit der Ottawa Charta der WHO (1986) geforderten Modernisierung der Gesundheitspolitik und der Umgang mit i.v.-Drogenbenutzern (4.3) als relativ selbständig ausdifferenziertes Feld der Gesundheits-, Kriminal- und Sozialpolitik.

4.1 AIDS-Krankenversorgung Normalisierung im Spannungsfeld zwischen Innovationen und (Re-)Medikalisierung

In der Krankenversorgung für Menschen mit HIV und AIDS brachte der 'exceptionalism' eine Vielzahl von erfolgreichen und perspektivisch generalisierbaren Reformen hervor. Im Hinblick auf Rücknahme, Konsolidierung und im besseren Fall Verallgemeinerung dieser Innovationen zeichnen sich unterschiedliche Pfade ab und erscheint die Richtung mancher Entwicklungen auch noch offen. Dies sei an fünf Aspekten skizziert:

a. AIDS-Erkrankte können in den westeuropäischen Ländern heute nahezu durchgängig auf eine fachgerechte sowie räumlich und sozial *erreichbare Behandlung* setzen. Nach anfänglichem Zögern hat sich binnen Kürze ein erstaunlich hohes Maß an AIDS-Expertise ausgebildet. Freilich lassen sich sowohl zwischen den nördlichen und südlichen Ländern Europas als auch zwischen urbanen und eher ländlichen Gebieten Unterschiede in der Verfügbarkeit und Qualität von Hilfen finden.

Widersprüchlicher und in der Perspektive unsicherer ist die Entwicklung der Versorgungsstruktur vor allem im Hinblick auf die anderen, angesichts der

Chronifizierung von AIDS nicht minder relevanten Gesundheitsprofessionen. Dreh- und Angelpunkt dieser Entwicklung ist die Position der Medizin. Ihre relative und nicht zuletzt von ihren jeweils verfügbaren therapeutischen Leistungen abhängige Machtposition äußert sich nicht nur im täglichen individuellen Versorgungsgeschehen, sondern auch im Einfluß auf Veränderungen und Institutionalisierung der Versorgungsstruktur bis hin zu den Finanzströmen der Forschung.

In den 'exceptionalist'-Phasen war diese Machtposition zunächst auf Seiten der Innovatoren: Nach den ersten AIDS-Diagnosen wurde die Medizin die (neben den potentiell Betroffenen selbst und der „exceptionalist alliance“) treibende Kraft bei der Realisierung einer patientenorientierten Versorgungsgestaltung. Sie zeigte dabei ein Innovationspotential und offenbarte Belastungsfähigkeiten, die ihr lange Zeit abgesprochen worden waren. In dem Maße wie die therapeutischen Möglichkeiten wuchsen und sich ihre Handlungsoptionen erweiterten, begann das erreichte Ausmaß an Patientenorientierung wieder abzubrockeln. Seither wird akutmedizinischen Behandlungserfordernissen erneut tendenziell höherer Wert beigemessen als Versorgungsgesichtspunkten. Mit anderen Worten, seither vollzieht sich eine Prioritätenverlagerung von 'Care' auf 'Cure' und bestimmt Utilitarismus zunehmend das Geschehen. Verbunden damit greifen herkömmliche Routinen um sich und macht sich ein Prozeß der Medikalisierung breit:

Es stehen erneut die Krankheit und ihre Behandelbarkeit im Mittelpunkt und der Kranke fällt tendenziell aus dem Blickfeld des Interesses. Im Zuge dieser Entwicklung zieht die Medizin wieder Definitions- und Gestaltungsmacht sowie interne und externe Ressourcen an sich, die sie für einige Jahre eingebüßt zu haben schien. Infolgedessen verlieren andere für die Betreuung der Erkrankten nicht minder wichtige Gesundheitsberufe (Pflege, Psychologie, Sozialarbeit etc.) sowie gemeindenahere Dienste und Versorgungseinrichtungen wieder an Bedeutung.

b. In vielen Ländern hat AIDS zur *Modernisierung und Liberalisierung der Krankenversorgung* geführt. Dabei wurden Innovationen erprobt und durchgeführt, deren Relevanz weit über AIDS hinausreicht und inzwischen Einkehr in andere Versorgungsbereiche gehalten hat. Beispiele dafür sind etwa die starke Vermehrung des 'rooming-in' in Krankenhäusern, patientenfreundliche Umgestaltung infektiologischer Abteilungen in Krankenhäusern sowie die Einbeziehung informeller Helfer und NGOs (*non-governmental organizations*) etc. in die Versorgungsstruktur. Viele dieser Neuerungen verdanken sich dem Engagement von gut organisierten Interessensvertretungen der Patienten, die erstmals in diesem Umfang Rechte reklamierten und durchsetzten.

Stießen diese in Ländern wie Niederlande und Großbritannien - also in Ländern mit Tradition im Bereich der Patientenrechte und des Konsumentenschutzes - meistens sofort auf offene Türen, so hatten sie etwa in Deutschland und Österreich zunächst gegen Widerstand anzukämpfen. Allerdings sind viele der Neuerungen, insbesondere die patientenorientierte Versorgung, vorrangig auf die zunächst dominante Patientengruppe ausgerichtet: die zur Mittelschicht gehörenden schwulen Männer. Bei anderen Gruppen, beispielsweise Unterschichtangehörigen, MigrantInnen und vor allem auch Frauen und i.v.-Drogenbenutzer (siehe Abschnitt 4.3), zeigen sich Defizite, für deren konstruktive Bewältigung es zunehmend an der durch die Normalisierung verlorenen Schubkraft des Themas und seiner Akteure fehlt.

c. Trotz der Schwere der Krankheit ist die *Versorgung prioritär ambulant* gestaltet. Allerdings zeigte sich hier, daß die ambulante Pflege Schwierigkeiten hatte, die ihr zugefallene Position angemessen auszufüllen. Verstärkt wurde dies in einigen Ländern durch die Kluft zwischen der ihrem Charakter nach progressiven AIDS-Politik und dem Entwicklungsrückstand der Pflege oder ohnehin vorhandener infrastruktureller Defizite im Bereich der häuslichen Pflege - so etwa auch in Großbritannien. AIDS-Erkrankte können sich folglich keineswegs durchgängig sicher sein, in der ambulanten Pflege auf eine hinreichende Versorgungsqualität zu stoßen. In manchen Ländern droht die Innovation insgesamt ins Stocken zu geraten. Im Zuge der Verlängerung der Lebenszeit von AIDS-Patienten könnte dies zu schweren Defiziten in der gesamten ambulanten Versorgung führen.

d. Durch AIDS wurden Fragen im Zusammenhang mit Sterben und Tod in allen Bereichen der Krankenversorgung wieder aufgeworfen, und in vielen Ländern erhielt die Hospizbewegung neue Impulse. Gleichwohl zeichnet sich ab, daß die Versorgung AIDS-Erkrankter trotz dieser Erfolge gerade in den Spätstadien der Krankheit und in der Zeit des Sterbens unzureichend ist. Die Ausdehnung der medizinischen Behandlungsmöglichkeiten hat nicht nur zu einer Zurückdrängung betreuender Funktionen, sondern auch zu einer Medikalisierung des Sterbens geführt. Ähnlich wie bei anderen Erkrankungen ist die Zeit des Sterbens für AIDS-Erkrankte heute oft mit höchster Behandlungsintensität verbunden, in der Fragen der Lebensqualität eine eher untergeordnete Rolle spielen. Auch das gegenteilige Phänomen ist beobachtbar: Austherapierte und Sterbende eher zu verwahren, denn human zu begleiten. Der Zwang zur Kostendämpfung trägt ein übriges dazu bei: International betrachtet besteht die Gefahr, daß Hospize zu einem kostengünstigen Abschiebe- und Auffangbecken für Patienten degenerieren, die aus der teuren Akutversorgung ausgelagert werden müssen.

e. Der Zugewinn an Lebenszeit und kalkulierbaren Gestaltungsspielräumen hat sich vergrößert, und eine HIV-Diagnose scheint - so die Hoffnung - nicht mehr gleichbedeutend mit raschem Lebensende zu sein. Fragen des Lebens mit HIV und AIDS haben seither eine noch weitaus höhere Priorität erhalten. Nur flüchtig betrachtet sind die Anforderungen für die PWAs durch diese Entwicklung geringer geworden, denn ihr Überleben ist nun von einem sehr strengen Medikamentenregime abhängig. Nicht alle PWA sind in der Lage, dieses angemessen zu bewältigen und mit der Medikalisierung ihres Lebens umzugehen: Viele haben Probleme, eine Therapie durchzustehen und kommen mit den ihrem Charakter nach widersprüchlichen Herausforderungen von Medikalisierung und Normalisierung ihres Lebens nicht zurecht. Dies gilt speziell für Patienten aus unteren Schichten. Ein großer Teil an PWA gelangt außerdem erst gar nicht in den Genuß der neuen Therapien. Dies gilt zum Beispiel in den USA, wo die Zweiklassenmedizin nur einem Teil der PWAs Zugang zu den neuen und kostenintensiven Behandlungsmöglichkeiten eröffnet und mehr noch für arme Länder. Jüngst zeichnet sich außerdem ab, daß die neuen Behandlungsmöglichkeiten in eine abermalige Chronifizierung mit all den dazu gehörigen Problemverlagerungen zu münden drohen: Es steigen nicht nur die Quoten der Therapieresistenz, sondern auch die Anzahl derjenigen PWA, die nach einer Zeit relativer Stabilität zum Beispiel hirnganisch erkranken.

f. Normalisierung von AIDS bedeutet auch die Re-Integration von AIDS in die gesundheitspolitische Arena und damit auch die Integration AIDS-bezogener Fragen in die Wahrnehmungs- und Finanzierungslogik dieser Arena. Die weitere Entwicklung der Gesundheitspolitik in Europa ist derzeit im Hinblick sowohl auf Ressourcen als auch auf das Steuerungsmodell offen. Befürchtungen für die Zukunft der zunächst besonders weit und kräftig entwickelten Modelle, wie zum Beispiel Neuseeland, Niederlande und Deutschland, resultieren in erheblichem Umfang, in manchen Fällen sogar vor allem aus den Konsequenzen von marktorientierten Gesundheitsreformen mit ihren Folgen für Steuerung und Finanzierung von Versorgungsleistungen sowie Versicherungsschutz. In den USA deuten sich dagegen Entwicklungen an, den für AIDS bei der Versorgungsfinanzierung erreichten 'exceptionalism' generell einzufordern.

4.2 AIDS-Prävention - zwischen Verallgemeinerung, Ermüdung und Rückschritt

Die Primärprävention der HIV-Infektion ist wahrscheinlich der bisher erfolgreichste Anwendungsfall bevölkerungsbezogener Verhaltensbeeinflussung in der Geschichte von Public Health. Die Verhaltensänderungen sind sowohl in den hauptsächlich

betroffenen Gruppen als auch in der Allgemeinbevölkerung hoch und nachhaltig, und bei konsequenter Weiterentwicklung wahrscheinlich auch noch steigerungsfähig.

Die Primärprävention der HIV-Infektion beruht heute auf einem breiten Fundament von Erkenntnissen der Sexualwissenschaft, der Verhaltenswissenschaften, der Milieusoziologie, der Evaluationsforschung etc.

Einer Verallgemeinerung dieses Erfolges für die Prävention anderer Gesundheitsrisiken steht neben dem Mangel an politischem Willen u.a. die Tatsache entgegen, daß nicht geklärt ist, welche Faktoren in welchem Umfang diesen Erfolg bewirkt haben:

War es der kombinierte Einsatz bevölkerungsweiter Streubotschaften, zielgruppenspezifischer und von den betroffenen Gruppen organisierter Kampagnen und persönlicher Beratung?

War es die Qualität der Botschaften und ihrer Übermittlung? War es das solidarische gesellschaftliche Klima, das öffentlich vermitteltes Lernen auch in Scham- und Tabubereichen ermöglichte?

War es die Erweiterung der Gesundheitserziehung um Elemente der Beeinflussung der Lebenslage? War es der soziale Zusammenhalt in den betroffenen Gruppen, vor allem der 'gay community'?

Oder war es der Problemdruck durch die massenhafte persönliche Konfrontation mit den Risikofolgen, also mit HIV-Infizierten und AIDS-Kranken im persönlichen Umfeld?

Der empirischen Erforschung steht der Umstand entgegen, daß in allen Ländern praktisch alle Instrumente in unterschiedlichem Mischungsverhältnis angewendet wurden. Deshalb kann lediglich der Gesamteffekt halbwegs befriedigend gemessen werden, und auch dies nur mit einigen methodischen Einschränkungen. Konzeptionelle und praktische Probleme der Normalisierung im Sinne der Beibehaltung und des Ausbaus dieser Erfolge für die Daueraufgabe der Prävention ergeben sich *aus*:

a. Beim Übergang in die Normalität der 'community' und zielgruppenbezogenen (nicht nur HIV-) Prävention stellen sich einige bislang nicht befriedigend beantwortete Fragen:

Welche Lobby braucht im Rahmen eines auf Chancengleichheit und Effizienz zielenden „Welfare Mix“ der auf freiwilligem Engagement ('volunteering') beruhende Teil des Systems der gesellschaftlichen Gesundheitssicherung, um auch in Zeiten schärferer Verteilungskämpfe in der Sozialpolitik bzw. nachlassenden 'exceptionalism' öffentliche Unterstützung zu erhalten? ('political sustainability')

Durch welche Mischung aus materiellen und immateriellen Anreizen ist ein ausreichender Zustrom an motivierten freiwilligen Helfern zu gewinnen, zu qualifizieren und zu halten? ('incentive mix')

Wie kann der Tendenz von Selbsthilfe-Organisationen entgegengewirkt werden, sich auf die relativ leicht zu erreichenden Teile der Zielgruppen zu konzentrieren, schwierig zu erreichende 'Randgruppen' eher zu vernachlässigen? ('coverage of underserved populations')

b. Neuinfektionen treten zunehmend in einem überproportionalen Maß in den unteren Schichten der westeuropäischen Gesellschaften auf. Das wirft für die AIDS-Prävention dieselben Fragen auf, vor denen jede Gesundheitspolitik steht, die die sozial bedingte Ungleichheit von Gesundheitschancen vermindern will: In welcher Weise determiniert oder behindert die soziale Lage und Schichtzugehörigkeit riskantes Verhalten und präventives Lernen, insbesondere, wenn durch ein Verhalten von heute ein nach langer und ungewisser Zukunft eintretendes Risiko verhütet werden soll? Welchen Einfluß hat die Schichtzugehörigkeit auf das Selbstbewußtsein, die „self efficacy“ und den „sense of coherence“, auf die Chancen für eine stabile (sexuelle) Identität und auf die Fähigkeit zu kommunizieren und auszuhandeln? Wie müssen Informationen, Informationskanäle und die Umwelt beschaffen sein, um diese Präventionshindernisse anzugehen? Die Bearbeitung dieser, auch weit über HIV und AIDS hinaus bedeutsamen Fragen steht praktisch und wissenschaftlich erst am Anfang.

c. In Konkurrenz zu diesen Bemühungen stehen Versuche, Primärprävention im Zuge der *Re-Medikalisation des Politikfeldes* wieder mehr von der Intervention am Individuum, also vom HIV-Antikörper-Test her zu denken. Nachdem sich AZT-Medikation bei HIV-infizierten Schwangeren als geeignet erwiesen hatte, das Risiko der vertikalen Mutter-Kind-Transmission von ca. 30% um ca. zwei Drittel zu senken, schien die erste medizinisch valide Indikation für ein zielgruppenbezogenes 'Screening' vorzuliegen. Mit der Verfügbarkeit der antiretroviralen Kombinations-Therapien seit 1996 haben solche Vorschläge weiter zugenommen und beziehen sich heute auch auf schwule Männer, Krankenhauspatienten, Altersgruppen etc. Bei den Diskussionen darüber und den Versuchen der Implementation werden die Nachteile des Verfahrens (Nicht-Erreichen der am meisten gefährdeten Zielpersonen, Begrenztheit und Unsicherheit des medizinischen Nutzens, unerwünschte Wirkungen des Tests, Störungen des Vertrauensklimas kaum noch beachtet. Auch werden, wie schon in der Testdiskussion in der ersten Phase des 'exceptionalism', Aspekte der medizinisch indizierten Sekundärprävention mit solchen der Primärprävention vermischt. Häufig wird auch die Rückkehr zu (freiwilligem oder zwangsweisem) 'Screening', Aufspüren von HIV-Infizierten, unfreiwillige Informationsweitergabe an den/die PartnerIn und notfalls Quarantäne als Rückkehr zu den bewährten Prinzipien von Public Health be-

zeichnet. 'New Public Health' wird dabei nicht als Weiterentwicklung gegenüber 'Old Public Health', sondern als ein Verrat an ehernen Prinzipien von Public Health insgesamt verstanden. Ohne hinreichende Evidenz wird erneut auch die präventiv verhaltenssteuernde Wirkung von HIV-Antikörper-Tests behauptet, werden möglichst viele HIV-Antikörper-Tests als eine Art Indikator für effektive Prävention bewertet. Kaum jemals wird berücksichtigt, daß mit den für Tests erforderlichen Ressourcen sehr viel Menschenleben durch Primärprävention gerettet werden könnten.

Auch von bislang test-kritischer und liberaler Position aus wird vermehrtes Testen als Mittel für bessere Überwachung ('Surveillance') und Ressourcenallokation in Prävention und Krankenversorgung empfohlen.

Angesichts mancher im Rahmen der Normalisierung wieder aufflammender Diskussionen vor allem im Hinblick auf die Rolle des HIV-Antikörper-Tests, 'Screenings' bis hin zu Zwangstests verdient festgehalten zu werden, daß die Entscheidung für das Grundmodell der AIDS-Präventions-Policy sowohl aus Gründen der Effizienz als auch des Schutzes der Bürgerrechte getroffen wurde. Dieser Präventionsansatz stellt die gegenwärtig wohl effektivste und effizienteste Form der Bekämpfung vorwiegend sexuell übertragbarer Krankheiten dar, die auch dann nicht und nicht deshalb obsolet wird, weil Medikamente zur Lebensverlängerung verfügbar sind, Hexenjagen auf Minderheiten (bislang) nicht eingetreten, die betroffenen 'communities' in den politischen Prozeß integriert sind und deshalb das 'Untertauchen' keine zentrale Gefahr mehr darstellt.

Bislang hat diese Debatte in Europa in keinem Land Formen angenommen, die die bisherige Test- und damit Präventionspolitik beschädigen. Ein Blick auf die Entwicklung in der Krankenversorgung (siehe oben, Abschnitt 4.1) zeigt aber, daß auch wohl begründete und praktikable Innovationen im Zuge der Medikalisierung von AIDS verwässert oder gar zurückgenommen werden können. In Zusammenfassung der hier skizzierten Defizite und mit Blick auf die Entwicklung in den meist trend-setzenden USA muß das Präventionsmodell des gesellschaftlichen Lernens als gefährdete Innovation angesehen werden. Diese Gefahr verschärft sich in einer Phase, in der die Primärprävention auch konzeptionell einer Weiterentwicklung bedürfte: Angesichts der neuen Therapiehoffnungen kann die Einschätzung der Größe des mit einer HIV-Infektion verbundenen Risikos sinken und damit ein Motiv für präventives Verhalten geschwächt werden.

Vom Risiko des Scheiterns wäre nicht nur die HIV-Prävention, sondern die notwendige Modernisierung der gesamten Präventionspolitik in industrialisierten Ländern in doppelter Weise betroffen: Zum einen

sind in den Debatten um den HIV-Antikörper-Test Maßstäbe im Hinblick auf Effektivität und Effizienz sowie erwünschte und unerwünschte Wirkungen der Früherkennung (Sekundärprävention) gesetzt worden, die ihrer Übertragung auf 'Screenings' für andere Krankheiten harren. Und zum anderen steht mit dem Modell des öffentlich organisierten Lernens die derzeit aussichtsreichste Strategie der Prävention von Zivilisationskrankheiten auf dem Spiel.

4.3 AIDS und Drogen - der 'exceptionalism' wird zur Normalität

Als vor Mitte der achtziger Jahre deutlich wurde, daß die gemeinsame Benutzung HIV-kontaminierter Spritzen nach der sexuellen Übertragung den wichtigsten Transmissionsweg für das HI Virus darstellt, begannen sich die politischen Arenen von AIDS und Drogen zu überlappen. AIDS-Policy rückte in dieser Phase gerade vom repressiven 'Old Public Health' Paradigma ab und verpflichtete sich zunehmend verbindlich dem Inklusions- und Kooperationsmodell, also der gesellschaftlichen Lernstrategie. Es ist evident, daß dieses Modell nur mit dem Schadensminderungsansatz, nicht aber mit der repressiven Drogen-Policy kompatibel ist. Es kam infolgedessen zu einem Bündnis des dominanten Teils der AIDS-Arena mit Schadensminderungs-Koalitionen der drogenpolitischen Arena, deren Stärke und Zusammensetzung freilich von Land zu Land stark differierte. Weil AIDS in diesem Zeitraum das 'mächtigere', weil prominentere Thema war, bot sich zumindest in Ländern mit überwiegend repressiver Drogenpolitik in dieser Konstellation ein 'policy window' für die Durchsetzung von Schadensminderungsstrategien. Diese waren argumentativ auch dadurch im Vorteil, daß sich die Debatte angesichts der AIDS-Gefahren von vornherein auf die pragmatische Frage nach der maximalen Reduktion von Risikosituationen konzentrierte. Die zu ideologischen Kontroversen anregenden Fragen, ob bzw. in welchen Anteilen Drogenbenutzung als Krankheit, Verbrechen, voluntaristisch abweichendes Verhalten, sozial bedingtes Ausweichverhalten oder Provokation bzw. Protest anzusehen sind, spielten infolgedessen eine eher untergeordnete Rolle.

Charakteristisch für die Drogenpolitik in allen Ländern, die nicht explizit der Risikominderungsstrategie folgen, ist ein Spannungsverhältnis zwischen nationalen Programmen und der Praxis. Regierungserklärungen und internationale Deklarationen ('war on drugs' etc.) betonen die Prinzipien der Abstinenz. Diese Prinzipien pflegen sich auf dem Wege vom Regierungsprogramm über die operativen Anweisungen an und von Behörden bis hin zur Arbeit in Krankenhäusern, Arztpraxen, Therapieeinrichtungen, Selbsthilfeeinrichtungen und von 'street workern' zunehmend zu verdünnen bzw. zu verflüchtigen.

gen bzw. in Risikominderungsansätze umzuschlagen. Es bleibt abzuwarten, ob sich dieses oft effektivitätsmindernde Spannungsverhältnis im Zuge der durch AIDS zusätzlich beförderten Normalisierung der Drogenpolitik verringern oder gar aufheben wird. Der bisherige Verlauf gibt Anlaß zu dieser Hoffnung: Drogenpolitik kann in Europa insgesamt als Trend zu einer Normalität gesehen werden, bei der nicht nur die Erfordernisse der AIDS-Prävention berücksichtigt werden. Vielmehr wurde der 'Fall AIDS' zum Geburtshelfer allgemeinerer gesellschaftlicher Modernisierungen, die durch die Liberalisierung des Rauschmittel-Gebrauchs spätestens seit den siebziger Jahren auf der Tagesordnung standen.

Schlußfolgerungen

Für die Entwicklung der Gesundheitspolitik in den reichen kapitalistischen Ländern Europas lassen sich aus der Analyse des 'AIDS-exceptionalism' vier vorläufige Schlußfolgerungen ziehen, deren Gültigkeit und Verallgemeinerbarkeit durch weitere Forschungen sowohl im Hinblick auf andere Risiken bzw. Krankheiten als auch in vertieften internationalen Vergleichen zu überprüfen wären:

a. Der 'AIDS-exceptionalism' bestätigt die Erfahrung, daß Gesundheit für sich allein ein zwar moralisch starkes, aber im Hinblick auf politisches Handeln ein eher schwaches Motiv bildet. Gesundheitspolitische Aufmerksamkeit, Ausgabenbereitschaft und Reformkraft richten sich regelmäßig nicht nach epidemiologisch definierten Prioritäten. Insbesondere tiefgreifendere Reformen in Prävention und Krankenversorgung bedürfen in der Regel der Verbindung des Gesundheitsthemas mit wichtigen Anliegen - und entsprechenden Akteuren - aus anderen Politikfeldern. Ist diese Bedingung wie im Falle AIDS erfüllt, kann es zu Modernisierungsschüben kommen, die in Ausmaß und Geschwindigkeit mit dem in diesem Politikfeld in Europa üblichen Inkrementalismus kaum erreichbar wären.

b. Die Chancen der Durchsetzung und Implementation derartiger Innovationssprünge hängen aber nicht nur von der Schubkraft ihrer Lobbygruppen, sondern auch von der konzeptionellen und professionspolitischen Stärke des zu überwindenden Ansatzes ab. Es hat sich bei Aids gezeigt, daß die offensichtliche Abwesenheit wirksamer Therapeutika die Definitionsmacht der Medizin zumindest partiell und auf Zeit delegitimieren kann. Ob und in welchem Ausmaß die damit verbundenen Innovationen und die Aufwertung nicht-medizinischer Gesundheitsberufe im Zuge der Re-Medikalisierung durch neue medizinische Therapieerfolge bei Aids Bestand haben oder gar verallgemeinert werden, ist eine offene Frage, die letztlich nicht am Krankenbett, sondern in professionspolitischen Auseinandersetzungen ent-

schieden wird. Die Gefahr solcher Normalisierungen im Sinne von Regression dürfte um so größer sein, je näher am Kernbereich ärztlich-therapeutischen Handelns die in Frage stehenden Innovationen organisatorisch und interessensmäßig liegen.

c. Innovationen im gesellschaftlichen Umgang mit Gesundheit können eine erhebliche Austrahlungskraft auf andere Politikbereiche ausüben. Dies gilt nicht nur für die Drogenpolitik, sondern ist auch an der größeren Toleranz gegenüber und zunehmend auch Akzeptanz von offen homosexuell lebenden Männern ablesbar.²

Die zentrale Botschaft der AIDS-Prävention ('safer sex' außerhalb strenger Monogamie) hat zwar nicht, wie von manchen befürchtet, von anderen erhofft, zu einer Zunahme von Promiskuität geführt, sie hat aber stattdessen ein offeneres Klima für Kommunikation über Fragen der Sexualität und Beziehungsgestaltung hervorgebracht. Schließlich hat der 'AIDS-exceptionalism' auch einige sonst wenig beachtete 'dunkle Ecken' der Gesellschaft ins Blickfeld gerückt: Die Beleuchtung der zum Beispiel mit Migration, Haft und Prostitution verbundenen menschlichen und sozialen Probleme hat den dort arbeitenden sozialreformerischen Kräften erheblichen Auftrieb verliehen.

d. Die europäischen Länder haben jedes für sich und mit unterschiedlichen Zeitverzügen und Strategie-Mixes ihre jeweilige AIDS-Krise angegangen und im Großen und Ganzen bewältigt.

Evident jedoch ist, daß die europäischen Länder (mit einigen relativ positiven Ausnahmen wie den Niederlanden) angesichts der globalen AIDS-Krise wie die gesamte reiche Welt bislang versagt haben. In den armen Ländern sind mehr als 80% der HIV-Infektionen festzustellen und dort leben ca. 80% der an AIDS erkrankten Personen. Jedoch werden dort nur rund 10% der weltweit gegen AIDS aufgewendeten Ressourcen eingesetzt. Das ist weder human noch zeugt es von einem auf Globalisierung und Nachhaltigkeit zielenden Handeln. Diese Ziele sind im Hinblick auf AIDS derzeit offenbar weder im Rahmen der weltweiten Primärverteilung, noch

² Dieser Befund gilt nur mit großen Unterschieden zwischen den europäischen Ländern. Zudem ist die Entwicklung keineswegs allein der AIDS-Krise zuzuschreiben: Die Entdeckung schwuler Männer als kaufkräftiges und werbegeeignetes Marktsegment koinzidierte mit dem Auftreten von AIDS und war die marktwirtschaftlich logische Fortsetzung des erfolgreichen 'gay liberation movement' (Rosenbrock 1998b). Die zunehmende öffentliche Akzeptanz von schwulen Männern darf außerdem nicht darüber hinwegtäuschen, daß es auch weiterhin eine nationalspezifisch unterschiedliche, in Deutschland zum Beispiel rund ein Drittel der Bevölkerung umfassende Minderheit mit starker Homophobie und Aggressionspotentialen gibt (Bochow, 1993; Dannecker, 1997).

durch die politisch und humanitär bestimmte Sekundärverteilung von Ressourcen zu erreichen. In dieser Hinsicht gab und gibt es bislang keinen 'AIDS-exceptionalism'.

(Eine ausführlichere Fassung der hier skizzierten Gedanken mit Quellen und weiterführender Literatur findet sich in Rolf Rosenbrock, Doris Schaeffer, Martin Moers, Françoise Dubois-Arber, Patrice Pinell, Michel Setbon, unter Mitarbeit von Norbert Brömme und Anne Gröger: „Die Normalisierung von Aids in Westeuropa - Der Politik-Zyklus am Beispiel einer Infektionskrankheit“, Veröffentlichungsreihe der Arbeitsgruppe Public Health im Wissenschaftszentrum Berlin, P99-201, WZB: Berlin 1999, Das Papier kann beim WZB, Reichpietschufer 50, 10785 Berlin, gegen Voreinsendung von 1.-Mark Porto bestellt werden.)

Plenumsdiskussion

Stefan Etgeton: Ich habe eine Nachfrage zum engeren Kreis der epidemiologischen Normalisierung. Wir hatten in dem Seminar im November das auch so verstanden, daß - unabhängig von den Therapien - für Schwule in Westeuropa eine Normalisierung der sozio-ökonomischen Determinanten von Gesundheitschancen und Gesundheitsrisiken eingetreten ist, wie du sie eben beschrieben hast. Diese sozio-ökonomischen Faktoren beginnen auch innerhalb der Hauptrisikogruppen schwuler Männer eine größere Rolle zu spielen. Meine Frage ist: Tragen wir nicht durch unsere Art der Prävention möglicherweise sogar zur Verschärfung dieser Risikoverteilung bei, weil unsere Präventionsstrategien noch immer zu stark auf mittelschichtorientierte schwule Männer ausgerichtet sind?

Rolf Rosenbrock: Mit jeder Antwort auf diese Frage muß ich teilweise spekulativ sein, weil das ein Wissen der Infektionsziffern nach Gruppen und Schichten voraussetzen würde, was es präzise nicht geben kann. Ich bin deshalb auch nicht sicher, ob das Infektionsrisiko für schwule Männer der Unterschicht wirklich zugenommen hat oder ob es nicht im Zuge des Erfolges der Prävention jetzt erst sichtbar wird. Ich würde eher zu letzterem tendieren. Genauso wie die USA erst wie wild für alle Betroffenen Gruppen Prävention gemacht haben und dann entdeckt haben, daß bei ihnen - im Gegensatz zu Europa - die Jugend schwer zu erreichen ist, so stellen wir jetzt in Europa fest, daß HIV-Infektionen das tun, was noch jede Infektionskrankheit in der Menschheitsgeschichte getan hat: Sie geht die soziale Stufenleiter nach unten. AIDS ist atypischerweise sozusagen eher in den oberen Etagen der Gesellschaft ausgebrochen und hat anschließend den

Normallauf genommen.

Zum zweiten Teil deiner Frage Stefan, ich würde noch nicht einmal in meinen schwärzesten Gedanken der AIDS-Hilfe vorhalten, daß sie die sozialbedingte Ungleichheit von Gesundheitschancen verschärft. Erstmal würde man sich damit eine Verantwortung aufladen, die man gar nicht einlösen kann. Wir wissen ja oft noch nicht genug darüber, worin der Mittelschichtsbezug der AIDS-Prävention durch die AIDS-Hilfen im einzelnen besteht und wie man ihn auflösen kann. Es ist uns also oft noch unbekannt, welche unterschichtspezifischen Elemente oder Aspekte der Prävention hinzukommen müssen, um die strukturelle Prävention der AIDS-Hilfen auch dort wirksam werden zu lassen.

Wir haben erste Schritte auch auf dem Gebiet der Wissenschaft unternommen, mit einer Magisterarbeit im Auftrag vom Studiengang Public Health. Es wurde die unterschiedliche Akzeptanz der Printmedien der AIDS-Hilfe bei Mittelschichtsschulen und Unterschichtsschulen untersucht. Die Unterschiede waren zwar signifikant, aber auch nicht entsetzlich. Es ist ja nicht so, daß das, was ihr produziert oder was ihr macht, nur ab Gymnasium aufwärts ankommt. Aber offensichtlich ist es so, daß es sozusagen auf den unteren Etagen der Gesellschaft weitere Probleme gibt, die mit zusätzlichen oder anderen Strategien angegangen werden müssen. Aber wenn man die schwule Population insgesamt so mit Prävention beharkt, wie das die AIDS-Hilfen hoffentlich auch weiterhin nachhaltig tun, dann geht es darum, nicht etwas wegzulassen, sondern für die Angehörigen der Unterschicht etwas zusätzliches - zum Teil sicherlich nicht gänzlich etwas anderes - zu machen.

Ich will noch sagen, daß ich jetzt mit wirklich einigermaßen schlechtem Gewissen im Schweinsgalopp referiert habe.

Cori Tigges: Wir kommen jetzt von der eher theoretisch-wissenschaftlichen Ebene hin zur praktischen. Deswegen bitte ich Armin Traute, fachlicher Leiter der Berliner AIDS-Hilfe, uns etwas zu der sogenannten Normalisierung im Arbeitsalltag von AIDS-Hilfen zu berichten.

Impulsreferat

Epidemiologische „Normalisierung“ Auswirkungen auf den Arbeitsalltag von AIDS-Hilfen

Armin Traute (Berliner Aids-Hilfe)

Ich beschreibe zunächst, wie AIDS-Hilfe-Arbeit in der Berliner Aids-Hilfe aussieht und wo wir uns von Dingen verabschieden müssen, weil wir schon längst in einer Entwicklung sind, von der wir dachten, daß sie erst noch kommen würde. Im zweiten Teil werde ich drei mögliche Modelle von AIDS-Hilfe vorstellen. An diese drei Formen werden jeweils Kriterien der Alltagsarbeit angelegt. Im Juli vergangenen Jahres habe ich auf der Fachtagung „2 Jahre nach Vancouver“ meinen Vortrag mit den Sätzen beendet: „AIDS-Hilfe ist die Organisation für Schwache und die Organisation, die Selbsthilfe ermöglicht und fördert, anstatt noch bequemere Serviceleistungen für die bisher bereits Erreichten einzurichten. In welche Richtung das Pendel der jeweiligen AIDS-Hilfe ausschlägt, wird jedoch Sache der persönlichen Präferenz und Lebensgeschichte der beteiligten Akteure vor Ort sein.“ An dieser Stelle fahre ich heute fort.

Wie sieht heute die Alltagsrealität in einer AIDS-Hilfe aus und wie sieht sie morgen aus, wenn das Pendel in die eine oder andere Richtung ausschlägt? Ich muß dafür zuerst ein paar grundsätzliche und speziellere Voraussetzungen erwähnen. Die erste: Die Zukunft wird anders als die Gegenwart sein. Die zweite: Also werden sich AIDS-Hilfen in ihren Angeboten, ihren Zielgruppen, in ihren MitarbeiterInnen verändern - daran glaube ich ganz fest. Die Dritte: Es gibt verschiedene Alternativen, in welche Richtung sich AIDS-Hilfe verändern kann. Die Vierte: Die DAH wird ein pluralistischer und heterogener Verband bleiben. Als Fünfte Voraussetzung: Konsequenterweise muß ich davon ausgehen, daß die regionalen AIDS-Hilfen unterschiedliche Alternativen wählen werden, um den Veränderungen durch die Normalisierung von AIDS gerecht zu werden.

Erster Teil. Wie sieht gegenwärtig der AIDS-Hilfen-Alltag in einer Metropolen-AIDS-Hilfe aus? Um das zu beantworten, habe ich am Montag dieser Woche einmal ganz bewußt festgehalten was passiert, wenn ich zur Arbeit komme. Das erste war der bellende Hund vor der Tür. Ein Junkie hatte seinen Hund mitgenommen. Und weil die Geschäftsleitung beschlossen hat, ein Schild an die Tür zu hängen „Hunde sind in der Berliner Aids-Hilfe nicht erlaubt“, mußte er ihn draußen anleinen. Am Empfang saßen zwei HIV-positive Mitarbeiter. Im Empfangsraum drinnen waren vier Wartende, das ist nicht viel für einen Montag morgen. Drei von ihnen waren schwul und einer ein Ex-User. Die

Beraterin redet mit einem schwulen, mittelalterlichen Migrant. Später erzählt sie mir von einem ihrer 14 Kontakte zwischen 11 und 15 Uhr: Ein Schwuler Anfang 20 hatte am Wochenende seinen ersten homosexuellen Kontakt mit einem Szeneschwulen, der älter und wohl auch routinierter war als er. Die ganze Nacht lang blieben sie safe, aber am Morgen hatten sie dann doch ungeschützten Analverkehr. (Die morgendliche Ermüdung ist übrigens ein interessanter Risikofaktor - davon habe ich bislang noch nicht gehört) Da er jetzt Lymphknotenschwellungen und Halsschmerzen hatte, befürchtete er, positiv zu sein und wollte eine PCR machen. Er fragte, welcher Arzt so etwas anbiete und ob evtl. eine PEP (Postexpositionsprophylaxe) sinnvoll sei. Ich bin dann nach hinten zum Felix-Pflegeteam weitergegangen. Dort war nicht soviel los, weil die PflegerInnen ausgeschwärmt waren. Dem herumliegenden Sachbericht konnte ich entnehmen, daß die PatientInnen zu 90 Prozent Männer sind und nur zu 10 Prozent Frauen. Von den 90 Prozent Männern waren 60 Prozent schwul und zunehmend mehr aus der Unterschicht, 18 Prozent Drogengebraucher, 17 Prozent Heteros. Zunehmend werden mehr Obdachlose aus dem Ostteil der Stadt gepflegt, zumeist Junkies, die vorübergehend in einem AIDS-Wohnprojekt landen. Der Sachbericht gab außerdem die Anzahl der opportunistischen Infektionen bei den Felix-PatientInnen her: Sie ist stark gesunken, gleichzeitig ist die Sterberate von 12 Prozent in 1997 auf 21 Prozent in 1998 angestiegen. 1997 waren das 7 von 55 PatientInnen und 1998 12 von 58 PatientInnen. Das sind kleine Zahlen, aber in diesem kleinen Rahmen immerhin ein Trend. Der Wechsel von einer opportunistischen Infektion zum Finalstadium verläuft sehr viel schneller als früher. Zitat aus dem Sachbericht: „Überwiegende Todesursachen waren Multiorganversagen, Pankreatitis oder Leberversagen, teils als Folge der Nebenwirkungen der Therapien, teils weil PatientInnen austherapiert waren.“

Anschließend ging ich zum Junkiefrühstück. Dort ist um 12.30 Uhr kaum noch etwas los. Von den Anwesenden waren zwölf Drogengebraucher, acht Schwule, die ich eher der Unterschicht zurechnen würde, zwei Migrant, drei Positive aus der Selbsthilfe und drei gehörlose positive Schwule. Abends trafen sich zwei Supervisionsgruppen. Bei einer von ihnen, der Betreuergruppe, haben wir neun Ehrenamtler, die gerne betreuen würden, aber es gibt im Moment keine AIDS-Kranken, die dazu Lust hätten. Ferner trafen sich die berühmt-berüchtigte Hetero-

Gruppe der Berliner Aids-Hilfe, die immer noch angeleitet und damit keine reine Selbsthilfegruppe ist und eine schwule Gesprächsgruppe, die gerade in das Alleinsein entlassen wurde, das aber eigentlich gar nicht will.

Betrachtet man alle Gruppen der Berliner Aids-Hilfe, dann liegt der Schwerpunkt ganz klar auf körperlichen und kreativen Angeboten oder Begegnungsangeboten. Die Bereitschaft zum Engagement in Selbsthilfe geht enorm zurück.

Ein Einzelfall, von dem ich erzählen möchte, ist ein bißchen ernster. Er betrifft ein aktuelles Problem, das uns umtreibt, weist aber auch in die Zukunft, mit der sich AIDS-Hilfen beschäftigen müssen. Edith O. kommt aus Kenia. Sie ist 35 Jahre alt, kam vor zwei bis drei Jahren als Touristin nach Deutschland und blieb illegal ohne Paß. Vor drei Wochen wurde sie ins Krankenhaus eingewiesen, von dort kam die Bitte an die Berliner Aids-Hilfe, die Frau zu besuchen. Mit der Pcp-Diagnose hat sie ihre HIV-Diagnose bekommen. Die Kostenübernahme ist völlig ungeklärt, weil sie keine Sozialhilfe bezieht, sie hat eigentlich gar nichts. Bei der Deutschen AIDS-Stiftung beantragte unser MigrantInnenberater einen Vorschuß von 300 Mark für die Rechtsanwaltskosten, die Rechtsanwältin soll einen Antrag auf Duldung schreiben. Der Antwortbrief der Stiftung setzt sich aus zwei Teilen zusammen. Der erste Teil besteht aus einem Fragenkatalog, den so nicht mal die AusländerInnenbehörde aufstellen würde. Er unterstellt außerdem, bei Edith seien folgende Fragen nicht abgeklärt worden: „Wenn sie seit 1997 in Deutschland lebt, wovon hat sie ihren Unterhalt bestritten?“, „Geht sie einer Arbeit nach?“, „Hat sie Familienangehörige?“ und vieles mehr. Diese Fragen stehen nach unserer Einschätzung nicht in unmittelbarem Zusammenhang mit der Übernahme der Rechtsanwaltskosten für die Duldung. Ein ähnlicher Fragenkatalog wird in manchen Fällen auch direkt den Rechtsanwälten geschickt. Der zweite Teil des Briefes beinhaltet einen ausländerInnenrechtlichen Grundkurs einschließlich Hinweisen, die nicht besonders viel weiterhelfen. Weiter erwartet die Deutsche AIDS-Stiftung, daß der MigrantInnenberater den Antrag auf Duldung selbst bei der AusländerInnenbehörde stellt. Das ist ziemlich heikel, denn wird ein Antrag dann abgelehnt, kann man keinen Widerspruch mehr einlegen, sondern muß ins Klageverfahren gehen. Ich lese ganz kurz vor: „3. Darüber hinausgehender Abschiebeschutz zugunsten Frau O. käme nur gemäß § 53 Abs. 6, Satz 1 Ausländergesetz dann in Betracht, wenn sie im Falle einer Abschiebung in eine lebensbedrohliche Situation deshalb geriete, weil in ihrem Heimatland die Fortführung der HIV-Behandlung wegen des dortigen medizinischen Standards nicht gewährleistet wäre. Wir bitten die entsprechende Nachfrage bei Frau O. zu halten (Nationalität, Behandlungsmöglichkeit im eigenen

Land) und uns entsprechend zu unterrichten.“ Das ist unterschrieben von der Sachbearbeiterin und dem Vorsitzenden des Vorstandes der Stiftung. Um diese Fragen zu beantworten, kostet das den Mitarbeiter Zeit. Er muß mit der Stiftung und der Rechtsanwältin telefonieren. Der Anwältin muß er gleichzeitig versichern, daß das Geld bald kommt. Das sind Themen mit denen wir uns in Zukunft beschäftigen werden.

Was ich hier anekdotisch dargestellt habe, möchte ich für die Berliner Aids-Hilfe noch ganz kurz in Zahlen aus allen 1.800 Beratungskontakten in den letzten drei Monaten des vergangenen Jahres darstellen: 25 Prozent der zu Beratenden sind weiblich, 70 Prozent männlich, bei 5 Prozent gab es keine Geschlechtsangaben. Das Durchschnittsalter beträgt rund 35 Jahre. Das Einkommen liegt ungefähr zu gleichen Teilen (rund 10 Prozent) bei Erwerbseinkommen, Berufstätigkeit, Arbeitslosengeld und Rente. Den größten Teil macht mit einem Drittel Sozialhilfe aus, ohne Einkommen sind 7,8 Prozent.

Ganz kurz ein Gedanke zum Thema Mittelschichtschwule: Es ist heute schwierig zu sagen, wer ein Mittelstands-Großstadthomo ist. Ein Akademiker ohne Arbeit erhält auch Sozialhilfe und lebt unter Umständen an der Armutsgrenze. Hier vermischt sich also etwas und ich würde schon lange nicht mehr sagen, daß wir eine Mittelstands-Homoorganisation sind. Die Zielgruppe der Berliner Aids-Hilfe ist zu 33 Prozent schwul, rund ein Viertel gebraucht Drogen, zwölf Prozent sind MultiplikatorInnen, neun Prozent MigrantInnen, sechs Prozent Angehörige, zwei Prozent Stricher/Huren, 1,3 Prozent psychisch Kranke und knapp ein Prozent Menschen mit Behinderung. Die Hauptthemen sind ganz klar die Sozialberatung (also die Beratung zur Sicherung des Lebensunterhalts) und die medizinische oder gesundheitsfördernde Beratung. Alle anderen Themen nehmen in ihrer Bedeutung sehr stark ab.

Zweiter Teil. Ich habe mir drei Formen für künftige AIDS-Hilfen überlegt.

Die ChronikerInnen-Hilfe. Sie vertritt und stärkt PatientInnenrechte und ermöglicht und unterstützt Selbsthilfe. Wenn HIV zu einer chronischen Erkrankung wird, hat AIDS-Hilfe folgende Aufgaben: Sie informiert und unterstützt bei der medizinischen Bewältigung der HIV-Infektion, sie bietet medizinische Informationen an, stellt Listen mit Ärzten auf, die am besten behandeln, richtet Compliance-Gruppen ein und bietet Schulungen an. AIDS-Hilfe vertritt kollektiv PatientInnenrechte gegenüber Krankenkassen und gegenüber der Ärzteschaft, aber auch durch die Besetzung von Stellen in Community-Advisory-Boards oder Safety-Dater-Monitoring-Boards (*studienbegleitende BeraterInnengremien*).

Sie leistet bei Menschen mit HIV und AIDS individuell Empowerment, indem sie Therapie- und Qualitätsstandards mitentwickelt - etwa bei der Ausbildung von Heilberufen. Die ChronikerInnen-Hilfe unterstützt im Bereich der PatientInnenvertretung bei der Suche nach PatientInnenfürsprecherInnen, Obudsmännern in Krankenhäusern, VertreterInnen für die Ethikkommissionen, Beschwerdestellen. Sie organisiert Pflegeprojekte, Sterbeeinrichtungen und Begegnungsmöglichkeiten für Positive und Erkrankte. Selbsthilfe findet statt, aber nicht mehr in dem großen Rahmen wie bisher.

AIDS-Hilfe als moderne Sozialstation. Sie bietet Case-Management an, Beratung und Betreuung von sozial marginalisierten Menschen mit HIV und AIDS. Die AIDS-Hilfe ist für die sozial Schwachen und Entrechteten da, für die Unterschichtsschwulen, für die MigrantInnen, für die Gehörlosen und anderen körperlich Behinderten mit HIV. Für sie bietet AIDS-Hilfe Sekundär- und Primärprävention. Sie leistet im großen und ganzen das, was sie bereits jetzt tut, hat jedoch neue Zielgruppen. Sie bietet Beratung, vor allem zum Sozialrecht, zu Gesundheitsförderung, Anwaltschaft und Begleitung an. Dafür hat sie Qualitätsstandards entwickelt und konkuriert mit anderen Sozialstationen. Womöglich arbeitet sie nach Leistungssätzen, unterscheidet sich von anderen Sozialstationen aber dadurch, daß sie diese marginalisierten Gruppen auch politisch vertritt.

AIDS-Hilfe als schwules Gesundheitsprojekt. Sie leistet Aufklärungsarbeit über HIV und andere sexuell übertragbare Krankheiten, begleitet Impfkampagnen, geht zu Sexparties und bietet selbst Parties an, macht Öffentlichkeitsarbeit gerade auch mit den neuen Medien, bietet strukturelle Prävention, Emanzipation, Gewaltprävention, kümmert sich als Schwulenprojekt aber auch um die ganze Palette schwulen Lebens (von der Coming Out-Gruppe über Psychotherapien bis zur Gruppe für Schwule im Altenheim und zu Pflegeprojekten für schwule Senioren).

An diese drei möglichen Ausprägungen von AIDS-Hilfe im neuen Jahrhundert können folgende Kriterien angelegt werden: Tradition, Zielgruppen, Berufsgruppen der Akteure, Förderungswege, politische und Öffentlichkeitsarbeit, Ehrenamtlichkeit und Selbsthilfe.

Werden die alten Traditionen von AIDS-Hilfe weiterbestehen?

Bei der ChronikerInnen-Hilfe kann ich mir ähnliche Werte, die gleichen MitarbeiterInnen und die bereits heute existierenden Strukturen denken. Auch eine AIDS-Hilfe als Sozialstation wird sehr ähnlich wie eine heutige AIDS-Hilfe arbeiten. Ein schwuler

Gesundheitsladen sollte möglichst anders arbeiten, als es heute eine AIDS-Hilfe tut.

Die Zielgruppe wird bei der ChronikerInnen-AIDS-Hilfe gleich bleiben. Zu ihr zählen also diejenigen, die sich artikulieren können. Es sind nicht marginalisierte Menschen, die Patientenrechte vertreten können oder die in Ethikkommissionen gehen. Eine Sozialstation würde sich klar auf die marginalisierten Zielgruppen konzentrieren. Der schwule Gesundheitsladen hat nur die Schwulen als Zielgruppe.

Bei allen drei Ausprägungen von AIDS-Hilfe muß es **Öffentlichkeitsarbeit** geben. Bei der ChronikerInnen-Hilfe gerade in Zusammenarbeit mit anderen ChronikerInnenverbänden, von denen es etwa in Berlin 20 gibt.

Zu den **Förderungswegen**: Krankenkassen könnten ein Förderungsweg für die ChronikerInnen-Hilfe sein, um Compliancegruppen, Schulungen usw. einzurichten. Von der Pharmaindustrie könnte etwa für medizinische Informationen Geld kommen - wenn sich die AIDS-Hilfen endlich auf einen Standard im Umgang mit Pharmafirmen einigen und auch Standards entwickeln könnten. Kommunal wird eine Förderung vielleicht ebenfalls möglich sein. Sozialstationen werden kommunal eventuell nach Leistungssätzen finanziert. Einen schwulen Gesundheitsladen stelle ich mir eher frei und von der lokalen Wirtschaft, natürlich aber auch durch große Konzerne und durch Privatpersonen finanziert vor (Stichwort: „Krönung light“).

Werden die alten Berufsgruppen noch dabei sein? Was die Information, Beratung und Pflege angeht, stelle ich mir das bei der ChronikerInnen-Hilfe schon vor. Neue Berufsgruppen müssen mit einbezogen werden, wenn Therapieaktivismus oder Patientenschutz professionell vertreten sein soll. In Sozialstationen werden die alten Berufsgruppen mit erweiterten Fähigkeiten - etwa mit kulturspezifischer Kompetenz - vertreten sein. Für den schwulen Gesundheitsladen benötigen wir neue Berufe, wie Medienarbeiter oder Werbe- und Kommunikationsfachleute.

Über Änderungen bei der **Ehrenamtlichkeit und Selbsthilfe** habe ich lange nachgedacht. Ich stelle mir vor, daß ChronikerInnen-Hilfen nicht mehr das leisten werden, was Selbsthilfe in nennenswertem Umfang herausfordert. Es wird eine schmale Basis an Selbsthilfe geben. Wenn es Ehrenamtlichkeit in ChronikerInnen-Hilfe gibt, dann vor allem durch Selbsthilfe. Ich kann mir nicht vorstellen, daß diejenigen EhrenamtlerInnen, die heute eher karitativ arbeiten, in einer ChronikerInnen-Hilfe noch viel zu suchen haben, es sei denn bei der Sterbebegleitung und als Angehörige. Sozialstationen werden eher keine Ehrenamtlichen beschäftigen, und ein schwuler Gesundheitsladen funktioniert nur mit EhrenamtlerInnen.

	ChronikerInnen-Hilfe	Sozialstation	schwuler Gesundheitsladen
Tradition (alte Werte, alte Mitarbeiter, alte Strukturen)?	ja	ja	nein
Alte Zielgruppen?	ja	nein	nur Schwule
Politische Arbeit, Öffentlichkeitsarbeit?	ja	ja	ja
Förderungswege.	Gesundheitssystem Pharmaindustrie kommunal	kommunal Leistungssätze	frei (schwule Wirtschaft und Privatpersonen)
Alte Berufsgruppen?	ja (Information, Beratung, Pflege) nein (Patientenrechte)	ja, mit erweiterter Kompetenz	nein Medienarbeiter Werbe- und Kommunikationsfachleute
Ehrenamtlichkeit und Selbsthilfe?	Selbsthilfe-ehrenamtlich Angehörige	(nein)	ja (schwul)

Impulsreferat

Das Verhältnis von AIDS-Hilfe und Drogenhilfe unter veränderten politischen Rahmenbedingungen: zwischen aktiver Verantwortungsabgabe und inhaltlicher Neupositionierung

Dr. Peter Lindlahr (Hamburg - Mitglied im DAH-Fachbeirat Soziales, Referent für Rechtsangelegenheiten beim Drogenbeauftragten des Hamburger Senats)

Meine sehr verehrten Damen und Herren, liebe Freundinnen und Freunde,

die im heutigen Programm von Veranstalterseite für das drogenpolitische Impulsreferat gewählte Bezeichnung („Das Verhältnis von AIDS-Hilfe und Drogenhilfe unter veränderten politischen Rahmenbedingungen: zwischen aktiver Verantwortungsabgabe und inhaltlicher Neupositionierung“) klingt ungeheuer suggestiv. Folgt man dieser programmatischen Ankündigung, dann wäre man versucht zu glauben, es gäbe tatsächlich beide hier genannten Phänomene: ein zukunftsweisendes Verhältnis von und zwischen AIDS- und Drogenhilfe ebenso wie die vielbeschworenen veränderten politischen Rahmenbedingungen.

Ich möchte im folgenden nicht allzuviel Zeit darauf verschwenden, diese Grundannahmen zu verifizieren oder zu falsifizieren und als die Fiktion zu entlarven, die für die offizielle Politik in drogenpolitischen Zusammenhängen oftmals handlungsleitend ist. Wenn es aber hier darum geht, die Notwendigkeit einer inhaltlichen Neupositionierung miteinander zu diskutieren, dann sollten wir doch zunächst kurz reflektieren, was heute das Spannungsverhältnis ausmacht, das wir zwischen traditioneller Drogenhilfe und den uns allen so vertrauten Zusammenhängen von AIDS- und Drogenselbsthilfe, aber auch und vor allem in der subtilen Koexistenz von AIDS- und Drogenselbsthilfe antreffen.

Hierzu sind einige entwicklungsgeschichtliche und einige statusbildende Faktoren näher zu beleuchten. Zum Erstgenannten meine ich persönlich, daß sich Geschichte nicht wiederholen wird: Wir alle erinnern nur zu gut, daß es doch gerade HIV und AIDS gewesen ist, das in der eher strukturkonservativen bundesdeutschen Drogenhilfe einen ganz erheblichen Schrittmachereffekt bewirkte und quasi das Ticket in eine neue und - gemessen an allen früheren Ansätzen - auch radikal veränderte Drogenhilfepolitik darstellte. Die Vorarbeit hierzu, nämlich das Konfigurieren neuer drogenpolitischer Ansätze, geschah folgerichtig auch nicht in erster Linie in den suchttherapeutischen Zusammenhängen, sondern entwickelte sich aus der akzeptierend-begleitenden und damit für den Adressatenkreis niedrigschwelligen Perspektive der AIDS- und Drogenselbsthilfe mit ihrem nicht nur suchtspezifischen Verständnis von Gesundheitsförderung.

Für die traditionelle Drogenhilfe bedeutete dies damals wie heute Segen und Fluch, denn der oktroyierte Zwang zur Veränderung bedeutete immerhin ja auch ein Drang zu neuen finanziellen Futtertöpfen. Ein Dankeschön dafür an die AIDS-Hilfe gab es nie und wird es nicht geben, obwohl gerade in den vergangenen Monaten eine geradezu halluzinierte Intimität mit AIDS-Hilfe-spezifischen Inhalten etwa in der Frage von Originalstoffabgabe und Druckräumen nicht nur bei einem Herrn Hüllinghorst und seiner DHS (*Deutsche Hauptstelle gegen Suchtgefahren*) unübersehbar war.

Obwohl - wir hörten es bereits - Geschichte sich nicht wiederholen wird, scheint diese bisherige Entwicklung durchaus bedeutsam für eine trotz der antipodischen Herkunft beider Hilfesysteme drohenden Gefahr einer zukünftigen Nivellierung der Inhalte. Beispielhaft für diesen Prozeß nenne ich drei Phänomene, die dank der sich deutlich artikulierenden AIDS-Hilfe eine ungeheure Schubkraft auch für die traditionelle Drogenhilfe entfalteten.

1. Das Eintauchen des ach so gescholtenen Abstinenzparadigmas in ein breiter gefächertes Hilfeverständnis einschließlich der beinahe flächendeckend erreichten Sensibilisierung für elementare harmreduktion Strategien (wie z.B. Sprizentausch und Konsumräume).

2. Das Eintauchen in den immer größer werdenden Pool medizinalisierter Hilfen, die einst mit Dihydrocodein und Polamidon auf den Weg gebracht wurden und heute bei Akut- und Wundversorgung, Ohr-Akupunktur und modellhafter Originalstoffabgabe angekommen sind und damit übrigens in einem nie dagewesenen Spannungsverhältnis zur regelhaften vertragsärztlichen Versorgung stehen.

3. Das Einhauchen einer beinahe bis in die zweite Hälfte der Neunziger anhaltenden Aufbruchstimmung, die mancherorts zeitweilig Züge einer virtuellen Realität angenommen und deshalb so oft darüber hinweggetäuscht hat, daß Drogenhilfepolitik und Drogenpolitik sich immer weniger gegenseitig entsprachen und ergänzten, stattdessen aber heute immer häufiger in einen unausgesprochenen Zielkonflikt miteinander geraten. Während drogenpolitische Abwägungen perspektivisch dazu führen werden, auch innovativere Angebote schonungslos auf den Prüfstand zu bringen (etwa die zahlreichen Friktionen und Halbherzigkeiten des

Konsumraumkonzepts, aber auch dessen Effizienz kritisch zu hinterfragen) ist das drogenhilfepolitische Interesse eindeutig auf einen möglichst differenziert, ja beinahe schon diversifiziert (also sektoral und segmental aufgesplittert) wahrgenommen versorgungspolitischen Sicherstellungsauftrag gerichtet. Diese Entwicklung ist nicht wirklich den jeweiligen politischen Verhältnissen unterworfen, da sie auf Landesebene sowohl auf konservativem Boden als auch in rot-grünen Milieus - und ich sage dies bewußt als Hamburger - insbesondere in Stadtstaat-Strukturen ganz hervorragend gedeiht. Dies legt den Schluß nahe, daß allein eine Neubestimmung parlamentarischer Verhältnisse auf Bundes- oder Landesebene noch keine veränderten politischen Rahmenbedingungen determiniert. Oder sollten wir noch differenzierter danach fragen, was die künftige drogenpolitische Entwicklung nachhaltiger beeinflußt: die veränderten politischen oder die politisch veränderten Rahmenbedingungen?

Die seit Herbst letzten Jahres veränderte politische Farblehre im Bund liefert hierzu - so scheint mir - einen anschaulichen Beweis. Es muß nämlich doch nachdenklich stimmen, wie wenig es für die drogenpolitische Realität in diesem Land bedeutet, in Bonn Frau Nickels (*Drogenbeauftragte der Bundesregierung*) agieren zu lassen, die sich - bislang in einer Art Nullsummenspiel - zu diesem und jenem äußert, aber letztlich sowohl in systematischer als auch in pragmatischer Hinsicht nicht annähernd das zu bewegen vermag, was durch den Gärungsprozeß auf konservativer Seite in den kommenden Monaten und Jahren in Gang gebracht werden wird. Die naßforschende Gangart mancher CDU-Landes- oder Fraktionsvorsitzender wie Wulff in Niedersachsen oder van Beust in Hamburg und deren nicht immer aufrichtige Attitüde „wir müssen uns drogenpolitisch bewegen“ mag suspekt klingen, in ihren Folgewirkungen auf die gegenwärtige Neupositionierung der Drogenpolitik insgesamt wirkt sie jedoch allemal nachhaltiger als das was wir gegenwärtig in Bonn konstatieren müssen. Um nicht falsch verstanden zu werden: für die Perspektive und Überlebensfähigkeit von AIDS- und Drogenhilfe ist auf dem drogenpolitischen Feld die nun auch im Bund eingesetzte Veränderung essentiell: ein dauerhafter Gewinn für beide Hilfesysteme kann daraus jedoch erst erwachsen, wenn hieraus mehr wird als ein Protegé für bloße Drogenhilfepolitik mit dem hergebrachten Anspruch, Klientel-Interessen angemessen zu bedienen.

Wir sind damit angelangt bei den eingangs angesprochenen statusbildenden Faktoren, die für unsere Fragestellung nutzbar gemacht - bzw. übersetzt in die Logik organisations-reformerischer Allmachtsphantasien: „operationalisiert“ - werden können. Es geht hier vorwiegend um drei Dinge:

- a) den allgemeinen gesellschaftspolitischen Status des Gesamtkomplexes Drogenpolitik und der damit einhergehenden Frage nach ihrem gesamtgesellschaftlichen Nutzen
- b) der insbesondere für die AIDS-Hilfen überaus heiklen Frage, ob das eigene Credo, Drogenpolitik ausschließlich unter dem Primat der Gesundheitspolitik begreifen zu können und zu wollen, nicht eine fatale Sackgasse (oder wie man in offizieller DAH-Terminologie neuerdings zu sagen pflegt: eine „unsachgemäße Engführung“) darstellt und schließlich
- c) der jeweilige Finanzierungsstatus als der wohl wichtigste Seismograph für die Zukunft der hier genannten Hilfesysteme.

So unterschiedlich die hier genannten Ebenen auch sein mögen, sie weisen doch eine Gemeinsamkeit auf: Eine eigenständige gesellschaftspolitische Identität von Drogenpolitik wird künftig ebenso wie die ihr innewohnende gesundheitspolitische Schwerpunktsetzung und der hierzu gewährte Einsatz von Haushaltsmitteln in erster, zweiter und wohl auch in dritter Linie an ihrer Output-Orientierung zu messen sein. Was aber bedeutet dies für die hier zum Anspruch erhobene Neupositionierung von Drogen- und AIDS-Hilfe ?

1. Deutsche Drogenpolitik, so scheint es, könnte zur Jahrtausendwende tatsächlich ideologische Gräben überwunden haben. Was dann dahinter zum Vorschein treten wird, ist ein bizarrer Methodenstreit über die Art und Weise einer neuen Gangart sowie eine äußerst hilflose Debatte über die Optimierung des gesellschaftspolitischen Outputs von Drogenpolitik. In der hierdurch entstehenden Sogwirkung werden auch Drogen- und AIDS-Hilfe stärker als je zuvor durch sämtliche politischen und ministeriellen Ebenen auf ihre bloße Funktionalität reduziert werden. Dies hat im übrigen eine äußerst bedenkliche, ja beinahe schon beängstigende Nebenwirkung: Je klarer diesbezügliche öffentliche Erwartungshaltungen formuliert werden, desto größer die Gefahr simpler Pawlowscher Reflexe auf Seiten der Hilfeprojekte: Wir erleben - insbesondere in der sich selbst als niedrigschwellig definierenden Drogenhilfe - schon heute, daß von Kostenträgerseite erhobene Forderungen nach Meßbarkeit des Zielerreichungsgrades, also der Ergebnisqualität der Angebote, schlicht mit einem rhetorischen Griff in die unterste Schublade des „labeling approach“ abgewehrt werden und damit einer Psychiatisierung Tür und Tor geöffnet wird. Die Aussage, die eigene Klientenarbeit sei aufgrund von deren psychiatrischen Auffälligkeiten, Doppeldiagnosen, Desperadomentalität, Multimorbidität, veränderter Konsummuster (z.B. Crack) leider nicht meßbar, kann und darf kein adäquates Reaktionsmuster auf den oben beschriebenen Funktionalisierungsdruck sein. Wenn sogar

die Drogenselbsthilfe offenbar aus diffusen Gründen öffentlicher Akzeptanz für Niedrigschwelligkeit nicht davon abläßt, ohne Not mit Begrifflichkeiten wie „Verelendung“, „Verwahrlosung“ oder „Schwerstabhängige“ zu jonglieren und damit vermutlich ungewollt einer Pathologisierung drogengebrauchender Menschen Vorschub leistet, dann müssen wir uns künftig über den scheinbar unaufhaltsamen Bedeutungswandel einzelner drogenpolitischer Aspekte in der Tat nicht mehr wundern.

Dieser für die Drogenhilfepolitik relevante Bedeutungswandel geht einher mit einer seit längerem zu beobachtenden Trendwende in der drogenpolitischen Schwerpunktsetzung. Die gesundheitspolitische Ausrichtung einer ehemals substitutions- oder behandlungsgestützten ärztlichen Kontrolle weicht einer durch niedrigschwellige konsumakzeptierende Angebote erleichterten neuen Spielart klassischer polizeilicher Gefahrenabwehr: Der Schutz des sogenannten öffentlichen Raums vor vermeintlich störenden Einflüssen wird allgegenwärtig, die Niedrigschwelligkeit in den Angeboten von AIDS- und Drogenhilfe flankiert diese Strategie, da auch nach rot-grünem Ethos sich Hilfe und Kontrolle prächtig ergänzen.

Diese Entwicklung hat - ich habe dies bei anderen Anlässen immer wieder gesagt - einen einfachen Nenner: Auf die Medizinalisierung folgt die Kommunalisierung der Drogenpolitik.

Der hier beschriebene Prozeß ist in den großstädtischen Szenen schon weitgehend vollzogen, ihn gänzlich aufzuhalten zu können, erschiene illusorisch. Was also bleibt AIDS- und Drogenhilfe zu tun? Mir fällt vor allem eine Antwort ein: Es gibt keinen begründbaren Vertrauensschutz mehr in das Primat der Gesundheitspolitik, da die originäre Beschränkung auf Überlebenshilfe, niedrigschwellige Beratung und medizinische Intervention ein geradezu ideales Unterstützer- und Komplementärsystem für den Vollzug des beschriebenen kommunal- und ordnungspolitisch motivierten Bedeutungswandels darstellt. Wenn der bisher favorisierte gesundheitspolitische Output aber derart ambivalent ist, dann wäre ein Ausweg über eine stärkere Orientierung hin zu rechtspolitischen Intentionen und Positionen zu suchen, wie dies beispielsweise in dem Ende letzten Jahres von DAH, Akzept und anderen vorgelegten drogenpolitischen Memorandum bereits skizziert ist. Ein solcher rechtspolitischer Output wäre indes nur zu erwarten, wenn die Protagonisten nicht stillschweigend an ihrer eigenen diesbezüglichen Legitimation zweifeln. Wir erleben etwa am Beispiel NRW seit Jahren, daß das mittelfristig angelegte Kalkül der dortigen rot-grünen Landesregierung aufgegangen ist, die Drogenselbsthilfe in der Koordinationshoheit der AIDS-Hilfe zu belassen und deswegen im Ergebnis jede dort artikulierte weiter-

gehende rechtspolitische Entkriminalisierungsforderung unter dem Feigenblatt interessengeleiteter Betroffenenennähe als verständlich aber leider nicht realisierbar abzutun. Hinzu kommt mangelnde Solidarisierung im Binnenverhältnis der Hilfesysteme: Das Verhältnis zwischen AIDS-Hilfe und Drogenhilfe wird denn auch künftig gekennzeichnet sein von einem argwöhnischen Nebeneinander anstelle eines wirklich synergetischen Miteinander.

Richtig dramatisch kann dies auf den von den Hilfesystemen beanspruchten Finanzierungsstatus durchschlagen. Die eingangs angesprochene Aufbruchstimmung hat zweierlei bewirkt: Durchaus bescheiden, aber hochwirksam wurde die Drogenselbsthilfe an eine mehrjährige Haushaltsveranschlagung in den kommunalen und ministeriellen Etats herangeführt und damit vor die Zerreißprobe gestellt, jedenfalls für Belange von Selbstorganisation und Interessenvertretung von der Politik in die Verantwortung genommen werden zu können. Das für den Förderungszweck relevante Mandat der AIDS-Hilfen bleibt hingegen ein relativ starres Korsett, solange es nicht gelingt, das überkommene Verständnis zielgruppenspezifischer Prävention zu überführen in ein übergelagertes Gesundheitsförderungskonzept.

Die veränderten parlamentarischen Verhältnisse auf Bundesebene mit einem vermeintlich projektfreundlicheren Impetus als dem der Vorgängerregierung verändern hieran wenig bis gar nichts. Sie bleiben für die Projektrealität vor Ort weitgehend ohne Belang, denn der mitunter dramatische Verteilungskampf findet woanders statt und ist oftmals auch subtiler.

Die Weiterentwicklung derjenigen Steuerungsinstrumente, die in den Landes- und Kommunalhaushalten zum Tragen kommen, macht auch vor den Drogen- und AIDS-Hilfen nicht halt. Da ich - nicht ganz zufällig - selber einer von diesen Bürokraten bin, die mit neuen Steuerungsmodellen, Budgetierung, öffentlicher Ausschreibung, Leistungsverträgen, Dokumentation und Controlling die Drogenhilfe drangsalieren, ist mir die derzeit noch bestehende Verwirrung und Verunsicherung bei allen Beteiligten sehr geläufig. Es wird noch geübt. Daß dies in struktureller aber auch inhaltlicher Hinsicht ein ungeheures Potential zur Neupositionierung bietet, sollte von AIDS- und Drogenhilfe eigentlich längst erkannt worden sein. Es gilt also, die auch auf Seiten der Kostenträger und öffentlichen Haushalte noch längst nicht abgeschlossene Phase der Umorientierung zu nutzen, solange dort noch keine eigenen Präjudizien und veränderten Routinen eine projekt- und bedarfsgerechte Flexibilität vereiteln. Drogenhilfe bleibt ein unbeliebtes, aber im positiven Sinne des Wortes unüberwindbares Element in den Haushaltsplänen und beansprucht eine deutlich höhere öffentliche Aufmerksamkeit als die jeweiligen Haushaltsansätze im AIDS-Bereich. Hierin liegt

trotz Einsparvorgaben und trägerübergreifendem Verteilungskampf derzeit noch eine Chance.

Ich wünsche uns allen ein gutes Timing.

Plenumsdiskussion

Horst Grzelka: Danke Peter. Mir ist aufgefallen, daß du auch in Deiner Person jemanden verkörperst, der über die besonderen Schwierigkeiten im Drogenhilfesystem genaue Kenntnisse verfügt. Meine Frage an dich: An welchen drei Schwerpunkten müssen deiner Meinung nach die Arbeitsgruppen entlang diskutieren und zu strategischen Überlegungen kommen?

Peter Lindlahr: Ich habe natürlich auch keine Patentlösung. Aber eines steht außer Frage: Dieser Umstrukturierungsprozeß in neue Finanzierungsformen, mit neuen Finanzierungsoptionen und Instituten, der muß von der AIDS-Hilfe und der Drogenhilfe natürlich nicht gegeneinander geführt werden. Es ist leicht gesagt, die Realität sieht teilweise anders aus, aber der Prozeß muß trotzdem offensiv betrieben werden. Es ist ganz klar, ihr müßt euch über verschiedene Konzepte fit machen.

Das zweite: Ich habe darauf hingewiesen, wie problematisch es ist, dem öffentlichen Erwartungsdruck in Richtung Funktionalität und Effizienz von Drogenhilfe entsprechen zu können, ohne die Schwierigkeit der Arbeit auf dem Rücken der Patienten und durch eine zusätzliche Stigmatisierung hin zur Psychiatrisierung darzustellen. Im Drogenbereich wird die Compliance-Diskussion noch zunehmen. Sie wird von den Selbsthilfeprojekten, aber auch von der professionellen Drogenhilfe vorangetrieben. Das geschieht ohne Not. Wir brauchen Niedrigschwelligkeit nicht mehr damit zu rechtfertigen, daß Uneinsichtige und Unerreichbare erreicht werden sollen und daß die Leute für irgendetwas nicht compliant sind. Man müßte zu einer positiv besetzten Diskussion kommen. Ich erlebe katastrophale Dinge: Forschungsinstitute, die im Rahmen des Case-Managements in einem Bundesmodellprogramm mitgewirkt haben, haben einen Index für chronisch mehrfachabhängige Menschen definiert - also wird das Labeling zunehmen, es wird mehr Schubladen geben. Interessenvertretung von Drogengebrauchern darf daran nicht forciert mitwirken.

Der dritte Punkt: Man muß dicke Bretter bohren, auch wenn das platt klingt. Wir, die wir in der Exekutivverantwortung stehen, werden immer wieder gefragt, warum es denn am Hauptbahnhof, im Schanzenpark usw. noch immer solche ausufernden, offenen Drogenszenen gibt. „Ihr pumpt da Gelder rein, wir sind die liberalste Stadt in ganz Deutschland, wir machen Druckräume schon seit jeher, wir waren die ersten, die Heroin gefordert haben“, usw.,

bis hin, daß wir „in Hamburg so etwas, wie Tolerierungszonen für den Handel haben“, halten sie uns vor. Das sind sehr weitreichende Dinge, und trotzdem hat sich in der öffentlichen Wahrnehmung das Drogenproblem nicht relativiert oder strukturiert. Im Gegenteil. In der öffentlichen Wahrnehmung ist es chaotischer denn je. Man muß also Argumentationswege finden, diesem öffentlichen Erwartungsdruck auf andere Weise zu begegnen.

Christoph Schmidtpeter (Niedersächsische AIDS-Hilfe Landesverband): Es gibt natürlich auch ein ganz anderes Modell als das Hamburger, nämlich die Therapiekette. Dabei kann es pro Landkreis immer nur eine Drogenhilfe geben, nämlich die Drogenhilfe und nicht die AIDS-Hilfe. Deswegen wird die Drogenhilfe natürlich alles, was an Heroingabe, Druckräumen usw. kommen wird, ebenso bekommen, wie sie auch die Substitutionsbegleitung usw. erhalten hat. Das ist die absehbare Rahmenbedingung und wir tendieren in der Diskussion dahin zu sagen, na gut, dann sollen die das haben, mit den ganzen Problemen, sollen die sich mit den Polizeifunktionen, die an Druckräume gebunden sind (siehe Frankfurt) auseinandersetzen. Wir als AIDS-Hilfe wären weiterhin Interessenvertretung, machen uns nicht die Finger schmutzig und können klar sagen: Wenn ihr es schlecht macht, hauen wir euch auf die Finger, und so lange ihr es gut macht, halten wir still; aber wir stehen ganz parteiisch auf einer Seite. Das verstehen wir unter aktiver Abgabe. Nun höre ich aber aus deinem Vortrag, daß letztlich die finanzielle Musik doch eher im Bereich Drogenhilfe spielt, das heißt, wir würden uns damit einen Bären dienst erweisen.

Peter Lindlahr: Tendenziell sieht sich Politik aufgrund bestehender Strukturen natürlich gerne erstmal im Bereich der traditionellen Drogenhilfe um. Aber wenn ich eben gesagt habe, diese neuen Finanzierungsinstrumente offensiv zu verstehen und offensiv zu nutzen, dann ist damit auch eine Forderung nach Wettbewerb verbunden. In den Köpfen gibt es zwar den Bestandsschutz, daß Zuwendungsempfänger über die Jährlichkeit der Haushalte einen Rechtsanspruch auf Zuwendung haben. Dieser Schutz steht aber nirgendwo auf dem Papier und in keinem Gesetz. Wir betreiben es jetzt in Hamburg - nicht ganz unumstritten - die Projekte im Rahmen einer öffentlichen Ausschreibung in regelmäßigen Abständen zur Disposition zu stellen. In Richtlinien nennen wir eine einheitliche Grundlage, die Definition und Struktur des Projekts, und legen die Prozesse und die Ergebnisqualität der Angebote fest. Wer kommen will, kann kommen. Dann sieht man, wer der bessere ist. Nicht der billigste ist der beste, aber das hat eben damit zu tun, welche Faktoren diskutiert und definiert werden. Es ist eine ganz heikle Sache, den Wettbewerb zu eröffnen, gerade in bestehenden Projekten. Denn es gibt ja auch den

Vertrauensschutz der drogengebrauchenden Menschen zu dem jeweiligen Projekt.

Dirk Meyer (AIDS-Hilfe Nordrhein-Westfalen, Landesgeschäftsführer): Es ist wichtig, diesen Spannungsbogen von „wo wollen wir hin“ über „wo müssen wir hin“ bis zu „wo ist unsere politische Orientierung“ in der alltäglichen AIDS-Hilfe-Arbeit und in Junkieselbsthilfearbeit auszuhalten. Das ist nicht konfliktfrei, ich kenne das aus konkreter Zusammenarbeit. Wir müssen über viele Monate, Jahre, vielleicht auch über fünf oder zehn Jahre hinweg, mit ganz harten Konflikten in der Vor-Ort-Arbeit leben - z.B. mit der sozialen Verelendung. Der Konflikt ist auf der persönlichen Ebene kaum auszuhalten und AIDS-Hilfe muß sich viele Gedanken machen, wie ehrenamtliche und hauptamtliche Mitarbeit deshalb strukturiert sein muß. Wir sollten das, was Peter heute gesagt hat, nicht schnell abtun und als Vision bezeichnen, die mit unserem Alltag nicht viel zu tun hat. Es wäre ein Wunsch, daß wir Peters Statement ab und zu heranziehen, um uns wieder zu erinnern, wofür wir eigentlich mal angetreten sind.

Peter Lindlahr: Über dieses Aushalten habe ich neulich mit Günter Ament gesprochen. Er ist vielen von Euch bekannt. Was Dirk beschreibt, trifft es genau: Die Schwierigkeit aushalten zu können und zugleich die Arbeit eben nicht in der vorhin beschriebenen Weise zu stigmatisieren und unter dieses gesundheitspolitische Primat zu stellen sondern für den Status der Klienten, auch für deren rechtlichen Status zu kämpfen.

Aniela Schneider (AIDS-Hilfe Freiburg): Wenn es in Hamburg schon so konkrete Vorstellungen über diese Art, unsere Arbeit abzurechnen, gibt, habe ich die Angst, daß es auch bei uns soweit kommen wird. Inwieweit wird es uns dann künftig möglich sein, uns beispielsweise unsere Spenden noch zu erhalten. Werden diese Beträge, die wir heute in die praktische Arbeit fließen lassen, künftig über diese öffentlichen Sätze finanziert? Inwieweit wird es möglich sein, auch administrative Kosten für die Verwaltung, für Öffentlichkeitsarbeit und solche Dinge mit in diesen Kostensätzen unterzubringen?

Horst Grzelka: Ich würde diese Fragen mit in die Arbeitsgruppe nehmen, da wir unter dem Druck stehen, auch den anderen ReferentInnen den Raum zu schaffen, ihr Referat zu präsentieren.

Impulsreferat

„Nur“ den Bedarf bedienen oder auch die Interessen vertreten: Migration als Thema der AIDS-Arbeit?

Dr. Zahra Mohammadzadeh (Gesundheitsamt Bremen)

Das Phänomen AIDS hat viel mit Bewegung zu tun. Nicht nur verhält es sich, global gesehen, ausgesprochen dynamisch. Seit es 1981 zuerst beobachtet wurde, ist seine Verbreitung von den wenigen damals bekannten Fällen auf heute geschätzte 7,7 Millionen Erkrankte angewachsen und hat in diesen fast zwei Jahrzehnten 13,9 Millionen Tote gefordert. 33,4 Millionen Menschen sind mit HIV infiziert.³ Sondern das Prinzip seiner Ausbreitung ist die Bewegung. Das Virus macht sich die weltweiten Wanderungsbewegungen der Menschen ebenso zunutze wie die zwischenmenschliche Bewegung in ihren Beziehungen - gleichgültig ob es sich um Liebes- oder Gewaltbeziehungen handelt. Vielleicht hat gerade dieser letzte Aspekt der Pandemie dazu beigetragen, daß sich AIDS-Betroffenheit und AIDS-Hilfe sehr schnell auch zu einer Bewegung (im Sinne einer Organisation, die Dinge bewegt) formiert haben. Wenn sich diese Organisation im Zusammenhang mit ihren eigenen Zukunftsfragen die längst überfällige (eigentlich *überflüssige!*) Frage stellt, ob Migration ein Thema der AIDS-Hilfe-Arbeit sein sollte, dann sprechen wir auch in diesem Fall wieder von Bewegung: von der Mobilität von Individuen und Bevölkerungsgruppen und ihrer Bedeutung für deren Gesundheit und Gesundheitsversorgung. Ein bißchen reden wir auch wieder von der Bewegung in der Organisation AIDS-Hilfe. Sie wird sich nämlich bewegen müssen, wenn sie ein „Unternehmen Zukunft“ bleiben will.

Eine kurze Auseinandersetzung mit dem Thema meines Vortrags im Wortsinn: „Nur den Bedarf bedienen oder auch die Interessen vertreten?“ Wird denn tatsächlich der Bedarf der Migranten bereits bedient? Geht es nur noch um das „kleine bißchen Extra“, das dann erreicht wäre, wenn doch nur auch die Interessen der Migranten vertreten würden? Hängt gar die positive Beantwortung der Frage, ob Migration ein Thema der AIDS-Hilfe sein soll, wesentlich davon ab, daß „Interessen“ - was immer darunter zu verstehen ist - vertreten werden?

Auf all diese Fragen lautet meine Antwort: Nein. Mit einer Ausnahme: Migration - präziser, die gesundheitliche Situation und Versorgungslage der Migranten - muß endlich konsequent zum Thema der AIDS-Hilfe-Arbeit gemacht werden.

Ich halte es nicht nur für problematisch, die „Interessen“ und den Versorgungsbedarf der Migranten unterschiedlich zu bewerten. Das eigentliche Ziel muß

sein, den gesundheitlichen Versorgungsbedarf der Zuwanderer möglichst umfassend zu decken. Für eine Organisation, die sich vor allem auch als gesundheitspolitische Bewegung versteht, ist es vielleicht nicht ohne weiteres nachzuvollziehen, daß sie darauf verzichten soll, die Interessen einer Klientel zu vertreten. Jedoch stünden wir dann vor einem großen Problem: Wer kann und darf die Interessen einer so vielschichtigen Bevölkerungsgruppe definieren? Gibt es überhaupt ein der gesamten Bevölkerungsgruppe beziehungsweise den HIV/AIDS-Patienten zuzuordnendes gemeinsames Interesse? Wäre das angesichts der geokulturellen Herkunftsvielfalt nicht ein recht abstraktes Interesse? Anstatt jedoch diese eher philosophische Diskussion weiterzuverfolgen, wende ich mich lieber einigen konkreten Gesichtspunkten des Bedarfs der Migranten hinsichtlich HIV/AIDS zu.

Gesundheitlicher Versorgungsbedarf sollte immer so konkret wie möglich ermittelt und beschrieben werden. Es ist daher unumgänglich, zwischen den einzelnen Gruppen von Zuwanderern zu unterscheiden. Denn die gesundheitliche Situation und die Versorgungslage lassen sich empirisch fundiert nur dann bewerten, wenn folgende Faktoren berücksichtigt werden: geographische Herkunft, kultureller Hintergrund, Biographie, Gesundheitsentwicklung im Herkunftsland, Umstände der Migration, Lebensbedingungen im Aufnahmeland, rechtlicher und insbesondere sozialversicherungsrechtlicher Status. Zugangsbarrieren, Kommunikationshindernisse, transkulturelle Mißverständnisse, fremdenfeindliche Einstellungen, Rassismus usw. betreffen zwar in der Regel alle Migranten. Aber diese Einflüsse sind bei jeder Teilgruppe, der Migranten angehören, eben sehr unterschiedlich. Einfach gesagt: die AIDS-krankte Asylantragstellerin aus Ruanda hat völlig andere Probleme als der chinesische Student, den eine unbegründete AIDS-Phobie verfolgt oder die HIV-positive undokumentierte Prostituierte, die als Objekt von Menschenhandel illegal nach Deutschland gekommen ist.

Im Hinblick auf solch grundsätzliche Überlegungen kann von einer verhältnismäßig fortgeschrittenen Bedienung des Bedarfs keine Rede sein. AIDS-Hilfe muß im Gegenteil bei den Migranten ziemlich von vorne anfangen. Bei anderen Bevölkerungsgruppen wurden im Vergleich dazu schon eine ziemlich systematische Bedarfserkennung und differenzierte Handlungsansätze entwickelt. Für den Umgang mit neuen Zielgruppen der Gesundheitsversorgung

³ Zahlen des UN-AIDS-Programms von Dezember 1998.

bringt die AIDS-Hilfe meines Erachtens gute Voraussetzungen mit. Sie hat durch ihre Auseinandersetzung mit Fragen der Sexualität – die immer auch Fragen unterschiedlicher Kulturformen einschließen – nicht nur politisch und gesellschaftlich zu veränderten Sichtweisen beigetragen. Sie hat bei Versorgungseinrichtungen darauf gedrungen, „Anderssein“ zu akzeptieren. Dadurch hat sie ein gutes Klima für zielgruppenorientierte Präventionsarbeit und Gesundheitsförderung, unter anderem auch bei den öffentlichen Gesundheitsdiensten, geschaffen. Die Zielgruppen, um die es dabei ging, definierten sich nach sexuellen Präferenzen (Homosexuelle) oder nach Praktiken des Suchtverhaltens (intravenöser Drogengebrauch). Die Herausforderung, die die Zuwanderer als neue Zielgruppe der AIDS-Hilfe-Arbeit darstellen, liegt darin, daß die bisherigen Definitionsmuster überprüft, wenn nicht gar aufgegeben werden müssen. Bislang ist aber nach wie vor der Typus des „Mittelschichts-Homo“ prägend. Migranten sind jedoch von jenem Leitbild der AIDS-Hilfe Lichtjahre entfernt. Die Erfahrungen, die im allgemeinen gemacht wurden, müssen deshalb daraufhin überprüft werden, inwieweit sie auf Migranten zu übertragen sind. Nicht selten werden dann auch Vorurteile abgebaut und empirisch abgesicherte Erkenntnisse an ihre Stelle gesetzt werden müssen.

Zu solch einer empirisch-realistischen Einschätzung der Lage unterschiedlicher Migrantengruppen gehört auch ein Blick auf die epidemiologische Realität in den Herkunftsländern und -regionen. Um das globale Problem HIV/AIDS gedanklich zu erfassen, ist zwar die Daumenregel hilfreich, daß jede Minute irgendwo auf der Welt ein Kind HIV-positiv zur Welt kommt und daß jährlich mit 6 Millionen Neuinfektionen zu rechnen ist. Aber die anfangs erwähnte Dynamik der Epidemie schließt ganz unterschiedliche Entwicklungen in verschiedenen Weltregionen ein. Analphabetismus, niedriger Bildungsstand, Trägheit gegenüber Verhütungsmethoden, Sexualtabus, verbreitete Prostitution und das florierende Schwarzmarktgeschäft mit Spenderblut machen viele Herkunftsländer zu Hochburgen von AIDS. Dabei sind offizielle Prävalenzschätzungen oft dürftig. In Bangla Desh beispielsweise wird amtlicherseits lediglich eine Zahl von 100 HIV-Positiven angegeben, während Hilfsorganisationen von einer bis zu tausendmal höheren Zahl Infizierter sprechen.⁴

Dagegen scheinen erfolgreiche Präventionsprogramme wie in Uganda die Infektionsrate zum Sinken zu bringen, insbesondere bei Frauen und Jugendlichen. Die Elemente des ugandischen Programms werden für Europäer, die schon im frühe-

sten Jugendalter an freizügiges Sexualverhalten gewöhnt sind, befremdlich klingen: Erziehung zum Kondomgebrauch, Förderung von Abstinenz, Treue, späterem Beginnen sexueller Beziehungen und „eine Sexualerziehung, die den Jungen beizubringen versucht, Mädchen als ihre Schwestern zu respektieren“.⁵ Das hört sich sehr konservativ an. Es veranschaulicht aber, auf welche anderen Wertsysteme und Reaktionen man beim Umgang mit HIV/AIDS außerhalb Europas - und damit in Gebieten, aus denen ein Großteil der Migranten kommt - gefaßt sein muß.

In vielen Herkunftsländern wirken sich gesellschaftliche Zwänge zugunsten früh einsetzender heterosexueller Aktivität aus und führen damit nicht nur zu früher Heirat und Schwangerschaft bei heranwachsenden Mädchen, sondern auch zur Ausbreitung von sexuell übertragbaren Infektionskrankheiten, einschließlich HIV/AIDS. Über 40 Prozent der Mädchen in den sogenannten Entwicklungsländern haben schon mindestens ein Kind, bevor sie zwanzig sind. Mehr als 90 Prozent aller HIV-Infizierten leben in den ärmsten Ländern der Welt, etwa die Hälfte von ihnen ist unter 25. Bis Juli 1996 wurden bereits drei Millionen Kinder über ihre Mütter infiziert, 85 Prozent davon in den Ländern südlich der Sahara. Man geht davon aus, daß in den städtischen Siedlungsgebieten der südlichen Halbkugel 15 bis 20 Prozent aller sexuell aktiven Menschen von HIV/AIDS betroffen sind. In Südafrika schätzt man, daß 20 Prozent der Grubenarbeiter infiziert sind, in Zimbabwe sind es bereits 17 Prozent der Gesamtbevölkerung. Insgesamt sind in Afrika mehr Frauen als Männer HIV-positiv, in manchen Städten Botswanas sind beispielsweise 40 Prozent aller schwangeren Frauen infiziert. Weltweit gesehen wird damit HIV/AIDS immer mehr zu einer Gesundheitsbedrohung für heterosexuelle Frauen.

Frauen sind von sexuell übertragbaren Krankheiten sehr viel leichter als Männer angreifbar. Das liegt sowohl an der Dominanz der Männer beim Nichtgebrauch von Kondomen und bei der gesamten Reproduktion als auch an kulturbedingten Rollen und dem gesellschaftlichen Status der Frauen des Südens. Der Kampf gegen AIDS wird dadurch in ganz anderer Weise politisch. Es geht dabei um das Ringen der Frauen um stärkere generelle und sexuelle Selbstbestimmung – und Berater, Betreuer und Behandler sollten sie dabei unterstützen. Gleichzeitig müssen den Männern aber auch Wege aus der Verantwortungslosigkeit und dem Mißbrauch kultureller Werte und Rollenverteilungen gewiesen werden.

AIDS tötet in den südlichen Ländern, zumal in Schwarzafrika, diejenigen Mitglieder der Gesell-

⁴ Meldung der Nachrichtenagentur Reuters, 6. 1. 1999.

⁵ Panafrican News Agency, 17. 12. 1998.

schaft, die eigentlich Entwicklung, Bildung, gesellschaftliche Produktivität usw. tragen sollen. Darauf wies die namibische Gesundheitsministerin auf einer internationalen HIV/AIDS-Konferenz der panafrikanischen Frauenorganisationen in Windhoek hin. Auch nicht infizierte Kinder und Jugendliche sind unmittelbar betroffen. Und zwar dann, wenn sie in der Großfamilie die Funktionen der an AIDS erkrankten oder gestorbenen Erwachsenen übernehmen müssen, anstatt zur Schule zu gehen und sich auf ihr eigenes Erwachsenwerden zu konzentrieren.⁶ In diesen Ländern ist AIDS nicht mehr allein ein epidemiologisches, sondern längst ein Entwicklungsproblem.

AIDS und Migration sind also nicht nur über ein bestimmtes Krankheitsbild von Migranten miteinander verknüpft. Vielmehr wird HIV/AIDS zunehmend zu einem Faktor des Ursachengeflechts der weltweiten Migration. Ich rufe diese Zahlen in Erinnerung, um deutlich werden zu lassen, wie stark die AIDS/Hilfe-Arbeit die gewohnten Denkraster hinter sich lassen muß, wenn sie sich dem Thema „Migration und HIV/AIDS“ zuwenden will.

Dazu gehört auch der Abschied von romantisierenden Vorurteilen über die Sozialstrukturen, auf die Menschen aus Regionen jenseits des mittel- und nordwesteuropäischen Horizonts angeblich immer zurückgreifen können. Ich zitiere dazu kurz aus der Arbeit eines französischen Projektes mit jüngeren HIV-positiven Afrikanerinnen. Sehr schnell lernte das Projektpersonal, daß diesen Patientinnen grundlegendere Informationen als den einheimischen Durchschnittspatienten über das Virus, die Krankheitsformen, Infektionswege, Präventionsmaßnahmen und andere wichtige Fragen gegeben werden mußten. Das eigentliche Problem lag also weniger in der korrekten Behandlung der Klientinnen. Die afrikanischen Frauen hatten grundsätzliche Schwierigkeiten damit, ihren Zustand als Positive, das Risiko der Weitergabe der Infektion, ihre Sexualität und ihr Selbstverständnis als Frauen in Beziehung zu setzen. Sie waren von dem Gedanken beseelt, Liebe zu geben und konnten in ihr Wertesystem nicht einordnen, daß man damit auch den potentiellen Tod bringen kann. Wenn sie ihre Überzeugung durch die Beratung und Therapie in Frage gestellt sahen, empfanden sie das als zerstörerischen Angriff auf ihr Selbstwertgefühl. Ebenso war ein nur rationaler Umgang mit der Frage des Kondomgebrauchs fehl am Platz. Die Projektmitarbeiterinnen mußten zunächst eingestehen, daß auch für Europäerinnen das Kondom nicht selbstverständlich ist, nur weil es „vernünftig“ ist, eines zu gebrauchen. Sie mußten sich der Einsicht stellen, daß nicht nur lernunfähige afrikanische Männer das Kondom ablehnen, sondern

auch Afrikanerinnen es als „Liebestöter aus Gummi“ verachten. Mehr noch, sie mußten lernen, daß die Sehnsucht von Frauen aus der sogenannten Dritten Welt, durch Gebären Leben zu schenken, tief im Überlebenswillen ihrer *Kulturen* verwurzelt ist. Von dem eher *sozial* begründeten Wunsch verheiratet zu sein, ist dieses Verlangen abgetrennt. Sie lernten auch, daß die Solidarität und der Zusammenhalt der Familie oder der sozialen Gruppe der Migrantinnen von der Aufnahmegesellschaft häufig überbewertet wird. Die Betroffenen fallen dann einer doppelten Abweisung anheim: durch die eigene soziale Gruppe, deren Zusammenhalt nicht ausreicht, um ein Problem wie HIV/AIDS zu integrieren und durch die Betreuenden, die sich fälschlich darauf verlassen, die Patientinnen würden in der Familie („zu Hause“) stärker aufgefangen als dies im Umfeld der Aufnahmegesellschaft der Fall sein kann.

Ich wende mich aber dagegen, aufgrund besonderer Probleme von Migranten, etwa bei der sozialen Absicherung oder dem Aufenthaltsrecht, HIV-spezifische Fragen als nachrangig zu betrachten. Das käme mir so vor, als wäre die AIDS-Hilfe beim Anblick eines Migranten so schockiert, daß sie vor Schreck alle ihre Instrumente fallen läßt. Migranten erwarten keine Sonderbehandlung! Dieser modernen, dynamischen, rundum fähigen Gesellschaft fällt es doch leicht, sich auf alle denkbaren Zielgruppen mit den unterschiedlichsten „schwierigen“ Merkmalen einzustellen, ohne daß dadurch die Krankheit selbst in den Hintergrund tritt. Wieso sollte das in bezug auf Migranten anders sein?

Das Gesundheitsproblem selbst muß zunächst untersucht werden. Erst *dann* können Angebote für die jeweilige Gruppe entwickelt werden - und zwar angepaßt an ihre spezifische Situation und die damit zusammenhängenden Bedürfnisse. Ich weiß um Tendenzen, im Rahmen der Deutschen AIDS-Hilfe Sondereinrichtungen für Migranten zu schaffen, anstatt sie in die reguläre Arbeit zu integrieren. Das kann nicht der Weg sein. Es ist allerdings notwendig, in den vorhandenen Strukturen und Einrichtungen für neue Kompetenzen zu sorgen, um die neue Klientel angemessen betreuen zu können.

Neue Kompetenzen sind nötig

- für den Abbau interner und externer Barrieren.
- um kulturelle und religiöse, rechtliche und soziale Fragen in Gesundheitsinformationen und Sexualerziehung in den Schulen, in Präventionsmaßnahmen und in Beratung einzubeziehen.
- um auf ungewöhnliche Rahmenbedingungen der Bedarfsdeckung, etwa bei undokumentierten Flüchtlingen, in der Wohnsituation der Asylbewerber, bei unbegleiteten Jugendlichen oder im Falle drohender Abschiebung angemessen zu reagieren.

⁶ The Namibian, 5. 4. 1999

Thesen

Abschließend einige Thesen, die mir für das weitere Vorgehen wichtig zu sein scheinen. Ich orientiere mich dabei an den Empfehlungen, die auf dem Szenario-Workshop im November 1998 als künftige Herausforderungen der AIDS-Hilfe-Arbeit erarbeitet wurden:

- Es mag sein, daß die *Therapierbarkeit* der HIV-Infektion weiter voranschreitet. Im Kontext HIV/AIDS und Migration ist aber zu fragen, ob weltweit auch die *Anwendung der Therapiemöglichkeiten* voranschreitet. Für die große Mehrheit der Menschen in den Herkunftsländern der Migranten sind die bekannten Therapiekombinationen unerschwinglich, ja unerreichbar. Migranten sind in den meisten Aufnahmeländern so sehr mit der Überlebenssicherung beschäftigt, daß sie ungünstigste Voraussetzungen für die Compliance haben. Beides muß in die Denkansätze zum Thema AIDS und Migration einfließen.
- Die „epidemiologische Normalisierung“ von AIDS in Richtung eines schichtspezifischen Risikos ist eine Hypothese. Sie muß in Bezug auf die verschiedenen Herkunfts- und Statusgruppen der Migranten durch gezielte empirische Erhebungen geprüft werden. In Deutschland gibt es hinsichtlich der allgemeinen gesundheitlichen Fragen bei Migranten erhebliche Wissensdefizite. Hinsichtlich HIV/AIDS ist dies erstrecht der Fall, abgesehen von wenigen zum Teil widersprüchlichen Angaben⁷. Die Deutsche AIDS-Hilfe kann einen wertvollen Beitrag zur Aufarbeitung des Wissensstandes leisten, indem sie entsprechende praxisorientierte Projekte und Studien unterstützt.
- Erst aufgrund solcher empirischen Vorarbeit kann der Bedarf zielgruppengerecht ermittelt und können entsprechende Versorgungsansätze zielgruppenorientiert formuliert werden. Um dies zu gewährleisten, sollte die Thematik dezentral integriert werden. Zentrale Sonderbereiche für Zuwanderer wirken der Integration entgegen und dienen letztlich der Gewissensberuhigung des Versorgungssystems. Der Einsatz qualifizierter Migranten ist sowohl in der Bedarfsermittlung als auch bei der Formulierung und Umsetzung von Versorgungsansätzen unverzichtbar.
- Die Deutsche AIDS-Hilfe sollte bei der Entwicklung kreativer Formen des Dialogs und der Kooperation vorangehen. Institutionelle Zusammenarbeit, projektbezogen und als Regelzu-

sammenarbeit, könnte neue Perspektiven intelligenter Ressourcen-Nutzung eröffnen - gerade bei einer schwierigen Zielgruppe mit hoher Binnendifferenzierung wie es Migranten sind,.

- AIDS-Hilfe muß in Bezug auf das Thema „HIV/AIDS und Migration“ über den eigenen Tellerrand blicken. Migranten, ob HIV-positiv, an AIDS erkrankt oder nicht, präsentieren ein ganzes Spektrum an abweichenden Lebensweisen und prinzipiell anderen Wertprägungen und Einstellungen. Hierin kann die Chance liegen, die als notwendig empfundene Erneuerung um viele Erfahrungen und Erkenntnisse zu bereichern.
- Wenn die Probleme von Migranten die Arbeit der AIDS-Hilfe künftig stärker als bisher bestimmen, sollte dies nicht in erster Linie als Formierung einer neuen Interessengruppe interpretiert werden. Dafür sind die rechtlichen und sozialen Rahmenbedingungen, unter denen die Versorgung der Mehrheit der Zuwanderer derzeit organisiert werden kann, nicht gegeben. Unter diesen Bedingungen ist schon der Begriff der Selbsthilfe nicht unproblematisch. Er setzt einen staatsbürgerlichen Status voraus, den die meisten Migranten nicht genießen. Wichtig wäre der nachhaltige Einsatz zur interkulturellen Öffnung des Gesundheitsversorgungssystems, sowohl in den Einrichtungen der Regelversorgung als auch im öffentlichen Gesundheitsdienst und in den Diensten gemeinnütziger Träger und Organisationen wie der Deutschen AIDS-Hilfe.

Plenumsdiskussion

Stefan Etgeton: Ich möchte eine Lanze brechen für unseren Begriff der Interessenvertretung und auch ein bißchen auch für unser Verständnis von Gesundheitspolitik: Den gesundheitlichen Bedarf von Menschen zu befriedigen und ihre Interessen zu vertreten gehört zusammen. Am Asylbewerberleistungsgesetz wird sehr deutlich, daß wir mit unseren Möglichkeiten, den Bedarf zu befriedigen, an gesetzlich vorgegebene Grenzen stoßen. Was die Versorgungssituation von MigrantInnen anbelangt, gibt es meiner Ansicht nach schon gemeinsame Interessen, zumindest dort, wo sie durch das deutsche Recht in einen ganz bestimmten Status gedrängt werden. Ich denke, wir als AIDS-Hilfe können gar nicht Bedarf befriedigen, ohne gleichzeitig Interessen zu vertreten. Das heißt zum Beispiel, uns für die Abschaffung des Asylbewerberleistungsgesetzes (AsylbG) einzusetzen. Deshalb möchte ich diesen Bereich der Interessenvertretung schon auch stark machen, als Teil unseres Verständnisses von gesundheitlicher Arbeit

⁷ vgl. Mitteilungen des Robert-Koch-Instituts; Angaben des Bundesgesundheitsministeriums („Bestandsaufnahme zum Thema Migration und Gesundheit“ v. 5.2.1999) etc.

oder gesundheitsfördernder Arbeit.

Peter Lindlahr: Das bringt mich jetzt natürlich in Versuchung zu sagen, daß wir natürlich nach wie vor für die Abschaffung des BTMG sind, wir sind auch für die Abschaffung des AsylbG. Selbstgänger - geschenkt, würde ich sagen. Das kann aber nicht die Forderung sein. Ich möchte noch einmal drei Punkte herausgreifen:

Erstens die Situation von MigrantInnen hier. Sie hat eine andere Qualität. Man braucht also ein anderes professionelles Know-how, denn man hat es beim AsylbG oder beim Ausländergesetz mit den bundesdeutschen Ausländerbehörden zu tun - und das ist nicht ganz ohne. Das heißt, die AIDS-Hilfen müssen sich überlegen, ob sie sich dieser Aufgabe strukturell gewachsen fühlen.

Zweitens: Menschen mit HIV und AIDS sind meistens diejenige Zielgruppe, die unter Bezugnahme auf die medizinische Situation im Herkunftsland nach § 53 Abs. 6 des Ausländergesetzes hierbleiben und eine Duldung bekommen. Was du eben sagtest, daß das AsylbG für Asylbewerber gilt, ist ja so nicht mehr wahr. Das AsylbG ist für den gesamten Kreis der geduldeten Personen ausgeweitet worden. Das heißt, wir haben unseren eigentlichen Adressatenkreis, die Menschen mit HIV und AIDS die aufgrund ihrer gesundheitlichen Situation hierbleiben, in dieser Systematik mit drin. Wir können das sicherlich nicht abschaffen, Stefan, aber wir müssen überlegen, wie wir dann damit umgehen und ob wir innerhalb dieser geltenden Systematik auch Forderungen erheben können.

Einen dritten Punkt finde ich ganz wichtig: die Situation im Herkunftsland. Es ist schwierig, immer auf die Situation in Uganda hinzuweisen. Ich war 1993 in Uganda, ich habe mir dort einiges angeguckt, ich weiß, wie Taso arbeitet, ich weiß, daß der Staat sehr viel macht. Nur ist das Gesundheitserziehung - natürlich auch Sexualerziehung - im klassischen Sinne. Man muß fragen, was man denn dort will. Wollen wir vielleicht als AIDS-Hilfe, als Selbsthilfe, in irgendeiner Weise Know-how so verwertbar machen, daß wir auch in anderen Kulturen Know-how für Selbsthilfestrukturen zur Verfügung stellen können? Und bitte: Nicht immer Uganda als Beweis dafür nehmen, wie gegengesteuert wird. Es ist zwar gegengesteuert worden - aber mit einer ganz klaren Direktive von oben herab, in einem staatlichen Gesundheitserziehungsprogramm mit all seinen Vor- und Nachteilen, das auch in Uganda den Menschen nicht immer gerecht wird.

Ralf Rötten (Leiter der Geschäftsstelle der Deutschen AIDS-Hilfe): Ich denke, über die Situation in der Welt können wir viel sprechen. Eine der Grundsätze der AIDS-Hilfe-Arbeit ist ja, daß Interessengruppen in diesem Verband selber ihre Interessen artikulieren und damit politische Forderungen sub-

stantiell untermauert werden. Man weiß, wohin es gehen soll, was dieser Verband wieder solidarisch fordern soll. Im Moment habe ich in meiner praktischen Arbeit die Schwierigkeit, von den vielen unterschiedlichen Gruppen der MigrantInnen Hinweise zu erhalten, wo wir uns als Verband solidarisch erklären könnten. Hast du einen Tip, wie wir da besser ran kommen?

Zahra Mohammadzadeh: Das ist genau das Problem. Wie kommen wir ran? Ich wollte mit dem ugandischen Beispiel aufzeigen, daß es bei der Präventionsarbeit bei Migranten ein paar andere Aspekte gibt. Als erstes ist da die Sprache, aber auch die Frage, welche Mechanismen in den verschiedenen Kulturen wirksam sind, um etwas zu ändern. Damit muß man sich beschäftigen, wenn man mit einem solchen Klientel zu tun hat. Wie kommen wir ran? Es ist umso leichter, je mehr Migranten man in der Deutschen AIDS-Hilfe beschäftigt. Durch Teamarbeit gewinnt man eine andere Dimension, es kommen andere Aspekte rein. Das ist nichts anderes, wie seinerzeit damit zu beginnen, Schwule spezifische Präventionsarbeit machen zu lassen. Man hat sie einbezogen und dann hat man sie aufgefordert, ihre eigenen Interessen zu formulieren. Migranten müssen einfach mehr einbezogen werden, nicht nur im Zusammenhang mit AIDS, sondern im gesamten Gesundheitssystem in Deutschland. Und nicht nur als Honorarkräfte, nicht nur als Dolmetscher für ein paar Stunden, sondern als Mitglieder, als Beschäftigte.

Cori Tigges: In vielen Wortbeiträgen ist immer wieder aufgefallen, daß wir an die Grenzen der politischen und finanziellen Rahmenbedingungen stoßen. Die Frage wird sein, wie das „Unternehmen Zukunft“ trotz der finanziellen Rahmenbedingungen künftig die Interessenvertretung und ihren Anspruch auf Inhalte aufrecht erhalten kann. Ich freue mich deshalb sehr, den Fachreferenten des DPW-Landesverbandes Berlin, Herrn Purmann, begrüßen zu dürfen.

Impulsreferat

Leistungsverträge, Qualitätsmanagement und Refinanzierung als Herausforderungen für die AIDS-Hilfe-Arbeit - Die Zukunft der Finanzierung sozialer Dienstleistungen

(Reinald Purmann, DPW-Landesverband Berlin):

Mein Thema ist ausgesprochen umfassend und die Zeit ausgesprochen begrenzt, betrachten Sie mein Referat also als erweitertes Grußwort des DPW-Landesverbandes Berlin zum Gelingen ihrer Fachtagung.

Ich glaube, ich habe deshalb die Ehre heute abend hier bei Ihnen zu sein, weil der Paritätische Wohlfahrtsverband gemeinsam mit den anderen Wohlfahrtsverbänden in Berlin seit 1995 durch Verträge in die Zuwendungsvergabe eingebunden ist. Es war damals ein paralleles Projekt zu dem des Landesverbandes der Berliner AIDS-Selbsthilfegruppen (LaBAS) in Berlin. Es wäre lohnenswert, allein über die schwierigen Erfahrungen der letzten fünf Jahre in diesem Bereich zu berichten. Ich will ihnen dies aber alles ersparen und lieber ein paar Impulsthesen für ihre weitere Diskussion geben.

Zunächst möchte ich mich des Mainstreams vergewissern, in dem wir uns bewegen. Sowohl die kalifornische Staatsregierung als auch das Gorbatschow-Institut in Moskau arbeiten an demselben Projekt: Abbau von staatlichen Diensten, Vergesellschaftung von sozialen Aufgaben und Steuerung durch Verträge. In Deutschland hat das System der Zuwendungen und Subventionen in diesem Bereich eine andere Tradition. Es stammt hier sozusagen von den Bemühungen des Reichssparkommissars in den späten 20er Jahren ab, als die kommunalen Notstandarbeiten organisiert werden mußten.

LEISTUNGSVERTRÄGE

- „Leistungsgesetze“ (BSHG, SGB V, VIII, XI)
- Verträge nach § 55 BHO/LHO (VOLA)
- „Leistungsvertragsanaloge Verträge“ (Zuwendungsvertrag)
- Verträge nach § 44 Abs. 3 BHO („beliehener Unternehmer“)

Aus meiner Sicht und Erfahrung sind Verträge mit Leistungsgesetzen verbunden. Gesetze sind im Grunde die klarste Form einer politischen Definition von Ansprüchen. Die Befriedigung dieser Ansprüche läßt sich dann in Verträge umsetzen. Das ist in fast 70 bis 80 Prozent der sozialen Arbeit so organisiert. Denken sie an die verschiedenen Bereiche: Bundessozialhilfegesetz, Jugendhilfe, Sozialgesetzbuch VIII, Sozialgesetzbuch XI usw.. Dort gibt es für die Betroffenen oder „Kunden“, wie wir sagen, einen abgesicherten Standard für die Leistungen. Es gibt analoge Systeme, die für andere Bereiche gelten, z.B. die Verträge nach § 55 Landshaushalts-

ordnung oder Bundeshaushaltsordnung für Lieferungen und Leistungen. Wenn die Kommunen oder die Länder Straßen bauen, haben sie entsprechende Verfahren: dazu gehören immer Ausschreibungen und dazu gehört auch so etwas wie kalkulatorischer Gewinn und kalkulatorisch-betriebswirtschaftlich entwickelte Gemeinkosten. Diese Verfahren stellen für den, der das Zuwendungsrecht anwenden muß, eine erhebliche Erleichterung dar. Problematisch ist dabei aber immer die Diskussion mit den Finanzämtern, inwieweit Leistungsaustausch stattfindet und eventuell Steuern fällig werden.

Wenn ich einmal springen darf: Es gibt auch andere Verträge. Zuwendungsverträge sind die Verträge nach § 44 Abs. 3 Landshaushaltsordnung. Durch sie werden ehemals gemeinnützige Träger (wie der LaBAS in Berlin) oder wir plötzlich zu beliebigen Unternehmern der Verwaltung und müssen uns vom Rechnungshof belehren lassen, wir seien eine unselbständige Verwaltungsgehilfin geworden. Der Staat gibt hier seine Aufgaben ab.

These 1: Der klassische Zuwendungsbescheid wie wir ihn kennen, wird sich im Laufe der nächsten Jahre zu einer mehr oder weniger exotischen Randerscheinung entwickeln. Die besonderen Nebenbestimmungen werden sich immer stärker an Leistungsverträgen orientieren. Das heißt, Elemente von Leistungsverträgen werden in Zuwendungsbescheiden Eingang finden. Das führt zu ganz spannenden Fragen. Denn diese Entwicklung ist nur möglich, wenn es uns und Ihnen gelingt, die erbrachte Leistung ausreichend zu konkretisieren. Der Rechnungshof in Berlin hat sich sehr intensiv mit Vorhaben beschäftigt, die Zuwendungsvergabe aufzulösen und durch treuhänderische Verträge oder auf andere Art zu regeln. Aus seiner Sicht - aber sicher auch der des bundesweiten Fiskus - sind diese Verträge des Teufels. Denn bei einem Leistungsvertrag entfallen die Eigenanteile der Träger, die sie bislang immer erbringen müssen. Aber ein Bauunternehmer, der eine Turnhalle baut, erbringt auch keinen Eigenanteil.

Der Rechnungshof hat zweitens davor gewarnt, daß die Steuerung von solchen Systemen verwaltungsaufwendiger als der klassische Zuwendungsbescheid sein kann. Als kostspielig schätzt er ein, daß man sehr genau überlegen muß, welche Leistung eigentlich eingekauft wird. Es will außerdem sehr genau überlegt sein, wie dieser Einkauf kontrolliert und in seiner Qualität geprüft werden kann. Ich gehe

davon aus, daß sich damit der mittlere bis gehobene Dienst beschäftigt. Insoweit könnte man da vielleicht gewisse Interessen beim Gegenüber wecken. Es wird auf die Ausschreibungspflicht verwiesen und darauf, daß dann auch solche Projekte auszuschreiben wären. Es ist sicherlich eine sehr spannende Frage, ob diese Pflicht irgendwann auch nach den europäischen Gesetzen besteht. Wir werden uns damit sicher beschäftigen müssen. Der Rechnungshof in Berlin hat einen weiteren, interessanten Aspekt kritisiert: Schließt man solche Leistungsverträge ab, fördert man als Staat nicht mehr die Arbeit der freien, gemeinnützigen Träger und Verbände. Es gäbe damit also eigentlich keine Förderung der AIDS-Hilfen mehr, denn sie bekommen ein Entgelt für eine Leistung. Da es aber nach dem Subsidiaritätsprinzip einen Anspruch auf Förderung gibt, müßte man wieder neu fördern und neue Zuwendungen erteilen.

Veränderungen im Zuwendungsrecht

- **Erfolgskontrolle**
- **Qualitative Kennziffern für Zweckverfüllung**
- **„Markterkundung“**

Frage:

Ressourcenkontrolle oder Output-Steuerung?

(Selbstkostennachweis (Standards, Ziele, Zählheiten)

Anerkennung von Kosten

Meine erste These ist also, daß sich das klassische Verfahren des Zuwendungsbescheids verändern wird. Hinweis darauf ist die Erfolgskontrolle, die auch jetzt schon in die Bundeshaushaltsordnung aufgenommen worden ist. Bei der Zuwendungsvergabe soll sich der Zuwendungsgeber über zählbare Erfolgskriterien Gedanken machen. Es reicht jetzt nicht mehr aus zu sagen: Ich habe meine Beratungsstelle mit zwei Sozialarbeitern für die Zielgruppe X. Vielmehr muß man sich nun überlegen, was diese Sozialarbeiter leisten können und wie man das messen kann. Ein Angebot einfach nur aufrechtzuerhalten ist also nicht mehr unbedingt konform mit den Entwicklungen in diesem Bereich. Um uns zu schrecken hat man uns jetzt eine „Markterkundung im Zuwendungsbereich“ vorgesetzt. Der Finanzsenator fordert alle auf, im Zuwendungsbereich Markterkundung zu machen. Dazu sage ich nur: „eingeschränktes Bieterverfahren“. Es sei denn, es gibt ganz viele, die etwas machen wollen.

Wenn ich an betreutes Wohnen denke: Ich könnte es mir ja mal nur so als Nebenprodukt der Wohnungswirtschaft ansehen. Die Wohnungswirtschaft wäre dann unterwegs, bietet betreutes Wohnen an, hat ihre Wohnungen voll und ihre Ruhe. Von der Wohnungswirtschaft wird aber niemand kommen, wenn es das Ausschreibungskriterium „unzählige ehrenamtliche Helfer“ gibt. So etwas bringen nur die Gemeinnützigen aber kein Gewerbe mit. Die Frage ist, ob man solch ein Ausschreibungskriterium ein-

bringt. Die Diskussion in dieser Richtung wird massiv geführt. Wir müssen uns also zunehmend auch mit Konkurrenz auseinandersetzen, und darlegen müssen, warum denn gerade wir es sind, die bestimmte Dienste erbringen.

Die große Frage ist immer, was man eigentlich will. Das klassische Zuwendungsrecht kontrolliert die sachgerechte Verwendung der Mittel im Nachhinein. Da wird jahrelang korrespondiert, warum am 15. Dezember mit falschen Mitteln eine Lampe für 200 Mark gekauft wurde. Damit treibt man sich dann in den Wahnsinn. Das soll sich nun ändern, nach dem Motto: Sie bekommen pauschal eine Summe Geld und erbringen dafür eine Leistung und wir steuern diese Leistung; das heißt, wir definieren, was wir von ihnen wollen und in welcher Art und Weise die Mechanismen sein sollen, mit denen wir die Leistung kontrollieren können. Das ist natürlich noch ein bißchen Science-Fiction. Trotzdem ist die Entwicklung in der Jugendhilfe in diese Richtung meines Erachtens schon fortgeschritten. Dort reden jedenfalls alle immer von neuen Steuerungsinstrumenten. Man kommt also zunehmend in Output-Überlegung hinein. Man schaut mehr danach, was das Projekt geleistet hat und nicht, wie das Projekt staatliche Mittel in irgendeinem Vorstellungssystem der Verwaltung sachgerecht verwendet hat. Das führt vor allem zu dem Problem, daß man im Grunde beides will: Erst sagt man, es müsse eine Leistung erbracht werden, will dann aber trotzdem noch die Kosten prüfen. Das kenne ich in gewisser Weise auch so von den Krankenkassendiskussionen. Weil es sich um öffentliche Gelder handelt, ist es sehr schwer, loszulassen. Wir müssen unseren Gegenüber dennoch klar machen, daß sie nur die Leistung betrachten dürfen, die wir erbracht haben. Etwa beim Bau von Straßen wird auch nur darauf geachtet, daß keine Löcher in der Fahrbahn sind. Deswegen muß auch die Art und Weise, wie wir die Leistung erbringen, wie wir die Ressourcen einsetzen, wo wir Ehrenamtliche einsetzen, wo wir welche Strukturen einsetzen, akzeptiert werden. Das ist so etwas wie unsere Autonomie.

Sich auch auf diese Output-Diskussion einzulassen ist, glaube ich, unstrittig. Einzelne Aspekte wurden von Projekten zum Teil selbst eingebracht. Früher hatten wir also Selbstkostennachweis und Anerkennung von Kosten, in Zukunft wird es um Standards gehen und um Ziele und Zählheiten. Man wird sicher versuchen müssen, auf allen politischen Ebenen, auf denen man unterwegs ist, einen politischen Plan zu entwerfen, um seinen politischen Willen mit entsprechenden Leistungen und Definitionen ausfüllen zu können. Im Zuwendungsbereich ist es für ihren Bereich etwas utopisch, solch einen Plan durchzusetzen. Es ist enorm schwierig, einen politischen Rahmen zu schaffen, zumal es auch erhebliche Kritik an diesen ausgelagerten Zuwendungsbe-

reichen und treuhänderischen Verträgen gibt. Bemängelt wird, daß sie der Entpolitisierung dienen und dazu führten, daß sich Politik gänzlich zurückzieht und nur noch daneben steht, wenn die Zielgruppen durch diese Entwicklung gegeneinander ausgespielt würden. Doch dagegen kann man etwas machen. Man darf jedoch nicht in alten Formen verbleiben.

These 2 ist also: Wir müssen uns stärker auf die Outputs konzentrieren und uns auf Verfahren der Steuerung, der Vereinbarung von Zielen und der

Beispiele für blockierende und unterstützende Faktoren

Behindernde Faktoren:

- **BAT-Struktur**
- **e.V.-Struktur**
- **Paradigma des sozialarbeiterischen Aufwandsprinzips**

Unterstützende Faktoren:

- **Kundenorientierung**
- **Vergleichbarkeit**
- **Europäische Entwicklung**

Überprüfung von Leistungen konzentrieren. Denn eines ist klar: Diese Systeme müssen für beide Seiten, für den Staat und für den freien Träger, akzeptabel sein. Wir werden sehr viel Kraft darauf verwenden müssen, wie wir diese Steuerung und diese Instrumente eigentlich schaffen können.

Ich habe mal aufgelistet, was dabei hilfreich ist und was stört. Ich sage ganz offen: Das BTMG abzuschaffen halte ich für eine leichte Arbeit gegenüber dem, was ich will. Nämlich den BAT abzuschaffen. Man hört immer wieder, daß irgendwann das papierlose Büro kommt, irgendwann der BAT abgeschafft und irgendwann das Zuwendungsrecht renoviert ist. Ich habe die Befürchtung, daß wir das noch viele Jahre hören werden. Aber ich muß ihnen sagen, die BAT-Strukturen sind allmählich lebensgefährlich geworden.

Wenn wir die Entwicklung im Zuwendungsbereich in Berlin betrachten und das mit den Zuwächsen bei den Personalkosten vergleichen, haben wir eine Lücke von 6 bis 7 Prozent. Eine Lücke auf eine Leistung, die vor wenigen Jahren noch als bedarfsgerecht anerkannt worden ist. Dies kann nur durch schlichtes Herunterfahren von Leistungen kompensiert werden, denn Personal ist im sozialen Sektor nicht durch Apparate ersetzbar.

Der Aufwand wird unproportional größer zu den Erträgen, dazwischen entsteht eine Schere. Es ist ein zynischer Spruch zu sagen, wir bräuchten Qualitätssicherung, um in dieser Schere überhaupt noch verantwortlich unterwegs sein zu können, bzw. nicht in die Verlegenheit zu kommen, uns irgendwann zu schneiden, indem wir Projekte betreiben, die wir nach außen hin als toll darstellen, aber genau wissen, daß diese Schere so groß geworden ist, daß das, was

wir einmal versprochen haben, eigentlich gar nicht mehr machbar ist. Diese Dynamik ist ausgesprochen gefährlich.

Dann kommt gleich das nächste, nicht minder große Problem: der „e.V.“, diese kleine deutsche Besonderheit in diesem europäischen Meer, kommt natürlich auch an seine Grenzen. Ein Vereinsvorstand haftet natürlich gegenüber den Sozialversicherungsträgern genauso, wie ein GmbH-Geschäftsführer. Daß ein Verein nicht haftet, ist vorbei (war nie vorbei) das lernt man jetzt allmählich. Der „e.V.“ hat aus haftungsrechtlichen Gründen aber auch aus organisationstechnischen Gründen erhebliche Probleme. Die GmbH ist im Grunde viel besser, weil sie klarere Strukturen und noch klarere Verantwortlichkeiten hat. Vielleicht sollte man auch mehr über Stiftungen nachdenken. Das ist auch etwas, was eine klarere Trennung von Betrieb, sozialen Dienstleistungen und ehrenamtlich organisierten Vereinen zuläßt und wir dazwischen eine andere Struktur finden.

Das Paradigma des sozialarbeiterischen Aufwandsprinzips kennen Sie auch: Es kann nie genug getan werden, es gibt immer noch zu tun, man könnte noch viel mehr erreichen. Auf der einen Seite stehen die Sozialarbeiter, die Fakten haben und wichtige Dinge einbringen, und auf der anderen Seite stehen die „Finanzer“, die nur ihre Zahlen sehen. Zwischen beiden Seiten gibt es keinen Dialog. Man geht sich aus dem Weg und versucht, gegeneinander Stimmung zu machen. Das lähmt die Arbeit. Ich denke, wir müssen uns über die Steuerung mehr Gedanken machen. Das sozialarbeiterische Aufwandsprinzip ist eine schöne Sache, aber es ist ein Relikt. Wir müssen den Bedarf genauer definieren, die Arbeit deutlicher strukturieren und die Frage der Verantwortung klären. Nur so können wir letztlich auch die Verantwortung für die Klienten stärken.

Es gibt auch positive Faktoren: Wenn man vor ein paar Jahren die Broschüren aus dem Bereich der Altenhilfe gelesen hat, dann war immer von „unseren Alten“ die Rede. Heute liest man dort „unsere Kunden“. Sogar bei Leistungsbeschreibungen von eher traditionellen Trägern wird oft schon die genaue Zahl der Schnittblumen, die man morgens auf dem Frühstückstisch findet, vorgegeben. In vielen Bereichen, die einem stärkeren Druck ausgesetzt sind, liegt die Betonung stärker auf den Kunden. (Es könnte jetzt zu mehrstündigen Auseinandersetzungen darüber führen, wer eigentlich der Kunde ist. Ist der Kunde der Staat, der Zuwendungsgeber oder ist der Kunde der Betroffene, der Klient, beide?)

Die Frage, wie einzelne Projekte miteinander verglichen werden können, ist sehr spannend. In Berlin verwalten die Wohlfahrtsverbände zu Berlin eine Vertragssumme von 45 Millionen Mark. Es gibt etwa 300 völlig heterogene Projekte mit jeweils eigener Logik. Bei der Mittelverteilung gibt es natür-

lich große Ungerechtigkeiten, die zu sinnlosen Konflikten, Mißgunst und Entwicklungsverzögerung führen. Eine gewisse Vergleichbarkeit gehört aber in einen sogenannten Gleichbehandlungsgrundsatz hinein. Dadurch entstehen Freiräume, um etwas neues zu machen. Vergleichbarkeit wird von Projekten auch immer gefordert. Einige haben gesagt, Zuwendungen seien eine Prämie auf politische Kontakte. Man will dann auch ein bißchen der europäischen Entwicklung entsprechen. Die Förderung im Bereich des Europäischen Sozialfonds führt ja auch zu Kooperationen und ich denke, daß man da voneinander lernen kann. Ich glaube auch, daß uns das Paradigma des Kunden - viel besser als das Fürsorgeprinzip - in vielen Dingen zu Modernisierung und Erneuerung führen kann.

Plenumsdiskussion:

Peter Lindlahr: Herr Purmann hat dankenswerterweise die BAT-Problematik angesprochen. Wir in der Drogenhilfe in Hamburg arbeiten bereits mit Zuwendungsverträgen. Nach unserem Verständnis sind diese Zuwendungsverträge aber keine Leistungsverträge und deshalb gilt auch noch das nach der Landeshaushaltordnung geltende Besserstellungsverbot. Da haben wir also den BAT noch. Befreien vom BAT können wir uns aber durch echte Leistungsverträge. Eine Möglichkeit gäbe es da im Sozialgesetzbuch X und zwar durch einen öffentlich-rechtlichen Austauschvertrag. Dann würden wir nämlich wirklich im gegenseitigen Verhältnis Leistungen vereinbaren und dann ist es für den hoheitlichen Träger, also den Sozialhilfeträger oder bei ihnen hier in Berlin den Kinder- und Jugendhilfeträger, egal, ob jemand nach BAT vergütet oder nicht. Es gibt diese Gestaltungsform also schon, man muß sie nur nutzen und man muß natürlich europaweit Wettbewerb über Ausschreibungen zulassen. Wir in Hamburg schreiben über das Internet aus.

Horst Grzelka: Im Verlauf des Nachmittags und Abends haben sich die Highlights merklich zuge-spitzt. Ich bin dankbar dafür, daß solche Wortmeldungen kommen, auch wenn es hier eigentlich um bestimmte „big points“ geht, die je nach Gebiet anders aussehen und diskutiert werden sollten. Es sollte möglichst viel Input gegeben werden, es war klar, daß nicht breit diskutiert werden konnte. Wir hatten heute ein Feld von Medizinalisierung bis zur Finanzierung. Daran wird deutlich, welchen Problemen sich AIDS-Hilfe in der Zukunft stellen muß. Sie muß sich abgrenzen, Schwerpunkte setzen, mal einen Punkt finden und sich um wesentliche Dinge kümmern.

Protokoll AG 1

Neue Hilfsbedürftige - neues Helferverständnis: Abschied vom Mittelschichtshomo, oder was bringt die epidemiologische Normalisierung?

Moderation: Uli Meurer und Silke Eggers

TeilnehmerInnen: Andreas von Hillner, Arno Oevermann, Peter Struck, Jürgen Peters, Philip Schumann, Birgit Körbel, Birgit Krenz, Uli Meurer, Silke Eggers, Zahra Mohammadzadeh, Gisa Winkler, Armin Traute, Jutta Rosch

Protokoll: Edmund Miedler

Ausschreibung: Die „epidemiologische Normalisierung“ wird durch die ständig zunehmende Zahl antiretroviraler Medikamente und ihrer Kombinationen den Hilfebedarf verändern. Zugleich werden sich neue Gruppen mit anders gelagertem Hilfebedarf an die AIDS-Hilfen wenden. Für den gut abgesicherten „Mittelschichtshomo“ werden z.B. Aspekte der Behandlung und Compliance im Vordergrund stehen; bei anderen Gruppen hingegen werden HIV-spezifische Probleme nachrangig gegenüber Fragen zur sozialen Absicherung und zum Aufenthalt. Diejenigen, die sich selber helfen können, werden - abgesehen von ihrem Informationsbedarf - zunehmend in den Selbsthilfestrukturen ihrer sozialen Netzwerke und Szenen aufgefangen. Zurück bleiben Menschen mit erhöhtem Hilfebedarf, bei dem die „Hilfe zur Selbsthilfe“ an ihre Grenzen stößt. Wie wird sich dies auf die Gestaltung von Angeboten und auf das Selbstverständnis der HelferInnen und Organisation auswirken? Mit welchen „strategischen Projekten“ kann rechtzeitig auf eine solche Entwicklungen reagiert werden?

Kurzzusammenfassung:

Ein Arbeitsergebnis der Arbeitsgruppe ist die Feststellung: „Der Mittelschichtshomo hat sich schon von uns verabschiedet, wir trauern ihm nur noch nach“. Die Arbeitsgruppe hat sich damit beschäftigt, was sich in der letzten Zeit in der praktischen Arbeit der AIDS-Hilfen schon verändert hat und was sich weiterhin verändern muß, um vom reinen Reagieren auf Ereignisse zum bewußten Agieren kommen zu können. Methodisch wurde hierzu der Selbsthilfe- und der Servicebereich der AIDS-Hilfen näher beleuchtet. Es wurde herausgearbeitet, welche Arbeit hier geleistet wird und wer diese in Anspruch nimmt. Im Laufe der AG-Arbeit wurde deutlich, daß es gar nicht so sehr um „neues“ Klientel, sondern vielmehr um neu hinzukommende Fragen und eine Erweiterung der bestehenden Aufgabenbereiche geht. Die AG erarbeitete eine Liste der neu hinzukommenden Themen und beschäftigte sich mit der Fragestellung, welche Aufgaben davon AIDS-Hilfen

übernehmen sollten oder müßten und welche Stellen als Kooperationspartner wichtig sind. Für eine konkretere Bearbeitung aller Punkte fehlte die Zeit.

Silke beginnt die Einführung mit einigen Fragen und Ansichten, zum Thema. Aus ihrer Sicht werde heute von den AIDS-Hilfen auf die neuen Themen und Entwicklungen bereits reagiert aber kaum noch

„alte“ Klienten im Selbsthilfebereich sind:	In bezug auf „alte“ Klienten wird folgendes festgehalten:
- Frauen (mit HIV) in allen Lebenslagen	- sie sind überwiegend HIV-positiv und kommen aus der oberen Unterschicht und höheren Schichten
- schwule Männer	- sie sind politisch interessiert
- i.v. Drogenabhängige (substituiert oder clean)	- sie verfügen über ein „positives“ Selbstverständnis
- HIV-positive heterosexuelle Frauen und Männer	- sie weisen ein nicht zu großes Defizit im sozialen Nahsystem auf
- HIV-positive MigrantInnen	- sie haben eine Konsumerwartung
- gehörlose Schwule	- sie sind im Bewußtsein einer individuellen oder gesellschaftlichen Mangelsituation
- Angehörige von Menschen mit HIV und AIDS	- sie besitzen die Fähigkeit, Probleme und Bedürfnisse artikulieren zu können.

agiert.. Es bleibe momentan zu wenig Zeit zu untersuchen, was passiert, was wir in AIDS-Hilfe künftig überhaupt wollen und wie mit der „schleichenden“ Entwicklung umzugehen ist. Für den Arbeitsbereich ist zu klären, wo AIDS-Hilfe heutzutage Beratungsstelle, wo Selbsthilfeorganisation und wo nach wie vor Interessensvertretung ist.

Es stellt sich die Frage, wo wir heute stehen, was sich verändert hat und in welche Richtung sich AIDS-Hilfe künftig verändern wird und soll. Eine der zentralen Untersuchungsgegenstände muß dabei die „Medikalisierung“ von AIDS sein: Wer nimmt Therapien in Anspruch, wer nicht? Wer kann sie überhaupt nehmen, wer nicht? Welche neuen Fragen und Probleme erwachsen für AIDS-Hilfe daraus? Welcher Fragen will und kann sie sich annehmen?

Ist-Situation

Peter Struck hat in seiner Arbeit festgestellt, daß

Workshopangebote kontinuierlich zunehmen, die klassische Selbsthilfe jedoch rückläufig und dafür scheinbar kein Bedarf mehr vorhanden ist. Uli ergänzt, daß die Angebote vorwiegend von HIV-Positiven der oberen Unterschicht wahrgenommen werden. Zahra weist auf die Probleme der MigrantInnen hin. Sie seien als Gruppe sehr schwer zu definieren und einzuordnen. Zahras Meinung nach müßte zunächst eine Begriffsklärung stattfinden, z.B. wer überhaupt der Flüchtling ist und was mit den Menschen mit geklärtem und ungeklärtem Aufenthaltsstatus ist. Uli stellt fest, daß MigrantInnen nicht in der Selbsthilfe sondern über eigene Gruppen (z.B. BEKAM, Subway) organisiert sind. Silke berichtet von Beispielen gut funktionierender Selbsthilfe unter MigrantInnen aus ein und demselben Land.

Armin bringt ein, daß in Zukunft strukturelle Veränderungen im Vordergrund stehen und allgemeine Lösungen gefunden werden müssen. Es könne nicht angehen, daß z.B. Gehörlose verlangen und erwarten könnten, daß MitarbeiterInnen in AIDS-Hilfen die Gebärdensprache beherrschten. Ebenso müßten MigrantInnen damit rechnen, daß man nicht ihre Muttersprache spricht. Zahra stellt hervor, daß AIDS-Hilfe auf das System einwirken könne, wenn strukturelle Veränderungen angegangen würden.

Es wird festgestellt, daß ein Klient eher in die Selbsthilfe geht, je kleiner sein unterstützender Bekanntenkreis ist. Das Interesse an Selbsthilfe verliert sich jedoch, wenn der UnterstützerInnenkreis groß ist. (→ allgemein: Wie sehr ist das soziale Umfeld ausgebaut?)

Silke schlägt vor, einen gemeinsamen Nenner zu finden, wofür AIDS-Hilfe zuständig ist, wofür nicht und wie sich AIDS-Hilfe einen Rahmen setzen kann.

Ist-Zustand der Angebotsstruktur:

- **persönliche Beratung**
 - Sozialrecht
 - psychosoziale Themen
 - medizinisch-therapeutische Fragestellungen
 - Einzelfallhilfe
 - Informations-/Aufklärungsarbeit (Workshops, Veranstaltungen, Broschüren)
 - Kreativangebote / Sportangebote
 - Arbeit/Beschäftigung
 - Hospize, Sterbebegleitung
 - „Anwaltschaft“
- **mobiler Hilfsdienst**
 - psychosoziale Betreuung
 - Pflege
 - Haushaltshilfen etc.

wichtig ist dabei:

- Verweisungskompetenz
- Fortbildung von professionellen Multiplikatoren
- Vernetzung

Die AG-TeilnehmerInnen stellen für ihre Einrichtungen fest, daß sie aufsuchende Arbeit betreiben. Zum Beispiel geht man in Krankenhäuser und weist auf bestimmte Angebote hin, was dann oft zu einer Kommstruktur des Klientels führt. Auffällig sei, daß es im Bereich der Betreuung eine Verschiebung vom Buddysystem hin zur Einzelfallhilfe gebe.

Orte aufsuchender Arbeit	Zielgruppen aufsuchender Arbeit
Krankenhaus	alle
Knast	<ul style="list-style-type: none"> - DrogengebraucherInnen - einzelne Schwule - einzelne „andere“ (Heteros, Frauen) - Menschen in <u>Abschiebehaft</u> - Stricher - Schwerpunkt: „untere Schicht“ - <u>MigrantInnen</u>
Asylunterkünfte (vereinzelt)	<ul style="list-style-type: none"> - Asylsuchende - Bürgerkriegsflüchtlinge
Strich	<ul style="list-style-type: none"> - weibliche und männliche Prostituierte
offene Drogenszene	<ul style="list-style-type: none"> - drogengebrauchende Menschen
schwule Szene	<ul style="list-style-type: none"> - schwule Männer

„Neues Klientel - Neue Herausforderungen“

Folgende Fragen stehen für Uli zur Debatte: Wer bewegt sich in Selbsthilfe und welche Methoden haben wir? Deshalb müsse geklärt werden, welche Gruppen durch die veränderte epidemiologische und politische Situation hinzugekommen sind und wie wir uns darauf einstellen müssen, können und wollen.

Gruppe	Probleme
Frauen - „ältere“ Frauen bis 63 Jahre - drogengebrauchende Frauen - jüngere Frauen (Anfang 20)	- Scham vor sexuellen Aktivitäten - Kinder - <u>Kinderwunsch</u> - frisches Testergebnis - Rollenverständnis verhindert, sich in den Mittelpunkt zu stellen - <u>Testergebnis durch Schwangerschaft</u> , wurden von Ärzten überwiesen - Probleme bei Verweisen an andere Stellen - <u>mehr Sozialfälle</u>
schwule Männer - Landhomos - Nichtszenehomos - mit Drogenproblem (Partydrogen) - mit psychiatrischen Erkrankungen	- <u>späte Erreichbarkeit</u> (wenig Vorinformation, sie kommen erst spät oder sind schon krank) - hoher Aufwand → Einzelfallbetreuung - Doppelproblematik; Sucht steht im Vordergrund - <u>psychiatrische Fragestellungen</u>
heterosexuelle Männer	- Homophobie - Anspruchshaltung - Drang, heterosexuelle Normalität wieder herzustellen - egozentrisches Weltbild - hilflos und emotional unselbständig - Sextouristen mit ausländischer Partnerin
i.v. DrogengebraucherInnen - MigrantInnen, Osteuropäer/Türkei	- Sprachbarriere - ethnische/kulturelle Besonderheiten - <u>neue Definition des Begriffs DrogengebraucherIn</u>
MigrantInnen	- Einzelfälle - komplexe Probleme - Sprachbarrieren - diverse rechtliche Bestimmungen - kulturelle Besonderheiten - Kommunikation über Sexualität - fehlende medizinische Versorgung im Herkunftsland - undurchsichtiges deutsches Gesundheitssystem - Bildung/Wissen über Zugang zu Gesundheitsförderung

MigrantInnen

Zahra gibt zu bedenken, daß die Zahl der MigrantInnen mit Problemen mit AIDS und Drogen zugenommen habe. Ihre Sucht werde erst sehr spät und oft in Haftsituationen sichtbar (also nicht wenn sie im Alltag konsumieren, sondern erst, wenn sie in Haft sind). Es sollte außerdem bedacht werden, daß MigrantInnen nicht nur nach ihrer Religion unterschieden werden können. Zunächst solle eine Trennung nach ihrem Status erfolgen, erst dann sollten noch viele verschiedene Unterscheidungskriterien folgen:

- undokumentierte MigrantInnen
- Asylsuchende / Geduldete
- MigrantInnen mit Aufenthaltsberechtigung
- MigrantInnen mit Aufenthaltsberechtigung und Arbeitserlaubnis
- 2. und 3. Generation
- Kriegsflüchtlinge
- StudentInnen
- Geschäftsleute
- Aussiedler

Für die „geheirateten“ Frauen gibt es die Absicherung über das BSHG bzw. sie fallen unter den Versicherungsschutz ihrer Männer, sie sind also nicht illegal undokumentiert. Es besteht eine enge Verbindung zwischen Illegalität und Asyl → Undokumentierte.

Mit folgenden Problemen wird AIDS-Hilfe in bezug auf MigrantInnen konfrontiert:

- rechtliche Probleme
- keine Routinearbeit möglich, da jeder Fall extrem komplex ist
- Sprachprobleme
- die rechtliche Lage ist durch Bestimmungen der einzelnen Bundesländer unterschiedlich
- kulturelle Unterschiede/Barrieren (z.B. Stillen: wenn eine Mutter nicht stillt, wissen die anderen, daß mit ihr etwas nicht in Ordnung ist)
- interne und externe Bestimmungen (z.B. durch das Ausländergesetz)
- Sexualität (es kann nicht offen darüber gesprochen werden)
- Undurchsichtigkeit der Versorgungsleistungen/ des deutschen Gesundheitssystems

Zahra schlägt vor, daß eine Verstärkung der Vernetzung von Gesundheitsförderungsfragen durch die AIDS-Hilfen stattfinden sollte. Gisa hält entgegen, daß es kein Geld von der Kommune gebe, wenn es um MigrantInnen gehe.

Welchen neuen Problemen sich AIDS-Hilfen widmen können, ist in der Tabelle auf der folgenden Seite aufgelistet.

Silke gibt zu bedenken, daß AIDS in den letzten Jahren an vielen Stellen seinen Sonderstatus verloren hat. Das habe Konsequenzen für die Arbeit der AIDS-Hilfen (Beispiele: EU-Renten nur noch befristet, Nachprüfungen Pflegegeld, Kürzung der Zuschüsse für AIDS-Hilfen...) Uli betont, es lasse sich am Beispiel anderer Vereine für chronisch Kranke belegen, daß es mit erheblichen Nachteilen verbunden sei, wenn AIDS den Status der chronischen Krankheit erhalte. Dadurch falle der Sonderstatus weg.

Thema	ist AIDS-Hilfe dafür geeignet?	welche andere Stellen können unterstützen?
Kinderwunsch wird an AIDS-Hilfe herangetragen - Gruppen - Infomaterial erstellen - unterstützen - bei Fachfragen verweisen - politische Positionen entwickeln (z.B. gegen Zwangstestung etc.) - Recht auf PatientInnenselbstbestimmung unterstützen	ja	GynäkologInnen, Kliniken, ProFamilia, Hebammen
Medikalisierung - Zurückgewinnung des Definitionsmonopols durch die ÄrztInnen - Anwaltschaft für Selbstbestimmung / VerbraucherInnenschutz - Ausgleich der Defizite des Medizinsystems - Publikationen	ja	Medizinsystem
Sozialfälle werden mehr - HIV ist nicht das einzige und nicht das drängende Problem (→ chronische Erkrankung), Sozialfälle chronifizierbar - Begleitung zu Ämtern - professionelle Sozialrechtsberatung - Verweisungskompetenz - Anträge stellen - Bewilligungszeiträume werden kürzer → lange Zeiten als KlientIn	ja	SchuldnerInnenberatung, RechtsanwältInnen, öffentliche Rechtsberatung
Erreichbarkeit für medizinische Behandlung - hat jedeR Zugang zu ART?	?	?
Therapiemüdigkeit - Akzeptanz, Zuhören, keinen Druck ausüben - Auf Wunsch den/die KlientIn therapeutisch unterstützen und einen individuellen Weg finden	ja	ÄrztInnen, Angehörige, soziales Nahsystem
Koinfektionen - Prävention - beraten - Gruppen	ja	Medizin
Beschäftigung - verlängerte Lebensperspektiven erfordern neues Management nicht nur entgeltliche Arbeit - Orientierung - Qualifizierung - flexible Modelle entsprechend HIV-Dynamik? - Lobbying	ja	Arbeitsamt, Sozialamt etc.
psychiatrische Erkrankungen nehmen zu Probleme: Kompetenz und Diagnostik	verweisen auf FachärztInnen	FachärztInnen
Migration - interkulturelle Öffnung - institutionelle Zusammenarbeit - Unterstützung bei der Entwicklung von Konzepten für die Community-Arbeit - Infrastruktur für die Selbsthilfe bereitstellen - Konzeptentwicklung für die MigrantInnen-Arbeit - Primärprävention (mit Vorbehalt)	ja, aber mit anderen Stellen	kompetente Beratungsstellen, Selbsthilfegruppen
Primärprävention - Epidemiologie zeigt Defizite auf - Frauen - Land- und Jungschwule - MigrantInnen - zuständige Institutionen zur vermehrten Präventionsarbeit auffordern	ja, aber nicht für alle Gruppen	

Protokoll AG 2

„Zwischen Selbstaflösung und Organisationsentwicklung: Visionen der AIDS-Hilfe im Jahr 2000 plus (Zukunftswerkstatt)“

Moderation: Alexander Popp

TeilnehmerInnen: Gaby Wirz, Ludwigsburg, DAH-Vorstandsmitglied; Jo Dreiseitel, Geschäftsführer der AH Kassel; Monika Wiesner, Geschäftsführerin der AH Gießen; Reinhold Roche, Mainz, Vorstandsmitglied der AH Rheinland-Pfalz; Jürgen Bein, Geschäftsführer der AH Tübingen; Ralf Doll, Geschäftsführer der AH Konstanz; Frieder Alberth, Geschäftsführer der AH Augsburg; Yvonne Hochtritt, Fundraiserin/ Öffentlichkeitsarbeiterin der AH Düsseldorf; Wolfram Kastorp, Vorstandsmitglied der AH Bonn; Christoph Schmidpeter, Hannover, Geschäftsführer des Landesverbandes Niedersachsen.

Protokoll: Holger Sweers

Ausschreibung: *Die Gründer der AIDS-Hilfen sind mit dem Anspruch angetreten, sich selbst wieder aufzulösen, sobald eine Heilung der Krankheit in Sicht sei. Diese liegt zwar immer noch in weiter Ferne, aber es gibt immer mehr Behandlungsansätze, die ein besseres Management der HIV-Infektion ermöglichen. Wie muß oder soll sich AIDS-Hilfe bei einem „best case“ (Heilmittel, Impfung) oder „worst case“ (kein Heilmittel, keine Impfung, Resistenzprobleme, weitere Veränderungen im Krankheitsbild usw.) orientieren? Sollte sich AIDS-Hilfe im Falle eines „best case“ auflösen? Oder blieben ihr trotzdem Aufgaben erhalten, die von anderen nicht übernommen werden können (Stichwort: Akzeptanz der Lebensweisen und Lebensstile)? Wird in zehn Jahren z.B. die Hepatitis C-Epidemie eine wesentlich größere Bedrohung für die Hauptbetroffenengruppen sein als die HIV-Epidemie? Sollte AIDS-Hilfe dann zu einer Agentur für Gesundheitsförderung für sexuell aktive oder für marginalisierte Gruppen werden? Oder sollte sie sich weiterhin gemeindepsychologischen Aufgaben zur Unterstützung der Schwächsten in den Hauptbetroffenengruppen einschließlich der „Alt-Infizierten“ widmen? Welche Entwicklungen gilt es zu fördern, welchen durch „strategische Projekte“ entgegenzuwirken?*

Zur Einführung ins Thema stellt der AG-Leiter zwei Schemata zum besseren Verständnis der Entwicklungsphasen von Organisationen bzw. zur „Zielpyramide“ vor:

Organisationsentwicklungszyklus (in Anlehnung an die menschlichen Lebensphasen)

- Gründungsphase (Founding Phase)
- Aufbauphase (Youthful Phase)
- Konsolidierungsphase (Adult Phase)

- Expansionsphase (Mature Phase)
- Beendigungs- bzw. Erneuerungsphase (Rejuvenation)

Zielpyramide

	Mission/Werte	Warum?
langfristig	strategische Ziele	↓
mittelfristig	operative Ziele	Wie?
kurzfristig (ca. 1 Jahr)	Maßnahmen/ Aktionen	Was?

Die AIDS-Hilfe-Bewegung sieht der AG-Leiter vor einer kritischen Erneuerungsphase, wofür die Tatsache der Fachtagung als solche spreche (die einzelnen AIDS-Hilfen seien dabei aber möglicherweise an ganz verschiedenen Stellen).

Zu dieser Erneuerung gehöre die Klärung von Zielen. Es müsse geklärt werden, welche Ziele erreicht seien, welche sich verändern, welche Ziele neu gesteckt werden müssen. In der Arbeitsgruppe solle von der Vision her gedacht und zielgerichtet diskutiert werden: Ausgangspunkt sei die Frage, wie AIDS-Hilfe im Jahr 2012 sein könnte; dieser Frage werde anhand von vier möglichen Szenarien nachgegangen. Anschließend sollten der (imaginäre) Weg dorthin nachverfolgt werden und schließlich zwei kurzfristige strategische Projekte entwickelt werden.

Parallelszenarien 2012 (Arbeit in Kleingruppen)

Drei Kleingruppen erhalten jeweils einen schriftlich fixierten Arbeitsauftrag, der von einem (fiktiven) Beschluß der DAH-Mitgliederversammlung (MV) im April 1999 und einer sich daraus ergebenden Entwicklung ausgeht. Die TeilnehmerInnen (TN) sind eingeladen, in multiprofessionellen und multi-kulturellen Teams Konzeptionen zu entwickeln.

(Hilfs-) Fragen:

- Wer sind die anderen Mitglieder des Konzeptionsteams?
- Über welche Themen unterhaltet Ihr Euch in dem Konzeptionsteam?
- Welche Fragen stellen die anderen an Euch?
- Welche Herausforderungen habt Ihr als AIDS-Hilfe-MitarbeiterInnen besonders gut gemeistert?

- Welches sind die wichtigsten Erfolge, die AIDS-Hilfe vorzuweisen hat?
- Welche Ziele habt Ihr erreicht?

1. Szenario: „Haus der Geschichte“

Ausgangslage:

Resolution der Mitgliederversammlung (MV), die die Auflösung des Verbandes empfiehlt. Der Empfehlung schließen sich auch viele Mitgliedsorganisationen (MO) an; im Jahr 2000 gibt es keine DAH mehr und kaum noch Vereine mit dem Namen „AIDS-Hilfe“.

Im Jahr 2012 plant das Haus der Geschichte der Bundesrepublik Deutschland, einen Bereich des Hauses dem Thema „Die Bewältigung der AIDS-Krise“ zu widmen. Die TN sind als ehemalige MitarbeiterInnen (MA) von AIDS-Hilfen eingeladen, deren Beitrag gewürdigt werden soll.

Prämisse der Gruppe:

Grund für die DAH-Auflösung war ein plötzlicher medizinischer Erfolg.

Ergebnis der Gruppe:

Themen, die präsent sein müßten:	→ Weitere Mitglieder des Konzeptionsteams
persönliche und gesellschaftliche Aspekte (Reaktionen der Hauptbetroffenengruppen und des Umfeldes; bestehender und neuer Institutionen, des Bildungswesens)	„Betroffene“, Familie, Freunde Gesundheitsämter, AIDS-Hilfen
medizinische Aspekte	Ärzte
politische Aspekte	Ministerien/Regierung
finanzielle Aspekte	Deutsche AIDS-Stiftung
epidemiologische Aspekte	WissenschaftlerInnen
Medien und ihre Rolle	VertreterInnen der Medien (welcher?)
Wege der Forschung	WissenschaftlerInnen

- Erfolge

- **Erfolge persönlicher Art** (der MA in den AH: Präventionserfolge, Selbsthilfe, Interessenvertretung), **institutioneller Art** (Gesundheitsförderung, niedrigschwellige Angebote, Lebensweisenakzeptanz) und der **interdisziplinären Zusammenarbeit**.

Diskussion in der Gruppe:

Haben die AIDS-Hilfen Anteil am Forschungserfolg (s.o.)?

- pro: AIDS-Hilfen haben immer wieder das Thema benannt und Defizite aufgezeigt
- contra: Forschung hat einen anderen Antrieb

Aspekte der Diskussion im Plenum:

1. Nicht reflektiert wird, ob ehemalige AIDS-Hilfen - möglicherweise in anderer Form - als Teams weitergearbeitet haben.

2. Der hier vorausgesetzte Fall eines medizinischen Erfolges träge so wohl nur auf Deutschland bzw. Europa und die westliche Welt zu. International müßte weitergearbeitet werden; eine Problemlösung könnte es nur mit einem Impfstoff geben.
3. Die AH-Geschichte „vor Vancouver“ (seit 1983) fehlt; die AIDS-Hilfe-Bewegung wird nicht prozessual dargestellt, die o.g. Bereiche stehen unverbunden nebeneinander.

2. Szenario: „Sündige Liebe“

Ausgangslage:

MV-Beschluß zur Beauftragung einer Unternehmensberatung mit der Neuentwicklung einer Corporate Identity. Im Gefolge werden fast alle DAH-MO zu **Gesundheitsagenturen für sexuell aktive und marginalisierte Gruppen** umstrukturiert.

Im Jahr 2012 plant das TV-Magazin „Sündige Liebe“ eine Sondersendung zum Thema „Sexuell übertragbare Krankheiten“. Die TN sind als langjährige MA in einer solchen Gesundheitsagentur eingeladen.

Prämissen der Gruppe:

2012 werden sich weniger Menschen als heute selbst als „lesbisch“, „schwul“, „heterosexuell“ etc. definieren, dafür mehr Menschen als „multisexuell“. Die Gesellschaft ist weiterhin gespalten in wenige Reiche auf der einen sowie die Mehrheit der Bevölkerung auf der anderen Seite.

Ergebnis der Gruppe:

- „sexuell aktiv“: vorausgesetzt wird eine untere Altersgrenze von ca. 12-14 Jahren.
- „marginalisiert“: wird neu definiert als „hat wenig Geld zur Verfügung“, auch wenn die Definition problematisch ist: Es gibt auch gut ausgebildete Menschen mit wenig Geld, die eigentlich nicht zur Zielgruppe gehören, etc.

Thema der Sendung: Sexuelle Gesundheit; für die MitarbeiterInnen von Gesundheitsagenturen gehören dazu folgende Aspekte: Spaß, Eigenverantwortung,

Wissen („wie man's macht“; in Gesundheitsläden kann man Anleitung zu / Hilfe für guten Sex bekommen, „Sexkurse“ werden angeboten), keine Scham, Hilfe anzunehmen, sowie Impf- und Behandlungskampagnen gegen sexuell übertragbare Krankheiten (STD) und Safer-Sex- und Verhütungskampagnen.

Inhalt der Sendung: Abgrenzung zwischen Liebe und Sex, „Was ist guter Sex“, Übertragungswege von STD, Safer Sex, Mut zur Selbstbeobachtung, Mut zum Handeln, Impfung / Früherkennung / Therapierbarkeit, Stärkung des Selbstbewußtseins, Offenheit

Die anderen TN des Konzeptionsteams: MedizinerInnen, SexualwissenschaftlerInnen, sozio-kulturelle RatgeberInnen, VertreterInnen von KooperationspartnerInnen (z.B. ProFamilia) und aus der Politik.

Diskussion in der Gruppe:

- Sollen VertreterInnen der Kirchen eingeladen werden?
- Sollen auch MigrantInnen/VertreterInnen anderer Kulturen als soziokulturelle RatgeberInnen eingeladen werden? Das Gesundheitsladen-Konzept basiert eher auf einem europäischen Verständnis von Sexualität, andere Kulturkreise könnten sich vielleicht nicht wiederfinden.

Aspekte der Diskussion im Plenum:

- Wie grenzt sich eine solche Gesundheitsagentur z.B. von ProFamilia ab?
- Könnte eine solche Sendung nicht auch 1999 stattfinden? Machen die Menschen 2012 wirklich anders Sex?

3. Szenario: „Festakt“

Ausgangslage:

Verabschiedung eines 5-Jahres-Planes zur Entwicklung der AH-Arbeit in Deutschland; sowohl die DAH als auch die MO verpflichten sich zur Umsetzung, so daß es zu einer **spürbaren Erneuerung von Zielen, Inhalten und Strukturen der AH-Arbeit in Deutschland** kommt.

Im Jahr 2012 wird eine Event-Agentur mit der Durchführung eines bundesweiten Festaktes zum Thema „30 Jahre AIDS-Hilfe“ beauftragt. Die TN sind als MitarbeiterInnen eingeladen, die sich nach der MV besonders engagiert haben.

2012 könnte die DAH eine Gesundheitsagentur, eine Abteilung des Bundesministeriums für Gesundheit oder Teil einer Einrichtung für chronisch Kranke sein.

Prämisse der Gruppe:

Die DAH ist 2012 eine auch finanziell etablierte Gesundheitsagentur, die Aufträge vom Bund bekommt (Prävention, Werbung für Safer Sex etc., Beratung und Pflege, bedarfsgerechte Beratung und

Betreuung von MigrantInnen, Förderung und Fortbildung von Beschäftigten im Gesundheitswesen und von Mitgliedern von Selbsthilfegruppen). Im Jahr 2005 haben sich „Graue Positive“ abgespalten, die mit dieser Entwicklung nicht einverstanden sind und bei einer solchen DAH ihre Interessen nicht mehr vertreten sehen („Therapieaktivisten“, etc.).

Diskussion in der Gruppe:

Würde eine solche DAH die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung überflüssig machen?

Ergebnis der Gruppe:

Festakt 30 Jahre AIDS-Hilfe; Schirmherrschaft: EU-GesundheitsministerInnen

- Eröffnung durch den Leiter der Gesundheitsagentur (vormals DAH)
- BundesgesundheitsministerIn: „30 Jahre erfolgreiche AIDS-Arbeit“; Tenor: „Weiter so!“
- Rede des/der Vorsitzenden der Dachorganisation der Selbsthilfegruppen. „Selbsthilfegruppen immer noch Fundament eines modernen Gesundheitssystems“
- Rede der „Grauen Positiven“: „Die Forderungen von Menschen mit HIV und AIDS aus theologischer und psychologischer Sicht“; Tenor: „Uns gibt's immer noch“
- Festvortrag von Prof. Dr. Dr. X: Die AIDS-Hilfe-Bewegung als Motor im europäischen Gesundheitswesen - von der Selbsthilfe zur multi-kulturellen und professionellen Gesundheitsagentur“
- Ehrung verdienter AktivistInnen (je einer pro Bundesland und Netzwerk) und früherer DAH-Vorstände

Entsprechend der „Zielpyramide“ fragt nun der AG-Leiter nach dem Weg, der von den (imaginären) MV-Beschlüssen zu den vorgestellten Ergebnissen führen könnte: Wie wünschen sich die TN AIDS-Hilfe im Jahr 2012? Was soll bzw. muß bis dahin geschehen (sein)? Die vorgebrachten Aspekte werden vom AG-Leiter notiert und gemeinsam mit den TN unter vier Kategorien angeordnet.

1. Projekte

Die AIDS-Hilfen werden zu **Gesundheits- und Sozialzentren** unter einem **neuen Namen, mit neuer juristischer Organisationsform** (Stichworte: BAT-Problematik, Verhältnis Haupt- zu Ehrenamt, Wechsel zwischen beidem) und **gesicherter Finanzierung**. Die „DAH“ gründet eine Bildungseinrichtung und bietet eine fachspezifische Ausbildung für die Arbeit in Gesundheits- und Sozialzentren an. Um eine bessere Verzahnung zwischen Praxis und Wissenschaft zu erreichen und die eigene **Arbeit** besser bewerten und präsentieren zu können, wird diese **wissenschaftlich evaluiert und dokumentiert**.

2. Haltungen

Diese Veränderungen erfordern den **Mut zur Weiterentwicklung der Identität**. Die AH-Bewegung bzw. die MitarbeiterInnen haben diese **Risikobereitschaft**, sind „jung“ und „neugierig“ (das schließt Offenheit und die Fähigkeit zu Selbstkritik ein) und denken nicht nur **nach vorne**, sondern **handeln auch nach vorne** (auch ohne gesicherte Finanzierung).

3. „Label“ / Qualitätsmerkmale

Die AIDS-Hilfe-Arbeit ist **aktiv statt reaktiv** und **offensiv statt defensiv**, weswegen sie auch **richtungsweisend** bleiben kann (Stichwort: Kundenorientierung nicht nur durch Erhebung und Befriedigung von Bedürfnissen, sondern auch durch Schaffung von Bedarf). Ihr liegt ein **interdisziplinärer Querschnittsansatz** mit dem **Fokus auf Gesundheit statt Krankheit** zugrunde, und sie ist **international** ausgerichtet. Soziale, psychologische, medizinische, theologisch-philosophische, kulturelle und andere Aspekte werden zusammengedacht. Diese Kompetenz, diese **vielschichtige Betrachtungsweise transferieren** die AIDS-Hilfen auf andere Probleme/Krankheiten.

4. Struktur

Dazu werden die **geschaffenen Strukturen genutzt**, die immer auch von (**sexueller**) **Vielfalt ausgingen**. Die **Errungenschaften** wie die Lebensweisenakzeptanz und niedrigschwellige Angebote werden im Zuge der Veränderungen **bewahrt**; die Erneuerung geschieht **selbstbestimmt** (also nicht nur aufgrund finanziellen Drucks) und **geschichtsbewußt**. Gearbeitet wird kooperierend und vernetzt, weswegen man auch die **Verantwortung anderer Institutionen einfordern kann**.

Die TN erarbeiten nun mögliche Maßnahmen, um diese Ziele/ Visionen zu verwirklichen:

Um das zu erreichen, müssen wir

1. starre Meinungen aufweichen (z.B. was die sexuelle Vielfalt/Identität und die Frage des Drogengebrauchs angeht).
2. eine Bildungseinrichtung gründen.
3. MitarbeiterInnen für die wissenschaftliche Dokumentation freistellen oder (zusammen mit KooperationspartnerInnen) Dokumentationen erstellen lassen.
4. entscheiden, welchen Namen wir führen wollen.
5. diskutieren, an welchem Leitbild wir uns orientieren wollen.
6. klären, welche Aufgaben AIDS-Hilfen künftig leisten sollen/ wollen/ können.
7. klären, wo wir jetzt stehen, was schon vorhanden ist.
8. neue (Re-) Finanzierungswege erschließen.
9. erreichen, daß Vorstände höchstens 5, hauptamtliche MitarbeiterInnen höchstens 10 Jahre in den AIDS-Hilfen arbeiten.
10. den Kontakt zu ehemaligen MitarbeiterInnen aufrechterhalten (Kontinuität!).
11. die richtigen Leute einstellen, „Haltungsprofile“ (Anforderungen an MitarbeiterInnen) entwickeln.
12. klären, welche Kriterien die Zugehörigkeit zum Verband regeln („Wo AH draufsteht...“).
13. strategisch denken.
14. die Diskussion vor Ort vorantreiben (die Basis einbeziehen).
15. Kooperationspartner suchen und pflegen.
16. uns politisch positionieren.

Mit der Entwicklung zweier strategischer Projekte in zwei Kleingruppen wenden sich die TN den kurzfristigen Zielen zu.

Erarbeitet und vorgestellt werden das Projekt „AIDS-Hilfen als Feld für die Praxisforschung öffnen“ und „Global AIDS - Austausch zwischen non-profit-Organisationen aus verschiedenen Ländern und Kulturen“.

Abschließend formen die TN aus farbigen Pfeifenreinigern neue Logos für ihre „neue DAH“ und ziehen ein persönliches Fazit der Arbeit in der Gruppe.

Protokoll AG 3

Bedarfs- versus Angebotsorientierung: Anpassung an neuen Bedarf und veränderte Rahmenbedingungen am Beispiel der Arbeitsbereiche Pflege und Drogen

Moderation: Stefan Etgeton und Peter Balz

TeilnehmerInnen: Georg Bartsch, Lutz Ebert, Jimena Klemp, Andreas Pockrand-Fox, Markus Schmidt, Franz Schmitz, Michael Specht, Alenka Ulrich, Peter von der Forst

Protokoll: Kai Grüber

Ausschreibung: *Der Bereich Pflege befindet sich seit Jahren aufgrund veränderter gesundheits- und sozialpolitischer Rahmenbedingungen (Pflegeversicherung) und einer Verschiebung des Hilfebedarfs (von der Palliativpflege zur längerfristig angelegten Betreuung) in einer Phase umfassender Umorientierung. Sollte künftig allein das kompetent Leisbare, nämlich die Palliativpflege, angeboten und auf andere Gruppen (z.B. Krebskranke, Menschen mit Multipler Sklerose) ausgeweitet werden? Oder sollte ebenso dem wachsenden Bedarf an langfristig angelegter Betreuung bei mehrfach beeinträchtigten AIDS-Patienten entsprochen werden, wofür neue Kompetenzen zu erwerben wären?*

Für den Drogenbereich der AIDS-Hilfen sind angesichts absehbarer Veränderungen bei den gesellschaftspolitischen Rahmenbedingungen ähnliche Fragen zur künftigen Orientierung der AIDS-Hilfe-Arbeit zu erwarten. Zudem gilt es, im Hinblick auf die zunehmende Zahl neuer Anbieter im Drogenhilfesystem für die Drogenarbeit der AIDS-Hilfen folgende Fragen zu klären: Welcher neue Bedarf könnte bei einer liberaleren Drogenpolitik sichtbar werden? Welche Angebote könnten zurückgefahren, welche an andere Träger abgegeben werden? Für welche neuen Angebote müssen welche Kompetenzen erworben werden?

Wie können die Arbeitsbereiche Drogen und Pflege bei der unumgänglichen Organisationsentwicklung voneinander profitieren und sich gegenseitig unterstützen? Welche Schritte gilt es im Sinne „strategischer Projekte“ schon jetzt einzuleiten, um von den Entwicklungen nicht überrascht und überrollt zu werden?

Die TeilnehmerInnen nahmen zunächst den Bestand der gegenwärtigen Arbeitsbedingungen auf und erarbeiteten danach Perspektiven, wie sich die Bedingungen in den kommenden Jahren voraussichtlich entwickeln werden. Anhand der gesammelten Informationen arbeitete die Gruppe schließlich ein „strategisches Projekt“ aus, das in dieser Dokumentation im Anhang gemeinsam mit den Projekten der anderen Arbeitsgruppen vorgestellt wird.

Vor allem sind es fünf Faktoren, die die Arbeit in AIDS-Hilfen bestimmen. Dazu gehören *wirtschaftliche und politische Rahmenbedingungen*, die *Struktur der PatientInnen- und KlientInnen*, die *Angebotsstruktur der einzelnen Einrichtungen*, die *MitarbeiterInnenstruktur* sowie die *regionalen Besonderheiten*.

Wirtschaftliche und politische Rahmenbedingungen

Pflege:

Die Situation der ambulanten AIDS-Spezialpflegeleistungen wird in den letzten Jahren hauptsächlich durch die wirtschaftlichen Rahmenbedingungen geprägt. Für die Pflege von Menschen mit AIDS ausgehandelte Sondervereinbarungen wurden von den Kostenträgern teilweise gekürzt.

Gleichzeitig führen die verbesserten Therapiemöglichkeiten dazu, daß sich der Pflegebedarf von Menschen mit AIDS stark verändert hat. Die Anzahl pflegebedürftiger PatientInnen ging in einzelnen Einrichtungen enorm zurück. In der Konsequenz haben einzelne Pflegeprojekte ihre Tätigkeit eingestellt. In anderen Diensten bleibt die Anzahl der PatientInnen zwar konstant, der Umfang der zu erbringenden Pflege nimmt jedoch ab.

Der Pflegebedarf von Menschen mit AIDS ist aktuell eher durch einen langfristigen Beratungs- und Unterstützungsbedarf gekennzeichnet. Leistungen die in diesem Bereich durch die Pflegedienste erbracht werden, sind aber nicht durchgängig refinanzierbar.

Auch bei den Spenden sind keine Steigerungen mehr möglich. AIDS-Spezialpflegeeinrichtungen müssen mit weniger oder gleichbleibenden Spendeneinnahmen auskommen.

Drogen:

Weil Drogenpolitik stark ideologisch geprägt ist und nicht von der AIDS-Hilfe bestimmt wird, ist der Arbeitsbereich Drogen stärker als die Pflege von politischen Veränderungen betroffen. Die Einordnung von DrogengebraucherInnen als Kranke durch die neue Regierung findet wenig positive Resonanz. Das Paradigma „Sucht gleich Krankheit“ stimmt nicht mit den politischen Argumenten der Deutschen AIDS-Hilfe überein.

Deutlich wurde, daß der Wettbewerb zwischen AIDS-Hilfen und der Drogenhilfe härter wird, wenn alteingesessene Wohlfahrtsverbände, die ebenfalls akzeptierend arbeiten, Aufgaben übernehmen, die

bislang von der AIDS-Hilfe abgedeckt wurden. Gleichzeitig ist AIDS-Hilfe in den meisten Städten nicht als Drogenhilfe anerkannt.

Zukunftsansichten:

Im Bereich der Pflege ist weiterhin mit einem Wegfall der Sonderförderungen für AIDS-Spezialpflegedienste zu rechnen. Zwischen unterschiedlichen Pflegediensten wird es sowohl zu Verteilungskämpfen kommen, als auch zu verschärfter Konkurrenz bei der Suche nach SponsorInnen und SpenderInnen kommen. Der ökonomische Druck auf die Einrichtungen wird sich aufgrund der unzureichenden Refinanzierung von Pflegeleistungen durch die KostenträgerInnen weiterhin verschärfen. Die AIDS-Spezialpflegedienste müssen ihr Leistungsangebot den aktuellen Rahmenbedingungen anpassen und in Verhandlungen mit den KostenträgerInnen dafür sorgen, daß spezielle Angebote (z.B. Maßnahmen der psychosozialen Begleitung) auch entsprechend vergütet werden.

Im Drogenbereich wird es voraussichtlich für die niedrigschwelligen Angebote mehr Geld geben. Allerdings wird künftig auch mehr niedrigschwellig gearbeitet werden. Damit nehmen auch die Verteilungskämpfe zu. Die liberalere rot-grüne Drogenpolitik wird zu mehr Medizinalisierung bei DrogengebraucherInnen führen. Die einzelnen Angebote müssen bestimmte vorgegebene Richtlinien erfüllen, die sich nicht an den Bedürfnissen des einzelnen, sondern nach überprüfbaren wirtschaftlichen, medizinischen und psychologischen Kriterien orientieren. Leistungsverträge werden künftig zur Regel werden. Die Arbeit wird dadurch zunehmen, ohne daß die Qualität gleichzeitig steigen muß.

PatientInnenstruktur

Pflege:

Die PatientInnenstruktur in den AIDS-Spezialpflegereinrichtungen hat sich in den letzten Jahren grundlegend verändert. Häufig leitet sich der Pflegebedarf aus dem Auftreten neuropsychiatrischer Krankheitsbilder ab. Viele PatientInnen befinden sich in einer sozial unzureichend abgesicherten Situation und benötigen deshalb Unterstützung bei der Alltagsbewältigung. Schwere Folgeerkrankungen von AIDS sind dabei nicht unbedingt Ursache der Pflegebedürftigkeit. PatientInnen werden so über lange Zeiträume versorgt, der zeitliche Umfang pro Pflegeeinsatz ist aber gering.

Drogen:

Diskutiert wurde, inwieweit das Angebot die Nachfrage bestimmt. Auf der einen Seite wurde die Ansicht vertreten, daß das Angebot keinen Einfluß auf die Nachfrage habe und User selbst dann in einzelne AIDS-Hilfen kämen, wenn diese keine Drogenarbeit

machen wollten. Gleichzeitig wurde aber auch der Standpunkt vertreten, daß sich nur jene DrogengebraucherInnen an AIDS-Hilfen wenden, denen AIDS-Hilfe etwas bietet. Das Angebot bestimmt also die Nachfrage.

Zukunftsansichten:

Die bereits beobachtete Entwicklung wird sich weiter fortsetzen. Der Anteil der PatientInnen mit vielfältigen Krankheitsbildern wächst weiter. Immer mehr PatientInnen werden länger, aber weniger aufwendig gepflegt werden müssen. Immer mehr PatientInnen benötigen kompetente Beratung, etwa über Gesundheit, Ernährung oder Rente. Gleichzeitig wächst die Zahl derer, die nicht aus einer Hauptbetroffenengruppe kommen. Die Zahl der ärmeren PatientInnen und die Zahl derjenigen ohne gesicherten Aufenthaltsstatus in Deutschland (Stricher, MirgrantInnen) wird zunehmen. Deshalb wird es künftig auch mehr Verständigungsprobleme geben.

Diese Entwicklung bedeutet für die Beratung, daß sie sich immer weiter ausdifferenzieren und sich auch auf KlientInnen ohne HIV-spezifischen Bedarf einstellen wird. Schwerpunktmäßig werden sich AIDS-Hilfen auf Anfragen alter Schwuler und Schwuler, die kein Beziehungsnetzwerk aufgebaut haben, einstellen müssen. Außerdem wird die Gruppe der drogenspritzenden UserInnen um die Gruppe der nicht-intravenös-drogengebrauchenden KlientInnen erweitert.

Angebotsstruktur

Pflege:

Die AIDS-Spezialpflegedienste haben in den letzten Jahren damit begonnen, PatientInnen mit anderen Krankheitsbildern zu versorgen. Insbesondere bemühen sich die Dienste darum, sich zusätzlich in der Pflege von KrebspatientInnen zu etablieren. Diese Ausweitung des Angebots muß auf verschiedenen Ebenen gesichert werden. Das Pflegekonzept der Einrichtung muß der Versorgung angepaßt werden. MitarbeiterInnen mit entsprechenden Kompetenzen müssen eingestellt oder nachgeschult werden. Werden von den Diensten andere PatientInnengruppen gepflegt, besteht damit auch die Gefahr, daß Sonderförderungen wegfallen.

Drogen:

Die Angebotsstruktur wird oft von den Rahmenbedingungen bestimmt und nicht von dem, was gewünscht wird. Im wesentlichen gibt es drei Funktionen, die AIDS-Hilfe wahrnehmen kann. Meist nehmen AIDS-Hilfen mehrere dieser Funktionen in unterschiedlicher Stärke wahr:

- Erstens die Funktion des „Warners und Mahners“, in der sich AIDS-Hilfe weitgehend aus konkreter Arbeit heraushält, von außen auf Entwicklungen aufmerksam macht und akzeptierende Drogenarbeit und die Entkriminalisierung von Drogen propagiert.
- Zweitens die Funktion der „Innovationsagentur“, in der AIDS-Hilfe neue Projekte in der Drogenarbeit entwickelt und Wege findet, sie durchzusetzen. Nach der Startphase gibt AIDS-Hilfe diese Projekte dann an andere Träger ab oder versucht, sie in die Selbsthilfe zu integrieren.
- Drittens die Funktion als „Drogen-Vollversorger“ in Konkurrenz zur Drogenhilfe anderer Träger mit Druckraum, Schlafplätzen und Beratung.

Bei der Professionalisierung von Angeboten für UserInnen darf die Selbsthilfe nicht zerstört werden, sondern muß ausreichend Raum behalten. Auch auf politischer Ebene muß die Drogenselbsthilfe angemessen vertreten sein. Politische EntscheidungsträgerInnen nehmen sie bislang nicht ernst. Dort, wo aufgrund personeller Schwierigkeiten ein Mandat nicht wahrgenommen wird, kann ein leerer Stuhl auf die Vertretung der Selbsthilfe hinweisen.

Zukunftsaussichten:

AIDS-Hilfen und AIDS-Spezialpflegedienste werden sich neue KlientInnengruppen erschließen. Nach Einschätzung der TeilnehmerInnen fehlen spezielle Angebote für Menschen mit Hepatitis B und Hepatitis C. Bestehende Angebote der AIDS-Hilfen sollten auf diese Gruppen ausgedehnt werden. Psychologische Beratung und Betreuung wird neu in das Angebot mit aufgenommen werden. Die medizinische Beratung wird um Compliance-Schulung erweitert werden. Die Ausbildung von Therapieaktivisten könnte zu einer Stärkung der Selbsthilfe führen. Als neue KlientInnen kommen MigrantInnen hinzu. AIDS-Hilfe wird diesbezüglich Antworten auf Rechtsfragen und spezielle psychologische Beratung anbieten. Außerdem wird sie sich mit der Frage des Zugangs zum Gesundheitssystem bei MigrantInnen auseinandersetzen müssen.

In Bezug auf antiretrovirale und alternative Therapien und Drogentherapien könnten AIDS-Hilfen in den Ethikkommissionen mitarbeiten und darüber klinische Studien und Forschung mitkontrollieren.

MitarbeiterInnenstruktur

Pflege:

Die beschriebenen Veränderungen in der Pflege von Menschen mit AIDS als auch die Erweiterung der Angebote für andere PatientInnengruppen hat zu einer Fluktuation des Personals in den Einrichtungen

geführt. Viele MitarbeiterInnen können sich nicht mit neuen Arbeitsinhalten identifizieren. Die KostenträgerInnen legen mehr Wert auf meßbare Arbeitsergebnisse als auf psychosoziale Begleitung. Ihre Forderungen lassen sich unter „besser, schneller, billiger“ zusammenfassen. Diese Anforderungen haben Auswirkungen auf die Ausbildung der MitarbeiterInnen. Der finanzielle Druck auf die Pflegedienste führt dazu, daß nicht mehr durchgängig ausgebildete Krankenschwestern und -pfleger eingestellt werden können. Spezielle Pflegemaßnahmen dürfen jedoch nur von dreijährig ausgebildetem Personal durchgeführt werden. Die beschriebenen Entwicklungen bringen einen erheblichen Bedarf an Fort- und Weiterbildung mit sich. Die dazu nötigen Mittel können von den Diensten nicht immer aufgebracht werden. Fort- und Weiterbildungszeiten der MitarbeiterInnen werden nicht von den Kostenträgern finanziert und bringen zudem finanzielle Verluste mit sich, da in dieser Zeit keine PatientInnen versorgt werden können.

Drogen:

Drogenarbeit erfordert von den MitarbeiterInnen viel Erfahrung und Kenntnisse. Kompetenz über die vor-Ort-Szene ist wichtig. Die Arbeit kann deshalb oft nur von UserInnen erledigt werden. Hohe Fluktuation bei den MitarbeiterInnen dient der Arbeit nicht, stattdessen sollte einer Mitarbeiterin die Perspektive gegeben werden, mindestens zwei Jahre lang in diesem Bereich arbeiten zu können.

Oftmals gibt es Berührungspunkte der MitarbeiterInnen (überwiegend der ehrenamtlichen) mit DrogengebraucherInnen. Daraus entwickeln sich zum Teil erhebliche Konflikte.

Zukunftsaussichten:

Die MitarbeiterInnen werden sich immer weniger mit der gesamten AIDS-Hilfe identifizieren. Dafür werden sie ihre berufliche Heimat in ihrem jeweiligen Arbeitsgebiet haben. Sie werden ihre Arbeit mehr als „Job“ sehen und nicht ihre Selbstverwirklichung in den Vordergrund stellen. Allerdings können fehlende Gelder für Fortbildungen die Motivation drücken und damit zu einem Rückgang von Fachkräften führen. In den kommenden Jahren wird im Bereich der Pflege ein großer Personalwechsel erwartet, während das Personal im Drogenbereich stabil bleiben wird.

Protokoll AG 4

Leistungsorientierte Finanzierungsmodelle: Chancen und Nebenwirkungen für die AIDS-Hilfe

Moderation: Achim Weber, Resi Jäger

TeilnehmerInnen: Karin Graefe, Geschäftsführerin der Hannöverschen AIDS-Hilfe, Achim Jergentz, Geschäftsführer der AIDS-Hilfe Stuttgart, Martina Klünter, Verwaltungsangestellte in der AIDS-Hilfe Bonn, Hortense Lademann, Sozialarbeiterin in der AIDS-Hilfe Potsdam, Hans Probst, leitender Sozialarbeiter der AIDS-Hilfe Leipzig, Rainer Ratajczak, AIDS-Hilfe Koblenz, Ralf Rötten, Leiter der DAH-Bundesgeschäftsstelle, Aniela Schneider, überwiegend ehrenamtliche Mitarbeiterin der AIDS-Hilfe Freiburg, Michael Schumacher, Geschäftsführer der AIDS-Hilfe Köln, Kai-Günther Theobald, Geschäftsführer der AIDS-Hilfe Unterland (Heilbronn), Wolfgang Tittmann, Geschäftsleiter des Pflege- & Service Centrums der Münchner AIDS-Hilfe

Protokoll: Annette Fink

Ausschreibung: Die finanzielle Förderung ohne detaillierten Leistungsnachweis wird für viele Bereiche der sozialen Arbeit zum Auslaufmodell. Die Refinanzierung sozialer Dienstleistungen wird - ähnlich wie im Rahmen der Pflegeversicherung - zunehmend an die Definition von Leistungsmodulen, dem Nachweis und der (Einzel-)Abrechnung tatsächlich erbrachter Leistungen gekoppelt. Dies bringt sowohl für die LeistungsempfängerInnen (künftig „KundInnen“ genannt) als auch die DienstleisterInnen Vor- und Nachteile.

Ein Vorteil für die „KundInnen“ ist, daß sie dadurch einen Rechtsanspruch auf bestimmte Leistungen (z.B. erforderliche Betreuung in angemessener Qualität) haben, ein Nachteil, daß diese z.T. einzeln beantragt und abgerechnet werden müssen und an bestimmte Voraussetzungen (z.B. anerkannter Status als BehinderteR nach BSHG) gekoppelt sind. Der Begriff „Kunde/Kundin“ verschleiern nur die - auch abrechnungstechnisch - festgeschriebene Klientisierung von Menschen mit HIV und AIDS.

Die Abrechnung von Einzelleistungen (z.B. Tagesätzen) erleichtert es den TrägerInnen, ihre Angebote am tatsächlichen Bedarf auszurichten, und erlaubt es, bei gutem Wirtschaften Überschüsse zu erzielen, die in Folgejahre übertragen werden dürfen. Rationelles Wirtschaften wird allerdings nur größeren TrägerInnen möglich sein, die Verluste und Gewinne in verschiedenen Bereichen gegenrechnen können. Der Aufbau professioneller Dienstleistungsstrukturen hat die Entwicklung hin zu „Sozialkonzernen“ eingeleitet - eine Entwicklung, die - wie an der Gründung von GmbHs durch viele AIDS-Hilfen sichtbar wird - ohnehin nicht mehr aufzuhalten ist.

Wesentlicher wird die Frage sein, welche der Möglichkeiten gezielt genutzt und wie unerwünschten Nebenwirkungen - bis auf die Ebene des Selbstverständnisses - entgegengewirkt werden kann. Welche „strategischen Projekte“ sind zur Entwicklungssteuerung denkbar?

Wie Achim Weber zu Beginn des Workshops formuliert, ist es Ziel der Fachtagung, als "think tank" neue Ideen und Impulse für die Arbeit im Verband zu liefern. In der Arbeitsgruppe gehe es darum, im Kreis von gleichgestellten ExpertInnen Erfahrungen und Erwartungen zusammenzutragen und als Ergebnis eine Richtungsbestimmung vorzunehmen, die im Verband kommuniziert werden soll.

In der Vorstellungsrunde berichten die TeilnehmerInnen, wie sich ihre AIDS-Hilfe zur Zeit finanziert und wie sie leistungsorientierten Finanzierungsmodellen entgegensehen.

Sämtliche der vertretenen regionalen AIDS-Hilfen erhalten Zuschüsse von Stadt und Land, die zum Teil als pauschale Zuwendung pro SozialarbeiterIn /Pflegerkraft, teils als projektgebundene und teils als institutionelle Fördermittel vergeben werden. Dazu kommt ein unterschiedlich hoher Eigenmittelanteil; die AIDS-Hilfen Stuttgart und Hannover müssen z.B. knapp die Hälfte ihres Haushaltsvolumens über Spenden, Sponsoring, Events und Bußgelder selbst erwirtschaften.

Einige der Einrichtungen rechnen einen Teil ihres Angebots (Beratungs- und Betreuungsleistungen, betreutes Wohnen) bereits über den Leistungskatalog des BSHG (§§ 39, 40 bzw. § 72) ab; für das Münchner Pflege- & Service Centrum ist außerdem die Kranken- und Pflegeversicherung (SGB V / XI) eine Säule der Finanzierung.

Einige große AIDS-Hilfen beschreiten neben den alten auch neue Wege der Geldmittelbeschaffung; so finanziert die Hannöversche AIDS-Hilfe ihre Präventionsarbeit für schwule Männer über den „Solidaritätsshop“, in dem z.B. Rote Schleifen verkauft werden.

Die AIDS-Hilfe Köln setzt verstärkt auf Kooperation und Vernetzung: Zusammen mit der Schwulen Initiative für Pflege und Soziales (SchwIPS e.V.) baut sie das Wohnprojekt „Lebenshaus“ auf, das als gemeinnützige GmbH geführt werden soll und für das der dafür gegründete Förderverein „Lebenshaus Netzwerk“ Eigenmittel auftreibt; ebenfalls zusammen mit SchwIPS hat sie die Trägerschaft der schwulen Gesundheitsagentur „Checkpoint“ übernommen, und in Kooperation mit dem Junkie-Bund

Köln entsteht ein Drogen- und Gesundheitsselbsthilfenzentrum.

Die Bundesgeschäftsstelle der Deutschen AIDS-Hilfe wird zu 80 Prozent aus Projektgeldern der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) finanziert; dazu kommen fünf Prozent aus dem DAH-eigenen Vertrieb und zehn Prozent Eigenmittel; die Mittel für das Modellprojekt „Förderung der Pflegebereitschaft bei schwerkranken und sterbenden Menschen - am Beispiel AIDS“ aus dem Bundesministerium für Gesundheit machen weitere fünf Prozent aus. Der Vertrieb der DAH läuft über eine neu gegründete gGmbH; wie Ralf Rötten erklärt, sind durch die Gemeinnützigkeit steuerrechtlich im Vergleich zu einer kommerziellen GmbH enge Grenzen gesetzt. Eine zukünftige Finanzierung der DAH über leistungsorientierte Modelle hält Rötten für „extrem unwahrscheinlich“; für das Haus käme eher der Versuch in Frage, in die institutionelle Förderung des Bundes aufgenommen zu werden, wozu der Bundesrechnungshof dringend geraten habe.

Die TeilnehmerInnen aus den regionalen AIDS-Hilfen gehen davon aus, daß die leistungsorientierten Finanzierungsmodelle unausweichlich auf sie zu kommen werden. Diese Einsicht ist mit gemischten Gefühlen verbunden: Einige äußern die Befürchtung vor einem großen bürokratischen Aufwand, der Zeit und Personal verschlingt und in keinem Verhältnis zur eigentlichen Leistung und zum möglichen Nutzen steht; viele sehen auch ein Problem darin, die Angebote der AIDS-Hilfe - z.B. die Beratungs- oder Präventionsarbeit - in meß- und kontrollierbare Leistungskataloge umzusetzen. Für eine Teilnehmerin ist es „Ettikettenschwindel, wenn von Kundenorientierung gesprochen wird“. Die Abkehr von der globalen Zuwendung hin zur Abrechnung der einzelnen erbrachten Leistung sei ein Sparprogramm und daher nicht geeignet, die Bedingungen für die AIDS-Hilfen und ihre KlientInnen zu verbessern. Einem anderen Teilnehmer „zieht es beim Gedanken an leistungsorientierte Modelle den Magen zusammen“; er empfindet sie eher als Bedrohung denn als Chance. Die ehrenamtlichen MitarbeiterInnen in seiner AIDS-Hilfe seien völlig verunsichert, und viele der HIV-positiven KlientInnen glaubten, die Einrichtung solle geschlossen werden. Als ein schwerwiegender befürchteter Nachteil wird der Verlust von Standards genannt, für die die AIDS-Hilfe gekämpft hat, z.B. die Anonymität in der Beratung.

Durchweg sind die Anwesenden jedoch folgender Ansicht: „Wenn die leistungsorientierten Modelle kommen, sollten wir sie von Anfang an mitgestalten und Herr des Verfahrens sein.“ Einen Vorteil sehen einige TeilnehmerInnen darin, gegenüber den GeldgeberInnen nicht mehr als BittstellerIn auftreten zu müssen, sondern sich auf klare vertragliche Verein-

barungen stützen zu können; im Gegensatz zur globalen Zuwendung, die zwar keinen komplizierten und detaillierten Verwendungsnachweis erfordere, jedoch in der Regel den realen Kostenzuwachs nicht berücksichtige, liege hier eine Möglichkeit, die Finanzierung am Bedarf zu orientieren. In der Berliner AIDS-Hilfe ist man durch die enorm aufwendige Dokumentation einzelner Leistungen „bei aller Skepsis“ zu der Erkenntnis gekommen, daß es sinnvoll ist, manche Arbeitsgebiete anders zu organisieren und umzustrukturieren. Neben den Bedenken, die generell mit Veränderungen einhergehen, vermutet Resi Jäger in den AIDS-Hilfen eine Tendenz, das Licht unter den Scheffel zu stellen und sich schlecht zu verkaufen. Sie vertrete dagegen die Ansicht: „Wir leisten sehr viel, und wir werden dafür Geld bekommen.“ Und: „Die Fachleute sitzen auf unserer Seite, die Ämter sind nicht in der Lage, uns Vorgaben zu machen.“ Das bekräftigt auch Ralf Rötten: Was AIDS angehe, hätte die AIDS-Hilfe als Interessenvertretung der Betroffenen und als Fachverband die unumstrittene Expertise; es liege in ihrer Hand, zu definieren, welche Leistungen wichtig sind. Für Karl Lemmen spielt es aus der Erfahrung von Wohnprojekten, die bereits seit Jahren nach leistungsorientierten Modellen finanziert werden, eine wesentliche Rolle, wer welche Bedingungen aushandelt. Neben Einrichtungen, die sich Verträge aufzwingen ließen, gebe es durchaus Häuser, die optimale Vereinbarungen ausgehandelt hätten.

Achim Weber dämpft die Erwartung, daß durch eine leistungsorientierte Finanzierung eventuell sogar mehr Geld in die Kassen der AIDS-Hilfen komme, so daß Angebote in hoher Qualität, die am Bedarf und den Bedürfnissen der KlientInnen orientiert sind, gesichert seien. Wie ein solches Modell, von dem sich viele Transparenz und Planungssicherheit erhofften, in der Realität aussehen kann, zeigt er am Beispiel der sogenannten Leistungskomplexe, über die Pflegedienste seit Einführung der Pflegeversicherung ihre Leistungen abrechnen.

Auf einem Leistungserfassungsbogen des Sozialhilfeträgers nach BSHG sind 18 Positionen festgehalten, in denen die einzelnen zu erbringenden Leistungen bis ins Detail beschrieben und mit Minutenwerten unterlegt sind. Demnach darf z.B. die „kleine Morgentoilette“ vier bis sechs Minuten dauern, sie wird mit 4,25 DM berechnet. Umfragen unter Pflegediensten haben jedoch ergeben, daß dieselbe Leistung je nach gesundheitlichem Zustand der PatientInnen bei einem fünf, beim nächsten 25 Minuten in Anspruch nimmt. Eine ganzheitliche Pflege ist über Leistungskomplexe kaum möglich. Die minutiösen Vorgaben mit Minuten- und Geldwerten legen auch die Qualifikation des Personals fest: Examierte Pflegekräfte können nur noch für bestimmte Tätigkeiten eingesetzt werden. Fazit: Grundlage der starren und unflexiblen

Leistungskomplexe ist nicht der Bedarf, der gedeckt werden soll, sondern der Etat, der den KostenträgerInnen zur Verfügung steht. Angebote wie psychosoziale Begleitung oder Tagesstrukturierung deckt die Pflegeversicherung ebensowenig ab, wie sogenannte „unproduktive Zeiten“ des Personals, die z.B. für Supervision oder Fortbildung benötigt wird. Somit ist die Pflegeversicherung keine „Vollkasko“-, sondern nur eine „Teilkaskoversicherung“.

Bei künftigen Verhandlungen mit den KostenträgerInnen kommt es nach Ansicht der TeilnehmerInnen vor allem darauf an, die Qualität der AIDS-Hilfeleistungen sicherzustellen. Voraussetzung für eine starke Verhandlungsbasis ist ein System, das die Qualität der Arbeit belegt. In einigen AIDS-Hilfen existiert ein solches System schon, andere arbeiten daran, wieder andere haben damit noch nicht begonnen. Michael Schuhmacher schlägt vor, daß nicht jede AIDS-Hilfe mühsam für sich Qualitätsstandards entwickelt, sondern daß der Dachverband die Koordination dieser Arbeit übernimmt. Ralf Rötten erklärt dazu, die Bundesgeschäftsstelle sei bereits dabei, unterschiedliche Ansätze und Erfahrungen zu bündeln; gegen Ende des Jahres sei eine gemeinsame Diskussionsrunde dazu vorgesehen. Überlegt werde auch, im nächsten Jahr eine Fachtagung zu dem Thema zu veranstalten.

Für die weitere Diskussion hat Achim Weber Punkte, die beachtet werden sollten, im Überblick auf Folien zusammengefaßt:

Deutsche AIDS-Hilfe e.V. Darf's ein bißchen mehr sein ?

- Finanzierungsformen
 - globale Zuwendung
 - Tagessatz
 - Einzelleistung (Modul-/Komplexleistung)
- Perspektiven
 - Patientenperspektive
 - Mitarbeiterperspektive (Selbstverständnis)
 - Einrichtungsperspektive (Selbstverständnis)

Unternehmen Zukunft DAH e.V. - Achim Weber

Die Debatte um Vor- und Nachteile unterschiedlicher Finanzierungsformen (globale Zuwendung, Tagessatz, Einzelleistung) muß aus verschiedenen Blickwinkeln geführt werden: aus der Perspektive der KlientInnen ebenso wie aus der der MitarbeiterInnen und der Einrichtung, die beide das Selbstverständnis von AIDS-Hilfe-Arbeit berühren.

Die Folie „Die 'Neue Mitte'“ stellt die Schlagworte bisher geltender Konzepte gegen die, die mit leistungsorientierten Modellen verbunden sind:

Deutsche AIDS-Hilfe e.V. Die „Neue Mitte“

Patient „unmündiger“	⚡	Kunde „mündig“
Bedürfnis	⚡	Bedarf Standard
Ganzheitlichkeit	⚡	Einzelleistung
„Vollkasko“	⚡	„Teilkasko“

Unternehmen Zukunft DAH e.V. - Achim Weber

Unter der Überschrift „Wer schreibt, der bleibt?“ führt Weber einige Konsequenzen auf, die sich aus leistungsorientierten Verträgen mit den KostenträgerInnen ergeben:

Deutsche AIDS-Hilfe e.V. Wer schreibt der bleibt ?

Dokumentation
Zeitaufwand Leistung ⚡ Zeitaufwand Dokumentation
 Kosten

Zugang/Ausschluß für/von Patienten
niedrige Auslastung

Qualitätsmanagement
Kosten

finanzielle Absicherung der AH

Unternehmen Zukunft DAH e.V. - Achim Weber

Anmerkung eines Teilnehmers: Die Frage der Dokumentation stellt sich grundsätzlich, nicht erst durch leistungsorientierte Modelle.

Anschließend bearbeiten die Anwesenden jeweils für sich das vorbereitete Papier zu Möglichkeiten und Nebenwirkungen der einzelnen Finanzierungsformen „globale Zuwendung“, „Tagessatz“ und „Einzelleistung“ (Modul-/Komplex). (Anmerkung zum Tagessatz: Er ist eine häufige Finanzierungsform im betreuten Wohnen, es ist aber auch denkbar, Beratung oder Positivencafé über ihn abzurechnen; das rentiert sich allerdings erst ab einer bestimmten KlientInnenzahl, eher nicht für kleinere AIDS-Hilfen.)

In der gemeinsamen Auswertung nennen die TeilnehmerInnen die Punkte, die ihnen am wichtigsten sind:

Ergebnisse

1. Wir müssen feststellen, daß die klassische Zuwendungsfinanzierung ein Auslaufmodell ist. Sie wird von leistungsorientierten Finanzierungsmodellen abgelöst.

2. Die Veränderung der Vertragsform der Finanzierung wird trotz angestrebter Transparenz und Kontrolle insgesamt nicht mehr Geld für die Leistungen bereitstellen (Kostendeckelung im Gesundheits- und Sozialwesen).
 3. Wer will eigentlich die Änderung der Vertragsform? Sowohl Politik als auch ZuwendungsgeberInnen bzw. KostenträgerInnen. AIDS-Hilfe hat sich für die Akzeptanz dieser Veränderung entschieden und befindet sich nun im Klärungsprozess, wie die Veränderung aussehen soll.
 4. Wer definiert den Begriff „Leistung“ im Wort „Leistungsorientierung“? *„Es muß noch geübt werden!“*
Leistung kann
 - global
 - pauschal
 - tagessatzmäßig
 - projektbezogen
 - als Modul- oder Komplex
 - als Einzelleistung (z.B. Leistungskatalog der Pflegeversicherung
 - ...
 definiert sein oder *werden*.
 5. Wer bestimmt das Tempo dieses Prozesses eigentlich? *„Es muß noch geübt werden!“* AIDS-Hilfe ist bereits weit vorangeschritten und hat gegenüber ZuwendungsgeberInnen bzw. KostenträgerInnen einen wertvollen Zeitvorsprung.
 6. Wer hat die fachliche Expertise? *„Es muß noch geübt werden!“*. Die fachliche Expertise zur inhaltlichen Beurteilung besitzt die AIDS-Hilfe.
 7. Die Veränderung der Vertragsform der Finanzierung geht zwangsläufig mit der Veränderung der Einrichtung einher!
 - Jede Veränderung ist grundsätzlich mit Trauer und Ängsten verbunden. Diese sind ernst zu nehmen.
 - jede Veränderung ist grundsätzlich mit Hoffnungen und Chancen verbunden. diese sind ernst zu nehmen, sie sind das Kapital von AIDS-Hilfe.
 8. AIDS-Hilfe hat also sowohl
 - einen Zeitvorsprung als auch die
 - die fachliche Expertise
 und verfügt somit über die zwei wichtigsten Faktoren zur Einflußnahme auf alle bestimmenden Faktoren der Vertragsänderung.
 9. AIDS-Hilfe kann bei geschickter Verhandlungsführung dadurch als modellhaft und innovativ, somit als VorreiterIn für andere Bereiche gelten.
 10. Betriebswirtschaftliche Probleme
 - Abgrenzung wirtschaftlicher versus ideeller
- Geschäftsbetrieb
- gewinnorientierte GmbH, bzw. Verkauf versus Steuerrecht
 - Kameralistik auf Seiten der Zuwendungsgeberin versus Bilanzierung auf Seite der AH
11. Wer handelt was aus ?
 12. Arbeitsauftrag an die Bundesgeschäftsstelle und die AIDS-Hilfen: Austausch von Standards und anderen Elementen des Qualitätsmanagements
- Globale Zuwendung (institutionelle Förderung)**
- Möglichkeiten
- inhaltliche Freiheit
 - Erschließung neuer Arbeitsfelder
 - Flexibilität
 - läßt „Verschiebebahnhöfe“ zu (u.a. versteckte Finanzierung von Vereinskosten)
 - kostenloser und anonymer Zugang für NutzerInnen
 - anwaltschaftliche Vertretung möglich
 - geringer Dokumentationsaufwand (zumeist Jahresberichte) ermöglicht KundInnenwerbung für Dienstleistungsangebote
 - (relative) Planungssicherheit für 1 Jahr
 - unabhängig von Anzahl der NutzerInnen
- Nebenwirkungen
- Ziellosigkeit
 - Allmachtsphantasien werden gestärkt
 - keine Leistungskontrolle
 - kein Rechtsanspruch
 - hoher Verhandlungsaufwand
 - Aufwand für Eigenmittelakquise
 - jährlich „automatische“ Kürzungen
 - nicht leistungsangemessene Vergütung, sowohl bei Personal- als auch bei Sachkosten
 - „Streit um die Anschaffung von Tennisbällen“, Prüfung des Verwendungsnachweises
 - Abhängigkeit von der Zuwendungsgeberin / von politischer Erwünschtheit
 - Auflagen der Landeshaushaltsordnung bedingen Unflexibilität bei Umwidmungen zu Anpassung an den aktuellen Bedarf
 - keine Rücklagenbildung, selbst bei eigenen Einsparungen
 - BAT, Gleichstellungsgebot
 - betriebswirtschaftlicher Schwachsinn im Pflegebereich bei ergänzender Förderung in Abhängigkeit von erzielten Erlösen
 - kein Anreiz (Zwang) zum Qualitätsmanagement

Tagessatz

Möglichkeiten

- sichere Kalkulation
- gute NutzerInnenbindung
- gesicherter Zugang durch die „Eintrittskarte“ BSHG (Nebenwirkung!)
- Kostenbeteiligung möglich
- größerer Gestaltungsspielraum in Bezug auf individuelle Bedürfnisse, Zeichensetzen (!!!)
- pauschale Abrechnung, Einsparmöglichkeit

Nebenwirkungen

- Hospitalisierung
- Klientisierung
- Stigmatisierung
- Zwang zur Auslastung
- große Abhängigkeit von KostenträgerIn
- Verlust der Anonymität der NutzerInnen durch namentliche Abrechnung (kann teilweise umgangen werden)
- Mindestplatzzahl/-nutzerInnenzahl notwendig, Mindestgröße notwendig
- Kostenbeteiligung grenzt aus
- Dokumentation, Sozialberichte, Anonymität, Zeichensetzen(!!!)
- Übertrag auf Folgejahr ist möglich, dies fördert die Gestaltungsfreiheit und dient der „Eigenmittelbeschaffung“
- größerer Verwaltungsaufwand

Einzelleistung (Modul-/Komplexleistung)

Möglichkeiten


- Kostentransparenz
- klares Angebot
- gute Dokumentation
- Angebotslenkung durch Leistungskatalog
- Präventionsprojekte/Gesundheitsförderung finanzierbar
- Rechtsanspruch der NutzerInnen
- Eigenmittel

Nebenwirkungen

- Kostentransparenz erlaubt einfachere Kürzungsmöglichkeiten
- hoher Dokumentationsaufwand
- hoher Verwaltungs- und Controllingaufwand
- starres System
- keine ganzheitliche Arbeit möglich
- Auftragslage ist existentiell
- Pathologisierung der NutzerInnen zur Durchsetzung von Leistungsansprüchen
- keine Finanzierung im Rahmen des Konzepts der strukturellen Prävention

Zu guter Letzt legt Achim Weber eine Folie zu einem Stichwort auf, das derzeit zu einer Art Zauber-

wort in der AIDS-Hilfe - und nicht nur dort - geworden ist: „Qualitätssicherung“.



Qualitätssicherung (durchgebrannt ?)

„Sie müssen endlich wieder merken, daß Qualität von Qual kommt!“
(Hans-Hubert Vogts)

Strukturqualität	→ Ergebnisqualität
fachliche Qualität	→ „extrafunktionale“ Q.
Qualitätsstandards	→ Qualitätsziele
Qualitätssicherung	→ Qualitätsverbesserung
Zertifizierung	→ Qualitätsmanagement

(nach ICE Green)

Unternehmen Zukunft

(Strukturqualität: z. B. Stellenschlüssel, Qualifikation des Personals; extrafunktionale Qualität: z.B. TV-Kabelanschluß und gutes Essen im Krankenhaus, Freundlichkeit des Personals, Berater, der erstmal einen Kaffee anbietet)

Nach Achim Webers Ansicht wird „Qualitätssicherung“ immer mehr zur leeren Worthülse, zum Wort, das derzeit nicht nur in AIDS-Hilfe „en vogue“ ist. In anderen Ländern sei man bereits dazu übergegangen, nicht auf Struktur-, sondern auf Ergebnisqualität zu setzen. Auf Qualitätsstandards und -sicherung hinzuarbeiten und sich dann darauf auszuruhen, sei bei einem sich ständig verändernden Krankheitsbild verfehlt; hier müsse es um eine ständige Qualitätsverbesserung gehen. AIDS-Hilfe müsse sich daher nicht auf die starre linke Seite, sondern auf die dynamische rechte Seite der Darstellung (Folie) konzentrieren. Sein Wunsch ist es, den Begriff „Qualitätssicherung“ zu streichen und stattdessen von „Qualitätsverbesserung“, bzw. „Qualitätsmanagement“ zu sprechen.

Die TeilnehmerInnen stimmen weitgehend zu, nur in einem Punkt bestehen unterschiedliche Einschätzungen: Achim Weber sieht in existierenden Zertifizierungsverfahren (DIN ISO-Norm, EFQN, etc.) zwar einige Vorteile, sie seien aber teilweise schwer auf AIDS-Hilfe übertragbar. AIDS-Hilfe erfülle oft die meisten „Anforderungsprofile“ dieser Verfahren, so daß sie selbst eigentlich schon ein Gütesiegel sei. Einige TeilnehmerInnen halten die Zertifizierung durch eine unabhängige Institution dennoch für wichtig, um sich auf dem Markt stärker von konkurrierenden Einrichtungen abheben zu können. In einigen Städten sei das Zertifikat bereits Voraussetzung für die Förderung. Dafür will man gewappnet sein. Wolfgang Tittmann vermittelt zwischen den beiden Polen: Im Pflege- & Service Centrum überlegte man, sich zertifizieren zu lassen, doch in der Zeit änderten sich viele Kriterien des Verfahrens, so daß

man davon abgekommen sei und stattdessen die eigenen Leistungen dokumentiere. Dadurch sei es leicht, ein Zertifikat zu erhalten, wenn es z.B. durch eine EU-Norm notwendig werden sollte.

Das strategische Projekt

Ziel der Arbeitsgruppe soll es sein, nicht nur Ergebnisse zusammenzutragen, sondern gemeinsame Strategien zu entwickeln, um gewünschte Entwicklungen voranzutreiben und ungewünschten entgegenzusteuern. Wie die Gruppe festgestellt hat, sind bestimmte Veränderungen, wie der Abschied von der globalen Zuwendung, unaufhaltbar; es geht darum, dies als Chance zu nutzen und die Entwicklung mitzugestalten. (In Bielefeld z.B. mußte die AIDS-Hilfe zusammen mit ProFamilia, der Adoptionsvermittlung und der Schwangerschaftskonfliktberatung einen Qualitätszirkel bilden und gemeinsame Standards entwickeln. Es ist ihr gelungen, den Prozeß entscheidend zu prägen.)

Die TeilnehmerInnen einigen sich darauf, an dem Projekt „Beförderung des Qualitätsentwicklungsprozesses in AIDS-Hilfe“ zu arbeiten, das auf Verbandsebene koordiniert werden soll und bereits bestehende Konzepte nutzt.

Protokoll AG 5

Über die Unfähigkeit zu trauern oder: AIDS-Hilfe zwischen Traditionsbildung und Innovation

Moderation: Mara Seibert, Clemens Sindelar

Protokoll: Peter Stuhlmüller

Ausschreibung: *AIDS-Hilfe kommt in die Jahre und mit ihr ihre MitarbeiterInnen. Gleichzeitig kann sie sich nicht über mangelnden Zulauf jungen Nachwuchses beklagen. Diejenigen unter uns, die fast von Anfang an dabei sind, haben etliche Umstrukturierungen und Umorientierungen der Arbeit miterlebt. Das Hinzukommen Neuer fordert die (ewig gleichen?) Grundsatzdiskussionen heraus: „Mitreden kannst du nur, wenn du die Geschichte der Einrichtung verstehst!“, so die wörtlich zitierte Aussage eines „Alten“ gegenüber einem „Neuen“.*

Die „Alten“ fühlen sich zerrissen zwischen zwei Optionen: bei der nächsten Selbstverständnisdiskussion das Handtuch zu schmeißen oder sie zu begrüßen als einen Weg aus der eigenen Erstarrung. Die „Neuen“ hingegen erleben sich ständig in ihren Initiativen gebremst und verstehen nicht, weshalb man derart an alten Zöpfen klebt oder welche Königreiche (oder Friedhöfe) in den Diskussionen verteidigt werden.

Was meist fehlt, ist das Vermittelnde: die Geschichte wertzuschätzen, aus ihr zu lernen und darauf aufbauend gemeinsam Neues zu schaffen. Sicher, dabei muß man sich von der einen oder anderen „Antiquität“ verabschieden. Aber es bleibt die Möglichkeit der Wahl, welches der alten Stücke auch in Zukunft noch gute Dienste leisten kann.

Ein Workshop für „alte Hasen“ und Neue, die sich der Begegnung und Auseinandersetzung stellen und gemeinsam Strategien der Vermittlung erarbeiten wollen.

Die Arbeitsgruppe erwies sich als sehr heterogen. Die vier Frauen und sechs Männer unterschieden sich sowohl in ihrem Alter als auch in der Dauer ihrer Arbeit in der AIDS-Hilfe erheblich. Auf einer anderen Ebene wiederholte sich dies: es waren sehr „alte“ AIDS-Hilfen und sehr „neue“ AIDS-Hilfen vertreten. Diese großen Unterschiede bedingten eine spannende Diskussion, machten jedoch gleichzeitig deutlich, welchen Innenspannungen dieser Verband ausgesetzt ist. Schon bei der Sammlung der Ideen, Ansichten und Assoziationen der AG-TeilnehmerInnen wurde dies besonders sichtbar:

- Die Auseinandersetzung mit dem AG-Thema gehört zum Arbeitsalltag. Junge Leute oder NeueinsteigerInnen rütteln am Althergebrachten und stellen vieles immer wieder in Frage. Das sei einerseits gut gegen Verkrustungstendenzen, würde aber manchmal auch nerven (permanente

Neuerfindung des Rades).

- Ähnliches wiederhole sich in dem Verhältnis zwischen älteren und neuen AIDS-Hilfen (Ideologien, Erfahrungen, Finanzressourcen).
- Die Generationen in der AIDS-Hilfe sind nicht vom biologischen Alter zu trennen. Dabei sei innerhalb der AIDS-Hilfe zwischen den MitarbeiterInnen aus den 80ern und den 90ern zu differenzieren. Außerdem falle auf, daß junge positive Menschen wenig Interesse an AIDS-Hilfe-(Mit-)arbeit zeigten.
- Es gebe einerseits gewachsene AIDS-Hilfe-Werte, andererseits würde auch krampfhaft an alten Hüten festgehalten.
- Neue Themen stünden an.
- Es wurde der Abschied von alten AIDS-Hilfe-Idealen wie Selbsthilfe und „Familie“ prognostiziert. Der Trend gehe in Richtung professioneller Dienstleistungseinrichtungen.
- Man müsse sich von langjährigen MitarbeiterInnen verabschieden, sei es durch Ausstieg aus der Arbeit oder durch Krankheit und Tod.
- Während man sich in den 80ern mit dem „großen Sterben“ auseinanderzusetzen gehabt habe, gebe es heute mehr chronisch kranke Menschen mit HIV.
- AIDS sei in der öffentlichen Wahrnehmung aber auch innerhalb der Szenen kein Thema mehr.
- AIDS sei in der schwulen Szene noch Thema und Trauma, werde aber nicht mehr thematisiert.
- Der Selbsthilfegedanke sei bedeutungslos geworden, ehrenamtliches Engagement werde von den Professionellen als unerwünscht abgelehnt. Für langjährige MitarbeiterInnen, die den Selbsthilfekarakter geradezu als Teil ihrer beruflichen Identität integriert hätten, sei dies ein schmerzlicher Prozeß, der Trauer auslöse.
- Es gebe einen Wandel bei den Präventionsstrategien (einige Mitglieder arbeiten mit dem Faktor „Angst“ als Präventionsimpuls und brechen damit ein altes AIDS-Hilfe Tabu und zwingen den Verband, diese Position erneut zu überdenken, bzw. zu verteidigen).
- Trotz der These, daß AIDS normal geworden sei, zeige sich in der täglichen Arbeit, daß es keine Normalisierung gebe (Reaktion auf positives Testergebnis, Reaktionen der Umwelt...)
- Was ist für den Verband wichtig? Tradition und Innovation gehören zusammen. Ohne Tradition gibt es keine Innovation. Allerdings stimmten

viele alte Inhalte nicht mehr - neue Formen würden benötigt.

Die AG-TeilnehmerInnen plazierte sich mit den für sie jeweils drei wichtigsten Themen seit Beginn ihrer Tätigkeit auf einer Zeitachse von 1983 bis 1999. Es präsentierte sich ein beeindruckendes zeitliches und thematisches Spannungsfeld. Das früheste Einstiegsdatum in die AIDS-Hilfe Arbeit ging auf 1983 zurück, eine Teilnehmerin begann ihre AH-Arbeit wiederum erst 1999. Visuell erfahrbar wurde somit, wie sich die Geschichte der Organisation AIDS-Hilfe in den individuellen Biographien abzeichnet. Während die einen sieben oder gar noch mehr Jahre Zeit hatten, sich von einem Thema zum nächsten zu bewegen, mußten die anderen geradezu im Schnelldurchlauf sämtliche Facetten in zwei bis drei Jahren bewältigen.

Die gesammelten Themen waren sehr vielfältig und spiegelten die vielen Ebenen und Facetten von AIDS-Hilfe-Arbeit wider:

- persönliches bzw. berufliches Engagement
- hauptamtliche und/oder ehrenamtliche Mitarbeit
- positiver/negativer Serostatus oder ungetestet
- männlich, weiblich
- Schwule, Heteros, DrogengebraucherInnen, Angehöriger
- Ost- und Westdeutschland

Unbestreitbar ist, daß sich die nachfolgend aufgeführte Themensammlung natürlich nur durch die individuelle Schwerpunktsetzung der TeilnehmerInnen interpretieren läßt. Einige der prägnanten Themen der AIDS-Hilfe-Geschichte, wie z.B. die Testdebatte, wurden nicht genannt.

Hier ein Auszug aus den angeführten Themen:

- die Unwissenheit in den Anfangsjahren
- Emanzipation
- Gesundheit und Krankheit
- Sterben und Tod
- Sekundärprävention, Angehörigenarbeit
- Akzeptanz von Lebensweisen (auf persönlicher wie auf gesellschaftlicher Ebene)
- Ehrenamtlichkeit versus Hauptamtlichkeit
- Finanzierungsprobleme, Selbsthilfe DrogengebraucherInnen
- Strukturen in der AIDS-Hilfe
- MigrantInnenproblematik, Frauen und AIDS

Die anschließende Diskussion mündete in zwei Thesen:

1. Die Entwicklung von AIDS-Hilfe ging (analog zu anderen ähnlichen Orga-

nisationen) weg von der Selbsthilfe, hin zum professionellen Fachverband.

2. Da viele AIDS-Hilfen durch die öffentliche Hand gefördert werden und ihm Vergleich zu anderen Selbsthilfeorganisationen finanziell gut dastehen, sind sie z.T. zwischenzeitlich zufriedengestellt.

Betrachtet man diese Themenvielfalt und ihren geschichtlichen Werdegang bzw. ihre Veränderungen und projiziert man sie in die Zukunft, bietet sich für weitere Überlegungen folgender Dreischritt an:

1. Welche Themen gehören in den Sack der Geschichte?
2. Welche Werte und Themen wollen wir auch in die Zukunft mitnehmen bzw. was wollen wir erhalten?
3. Was brauchen wir an Neuem bzw. was müssen wir an Neuem annehmen, auch wenn es uns nicht paßt?

Beim Erarbeiten der folgenden Aufteilung (Tabelle auf der folgenden Seite) gab es viel Konsens, aber auch sehr individuelle Meinungen. Das ist nicht weiter unverständlich, schließlich führt die Auseinandersetzung mit spezifischen Themen zu Ergebnissen, die sich in quasi geschichtlichen Werten und Haltungen niederschlagen. Betrachtet man den unterschiedlichen zeitlichen und thematischen Hintergrund, so ist mancher Dissens geradezu vorprogrammiert. Daher gab es durchaus Fälle, in denen von einer/einem TeilnehmerIn ein Wert/Anspruch in den „Sack der Geschichte“ gesteckt werden sollte, andere TeilnehmerInnen ihn aber für essentiell hielten und ihn unbedingt behalten wollten.

Am Nachmittag begann die Arbeitsgruppe mit der Erarbeitung eines strategischen Projektes. Es wurden die beiden Themen „Internet – Macht und Hierarchie“ und „Verbands- und Kommunikationskultur“ vorgeschlagen. Beide Themen standen unter dem Aspekt der Traditionsbildung und Innovation. Die AG entschied sich für ein Projekt „Das 131. Mitglied – die virtuelle AIDS-Hilfe“ (siehe „Strategische Projekte“ in dieser Dokumentation).

Die Entscheidung hätte auch anders ausfallen können. Denn eines war allen klar: Man kann nur dann gemeinsam in die Zukunft gehen, wenn ein tragfähiger Konsens über die Vergangenheit besteht. Daher sollte in Zukunft auch die Vermittlung des Vergangenen nicht zu kurz kommen. Dies sollte allerdings nicht nur in der Vermittlung vermeintlich objektiver historischer Fakten geschehen, denn die Ebenen der Auseinandersetzung und Zusammenführung sind wesentlich vielfältiger und kontrastreicher. Das belegte alleine schon die Zusammensetzung dieser Arbeitsgruppe.

Es sind nicht nur die „Alten“ und die „Neuen“, die sich manchmal gegenüberstehen. Es sind auch die Schwulen und die Frauen, die Drogen- und Nicht-DrogengebraucherInnen, die kleinen und die großen AIDS-Hilfen, die alten und die neuen Bundesländer. Es wäre daher im Sinne einer verbesserten Vermittlungskultur wünschenswert, solche Möglichkeiten der Auseinandersetzung auch als Teil der Fortbildung dieses Verbandes einzurichten.

Gegen 18 Uhr wurde das Projekt den Moderatoren vorgestellt. Um 18.30 Uhr beendete die AG ihre Arbeit. Die Auseinandersetzung mit dem Thema, die intensive Arbeit und die Arbeitsatmosphäre wurde von allen TeilnehmerInnen gewürdigt.

Was gehört in den „Sack der Geschichte?“	Was wollen wir erhalten?	Was brauchen wir an neuem? Was müssen wir an neuem annehmen?
<ul style="list-style-type: none"> - Zuwendungsbescheide - AIDS-Hilfe als Familie - finanzielles Füllhorn, das sich über AIDS-Hilfe ergießt - alte Feindbilder - klassische Hauptbetroffenengruppen - Sonderstatus „AIDS-Hilfe“ - Omnipotenzanspruch - Betroffenenbeteiligung - Selbsthilfecharakter 	<ul style="list-style-type: none"> - Definitionsmacht - Selbstbestimmung - innere Beteiligung - Aktionsfähigkeit - Wissenschaftlichkeit - soziale Familie - strukturelle Prävention - Lebensweisenakzeptanz - Parteilichkeit - Auseinandersetzung mit Gesundheit und Krankheit - historisches Bewußtsein - kritisch, innovativ, kompetent zu sein - AIDS-Hilfe als Ort von und für Selbsthilfe - Koalition der unterschiedlichen Gruppen - ethische Grundsätze - sich weiterhin neuen Themen zu stellen 	<ul style="list-style-type: none"> - Leistungsverträge - Internet „Macht und Hierarchie“ - neue Organisationsformen - Migration - Erfolgskontrolle - Qualitätsmanagement - Qualitätsstandards - Wo müssen wir Kompromisse machen? - KooperationspartnerInnen - Aktionsfähigkeit - Konkurrenz mit anderen Anbietern auf dem Wohlfahrtsmarkt - Übernahme internationaler Verantwortung - Auseinandersetzung mit Medikalisierung - Ausdifferenzierung von Themen (Spezialisierung) - neue öffentliche Finanzierungsformen - Verbands- und Kommunikationskultur - Definitionsmacht wieder zu gewinnen

Auszüge aus der Abschlußdiskussion

Im Abschlußplenar wurden die Ergebnisse der AGs über die von der TeilnehmerInnen entwickelten strategischen Projekte dargestellt und diskutiert. Um Wiederholungen gegenüber den Protokollen der AGs zu vermeiden, geben wir hier lediglich Auszüge der kontroversen Diskussion zum Thema Qualitätsentwicklung in der AIDS-Hilfe-Arbeit wieder.

Michael Schuhmacher (Köln): Ich habe die Sorge, daß wir diese Qualitätsstandards und Projektentwürfe jetzt abheften und liegen lassen. Aber weil die Arbeit viel Spaß gemacht hat, würde ich sie gerne noch ein Stück weiterbringen. Das heißt, ich werde jetzt nach Köln zurückfahren, gucken, wer in unserer AIDS-Hilfe Lust zur Mitarbeit hat und der DAH über den Stand der Dinge berichten. Die Mitglieder der Arbeitsgruppe 4 möchte ich bitten, dasselbe zu tun. Was bereits an Papieren vorhanden ist, kann dann gleich mitgeschickt und von der DAH gesammelt werden. Natürlich sollten das alle hier Anwesenden tun, auch für die anderen gerade vorgestellten Projekte. Wenn die Arbeit erstmal begonnen hat, geht sie auch weiter.

Stefan Etgeton (DAH, Berlin): Das Qualitätsprojekt der Arbeitsgruppe 4 sehe ich als Rahmenprojekt für den Gesamtverband. Denn darin läßt sich einiges integrieren - zum Beispiel das Projekt zur interkulturellen Öffnung. Ich glaube allerdings, daß die interkulturelle Öffnung länger dauern wird als das Qualitätssicherungsprojekt. Andere Projekte sind sehr kleinteilig. Es sind alle Ebenen unserer Arbeit vertreten und es wurde deutlich, daß wir bereits Dinge nach dem Lindlahrschen Satz „Wir üben noch“ tun. Gleichzeitig sollten wir aber auch die Qualitätsdefinitionen, Standards oder Ziele dafür finden und eine eher strategische Ebene einschlagen. Auch das Internetprojekt könnte solch ein Qualitätsziel eines ganz bestimmten Aspektes unserer Medienarbeit sein.

Karl Lemmen (DAH, Berlin): Stefan, du gehst den dritten Schritt vor dem ersten. Ich fand diesen ersten Schritt der Arbeitsgruppe 4 klasse. Vor allem, weil das Projekt sehr realistisch geplant ist. Dahinter stehen eine ganze Menge Leute, die Lust an der Mitarbeit haben und es werden Hebammen gesucht. Es ist im Moment die Motivation da, etwas anzupacken, also laß' es uns anpacken und gucken, wie sich die anderen Dinge hinterher einordnen. Ansonsten wird das Projekt wieder zu groß. Das Thema Qualitätssicherung war bisher mit sehr vielen Widerständen besetzt, mit Ängsten und Abwehr. Dieser Widerstand ist jetzt aber gebrochen, und es wird gesagt, daß wir uns diesem Thema stellen wollen und Lust

darauf haben, weil es eben gar nicht so schrecklich ist, sondern auch eine interessante Herausforderung sein kann.

Peter von der Forst (Düsseldorf): Mein Hauptanliegen ist es, hier Dinge fest zu vereinbaren. Ich habe für die AIDS-Hilfe Düsseldorf zwei Interessen: Das eine ist die medizinische Rundreise zu Hepatitis. Könnte die Bundesgeschäftsstelle dieses Projekt anschieben? Eine regionale AIDS-Hilfe kann das nicht alleine organisieren, sondern sich nur beteiligen.

Das zweite ist, daß ich für Düsseldorf zusagen kann, daß wir gerne an der Qualitätssicherung mitarbeiten, weil sie uns ebenfalls drückt. Das Internet-Projekt ist auch sehr spannend. Diesbezüglich müßte es eine Koordination geben und Ideen gefunden werden, wie ein solches Projekt anzugehen ist. Das ist nicht in ein paar Tagen zu erledigen.

Ich möchte auch noch die Frage aufwerfen, mit welchen strategischen Elementen wir Trends begegnen, die sich gegen unsere Projekte oder uns als Projekt richten. Es gibt Trends, die nicht einfach nur Schicksal sind, sondern gegen die man etwas tun kann. Ich habe im Moment noch keine Idee, wie eine Fortsetzung oder ein Wiederaufgreifen verschiedener Diskussionsstränge möglich ist, ich möchte aber darum bitten, das noch einmal aufzugreifen.

Georg Harbs (Landesverband Hessen): Es gab nicht nur diese drei sehr konkreten Projekte „medizinische Rundreise“, „Qualitätssicherung“ und die sehr dringende Frage, was man nun im Bereich Internet schon tut, aber vielleicht nicht reflektiert, welche Rückwirkung das auf das konkrete AIDS-Hilfegeschehen hat. Für mich ist etwas anderes mindestens genauso wichtig. Ich hatte zum Beispiel bei der AG 3 die große Angst, daß es nur um, Angebotserweiterung im Sinne von weiteren Klientelgruppen oder Einschränkung des Spektrums auf die Kerngruppe geht. Gott sei Dank drehte sich die Debatte auf einmal nicht nur um Gruppen, sondern auch um die Frage, ob Qualität verbreitert, vertieft oder eingrenzt werden soll.

Diese Tagung stand ja unter dem Titel „AIDS-Hilfe - Unternehmen Zukunft?“ Wir haben auf dieser Fachtagung gezeigt, daß das Unternehmen AIDS-Hilfe ganz vielfältige Möglichkeiten hat, zu einem neuen Profil zu kommen. Nämlich darüber, die Veränderungen - die es einfach gibt - aufzugreifen und über Qualitätsdiskussionen, die auf einen Punkt gebracht werden müssen. Das heißt, künftig haben wir zum Beispiel den Bereich MigrantInnen, der uns Gott sei Dank zugefallen ist. Ohne ihn wäre auch hier bei dieser Fachtagung ziemlich viel an Inhalten weggebrochen.

Martina Klünter (Bonn): AIDS-Hilfe guckt immer und immer wieder, was sie schlecht macht, wo es hapert und wo es hakt. Ich habe nicht den Anspruch, unbedingt eine E-mail schreiben zu können, um gute Arbeit zu machen. - Ich muß jemanden kennen, der sie mir schreiben kann! Auch in der AG über leistungsorientierte Finanzierungsmodelle und Qualitätsmanagement war immer wieder Thema, wie schlecht wir unsere Arbeit verkaufen. Wir sollten stattdessen selbstbewußt auf unsere Arbeit schauen. Ich bin der Meinung, daß AIDS-Hilfen viele Sachen verdammt gut machen. Und die Sachen, die wir gut machen, sollten wir noch besser machen.

Réné Erber (AIDS-Hilfe Wuppertal): Kurz zu Martina. Das Selbstbewußtsein in AIDS-Hilfe ist vorhanden und kommt bei jeder Fachtagung immer wieder raus. Wir machen ziemlich viel ziemlich gut, aber gerade deshalb ist es wichtig, auch darauf hinzuweisen, wo die Probleme liegen. Denn es gibt auch ganz handfeste Probleme, die die tägliche Arbeit erschweren.

Wenn in Qualitätsdiskussionen ein eigenes Label gefordert wird, ist mir dieses Maß an Arroganz ein bißchen zuviel. Es gibt sicherlich gute Systeme, die man an AIDS-Hilfe anpassen kann, aber den ganzen wissenschaftlichen Background neu zu erfinden, wäre eine Überforderung für einen so relativ kleinen Verband. Diese Diskussionen wird auch in anderen Verbänden geführt, also auch bei uns im DPWV zum Beispiel. Wir müssen das Rad nicht wieder neu erfinden, um uns zu profilieren.

Philipp Schumann (AIDS-Hilfe Weimar): In der Diskussion um die Qualitätsziele hatten wir uns vorhin auf Ziele geeinigt. Ich halte die Idee, da etwas zu entwickeln, für gut. Aber ich sehe ganz deutlich die Gefahr, daß das sehr vielfältige Spektrum an sehr unterschiedlichen AIDS-Hilfen zu sehr in einen Topf geworfen wird. Ich sehe recht deutlich, daß dabei irgendwas verloren gehen oder ein- oder ausgegrenzt werden könnte. Diesem Problem müssen wir uns stellen und wir werden das auch sicherlich lösen.

Stefan Etgeton: Ich verstehe diesen Prozeß im Sinne eines Serviceangebots und nicht im Sinne einer Richtschnur, die festlegt, wer AIDS-Hilfe ist und wer keine AIDS-Hilfe mehr ist. Wenn dein kommunaler Zuwendungsgeber irgendwann mal kommt, dich unter Druck setzt und sagt, bitte definiere deine Leistung, dann hast du schon einen Zettel mit Formulierungsvorschlägen und muß nicht mehr alles selber erfinden. Vielleicht fehlt dann noch was von deiner Leistung, aber du hast zumindest schon mal Anregungen.

Achim Weber (Berlin): Es geht eben nicht darum, AIDS-Hilfe zu zertifizieren, es geht eben nicht darum, Sachen zu standardisieren, dann würde nämlich deine Befürchtung tatsächlich umgesetzt wer-

den. Es geht auch nicht um Qualitätssicherung, sondern es geht um Qualitätsentwicklung im Rahmen eines Qualitätsmanagement-Prozesses. Wir müssen aufpassen, welche Worte wir übernehmen, weil dadurch bereits jetzt schon eine ganze Menge definiert wird. Damit werden eine ganze Menge begründete Ängste ausgelöst. Ich hoffe aber, daß wir schon zwei Schritte weiter sind.

Teilnehmer: Wir sind in der Arbeitsgruppe davon ausgegangen, daß leistungsorientierte Finanzierungsmodelle kommen werden. Das bedeutet natürlich ein Stück weniger Flexibilität, darüber waren wir uns einig. Es geht uns aber gerade darum, da entgegnen zu steuern.

Zahra Mohammadzadeh: Bei der ganzen Verwaltungsreform und den Steuerungsmodellen für die Gesundheitsämter hat man sich die letzten zwei Jahre gefragt, ob die Qualitätssicherungsmerkmale umgesetzt werden. Auch wir mußten Produkte beschreiben und Ziele setzen. Diese ganze Diskussion kenne ich auch von Wohlfahrtsverbänden, die ebenfalls Qualitätsziele setzen mußten, sich aber ebenfalls dagegengewehrt haben. Es geht dabei aber auch ein Stück um Integration in das bestehende System.

Ich fühle mich ganz wohl hier und finde mich in allen AGs mit meinem Thema Migration wieder. Aber auch wenn im Rahmen dieser Qualitätssicherung und Kundenorientierung vieles festgeschrieben wird, kann das Thema Migration nicht pauschal und oberflächlich abgehandelt werden.

Philipp Schumann: Die allergrößte Gefahr mit dieser Leistungsbeschreibung und den Leistungsverträgen sehe ich darin, daß die AIDS-Hilfe damit ihre aktive Handlungskompetenz, wie dem Problem begegnet werden muß, an anderen Stellen aus der Hand gibt. Das Horrorszenario wäre für mich, daß irgendwo ein Katalog mit möglichen Leistungen der AIDS-Hilfe liegt und öffentliche Stellen dann daraus auswählen, was ihnen gefällt und was ihnen weniger gefällt. Wir könnten dann nicht mehr entscheiden, was sonst noch zu machen wäre.

Stefan Etgeton: Dieser Prozeß wird nicht ohne schmerzhaftes Element sein. Möglicherweise werde ich bei diesem Prozeß erkennen, daß in der Vergangenheit verschiedene Dinge nicht optimal gelaufen sind oder daß man Prioritäten falsch gesetzt hat. Dieser Schmerz bringt einen aber auch weiter. Wenn wir mit FinanzgeberInnen über Qualität reden, haben wir auch Einfluß darauf, wie diese Qualität aussieht. Denn Behörden wissen nur über Geld Bescheid, nicht aber über Qualität.

Michael Schuhmacher: Ich nehme den Punkt mit den Leistungsverträgen auf. Die gibt es nämlich schon für alles, was über BSHG abgerechnet wird, und sie wird es noch mehr geben. Die ganze Pflege ist ein Leistungsvertrag mit einem sehr differenzier-

ten Katalog. Wir sollten uns klar darüber sein, was wir verkaufen. Dann können wir damit auch gestalten. Ein Beispiel aus der AIDS-Hilfe Köln: Wir haben in den letzten Jahren die Selbsthilfe sehr projektorientiert aufgebaut. Es gab hier ein Projekt und da ein Projekt, dort wo es mit den Leuten Sinn machte. Plötzlich stieg dann aber der Beratungsbedarf an, weil viel mehr Menschen in der Selbsthilfe waren. Es gab dann die Diskussion, ob durch die vermehrten Beratungsgespräche weniger Zeit für Projekte da ist. Wir haben vier Wochen lang erfaßt, wie lange die Beratungsgespräche dauern und welchen groben Inhalt sie haben. Mit der Zahl und der Zeit, die dabei herausgekommen sind, konnte man folgende Diskussion führen: „Entweder ihr streicht ein paar Projekte, weil ihr so viel Zeit mit Beratung zubringt oder ihr überlegt, ob die Beratung anders abgewickelt werden kann.“

Meine Vision für AIDS-Hilfe 2000 ist, Gesundheitsprojekte auszubauen. Dabei verkleinert sich AIDS-Hilfe, aber das Wissen und die Fähigkeiten bleiben erhalten, weil wir die Projekte zusammenhalten und das Wissen in die neuen Gesundheitsprojekte mit rübernehmen. In Köln setzen wir mit der Gesundheitsagentur „Check Up“ einen Schwerpunkt im schwulen Bereich, im Drogenbereich versuchen wir zusammen mit dem Junkie-Bund ein Drogengesundheitsselbsthilfe-Zentrum umzusetzen, außerdem planen wir ein Frauen-Familien-Zentrum.

Peter Struck (AIDS-Hilfe Bielefeld): Wir haben seit drei Jahren Leistungsverträge und brauchen keine Angst davor zu haben. Wir haben die Erfahrung gemacht, daß sie Chancen bieten, die Arbeit nochmals anders darzustellen. Dieser Prozeß birgt allerdings auch ein paar Gefahren. Man kann beispielsweise in die Falle tappen, die eigenen Zielgruppen besonders dramatisch darstellen, damit man als soziale Einrichtung geachtet wird und weiterhin Gelder bekommt. Um Stigmatisierungen usw. zu vermeiden, tut AIDS-Hilfe gut daran zu überlegen, welche Begriffe in diesem Prozeß genannt werden.

Rainer Ratajczwak (AIDS-Hilfe Koblenz): Die AIDS-Hilfen in Rheinland-Pfalz sind alle keine großen Dienstleister, wir sind finanziell ganz schlecht ausgestattet und werden in Form von Globalzuschüssen bezuschußt. Wir haben uns ohne Druck von außen dazu entschlossen, bei uns im Lande so etwas wie eine Qualitätsentwicklung anzugehen. Auf uns wartet eine Menge Arbeit, und eine ganze Menge spannender Prozesse, und auf uns warten auch die Fragen, die wir hier in der Arbeitsgruppe angedacht haben: Was machen wir, was wollen wir überhaupt erreichen und ist das, was wir machen, für unsere Ziele geeignet und und und. Das Spannende ist nicht das Ergebnis, sondern der Prozeß selbst. Der Weg ist das Ziel. Wir wollen uns damit wappnen, bei anderen Finanzierungsmodellen unsere Arbeit weitermachen zu können. Es macht

mir Mut, daß es Leute gibt, die positive Erfahrungen mit anderen Finanzierungsformen gemacht haben.

Georg Harbs: Wir haben vor einem halben Jahr für einen unserer Arbeitsbereiche (betreutes Wohnen) Standards vorgelegt. Die erste Reaktion des Geldgebers war, daß er *unsere* Spurbeite an einen anderen Leistungsbereich angelegt hat. Wir haben also Qualitätsnormen vorgegeben. Mittlerweile aber legt der Geldgeber die Spurbreite des DPWV und der Arbeiterwohlfahrt an, weil sie mittlerweile auch alle Vorstellungen von traditionellen Standards haben. Wer als Kostenträger keine Ahnung hat, der greift zu dem, was seinen Konventionen am nächsten und am einfachsten ist. Für manche von denen sind wird im Gegensatz zu Wohlfahrtsverbänden relativ schwer eingängig. Deshalb muß man - wenn man eine Debatte mit eigenen Vorstellungen über Qualitätsentwicklung bestimmen will - erstens schnell sein und zweitens bündnisfähig zu anderen, die ebenfalls mehr wollen als nur die europäische Konvention.

.....

Simone Wehowiky (AIDS-Hilfe Dresden): Ich komme aus einer sehr kleinen AIDS-Hilfe und habe zwei Probleme. Zum einen, wie ich mich in eine Struktur einbringen kann, die schwer zu durchschauen ist und mir noch relativ fremd ist. Ein viel schwerwiegenderes Problem ist aber, daß es einen Konsens darüber zu geben scheint, daß große AIDS-Hilfen sagen, kleine AIDS-Hilfen würden wegbrechen. Wie soll ich da Zukunftsarbeit mitgestalten?

Teilnehmer: Ich möchte dazu aus Sicht einer größeren AIDS-Hilfe etwas sagen. Ich verstehe nicht woher das kommt, zu glauben, größere AIDS-Hilfen behaupteten, daß Dinge wegbrechen. Ich halte die Arbeit von Kleinen für sehr wichtig. Es gibt aber ganz große Unterschiede bei den Anforderungen an große und kleine AIDS-Hilfen. Das liegt an der jeweiligen Region und Situation. Da spielt eher eine Rolle, wie wir mit Trends gegen uns oder bestimmte AIDS-Hilfen umgehen. Dabei geht es darum, Solidarität und ein gemeinsames Handeln zu entwickeln.

Michael Schuhmacher: Es gibt einen einfachen Grund für solche Diskussionen: Es gibt sehr unterschiedliche AIDS-Hilfen. Manche arbeiten ehrenamtlich, andere sehr große funktionieren wie Dienstleistungsunternehmen. Im Verband wird aber immer noch die Position vertreten, wir müßten irgendwie alle gleich sein und alles zusammen machen. Genau das glaube ich eben nicht. Dazu ein Vorschlag: Es sollte auch für kleinere AIDS-Hilfen ein Arbeitstreffen geben, genauso, wie wir jetzt ein Geschäftsführertreffen sechs großer AIDS-Hilfen haben. So ein Arbeitstreffen macht Sinn, weil man

etwa gleiche Arbeitsbedingungen untereinander austauschen kann. Bei einem Geschäftsführertreffen aller AIDS-Hilfen in Nordrhein-Westfalen sind die Beteiligten so unterschiedlich, daß die Arbeit eher mühsam ist, als daß sie wirklich etwas bringt.

Simone Wehowiky: Ich nehme an, daß ich mich falsch ausgedrückt habe. Ich habe überhaupt keinen Anlaß, Kritik an großen AIDS-Hilfen zu üben. In meiner Arbeitsgruppe hatte ich gestern eben das Gefühl, daß große AIDS-Hilfen ganz klar wissen, was jetzt passiert und was sie tun werden. Ich fühle mich mit der virtuellen AIDS-Hilfe plötzlich in einen Prozeß eingebunden, der in mir das Gefühl ausgelöst hat, daß ich etwas befördere, was ich erstens nicht mit ganzem Herzen unterstützen kann, weil wir als kleine AIDS-Hilfe nicht bestehen werden. Das hat mir soviel Angst gemacht.

Andreas Pockrand-Fox (AIDS-Hilfe Bochum): Als ich die ersten Male mit großen AIDS-Hilfen oder mit Seminaren zu tun hatte, ging es mir genauso. Ich bin nach Hause gefahren und habe gedacht, daß wir ja gar nichts können und die anderen so tolle Sachen machen. Da muß man sich aber einfach auch mal den Bedarf anschauen: Der Bedarf in Dresden ist eben ein anderer, als der in Köln oder Berlin. Auch die Arbeit ist eine ganz andere: Andere haben 10 Stellen, die sich die Arbeit teilen - ich muß überall kompetent sein.

.....

Karl Lemmen: Es kann unter Umständen eine Qualität von AIDS-Hilfe sein, daß sie sich den regionalen Gegebenheiten anpaßt.

Zum Abschluß dieser Veranstaltung möchte ich allen Beteiligten danken, die zu ihrem Gelingen beigetragen haben. Mein persönliches Fazit: Ich fand sehr erfreulich, daß uns Matthias Wienold in seinem Referat so über den Klee gelobt hat. AIDS-Hilfe habe begriffen, daß AIDS/HIV etwas mit Medizin zu tun hat. Das ist zum Schluß leider weniger aufgetaucht, auch in den Szenarien nicht (nur in dem Hepatitis-Projekt). Meine Frage für die Auswertung ist, ob wir da etwas aus dem Blick verlieren oder ob es in der Arbeit schon genügend berücksichtigt ist.

Zum Thema Migration: Zahra, Du hast selbst gesagt, daß du hier viel guten Willen erlebst. Ich habe auch das Gefühl, daß es viel guten Willen gibt. Die Frage ist, in welche Form dieser Wille gegossen wird. Unabhängig von dieser Tagung sind bereits kleine Projekte auf dem Weg, für die Zukunft besteht da aber bestimmt noch Klärungsbedarf. Hinter dem Thema Migration steckt eine ungeheure Herausforderung. Wenn man sich darauf einläßt, geht es auch um die Frage, in welchen Bereichen man sich mit welchen Angeboten einlassen kann.

Als letzten Punkt: Wir sollten uns auch fragen, wie wir mit unserer Geschichte umgehen und wie wir sie vermitteln. Es gilt zu überlegen, was wir als AIDS-Hilfe unbedingt bewahren müssen, weil es unsere Identität als AIDS-Hilfe ausmacht. Davon wird letztendlich sicherlich auch die Qualität unserer Arbeit bestimmt und wir sollten in Zukunft darüber ein bißchen mehr nachdenken.

Kurzbeschreibung eines strategischen Projekts AG 1

**Obacht!
Satire!!**

<p>1. Projekttitlel Wir kriegen Dich!</p>
<p>2. Problem Prävention für Menschen, die nichts von uns wissen wollen, weil kulturelle und religiöse Vorbehalte Präjudikative erzeugen und die eschatologischen Aspekte der strukturellen Prävention nicht erkannt werden</p>
<p>3. Herausforderung an AIDS-Hilfe Strukturelle Prävention als einzig sinnstiftendes Element im Leben der Allgemeinbevölkerung verankern</p>
<p>4. Projektziele - Was soll durch dieses Projekt erreicht werden? Was soll evtl. verhindert werden?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sinnlosigkeit und Orientierungslosigkeit im Leben verhindern, spirituelle Lebensqualität erhöhen - Finanzierung der AH-Arbeit durch Sonntagskollekte, Rekrutierung motivierter, williger und billiger Arbeitskräfte - Fernziel: Anerkennung der AH als spiritueller Bewegung
<p>5. Projektplanung - Was soll konkret gemacht werden?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Unaufdringliche Präsentation der DAH-Botschaften <ol style="list-style-type: none"> 1. Aktion von Tür zu Tür. Aufsuchen der Haushalte mit der freundlichen Frage: „Dürfen wir Ihnen etwas zur strukturellen Prävention erzählen und einige Informationsschriften zur Erbauung dalassen?“ (Besuche wiederholen, bis Einlaß in die Wohnung gewährt wird) 2. Nutzung öffentlicher Räume, z.B. Fußgängerzonen, Bahnhofshallen etc.. Nonverbales Präsentieren geeigneter Info-Materialien durch leichtes Anheben: Heutiger Wissenstand, Informationen für Ledermänner, Wer lutscht schon gern ein Dental-Dam?
<p>6. Beteiligte Bereiche/Personen/Einrichtungen - Wer muß für eine Mitarbeit gewonnen werden?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Prinzipiell ist jede/r geeignet, der/die die Prinzipien der strukturellen Prävention verstanden hat und sie in Praxis lebt. Als TrainerInnen eignen sich Angehörige einer weltweit agierenden Gruppe, die schon heute aus unserem Stadtbild nicht mehr wegzudenken sind
<p>7. Welche Voraussetzungen gilt es zu klären? Die Voraussetzungen sind bereits vorhanden</p>
<p>8. Beginn und Ende des Projektes</p> <ul style="list-style-type: none"> - Beginn: sofort - Ende: Eschatologische Bewegungen haben keine Endpunkte

Kurzbeschreibung eines strategischen Projekts AG 1 (2)

<p>1. Projekttitle Landmännerkampagne</p>
<p>2. Problem Szeneferne Schwule und Schwule aus ländlichen Regionen werden von der üblichen Prävention unzureichend erreicht</p>
<p>3. Herausforderung an AIDS-Hilfe Neues Konzept für Primärpräventionen für Männer, die schwulen Sex praktizieren aber keine schwule Identität haben</p>
<p>4. Projektziele - Was soll durch dieses Projekt erreicht werden? Was soll evtl. verhindert werden?</p> <ul style="list-style-type: none"> - gezielt diese Zielgruppe erreichen, sie in einer Form ansprechen, die ihrer Lebenssituation entspricht - Handlungskompetenz in Risikosituationen stärken
<p>5. Projektplanung - Was soll konkret gemacht werden?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Heterotambroschüre erstellen - Kooperation mit den Pornokinoinhabern - Safer-Sex-Information für Männer: Inhalt heterosexuelle, bisexuelle und homosexuelle Safer-Sex-Praktiken, Verweis auf AIDS-Hilfe-Angebote
<p>6. Beteiligte Bereiche/Personen/Einrichtungen - Wer muß für eine Mitarbeit gewonnen werden?</p> <ul style="list-style-type: none"> - örtliche AIDS-Hilfen - heterogetarnte Pornokinos in mittleren, kleinen Städten - DAH (für Broschüre in Kooperation mit ländlichen AIDS-Hilfen)
<p>7. Welche Voraussetzungen gilt es zu klären?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Finanzierung der Broschüre über die DAH - Sicherstellung der Zusammenarbeit mit den Pornokinos
<p>8. Beginn und Ende des Projektes</p> <ul style="list-style-type: none"> - Erstellung Konzept und Broschüre: Sommer '99 - Durchführung: Oktober 99 bis März 2000

Kurzbeschreibung eines strategischen Projekts AG 1 (3)

<p>1. Projekttitle Interkulturelle Öffnung der AIDS-Hilfe-Arbeit</p>
<p>2. Problem</p> <ul style="list-style-type: none"> - defizitäre Versorgungsstrukturen für MigrantInnen - Zugangsbarrieren (extern und intern), Kommunikationshindernisse, transkulturelle Mißverständnisse
<p>3. Herausforderung an AIDS-Hilfe Interkulturelle Öffnung</p>
<p>4. Projektziele - Was soll durch dieses Projekt erreicht werden? Was soll evtl. verhindert werden?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Integration von MigrantInnen in bestehende Strukturen der Beratung und Betreuung - Einbeziehung und Einsatz von MigrantInnen (HauptamtlerInnen, EhrenamtlerInnen und Selbsthilfe) in die AIDS-Hilfe-Arbeit - Suchen, Ausbilden und Unterstützen von MultiplikatorInnen aus den Peer-Groups - Unterscheidungskompetenz zwischen Kultur und Bildung - MitarbeiterInnen müssen lernen eigene Grenzen zu setzen
<p>5. Projektplanung - Was soll konkret gemacht werden?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kommunikationsbarrieren abbauen (z.B. DolmetscherInnendienste) - Aufsuchende Arbeit in Unterkünften für Asylsuchende und Kriegsflüchtlinge, auch in Krankenhäusern und Justizvollzugsanstalten - Schulung von MitarbeiterInnen in Krankenhäusern, Knästen und AIDS-Hilfen - Publikationen, kulturspezifische Broschüren in verschiedenen Sprachen zum Umgang mit Sexualität
<p>6. Beteiligte Bereiche/Personen/Einrichtungen - Wer muß für eine Mitarbeit gewonnen werden?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Gesundheits- und andere Ämter - medizinisches Personal - Wohlfahrtsverbände - DAH - weitere freie TrägerInnen (z.B. Agisva/Communities) - Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
<p>7. Welche Voraussetzungen gilt es zu klären?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Finanzierung - Bereitschaft, sich dem Thema anzunehmen - Qualitätsziele
<p>8. Beginn und Ende des Projektes. Beginn: Sofort</p>

Kurzbeschreibung eines strategischen Projekts AG 2 (1)

<p>1. Projekttitlel AIDS global - global AIDS</p>
<p>2. Problem</p> <ul style="list-style-type: none"> - höchste Infektionsrate in 3. Welt - durch Migration auch deutsches Problem - Globalisierung der Kulturkreise - weltweite Strategien erforderlich
<p>3. Herausforderung an AIDS-Hilfe</p> <ul style="list-style-type: none"> - Globalisierung der AH-Arbeit - Solidarität über die Grenzen hinweg
<p>4. Projektziele - Was soll durch dieses Projekt erreicht werden? Was soll evtl. verhindert werden?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Austausch zwischen Ländern (Kulturen), voneinander lernen - gemeinsame Strategien entwickeln - Informationsdefizite beseitigen - gegenseitige Unterstützung befördern
<p>5. Projektplanung - Was soll konkret gemacht werden?</p> <ul style="list-style-type: none"> - internationales Forum einberufen - Inhalt: <ul style="list-style-type: none"> - Kulturkreis vorstellen - Präventionserfahrungen austauschen - Probleme benennen (sozial usw.) - Strategie entwickeln
<p>6. Beteiligte Bereiche/Personen/Einrichtungen - Wer muß für eine Mitarbeit gewonnen werden?</p> <ul style="list-style-type: none"> - AIDS-Hilfen oder ähnliche non-governmental-organisations weltweit - internationale Organisationen wie UN-AIDS
<p>7. Welche Voraussetzungen gilt es zu klären?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Finanzierung (Reisekostenerstattung) - Dolmetscher - für Dokumentation sorgen
<p>8. Beginn und Ende des Projektes</p> <ul style="list-style-type: none"> - für die Tagung: eine Woche Anfang 2000 - kein definiertes Ende, Folgetagungen u.U. erforderlich

Kurzbeschreibung eines strategischen Projekts AG 2 (2)

1. Projekttitle AIDS-Hilfe als Feld für Praxisforschung öffnen
2. Problem <ul style="list-style-type: none">- wir wissen nicht, was wir tun- wir verkaufen unsere Arbeit schlecht- wir lassen andere nicht teilhaben
3. Herausforderung an AIDS-Hilfe: <ul style="list-style-type: none">- im Wettbewerb gute Arbeit offensiv darstellen
4. Projektziele - Was soll durch dieses Projekt erreicht werden? Was soll evtl. verhindert werden? <ul style="list-style-type: none">- Entwicklung von 3 - 5 Praxisprojekten- Kooperation mit Hochschulen- Mut zum Hingucken / Evaluation der Arbeit
5. Projektplanung - Was soll konkret gemacht werden? <ul style="list-style-type: none">- Konzeptseminar- Beginn mit 3 - 5 kleinen Projekte- Publikation / Kongreßdarstellung der Ergebnisse- Auswertungsseminar
6. Beteiligte Bereiche/Personen/Einrichtungen - Wer muß für eine Mitarbeit gewonnen werden? <ul style="list-style-type: none">- DAH- Fachleute aus Mitgliedsorganisationen- interessierte WissenschaftlerInnen (mit Erfahrung in Praxisforschung)
7. Welche Voraussetzungen gilt es zu klären? <ul style="list-style-type: none">- Finanzierung- Freistellung / Vertretung der ForscherInnen
8. Beginn und Ende des Projektes <ul style="list-style-type: none">- Beginn: 1.9.1999- Ende: 31.08. 2000

Kurzbeschreibung eines strategischen Projekts AG 3

<p>1. Projekttitlel</p> <p>Medizinische Rundreise Hepatitiden</p>
<p>2. Problem</p> <ul style="list-style-type: none"> - steigende Zahl von Co-Infektionen (Kombinationstherapie AIDS/HEP) - mangelnde Kompetenz in der Beratung in diesem Zusammenhang/Wissensdefizit - noch größeres Spektrum der „Klientel“
<p>3. Herausforderung an AIDS-Hilfe</p> <ul style="list-style-type: none"> - Steigende Nachfrage nach Beratung HEP/HIV/PEP - Forderung nach sehr guter Kompetenz - Ressourcenmanagement - Ausbau von Medienarbeit
<p>4. Projektziele - Was soll durch dieses Projekt erreicht werden? Was soll evtl. verhindert werden?</p> <ul style="list-style-type: none"> - MultiplikatorInnen kompetent machen - Ressourcenmanagement - Öffentlichkeit herstellen - Serviceangebot der AH - Kooperation initiieren (Vernetzung/Integration der Selbsthilfe)
<p>5. Projektplanung - Was soll konkret gemacht werden?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Konzeptseminar - Bedarfsanalyse (dreitätiges Seminar)
<p>6. Beteiligte Bereiche/Personen/Einrichtungen - Wer muß für eine Mitarbeit gewonnen werden?</p> <ul style="list-style-type: none"> - regionale AIDS-Hilfen - DAH - interessierte Vereine und Verbände - Drogenselbsthilfe - Selbsthilfe / Transfusion - Frauen aus dem Osten - HEP-Forum - kompetente ReferentInnen
<p>7. Welche Voraussetzungen gilt es zu klären?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Finanzierung über Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Co-Infektion), SponsorInnen (Pharmaindustrie)
<p>8. Beginn und Ende des Projektes</p> <ul style="list-style-type: none"> - Projektanträge, Konzeption: bis Ende 1999 / Start: 1. Quartal 2000

Kurzbeschreibung eines strategischen Projekts AG 4

<p>1. Projekttitlel IQ 2001</p>
<p>2. Problem Leistungsorientierte Finanzierungsmodelle erfordern die Benennung von Qualitätszielen und Qualitätsmanagement</p>
<p>3. Herausforderung an AIDS-Hilfe Qualität der Arbeit in gemeinsamen Qualitätszielen formulieren</p>
<p>4. Projektziele - Was soll durch dieses Projekt erreicht werden? Was soll evtl. verhindert werden?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Qualitätsziele selbst definieren - Qualität transparent und beschreibbar machen - Vorbereitung auf neue Finanzierungsformen - Image-Verdeutlichung - Sicherstellung des Qualitätsentwicklungsprozesses
<p>5. Projektplanung - Was soll konkret gemacht werden?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Initiierung eines ersten Treffens von Erfahrenen und Interessierten - Sammeln und Zuverfügungstellen von Unterlagen und Dokumenten aus Mitgliedsorganisationen - Festlegung des Verfahrens / Einbeziehung externer Fachleute - Motivation der Mitgliedsorganisationen
<p>6. Beteiligte Bereiche/Personen/Einrichtungen - Wer muß für eine Mitarbeit gewonnen werden?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mitgliedsorganisationen (inclusive Innenleben) - BGS - LV's der DR - FB's - DPWV - evtl. externe BeraterInnen
<p>7. Welche Voraussetzungen gilt es zu klären?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Finanzierung des ersten Treffens sicherstellen - verbandliche Befürwortung des Verfahrens
<p>8. Beginn und Ende des Projektes</p> <ul style="list-style-type: none"> - „Hebammen“: sofort - richtiger Start: Herbst 1999 - Dauer: bis Herbst 01

Kurzbeschreibung eines strategischen Projekts AG 5

<p>1. Projekttitle</p> <p>Das 131ste Mitglied: die virtuelle AH</p>
<p>2. Problem</p> <p>AIDS-Hilfe verschläft eine technologische Entwicklung und verliert damit u.a. an Definitionsmacht</p>
<p>3. Herausforderung an AIDS-Hilfe</p> <ul style="list-style-type: none"> - Zielgruppen weiterhin erreichen bzw. neu erreichen - sich der Diskussion um neue Medien stellen / Abklärung von Inhalten
<p>4. Projektziele - Was soll durch dieses Projekt erreicht werden? Was soll evtl. verhindert werden?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Möglichkeiten und Grenzen des Internet ausloten - Schadensbegrenzung - Definitionsmacht erhalten/gewinnen - Verzahnung von virtueller AIDS-Hilfe und AIDS-Hilfe vor Ort
<p>5. Projektplanung - Was soll konkret gemacht werden?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Einsetzung einer Projektgruppe (6 Monate / Fachbeirat) - Entwurf/Thesenpapier zur „virtuellen AIDS-Hilfe“ - technische Fragen <ul style="list-style-type: none"> - Angebotsstruktur - Datenschutz - Ethik - Marktfähigkeit - Hierarchie - juristische Fragen - AlltagsexpertInnen befragen /einbinden
<p>6. Beteiligte Bereiche/Personen/Einrichtungen - Wer muß für eine Mitarbeit gewonnen werden?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Internet-ExpertInnen, UserInnen, Vorort-ArbeiterInnen, EthikerInnen, - KooperationspartnerInnen der AIDS-Hilfe - Mitgliedsorganisationen mit Interneterfahrung
<p>7. Welche Voraussetzungen gilt es zu klären?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Finanzen
<p>8. Beginn und Ende des Projektes</p> <ul style="list-style-type: none"> - 6 Monate Projektgruppe: 6 bis 12/99 - Einbringung in die Verbandsghremien: 1 bis 6/2000 - Umsetzung im Internet: 1 - 7/2000

