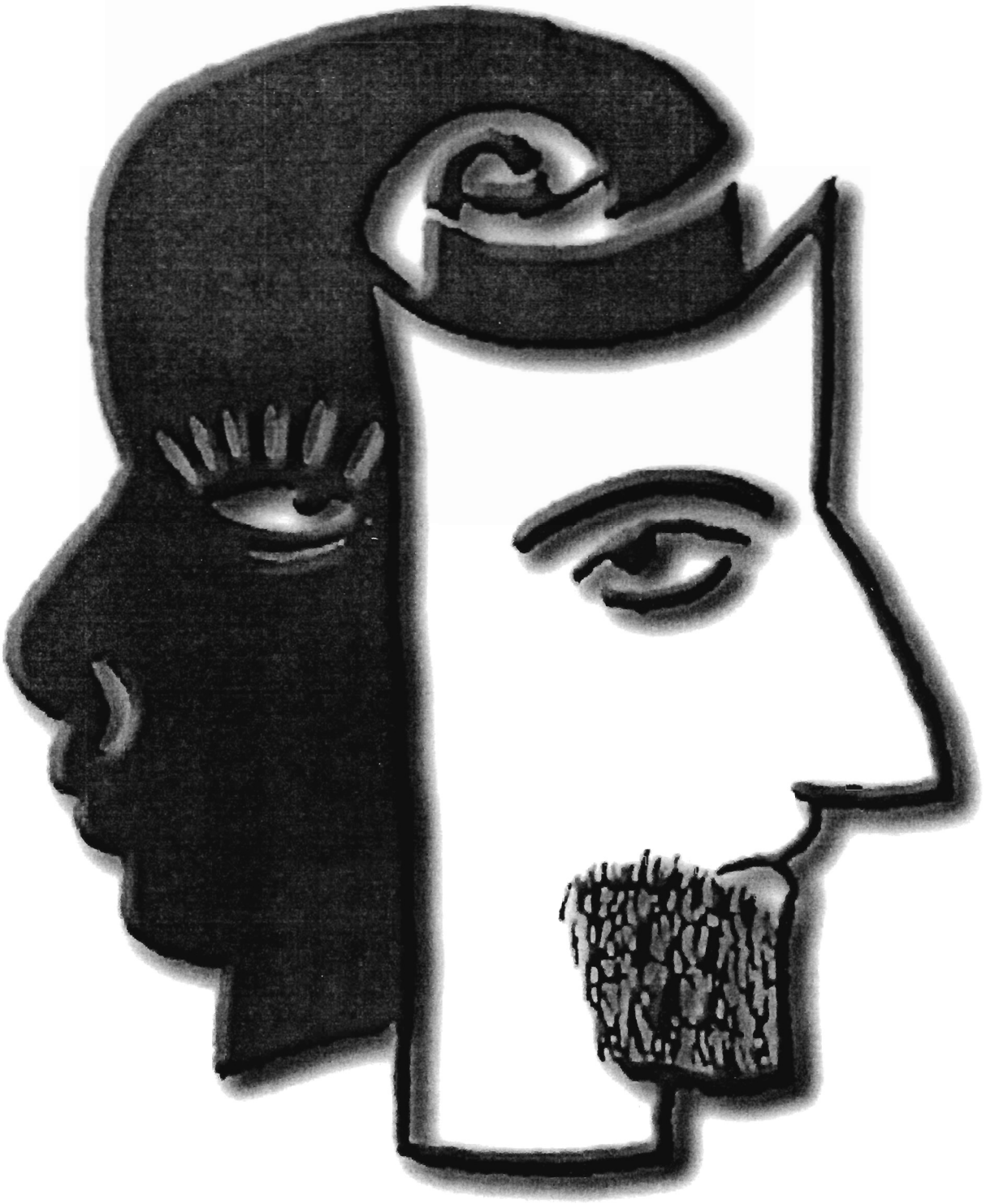


DER KLEINE UNTERSCHIED
Frauen - Männer - AIDS

Dokumentation der Präventionskonferenz der DAH

Düsseldorf, August 2000

Impressum

©Deutsche AIDS-Hilfe e.V.
Dieffenbachstr. 33, 10967 Berlin
Internet: http://www.aidshilfe.de
E-mail: dah@aidshilfe.de

Redaktion: Annette Fink
Fotos: Mara Seibert
Layout: Dennis Kusitzky

Spendenkonto der Deutschen AIDS-Hilfe e.V.
Berliner Sparkasse, Konto-Nr. 220 220 220, BLZ 100 500 00

Die Deutsche AIDS-Hilfe ist als gemeinnützig und besonders förderungswürdig anerkannt. Spenden sind daher steuerabzugsfähig.

Dezember 2000

Inhaltsverzeichnis

TAGUNGSPROGRAMM 4

BEGRÜSSUNG DURCH DEN VORSTAND DER DEUTSCHEN AIDS-HILFE 4

Impulsreferate 7

SELBST UND FREMDWAHRNEHMNUNG BEI MÄNNERN UND FRAUEN ODER: WIE NEHMEN SICH FRAUEN WAHR? 7

MANNSEIN, SCHWULSEIN UND AIDS-HILFE 12

DIE FALLEN DER GESCHLECHTSSPEZIFISCHEN SOZIALISATION 16

DIE AUSWIRKUNGEN DER NORMALISIERUNG VON AIDS AUF DIE PRIMÄRPRÄVENTION 22

DIE LEBENSSITUATION VON FRAUEN MIT HIV UND AIDS IN DEUTSCHLAND 28

Berichte aus den Workshops 33

FRAUENWELTEN; MÄNNERWELTEN 33

FRAUEN; DIE AUS DER ROLLE FALLEN 37

MÄNNER UND FRAUEN – MACHT UND OHNMACHT? 39

BERATUNG VON FRAUEN IN DER AIDS-HILFE 44

„FRAUEN UND DAS ‚HOHELIED' DER STRUKTURELLEN PRÄVENTION" 47

FRAUEN UND SCHWULE – VON DER UNMÖGLICHKEIT EINES VERHÄLTNISSES 52

WIE KONNTE MIR DAS PASSIEREN? 57

GESUNDHEITSFÖRDERUNG BEI FRAUEN: EIN BLICK IN DIE ZUKUNFT 64

Präsentation und Diskussion der Arbeitsergebnisse 72

Anhang 77

GESCHLECHT; SEXUALITÄT UND HIV/AIDS: DAS WAS; DAS WARUM UND DAS WIE Geeta Rao Gupta, PhD 77

Vorwort

Hiermit legen wir die Dokumentation der im August 2000 in Düsseldorf veranstalteten Präventionskonferenz „Der kleine Unterschied. Frauen – Männer – AIDS" der Deutschen AIDS-Hilfe e.V. vor. Sie präsentiert zum einen das Programm und das Grußwort von Dirk Meyer, der auf die Ziele und den inhaltlichen Hintergrund der Konferenz eingeht, die Impulsreferate, zum anderen die Berichte aus den Workshops und die hierzu beantworteten Fragebögen, die Diskussion der Arbeitsergebnisse sowie die wesentlichen, aus der Konferenz resultierenden Thesen. Was sie nicht erfassen kann, ist die lange Phase der Vorbereitung – und schon gar nicht das ausgezeichnete Arbeitsklima, das in Düsseldorf herrschte. Deshalb möchte ich an dieser Stelle, als einer jener, die an der Vorbereitung beteiligt waren, ein paar Worte dazu verlieren.

Die Idee, „Frauen und AIDS" unter dem Titel „AIDS hat ein Geschlecht" zu einem Schwerpunktthema zu machen, brachte die damalige DAH-Frauenreferentin Mara Seibert 1998 im Rahmen der Entwicklung des politischen Haushalts für das Folgejahr ein – dies mit der Perspektive, das Thema im Jahr 2000 in eine Präventionskonferenz münden zu lassen.
Das Ziel dabei war, einen Gegenstand, der im DAH-Verband bisher eher eine Randstellung eingenommen hat, mit allen seinen Facetten in den Mittelpunkt zu rücken und sich verbandspolitisch zu positionieren. Vor allem sollten eine handlungsleitende Definition für die „Zielgruppe Frauen" erarbeitet und unsere bisherigen Präventionsansätze in diesem Bereich unter die Lupe genommen werden, um sie auf ihre Eignung zu überprüfen. Ein weiteres Anliegen war, aufzuzeigen, wo im DAH-Verband wie auch in der Gesellschaft strukturelle Veränderungen notwendig sind.

Ursprünglich war vorgesehen gewesen, auf der Präventionskonferenz der Frage: „Auf welch besondere Weise sind Frauen von AIDS betroffen?" nachzugehen und die Frauenarbeit des DAH-Verbandes auf den Prüfstand zu stellen. Im Laufe der Zeit mehrten sich jedoch die Stimmen, die befürchteten, die Konferenz würde dann zu einer reinen „Frauensache" werden und könne es folglich nicht leisten, die notwendige Brücke hin zu den Männern zu schlagen. Wir griffen die Anregung auf, die Konferenz inhaltlich um die Aspekte „geschlechtsspezifische Präventionsarbeit" und „das Verhältnis der Geschlechter im AIDS-Kontext" zu erweitern, um so eine ausgewogene Mischung aus weiblichen und männlichen Teilnehmern zu erreichen. Diesem Wunsch wollten wir auch durch die Wahl des Konferenztitels „Der kleine Unterschied. Frauen – Männer – AIDS" zum Ausdruck bringen. Konsequenterweise haben wir uns in der Planungsphase auch von der Idee verabschiedet, Workshops „nur für Frauen" oder „nur für Männer" anzubieten. Alle Workshops wurden so konzipiert, dass sie beide Geschlechter ansprachen.

Wer nicht an der Präventionskonferenz teilgenommen hat, kann nun anhand der Dokumentation prüfen, inwieweit es gelungen ist, im komplexen Feld „Frauen und AIDS" oder „Frauen – Männer – AIDS" zu richtungsweisenden Ergebnissen für die Konzeptentwicklung und für praktisches Handeln zu kommen. Zugleich möchten wir zu bedenken geben, dass ein Wochenende viel zu kurz ist, um alle Aspekte, die das umfangreiche Programm vorsah, ausreichend auszuleuchten. Dieser Mangel wurde „wettgemacht" durch die überaus gute Atmosphäre, zu der die Arbeit in den Workshops und nicht zuletzt die Annehmlichkeiten des Astron-Hotels entscheidend beigetragen haben.

Die Präsentation und Diskussion der Arbeitsergebnisse am letzten Tag verstärkte bei den Anwesenden die Aufbruchstimmung, die während der gesamten Konferenz geherrscht hatte. Wir hoffen, dass der spürbare Wunsch der Teilnehmer/innen, auf dem Gebiet „Frauen und AIDS" neue Ufer zu erkunden und effektive Arbeit zu leisten, durch die Lektüre der vorliegenden Dokumentation verstärkt wird, und dass sie bei jenen, die nicht dabei waren, dazu anregt, (erneut) über dieses Arbeitsfeld nachzudenken. In diesem Zusammenhang sei auch auf den hervorragenden Beitrag „Geschlecht, Sexualität und HIV/AIDS: das Was, das Warum und das Wie" verwiesen, den Geeta Rao Gupta auf der XIII. Internationalen AIDS-Konferenz in Durban/Südafrika gehalten hat (siehe Anhang).

Abschließend möchte ich mich im Namen der Deutschen AIDS-Hilfe e.V. bei allen Beteiligten bedanken – ganz besonders bei Mara Seibert, unserer damaligen Frauenreferentin und Cori Tigges: Sie waren es, die für eine Präventionskonferenz zum Thema Frauen und AIDS gekämpft hatten. Gedankt sei auch Claudia Fischer, die ein exzellentes Arbeitspapier in die bundesweite Vorbereitungsgruppe eingebracht hat. Dieser Gruppe, die sich zweimal traf, gebührt ebenfalls Dank, hat sie doch aus einer Überfülle von Inhalten gemeinsam mit dem Vorbereitungsteam der DAH-Bundesgeschäftsstelle ein praktikables und schlüssiges Konferenzprogramm erstellt. Ohne Cori Tigges – betraut mit der Suche und dem Briefing von Referent(inn)en und Moderator(inn)en sowie der technischen Organisation – wäre die Konferenz gewiss nicht so erfolgreich verlaufen. Deshalb sei ihr – wie all den anderen, die Mara Seibert am Ende der Konferenz namentlich erwähnte – an dieser Stelle nochmals ein herzliches Dankeschön ausgesprochen.

Berlin, Februar 2001

Rainer Schilling

DER KLEINE UNTERSCHIED. FRAUEN – MÄNNER – AIDS

Präventionskonferenz der Deutschen AIDS-Hilfe e.V.

In den Präventionskonferenzen der letzten Jahre hat die AIDS-Hilfe ihr Engagement im Schwulen- und Drogenbereich unter die Lupe genommen. Nun soll die Frauenarbeit auf den Prüfstand: Es ist höchste Zeit, sie auf breiterer Ebene als bisher zu diskutieren und sich als AIDS-Hilfe in diesem Feld – gegebenenfalls neu – zu positionieren.

Ausgangspunkt der Diskussion ist nach wie vor, dass es Frauen gibt, die von HIV und AIDS in besonderer Weise betroffen sind. Auf diese Tatsache reagierte die Deutsche AIDS-Hilfe in der Vergangenheit, indem sie „Frauen in besonderen Lebenslagen" als weitere Betroffenengruppe neben Schwule und Drogengebraucher/innen setzte. Schnell wurde jedoch deutlich, dass dies allein nicht ausreicht, um angemessene Präventionsstrategien und Arbeitsansätze zu entwickeln. Zudem wurden die AIDS-Hilfen durch die besondere Lebenssituation HIV-infizierter oder an AIDS erkrankter Frauen vor neue Aufgaben gestellt. Damals wie heute gilt, dass die Arbeit für und mit Frauen im Kontext AIDS dazu auffordert, sich mit gesellschaftlichen Strukturen und geschlechtsspezifischen Rollenzuschreibungen auseinander zu setzen.

Die beschworene „Dreierallianz: Schwule, Dogengebraucher/innen, Frauen" ist von Anfang an ein schwieriges und immer wieder erklärungsbedürftiges Konstrukt gewesen. Die in den AIDS-Hilfen engagierten Frauen haben diese Organisationen zwar durchaus als eine in ihren Ursprüngen „schwule Antwort" auf die AIDS-Krise gesehen und anerkannt. Zugleich aber legen sie nach wie vor großen Wert darauf, dass die Rolle der Frauen in diesem Bezugsrahmen nicht unterschätzt oder gar übersehen wird.

Die Präventionskonferenz lädt ein zu einer Diskussion über den Stellenwert und die Ausrichtung der Frauenarbeit im Verband Deutsche AIDS-Hilfe. Gemeinsam wollen wir uns mit den geschlechtsspezifischen Unterschieden im präventiven Verhalten sowie im Leben mit HIV/AIDS beschäftigen und die Möglichkeiten wie auch die Grenzen einer geschlechtsbezogenen Präventionsarbeit ausloten. Im Mittelpunkt stehen somit das soziosexuelle Verhältnis zwischen Männern und Frauen (nicht nur) in den Zeiten von AIDS und die daraus resultierenden Spannungen – auch was das gemeinsame Arbeiten in den örtlichen AIDS-Hilfen anbetrifft.

TAGUNGSPROGRAMM

Freitag, 25. August 2000

ab 15.00 Uhr	Anreise, Kaffee und Kuchen
16.00– 16.30 Uhr	Begrüßung durch Dirk Meyer, DAH-Vorstand Vorstellung des Programms
16.30–16.45 Uhr	Impulsreferat: *Selbst- und Fremdwahrnehmung bei Frauen und Männern* (Margret Reipen, Mannheim)
16.45-17.00 Uhr:	Impulsreferat: *Mannsein, Schwulsein und AIDS-Hilfe* (Michael T.Wright, Berlin)
17.00–17.20 Uhr	Pause
17.20–17.35 Uhr	Impulsreferat: *Die Fallen der geschlechtsspezifischen Sozialisation* (Elfriede Steffan, Berlin)
17.35–17.50 Uhr	Impulsreferat: *Die Auswirkungen der Normalisierung von AIDS auf die Prävention* (Rolf Rosenbrock, Berlin)
17.50–18.10 Uhr	Impulsreferat: *Die Lebenssituation von Frauen mit HIV/AIDS* (Claudia Fischer, Berlin)

Samstag, 26. August 2000

10.00–13.00 Uhr	Arbeit in fünf parallelen Workshops
13.00–15.00 Uhr	Mittagessen und Pause
15.00–18.00 Uhr	Arbeit in fünf parallelen Workshops

Sonntag, 27. August 2000

10.00–13.00 Uhr	Plenum: Präsentation und Diskussion der Arbeitsergebnisse
13.00 Uhr	Brunch, anschließend Abreise

WORKSHOPS

Identitäten

***Frauenwelten, Männerwelten** – halbtägiger Workshop*
Das Leben mit dem Virus gestaltet sich für jeden infizierten Menschen anders. Was für den einen einfach scheint, ist für die andere ein großes Hindernis. Und es gibt wohl auch geschlechtsspezifische Unterschiede im Umgang mit der Infektion: Wie leben und erleben Frauen ihre Sexualität, und wie sieht dies bei den Männern aus? Welche Rolle spielt die HIV-Infektion bei der Wahl des Partners oder der Partnerin? Inwieweit unterscheiden sich hier die Frauen von den Männern?

Der Workshop dient dem Austausch über die unterschiedlichen „Erlebniswelten" und soll das gegenseitige Verständnis der Geschlechter fördern.

***Frauen, die aus der Rolle fallen** – halbtägiger Workshop*
Frauen fallen durch ihre HIV-Infektion, durch das Ausleben ihrer Sexualität oder durch Drogenkonsum aus der Rolle. Sie entsprechen nicht dem Bild der „normalen" Frau. Oder es wird von ihnen verlangt, aus dem Rahmen zu fallen. Lust und Rausch genießen, Sexualität selbstbestimmt leben, selbstbewusst sein oder ein positives Selbstbild haben: all das ist „untypisch für Frauen". HIV-infizierte und/oder Drogen konsumierende Frauen werden jedoch auch recht gern zu Opfern stilisiert oder als Skandalnudeln abgestempelt.

Der Workshop will zu einer Diskussion um das Selbstbild von Frauen anregen. Es gilt, die Opferrolle aufzubrechen und gesellschaftliche Zuschreibungen (wie z.B. „wilde" oder „verrückte" Frau) kritisch zu hinterfragen.

Frauen und AIDS-Hilfe

***Männer und Frauen – Macht und Ohnmacht?** – halbtägiger Workshop*
Welche Rollen haben Frauen in der AIDS-Hilfe? Und wie werden sie wahrgenommen: als Kolleginnen, Freundinnen, Emanzen, Furien oder Schwulenmuttis? Unterschiedliche Bilder und Vorstellungen wie auch Konkurrenz- und Machtverhältnisse bestimmen das Miteinander im Arbeitsalltag. Dies gilt aber ebenso für den Umgang von Frauen mit Frauen. Was die viel beschworene Solidarität anbelangt, kommt es dabei recht schnell zu Diskrepanzen zwischen Anspruch und Wirklichkeit.
Im Workshop soll beleuchtet werden, wie Frauen von den Männern in der AIDS-Hilfe „gesehen" werden. Wir wollen uns mit Machtaspekten und Rollenzuschreibungen auseinander setzen, aber auch der Frage nachgehen, welche Tabus und Konflikte es unter den Frauen gibt.

***Beratung von Frauen in der AIDS-Hilfe** – halbtägiger Workshop*
Oft ist unklar, welchen Beratungsbedarf Frauen haben und welche Angebote für sie attraktiv sind. Vielleicht werden ja auch Angebote gemacht, die gar keine Frau in Anspruch nehmen will. Oder man geht von falschen Voraussetzungen aus, z.B. jener, dass Frauen immer nur von Frauen beraten werden möchten.

Welche Angebote hält die AIDS-Hilfe für Frauen vor? Und sind die Angebote auf die Bedürfnisse von Frauen zugeschnitten? Welche Möglichkeiten gibt es für Frauen, sich selber zu engagieren, und welche Kompetenzen können sie dabei einbringen (z.B. als HIV-Infizierte, als Drogen Gebrauchende)? Was macht überhaupt die besondere Beratungskompetenz für die Arbeit mit Frauen aus? Mit diesen Fragen wollen wir uns im Workshop befassen.

***Frauen und das „Hohelied" der strukturellen Prävention** – halbtägiger Workshop*
Strukturelle Prävention hat auch einen emanzipatorischen Anspruch. Heißt das, dass die AIDS-Hilfe Frauen emanzipieren will und/oder ob Frauen die AIDS-Hilfe als einen Ort ihrer Emanzipation ansehen? Zu klären ist, welche Frauen die AIDS-Hilfe anspricht bzw. für welche Frauen sie sich zuständig fühlt.

Andererseits gibt es in der Prävention keine klare Arbeits-teilung zwischen der BZgA und der DAH. Die AIDS-Hilfe erklärt sich für „Frauen in besonderen Lebenslagen" (z.B. Partnerinnen bisexueller oder Drogen gebrauchender Männer) zuständig, die BZgA hingegen wendet sich an Frauen der so genannten Allgemeinbevölkerung. Diese Aufteilung ist problematisch, da sie nicht in jedem Fall dem entspricht, wie sich Frauen selbst wahrnehmen. Es besteht die Gefahr, dass Frauen nicht angemessen oder gar nicht erreicht werden.

In diesem Spannungsfeld will der Workshop zu klären versuchen, ob das Konzept „strukturelle Prävention" hier greift und wie eine erfolgreiche Aufgabenteilung bzw. Zusammenarbeit in der Prävention aussehen könnte.

***Frauen und Schwule: von der (Un-)Möglichkeit eines Verhältnisses** – halbtägiger Workshop*
Seit Beginn der AIDS-Krise haben Frauen und Schwule in den AIDS-Hilfen zusammengearbeitet. In der Betreuung und Pflege jedenfalls dürften Frauen, vor allem ehrenamtlich tätige, schon immer überrepräsentiert gewesen sein. Ingesamt scheint die AIDS-Hilfe – auch wenn vielfach männerdominiert, und dies vor allem auf der Leitungsebene – für Frauen ein attraktiver Arbeitsplatz zu sein. Die meisten fühlen sich in der Gesellschaft von Schwulen wohl. Die (meist schwulen) Vorstände oder Geschäftsführer wiederum stellen gerne Frauen ein und erhoffen sich durch das „weibliche Element" einen positiven Einfluss auf das Arbeitsklima.

Scheinbar besteht kein beiderseitiges sexuelles Interesse. Was aber verbirgt sich hinter der gegenseitigen Anziehung? Wofür brauchen sich Frauen und Schwule? Dieser Frage wollen wir in diesem Workshop nachgehen.

Primärprävention

***Wie konnte mir das passieren?** – ganztägiger Workshop*
Wie äußern Frauen ihre sexuellen Wünsche und Bedürfnisse, und wie tun dies die Männer? Was machen Frauen, wenn Männer kein Kondom benutzen wollen? Die „geglückte" sexuelle Begegnung: Welche Bilder hiervon herrschen in den Köpfen von Frauen, und wie sehen sie bei den Männern aus? Wird das „Aushandeln" der sexuellen Begegnung von der geschlechtsspezifischen Erziehung bestimmt? Was verliert die Frau, wenn (k)ein Kondom benutzt wird, und was der Mann? Ist die „geglückte Erektion" tatsächlich nur für den Mann wichtig? Monogamie, Treue und Vorleben: Gibt es hierzu „typisch weibliche" und „typisch männliche" Haltungen und Urteile? Gibt es so etwas wie eine weibliche und männliche Kommunikation, die das sexuelle Miteinander bestimmt?

In diesem Workshop wollen wir uns damit beschäftigen, durch welche Einflüsse es beim Heterosex zu Risiko-situationen kommt und wie jede Seite ihre Wünsche und Bedürfnisse formuliert und durchsetzt.

Gesundheitsförderung

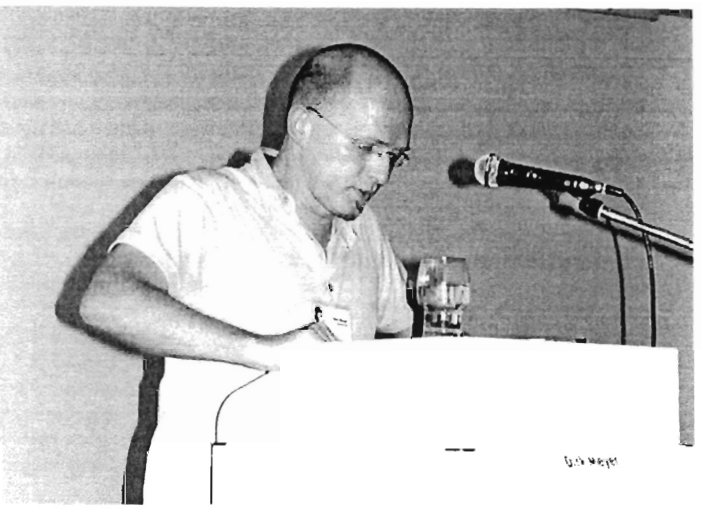
Gesundheitsförderung bei Frauen – ein Blick in die Zukunft– *ganztägiger Workshop -*
Zu Beginn der siebziger Jahre prägte sich in der Frauen-bewegung ein geschärftes Bewusstsein für die Notwendigkeit aus, Gesundheit aus weiblicher Sicht zu definieren. In vielen europäischen Ländern entstanden in der Folge zahlreiche Initiativen und Organisationen. Strategien und Arbeits-methoden wurden entwickelt mit dem Ziel, auf breiter Ebene über weibliche Gesundheit aufzuklären und bei Einrich-tungen der Gesundheitsversorgung auf Veränderungen zu dringen, um den Bedürfnissen von Frauen gerecht werden zu können. Zugleich wurde betont, dass weibliche Gesundheit immer im Zusammenhang mit der Lebenswelt der Einzelnen zu sehen ist.

Weibliche Gesundheit wird, wie die Gestaltung des Verhältnisses zwischen den Geschlechtern, von sozialen, ökonomischen, biologischen und umweltbedingten Faktoren beeinflusst. In allen westeuropäischen Ländern besteht – trotz Gleichheit vor dem Gesetz – soziale und ökonomische Ungleichheit zwischen Männern und Frauen. Unter-suchungen haben gezeigt, dass Einkommen, Alter, Geschlecht, ethnische Herkunft, sozialer und ökonomischer Status sowie sexuelle Orientierung ausschlaggebend sind für die Entstehung von Gesundheitsproblemen und dafür, wie sie behandelt werden.

In dieser Zukunftswerkstatt soll diskutiert werden, wie eine frauenspezifische Gesundheitsförderung aussehen könnte und welche Aufgaben die AIDS-Hilfe hierbei übernehmen kann.

BEGRÜSSUNG DURCH DEN VORSTAND DER DEUTSCHEN AIDS-HILFE

Sehr geehrte Damen und Herren,
liebe Freundinnen und Freunde,



ich freue mich sehr, Sie/euch auf der dritten Präventionskonferenz der Deutschen AIDS-Hilfe dieses Mal zum Themenkomplex „Der kleine Unterschied. Frauen – Männer – AIDS" hier in Düsseldorf begrüßen zu dürfen. Ich freue mich um so mehr, dass es gelungen ist, für eine so wichtige (Geschlechter-) Auseinandersetzung großes Interesse zu wecken. Von über 150 Anmeldungen konnten leider nur gut 100 berücksichtigt werden.

„AIDS hat ein Geschlecht" – mit dieser eigentlich trivialen, aber oftmals auch heute noch ignorierten Tatsache werden sich hier in den nächsten zwei Tagen mehr als 60 Frauen und knapp 50 Männer beschäftigen. Ich hoffe, dass die zahlenmäßige Mehrheit der Frauen ausreichen bzw. dazu beitragen wird, einen offenen – nicht von Männern dominierten – Diskurs zu ermöglichen, wenn nicht zu erzwingen.

Frauen sind im AIDS-Geschehen oft eine Minderheit:
- faktisch als Frauen mit HIV und AIDS in Deutschland (sie stellen 15 % der hier mit HIV/AIDS lebenden Menschen)
- faktisch als Drogen gebrauchende Frauen mit HIV und AIDS (in dieser Betroffenengruppe liegt ihr Anteil bei etwa 30 %)
- faktisch als Frauen mit HIV, die aktuell ein positives Testergebnis mitgeteilt bekommen (ca. 400 bis 500 Frauen pro Jahr von rund 40.000.000 Frauen in Deutschland)
- faktisch bei der (Nicht-)Berücksichtigung ihrer sexuellen, sozialen, ökonomischen und gesellschaftlichen Interessen
- in der Wahrnehmung ihrer Präsenz als Mitarbeiterinnen von AIDS-Hilfen (z.B. sind aber 60 % der hauptamtlichen Mitarbeiter/innen in niedersächsischen AIDS-Hilfen Frauen)
- in der Wahrnehmung von Männern in sozio-ökonomischen Strukturen (z.B. am Arbeitsplatz)
- in der Wahrnehmung einer männerdominierten Gesellschaft (51 % der Bevölkerung sind Frauen)

Geht man von der epidemiologischen Verteilung der HIV-Infektion in Deutschland aus, wäre es eigentlich *nicht* verwunderlich, wenn sich in AIDS-Hilfe als Selbsthilfeorganisation zu 80 % Männer – zumeist Schwule und Drogengebraucher – und zu 20 % Frauen, vor allem Drogen gebrauchende und Migrantinnen, engagierten. Allerdings: HIV und AIDS sind nur vor dem Hintergrund der realen gesellschaftlichen Macht- und Geschlechterverhältnisse zu verstehen. Dies gilt auch für das Verhältnis von Frauen und Männern in AIDS-Hilfen.

Schwule Männer haben vor einigen Jahren die Gefahr der „Übernahme" der AIDS-Hilfe durch die Frauen an die Wand gemalt – aus schwuler Sicht vielleicht insofern zurecht, wenn sie damit auf die Verdrängung schwulenspezifischer Ansätze in der Präventionsarbeit von AIDS-Hilfe aufmerksam machen wollten.

Als Männer haben sie allerdings einiges dazu getan, Frauen in AIDS-Hilfen ihre Rollen zuzuweisen: als Beraterin, Pflegerin, Verwaltungsfachkraft oder als ehrenamtliche Mitarbeiterin; der

Auseinandersetzung mit der gesellschaftlichen Situation von Frauen, insbesondere von HIV-positiven und AIDS-kranken Frauen, haben sie sich weitgehend verweigert.

Diese Präventionskonferenz beschäftigt sich deshalb zum einen mit „ollen Kamellen", wie man hier im Rheinland zu sagen pflegt, die allerdings auch heute noch die Situation von Frauen mit und ohne HIV in AIDS-Hilfe-Zusammenhängen prägen. Allerdings wird es auch darum gehen müssen, die Entwicklungen der letzten Jahre kritisch zu reflektieren. So hat sich z.B. in den letzten fünf Jahren in Nordrhein-Westfalen ein differenzierter Projektschwerpunkt „Frauen und AIDS" im Bereich der zielgruppenspezifischen Prävention entwickelt, der auf regionaler und landesweiter Ebene kontinuierlich umgesetzt wird. Es gilt nun zu überprüfen, inwieweit wir die selbst gesetzten Ziele erreicht haben.

Ich möchte an dieser Stelle etwas über die Entstehungsgeschichte der diesjährigen Präventionskonferenz sagen:

Vor zwei Jahren stellte eine Arbeitsgruppe zu dem Thema „Auf den Strich gekommen – Gesundheitsförderung für drogengebrauchende Frauen" auf der damaligen Präventionskonferenz mit dem Schwerpunkt Drogen fest, dass Frauen anders als Männern das Recht auf Lust und Rausch, auf Arbeit und Wohnung oder auf die Gestaltung eines eigenen Lebens verwehrt wird.
Um als AIDS-Hilfe dieses Problem aufzugreifen, schlug Cori Tigges damals vor, bei der nächsten Präventionskonferenz Frauen in den Mittelpunkt zu stellen.

„AIDS hat ein Geschlecht" wird für 1999 und 2000 Jahresschwerpunktthema der DAH. Ziel ist es, folgende Aspekte stärker ins öffentliche Bewusstsein zu rücken:

- Das Infektionsrisiko für Frauen ist im Geschlecht begründet, und zwar in biologischer wie auch sozialer Hinsicht (Bsp. Kondomgebrauch durch Männer).
- Eine patriarchale Gesellschaft erschwert bzw. verhindert präventives Verhalten von Frauen (aber auch von Männern!).
- Die strukturelle Prävention muss, wenn sie Veränderungen in den Verhältnissen und im Verhalten herbeiführen will, das gesellschaftlich konstruierte Macht-Ungleichgewicht zwischen Männern und Frauen stärker berücksichtigen.
- Die Benachteiligung von Frauen in unserer Gesellschaft wird am Beispiel von Frauen mit HIV/AIDS besonders deutlich. Beispiele hierfür sind die Diskussionen um das Recht auf Schwangerschaft, den routinemäßigen HIV-Antikörper-Test im Rahmen der Schwangerschaftsvorsorge, das Thema Prävention und Verantwortung, Schönheits- und Jugendideale oder um den Wunsch nach Partnerschaft und Sexualität.
- Frauen und AIDS ist ein Querschnittsthema, das die Bereiche Drogen, Medizin, Pflege, Prostitution usw. in der AIDS-Arbeit miteinander verbindet.

Durch die innerverbandliche Schwerpunktsetzung kann es gelingen – so hoffen wir – dem Thema Frauen und AIDS die notwendige Aufmerksamkeit zu verschaffen. Das ist auch vor dem Hintergrund wichtig, dass der prozentuale Anteil von Frauen an der Zahl der neu mit HIV Infizierten langsam steigt und sich die meisten Frauen über heterosexuelle Kontakte anstecken. Und es ist auch deshalb wichtig, weil Frauen bisher – anders als Schwule oder Drogen gebrauchende Menschen – nicht kollektiv auf die Bedrohung durch AIDS reagieren konnten und sich keine Selbsthilfezusammenhänge in der „Frauen-Szene" gebildet haben.

Im Verlauf der inhaltlichen Vorbereitung dieser Konferenz kristallisieren sich wesentliche Faktoren heraus, an denen die Verbandsarbeit ansetzen muss:

- Im Zentrum stehen notwendige Veränderungen in der strukturellen Prävention für Frauen, und zwar auf allen drei Ebenen. Dabei geht es zum einen um die Frage, welche Rolle die AIDS-Hilfe hier für sich definiert; zum anderen gilt es, das Zusammenspiel von Verhaltens- und Verhältnisprävention für die Zielgruppe Frauen zu überprüfen und Ansatzpunkte für die Arbeit der AIDS-Hilfen, verstanden als emanzipatorische Arbeit, zu entwickeln.
- Das Thema dieser Konferenz ist im eigentlichen Sinn nicht auf die weibliche Perspektive beschränkt; vielmehr sollen auch die Sicht- und Verhaltensweisen der Männer unter die Lupe genommen werden.

Frauen sind von HIV/AIDS in anderer Weise betroffen als Männer – auf dieser Feststellung basiert die Initiative zur diesjährigen Präventionskonferenz. „Frauen in besonderen Lebenslagen" werden als weitere Betroffenen- und Zielgruppe neben Schwulen und Drogengebraucher(inne)n definiert. Diese Dreierallianz ist von Anfang an ein schwieriges und immer wieder erklärungsbedürftiges Konstrukt. Es ist im Bereich der Frauenarbeit bisher nicht oder nur unzureichend gelungen, angemessene zielgruppenspezifische Präventionsstrategien zu entwickeln bzw. für Frauen mit HIV/AIDS im Sinne der strukturellen Prävention zu arbeiten.

Arbeit für und mit Frauen im Kontext HIV/AIDS heißt, sich mit gesellschaftlichen Strukturen und geschlechtsspezifischen Rollenzuschreibungen auseinander zu setzen. In den nächsten beiden Tagen werden wir über Vorträge und Workshops zu den Themen *Identitäten, Frauen und AIDS-Hilfe, Primärprävention und Gesundheitsförderung für Frauen* Gelegenheit dazu haben. Auch wenn – oder gerade weil – die Probleme und Interessen von Frauen im Vordergrund stehen, spielen männliche Sichtweisen und Lebenswelten auf dieser Konferenz eine wichtige Rolle.

Ziel der Konferenz ist es,

- eine Debatte über die Bedeutung und Ausrichtung der zielgruppenspezifischen Frauenarbeit in der AIDS-Hilfe anzustoßen
- Einsichten in die geschlechtsspezifischen Unterschiede im präventiven Verhalten sowie im Leben mit HIV/AIDS zu gewinnen
- die Möglichkeiten und Grenzen einer geschlechtsbezogenen, zielgruppenspezifischen Präventionsarbeit in AIDS-Hilfe zu diskutieren
- die Auseinandersetzung mit dem soziosexuellen Verhältnis zwischen Männern und Frauen (nicht nur) in den Zeiten von AIDS und den daraus resultierenden Spannungen zu fördern – auch im Hinblick auf das gemeinsame Arbeiten in AIDS-Hilfe.

AIDS-Hilfe-Arbeit findet mitten in dieser patriarchalen Gesellschaft statt, die Frauen und Männern ihre Rollen zuweist und oftmals Unverständnis für die jeweilige andere Gruppe produziert. Deshalb soll diese Konferenz auch einen Rahmen bieten, um Un(bzw. Miss-) verständnisse aufzudecken, um in anderer/neuer Form zusammenzuarbeiten und in AIDS-Hilfe Kommunikationsprozesse in Gang zu setzen, die es insbesondere auch Frauen ermöglichen, ihre Positionen und Forderungen, Wünsche und Hoffnungen einzubringen und umzusetzen.

Daher auch der Titel der Konferenz: Der kleine Unterschied. Frauen – Männer – AIDS

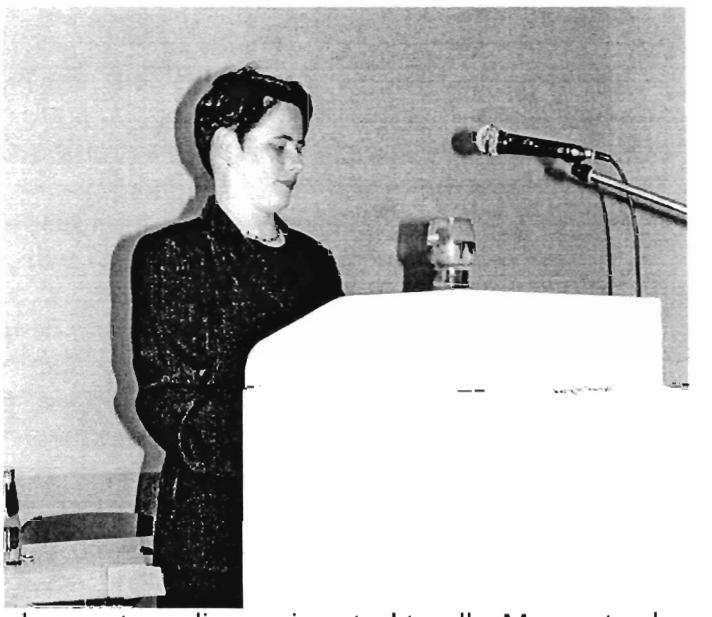
Dirk Meyer für den Vorstand der DAH

Impulsreferate

SELBST UND FREMDWAHRNEHMNUNG BEI MÄNNERN UND FRAUEN ODER: WIE NEHMEN SICH FRAUEN WAHR?

Margret Reipen

Vorbemerkungen



Was verbirgt sich hinter der Fragestellung nach der Selbst- und Fremdwahrnehmung von Frauen? Sader (1980, S. 194) beschreibt die Selbstwahrnehmung in seinem Lehrbuch „Psychologie der Persönlichkeit" als ein Teilstück des Selbstkonzeptes, das wiederum „die Gesamtheit aller Erfahrungen, die jemand mit sich selbst gemacht hat und an die er sich noch unmittelbar oder mittelbar erinnert" beinhaltet. Selbstwahrnehmung wird in diesem Zusammenhang beschrieben als „das augenblickliche Bild von mir selbst, im allgemeinen lediglich hinsichtlich einer Dimension oder Fragestellung. Dabei ist zu beachten, dass Wahrnehmung in der Psychologie nicht ein passives Abbild wie eine photographische Aufnahme meint, sondern notwendigerweise strukturelle Momente der Eigengestaltung durch den Wahrnehmenden mit umfasst, kategoriale Elemente, Vorwissen und aktives Strukturieren der Vielfalt von Einzelheiten" (Sader, S. 195). Bei der Frage nach der Selbstwahrnehmung von Frauen geht es also um das Bild, das Frauen von sich als Frauen haben.

Fremdwahrnehmung bezieht sich entsprechend auf die Wahrnehmung anderer. Dabei sind zwei Möglichkeiten zu unterscheiden: einmal die Wahrnehmung von Frauen durch andere, also Männer oder auch andere Frau; zum anderen die Fremdwahrnehmung anderer durch Frauen.

Die zentrale Fragestellung lautet daher:

- Wie nehmen Frauen sich selbst wahr, wie sehen und erleben sie sich als Frauen?

Weitere verwandte Fragen, die hier teilweise implizit mitbehandelt werden, sind:
- Wie nehmen Frauen Männer wahr?
- Wie nehmen sie andere Frauen wahr?
- Wie werden Frauen von Männern wahrgenommen?

Die Selbstwahrnehmung als Frau

Die Geschlechtsidentität stellt einen zentralen Aspekt der Persönlichkeit dar und beeinflusst fast alle Bereiche der Wahrnehmung und des Verhaltens. Fast immer ist sie eine der ersten, wenn nicht die erste Information, die wir über eine andere Person erhalten. Die Bedeutung der Geschlechtsidentität zeigt sich in vielen Bereichen. Als ein Beispiel sei hier die Vielzahl und Vielfalt von Untersuchungen und Veröffentlichungen zu Themen wie weibliche Kom-

munikationsstrategien und Führungsstile, frauenspezifische Ansätze in Sozialarbeit und Therapie oder frauenspezifische Literatur genannt. Auch im Aufeinandertreffen von Männern und Frauen in der AIDS-Hilfe hat die Frage nach den Geschlechteridentitäten und der jeweiligen Selbstwahrnehmung daher sicher ihre Berechtigung und Bedeutung.

Die Geschlechtsidentität wird sehr früh erworben. Bereits kleine Kinder im Alter von drei bis vier Jahren kennen ihr eigenes Geschlecht und haben ein Vorstellung davon, welches Verhalten welchem Geschlecht angemessen ist (vgl. Keller, S. 584 ff). Im Verlauf der Sozialisation wird das Wissen über diese Stereotype immer stärker differenziert. Die Entwicklung der eigenen Identität als Frau wird also von Anfang an durch die gesellschaftlichen Bilder von Frauen und die damit verknüpften Erwartungen mitbestimmt. Es erscheint daher sinnvoll, diese Stereotypen einmal näher zu betrachten.

„Traditionelles" versus „modernes" Bild der Frau

Da die von der Gesellschaft vermittelten und geteilten Vorstellungen und Erwartungen nicht als logisch aufgebautes Gesamtbild weitergegeben werden, sondern je nach Situation und Anlass Teilstücke davon bedeutsam werden, folgt hier eine kurze Sammlung, die die Phantasie anregen und die jeweils eigenen Bilder hinterfragen soll.

Über Jahrhunderte wurde mit einigen Veränderungen und Lockerungen ein „traditionelles" Bild von Frauen vermittelt, in dem Frauen folgendermaßen beschrieben werden:

- Frauen sind emotional, versorgend, unterstützend, orientiert auf Mann und Kinder, abhängig vom Mann usw. Als Rollenmuster existieren Vorgabe wie Ehefrau, Mutter und Heilige, evtl. noch die alte Jungfer oder der Blaustrumpf, wobei die letzteren bereits deutlich negativ belegt sind.
- Da die äußerliche Schönheit für Frauen von großer Bedeutung ist, streben sie danach, das jeweilige Schönheitsideal zu erfüllen. Dieses Ideal wandelt sich zwar über die Jahrhunderte, immer aber werden große Anstrengungen unternommen, um ihm möglichst nahe zu kommen.
- In der Sexualität wird Frauen kein oder kaum eigenes Begehren zugestanden; lesbische Sexualität und Lebensweisen sind tabuisiert. Zur Auswahl steht klassischerweise nur die Rolle der Heiligen, die als Jungfrau in die Ehe geht, d.h. die keine sexuellen Erfahrungen haben sollte, oder die der Hure.
- Frauen konkurrieren untereinander um die Aufmerksamkeit des Mannes.
- Der Mann gilt als der Beschützer, Ernährer, Herr im Haus, seine Entscheidungen gelten. Manchmal erliegt er allerdings der weiblichen List oder dem Charme der Frau.

Ein Auszug aus einem Anstandsbuch von 1939 bringt es auf folgende Formel:

Das kann jede Frau!

Jede Frau kann:

schweigen
stillsitzen
Unrecht zugeben
anziehend sein
sich fügen
verzeihen
ausharren

macht zusammen: *sich beherrschen*

wenn sie will

Mit der Frauenbewegung erkämpften sich die Frauen mehr Freiräume und Möglichkeiten. So entstand ein neues Frauenbild:

- Frauen sind selbständig, können sich selbst versorgen, sind nicht abhängig von einem Mann, sondern gleichberechtigt. Sie können ihre Interessen und Wünsche umsetzen. Neben der klassischen Rolle der Hausfrau und Mutter gibt es nun viele weitere, die vor allem über den jeweils gewählten Beruf definiert werden. Frauen können auch Karriere machen, als Single oder in Frauen-/Wohngemeinschaften leben. „Lesbe" und „Feministin" sind nun positiv bewertete Begriffe und bieten andere Lebensperspektiven.
- Die alten Maßstäbe von der Schönheit von Frauen werden hinterfragt und vielfach abgelehnt.
- Frauen setzen auch in der Sexualität ihre Eigenständigkeit und damit ihr eigenes Begehren durch. Je emanzipierter Frauen insgesamt sind, desto mehr emanzipieren sie sich auch in der Sexualität. Lesbische Sexualität ist kein Tabu mehr.
- Freundschaften und Beziehungen unter Frauen haben einen hohen Wert. Frauen bestärken sich gegenseitig und unterstützen sich im Kampf für ihre Rechte und Ziele.
- Die Privilegien und die Machtstellung der Männer gilt es zu bekämpfen. Die Frauenbewegung verändert das gesellschaftlichen Bild von Frauen grundlegend. In der Folge wandelt sich auch das Ideal der Beziehung zwischen Männern und Frauen. Zumindest in Liebesbeziehungen wird heutzutage ein partnerschaftliches Prinzip vertreten.

Das Bild der Frau 2000: Alles ist möglich?

Insgesamt scheint es so, als sei für Frauen heute alles möglich: mit einem Mann oder einer Frau zusammenzuleben, Kinder zu bekommen oder nicht, berufliche Selbstverwirklichung nach den eigenen Wünschen und Fähigkeiten, kurz: das Leben nach den eigenen Vorstellungen zu gestalten und die eigenen Bedürfnisse zu befriedigen. Beschränkungen durch gesellschaftliche Rollenerwartungen scheinen überwunden. Teilweise gilt sogar das Geschlecht als Identitätskriterium aufgehoben.

> *„Es ist nicht mehr klar, ob frau heiratet, wen frau heiratet, ob frau zusammenlebt und nicht heiratet, heiratet und nicht zusammenlebt, ob frau das Kind innerhalb oder außerhalb der Familie empfängt oder aufzieht, mit dem oder der, mit dem oder der man zusammenlebt, oder mit dem oder der, den oder die frau liebt, der oder die aber mit einer anderen oder einem anderen zusammenlebt, vor oder nach der Karriere oder mittendrin." (Frei nach Dehrichs-Kunstmann K./ Müthing, B.: Frauen lernen anders. Theorie und Praxis der Weiterbildung für Frauen. Bielefeld 1993, S. 184.)*

Einschränkungen und Schwierigkeiten im Zusammenhang mit den angebotenen Bildern

Diese große Vielfalt der Möglichkeiten und die daraus resultierende individuelle Freiheit sind vor allem darum so bemerkenswert, weil sie lange Zeit nicht selbstverständlich waren. Teilweise bedeuten sie aber eine Überforderung für die einzelne Frau. Bei der Auswahl des für sie sinnvollsten und besten Weges ist jede Frau auf sich selbst angewiesen. Sie muss sich mit allen in Frage kommenden Bildern und Angeboten auseinander setzen, da die Rolle, an der sie sich orien-tieren wird, ein zentrales Element ihrer Identität darstellt.

Beispiele von starken, selbständigen, unabhängigen Frauen sind ermutigend. Gleichzeitig werden aber durch die Propagierung der unbeschränkten Möglichkeiten die noch immer bestehende Einschränkungen für Frauen ignoriert. So belegen Studien immer wieder, dass Frauen nicht so leicht Karriere machen können wie Männer oder dass die Väter immer noch wenig Haus- und Erziehungsarbeit übernehmen. Doch Frauen neigen dazu, bei Schwierigkeiten oder Misserfolgen die Gründe eher bei sich zu suchen als in diesen realen Bedingungen.

Auch in einem anderen Bereich scheinen die alten Muster noch nicht überwunden. Mittlerweile existiert eine Flut von Büchern, Seminaren und sonstigen Angeboten, die Frauen helfen wollen sich besser abzugrenzen und sich durchzusetzen. Obwohl das „traditionelle" Bild der

angepassten, unselbständigen Frau längst überholt ist und im Gegenteil Selbstbewusstsein und Power angesagt sind, fällt es Frauen offensichtlich noch immer schwer, Wut und Aggression angemessen zeigen und nutzen zu können; daran hat sich wohl auch durch den Aufbruch der Frauenbewegung nur wenig verändert. Diese Aspekte der weiblichen Identität, wie auch die ausgeprägteren sozialen Fähigkeiten oder das Bemühen um Harmonie, scheinen weniger direkt durch die herrschenden Stereotypen geprägt zu sein, sondern vielmehr subtil und indirekt-vermittelt zu werden. In einigen Studien konnte gezeigt werden, dass z.B. schon weibliche Säuglinge weniger berührt und gestreichelt, kürzer gestillt sowie früher zur Sauberkeit erzogen werden (vgl. Scheu). Mädchen wird weniger eigener Wille und Freiraum zugestanden, so dass sie schnell lernen, die Bedürfnisse anderer wichtiger zu nehmen als ihre eigenen. Die starke wechselseitige Identifikation zwischen Tochter und Mutter bzw. weiblicher Bezugsperson erschwert zusätzlich die nötige Abgrenzung und wirkt damit in die gleiche Richtung (vgl. Orbach).

Im Bezug auf die Verwirklichung der in Aussicht gestellten Möglichkeiten scheint es also nicht nur eine Frage der eigenen Entscheidung zu sein, welche Art des Frau-Seins gelebt wird. Manche der einschränkenden oder belastenden Ansprüche des sozialen Umfelds können zurückgewiesen werden; bei anderen gelingt dies nur schwer, wenn die Frauen sich nicht die Fähigkeit angeeignet haben, sich abzugrenzen und ihre eigenen Bedürfnisse zu äußern. So erscheinen auch folgende Feststellungen zur Berufswahl von jungen Frauen nicht ganz so erstaunlich:

Aus über 400 Ausbildungsberufen entscheiden sich 80% der Mädchen für nur 25 Ausbildungsmöglichkeiten, unter ihnen vor allem so genannte „Frauenberufe": Junge Frauen ergreifen dienende, pflegende, soziale und hauswirtschaftliche Berufe; die produzierenden, technischen, häufig besser bezahlten Jobs überlassen sie dagegen Männern. (Kommunalstelle Frau und Beruf im Frauenbüro, 1997, S. 4)
Tatsächlich frei ist diese Berufswahl vieler junger Frauen allerdings nicht. Sie ist eingeschränkt durch Rollenbilder, die den Arbeitsmarkt prägen, und durch eine Sozialisation, die Mädchen auf „frauentypische" Lebens- und Berufswege vorbereitet und sie drängt, diese auch einzuschlagen.
Ob Mädchen erst auf Druck des Arbeitsmarktes „frauentypische" Berufe anstreben, ob sie den vorgegebenen Idealen entsprechen wollen oder ob sie vor dem zum Teil massiven Druck in Männerdomänen zurückschrecken, eines ist ihnen allen gemeinsam: Die realistische Einschätzung, dass sie später einmal nahezu ausschließlich allein für die Familienarbeit zuständig sind, dass sie diejenigen sein werden, die Beruf und Familie vereinbaren oder die Erwerbstätigkeit aufgeben müssen. Die meisten Mädchen wissen nicht nur, dass ihnen die Übernahme der traditionellen Frauenrolle nahegelegt wird – der Erwartungsdruck ist so groß, dass sie ihn auch zu erfüllen suchen. In Erhebungen wurde deutlich, dass sie die Frauenrolle bestenfalls modifizieren, nicht aber umstürzen wollen. (Kommunalstelle Frau und Beruf im Frauenbüro, 1997, S.4f)

Hier wird noch einmal bestätigt, dass die Art, wie Frauen von außen gesehen werden, die Selbstwahrnehmung von Frauen ebenso prägt wie die Erwartungen, die an sie gestellt werden. Gleichzeitig wird deutlich, dass zwischen „traditioneller" und „moderner" Rolle keine einfache Wahlfreiheit besteht.

Besonders schwierig wird es, wenn sich die erkämpften Freiheiten als neue und zusätzliche Erwartungen und Anforderungen gegen die Frauen richten. Vor allem die Medien lassen ein Bild der „modernen" Frau entstehen, in dem diese zusätzlichen Erwartungen zu den „traditionellen" Ansprüchen addiert wurden. Das heißt: Die moderne Frau macht Karriere, ist sportlich, immer gepflegt und kümmert sich um die Kinder und den Haushalt locker nebenbei. Frauen, die sich für Kinder oder Karriere entscheiden, werden schnell von der einen oder anderen Seite, manchmal auch von beiden kritisiert – sei es für ihre Abhängigkeit oder ihre „Kälte".

Zusammenfassende Aussagen zur Selbstwahrnehmung von Frauen

Im Vergleich zu der Zeit vor der Frauenbewegung steht Frauen mittlerweile eine Vielfalt von Rollenmustern und Vorstellungen zur Entwicklung ihrer eigenen Identität zur Verfügung. Ihre

Möglichkeiten, ein positiv bewertetes Bild von sich als Frau aufzubauen und ganz unterschiedliche Interessen, Bedürfnisse und Fähigkeiten mit ihrer weiblichen Identität zu vereinbaren, haben sich deutlich verbessert. Vor allem die sozialen und kommunikativen Kompetenzen von Frauen werden von vielen – Frauen wie auch Männern – geschätzt und in Anspruch genommen. Allerdings erwächst daraus weder eine angemessene gesellschaftliche Anerkennung noch bewirkt es, dass Frauen ihre Positionen leichter durchsetzen können.

Die positiven Möglichkeiten des „modernen" Frauenbildes sind weiterhin oft mit „traditionellen" Anforderungen wie Versorgen, Beziehung pflegen usw. verknüpft. Obwohl Frauen nicht mehr von anderen abhängig sein sollen und wollen, tauchen alte Muster immer wieder auf. Wut und Aggression sind immer noch schwer in das gesellschaftlich akzeptierte Bild von Frauen zu integrieren. Gerade diese Gefühle sind aber wichtig, um ein Gespür für die eigene Stärke entwickeln sowie unangemessene, ungerechtfertigte und ungewollte Erwartungen und Anforderungen ablehnen zu können.

Hier sehe ich auch einen deutlichen Zusammenhang zum Thema der Konferenz. HIV-positive Frauen fallen leicht aus den gesellschaftlichen Rollenvorgaben heraus. Gegen viele Bilder von außen müssen sie sich wehren; dazu braucht es Wut und das Wissen um die eigene Stärke. Es gilt neue, eigene Vorstellungen des Frau-Seins zu entwickeln, die jeder Frau die Chance bieten, ein selbstbestimmtes Leben zu führen. Dazu wird diese Konferenz hoffentlich beitragen.

Literatur:

Dehrichs-Kunstmann K./Müthing, B. (1993): Frauen lernen anders. Theorie und Praxis der Weiterbildung für Frauen. Bielefeld.

Eichenbaum, L./Orbach, S. (1984): Frauen unter sich. München.

Keller, H. (Hg.) (1998): Lehrbuch Entwicklungspsychologie. Bern.

Kommunalstelle Frau und Beruf im Frauenbüro (Hg.) (1997): Freie Berufswahl der Mädchen? Wunsch und Wirklichkeit. Düsseldorf.

Sader, M. (1980): Psychologie der Persönlichkeit. München.

Scheu, U. (1977): „Wir werden nicht als Mädchen geboren". Frankfurt a. M.: Fischer.

MANNSEIN, SCHWULSEIN UND AIDS-HILFE

Michael T. Wright LICSW MS

Wir brauchen wirklich keine eigene Konferenz, um herauszufinden, dass Männer und Frauen sich trotz allem noch unterscheiden. Diese banale Feststellung wird erst interessant, wenn wir uns mit der Frage auseinander setzen: Wie wirkt sich dieser Unterschied aus? Spannender wird es, wenn wir die Frage direkt auf unsere Situation beziehen: Wie wirkt sich dieser Unterschied für uns Männer in der AIDS-Arbeit aus? In meiner Rede werde ich mich nach feministischem Vorbild an meine Geschlechtsgenossen richten. Ich will dadurch eine geschlechtsspezifische Diskussion unter Männern in der AIDS-Hilfe anregen, wie sie schon seit Jahren unter unseren Kolleginnen stattfindet. Ich wende mich vor allem an schwule Männer, nicht nur weil sie die Mehrheit unter den Kollegen stellen, sondern auch weil sie aus historischen Gründen eine entscheidende Rolle in dieser Diskussion spielen. Ich gehe davon aus, dass wir hier in erster Linie darüber reden wollen, welche Bedeutung das Geschlecht im AIDS-Geschehen und für uns in unserer Arbeit einnimmt, und dazu müssen sowohl Männer als Frauen angesprochen werden.

Es ist nicht einfach, eine solche Rede zu halten. Ich fühle mich in der Rolle des Verräters. Ich bin seit vielen Jahren Mitglied dieses Vereins – und hier meine ich nicht AIDS-Hilfe im engsten Sinne, sondern den internationalen Verein aller schwulen Männer, die sich in der Bekämpfung von HIV/AIDS engagiert haben. Schließlich war es unser Engagement, unser Leiden, das die AIDS-Hilfe-Bewegung in den Industriestaaten erst möglich machte. Und schließlich ist es der Erfolg unserer Arbeit, dass wir zum ersten Mal in der Geschichte wirklich von den großen gesellschaftlichen Kräften wahrgenommen wurden. Das alles haben wir für uns errungen, wenn auch mit der Hilfe von anderen innerhalb und außerhalb der Bewegung, die ihr Mitleid in Solidarität und Handeln verwandelten. Vor diesem Hintergrund ist es ein scheinbarer Verrat, wenn ich nun öffentlich sage, dass ich mich aus diesem schwulen Verein zurückziehe. Ich engagiere mich weiterhin in der Bekämpfung von AIDS und dafür, dass unsere innovativen Modelle der Prävention, die wir über die Jahre entwickelt haben, weitere Nachahmung finden. Ich trenne mich dennoch von meiner bisherigen Identifikation als *schwuler Mann* mit der AIDS-Hilfe-Bewegung, einer Identifikation, die mir über so lange Zeit eine unerschöpfliche Quelle der Tatkraft gewesen ist. Dies tue ich, weil ich die Grundwerte der Bewegung bedroht sehe.

Es wird uns immer häufiger und vehementer vorgeworfen, dass wir aus den AIDS-Hilfen einen Männerbund gemacht haben, der nicht nur Frauen und heterosexuelle Männer ausschließt, sondern auch Homosexuelle, die nicht mit unserem schwulen Selbstverständnis übereinstimmen. Diese Vorwürfe sind für uns so verblüffend, weil es nie unsere Absicht war, jemanden auszugrenzen. Wir wollten einfach um unser Überleben kämpfen. Wir wollten uns schützen, wir wollten uns lieben. Wir wollten einen Platz für uns, wo wir uns nicht nur politisch nach außen, sondern zum ersten Mal auch nach innen praktisch und offensiv mit unseren Wünschen und Problemen befassen konnten. Wenn wir schon am Anfang auf die Kritiker gehört hätten – vor

allem auf diejenigen, die dafür plädierten, dass wir möglichst nicht auffallen sollten – hätten wir noch mehr unter dieser Epidemie und vor allem unter einer stärkeren Diskriminierung der Positiven gelitten. Eine gewisse Kompromisslosigkeit war im wahrsten Sinne des Wortes lebensnotwendig. Der Fehler liegt nicht darin.

Im Nachhinein wird aber deutlich, dass die ungeübte und deshalb oft unbeholfene Art, wie wir mit unserer Sexualität, mit unserer Identität gegenüber den nichtschwulen Mitkämpferinnen und Mitkämpfern umgegangen sind, zu einer Selbsttäuschung führte, unter der wir und die AIDS-Hilfe-Strukturen jetzt leiden. Der Kern dieser Selbsttäuschung kann so formuliert werden: Wir haben es der Gesellschaft geglaubt, dass wir keine „richtigen" Männer, sondern etwas anderes sind – oder, wie wir dieses Andere für uns definiert haben: etwas Besseres. Wir haben uns schließlich als Opfer wahrgenommen – vor allem als Opfer von heterosexuellen Männern – und dachten deswegen, dass wir andere nicht unterdrücken können. Da haben wir uns mächtig geirrt. Dieser Glaube, dass wir Schwulen auf Grund unseres kollektiven Leidens anders sein *müssen*, ist eine Ursache der heutigen Konflikte zwischen Männern und Frauen in der AIDS-Hilfe.

Sex zwischen Männern symbolisiert die Störung der Machtverhältnisse

Wie kommt es, dass Männer nicht gleich Männer sind? Viele von uns Schwulen wissen aus der eigenen unmittelbaren Erfahrung nur zu genau, dass der Umstand, dass wir Männer lieben, nicht das eigentliche Problem an unserer Homosexualität ist. Vielmehr stellen wir durch unser Dasein die kulturellen Normen der Männlichkeit in Frage, denn wir verhalten uns „weiblich", wenn wir uns einem anderen Mann hingeben wollen. Es ist nicht die Liebe zwischen Männern, die so viel Gewalt auslöst, sondern die Störung der Machtverhältnisse, die der Sex zwischen Männern, vor allem der Analverkehr, für so viele symbolisiert. Deshalb findet man in verschiedenen Kulturen so oft eine schwer trennbare Bindung zwischen Geschlechterrolle und sexuellem Verhalten sowie eine Vielzahl an Schimpfwörtern für homosexuelle Männer, die ihnen letztendlich unmännliches Auftreten (sprich: Weiblichkeit) unterstellen. Mit dem Coming-out ist die Auseinandersetzung mit unserer eigenen Männlichkeit und der damit scheinbar unvereinbaren sexuellen Hingezogenheit zu anderen Männern daher längst nicht abgeschlossen.

Unter schwuler Kultur verstehen wir, dass wir uns vom traditionellen Männerbild befreit haben, dass wir in unserem Verhalten an keine bestimmte Geschlechterrolle gefesselt sind. Wir spielen mit Fummel, lachen über heterosexuelle Spießigkeit und lehnen die Einschränkungen der Ehe ab, indem wir uns trotz des festen Freundes frei für den nächsten schönen Mann halten. Wir verwenden sogar weibliche Bezeichnungen für Männer, um zu verdeutlichen, dass sie nicht heterosexuell sind. Was auch zu diesem anderen Umgang mit dem Geschlecht gehört, ist der Mythos der besten Freundin, einer Frau über allen anderen Frauen, die dem schwulen Mann am nächsten steht. Im Pantheon dieser Mythologie erscheinen nicht nur die Frauen, zu denen schwule Männer tatsächlich enge Beziehungen haben, sondern auch alle schwulenfreundlichen Frauen, die „für uns da sind" und sich an unserer Seite im gemeinsamen Kampf gegen heterosexuelle Männer einsetzen.

Schwule Männer & Co

Aus dieser Subkultur der scheinbaren Befreiung von den üblichen Geschlechterverhältnissen ist AIDS-Hilfe entstanden. Zu den allerersten Treffen in Deutschland, die darauf zielten, eine Reaktion auf die neue, damals noch unbenannte Krankheit zu organisieren, kamen nicht nur Männer aus der öffentlichen schwulen Szene, sondern auch eine Frau, die mit der Schwulenszene eng vertraut war. Die kurz danach gegründete AIDS-Hilfe etablierte sich nach diesem Muster: Schwule Männer & Co. Darin fanden einige Frauen, die von den Schwulen akzeptiert waren, einen Platz. Heterosexuelle Männer waren in der Rolle als ebenfalls stigmatisierte Drogengebraucher höchstens geduldet, aber nicht als sexuelle Wesen – vor allem nicht als Positive – akzeptiert. AIDS-Hilfe sollte eine schwule Alternative zur Außenwelt sein.

Die neuzeitigen Brüche in dieser schwulen Geschichte sind im Grunde genommen auf umwälzende gesellschaftliche Prozesse der Normalisierung zurückzuführen. In AIDS-Hilfe-Kreisen sind wir mittlerweile daran gewöhnt, über Normalisierung im Sinne einer Medikalisierung der Krankheit sowie einer Professionalisierung der Dienstleistungen im AIDS-Bereich zu reden. Das meine ich hier nicht. Von größerer Bedeutung für das Verhältnis zwischen Männern und Frauen in AIDS-Hilfe ist die epidemiologische „Normalisierung" von HIV kombiniert mit der „Normalisierung" der Homosexualität.

Schwulsein verliert den identitätsstiftenden Charakter

Dass die Krankheit aus epidemiologischer Sicht ihren Ausnahmestatus verliert und „normaler" wird, basiert auf der unspektakulären Tatsache, dass erwartungsgemäß immer mehr Frauen mit HIV leben. Es ist einfach nicht zu vermeiden, dass HIV als sexuell übertragbare Krankheit auch Frauen infiziert, sogar in einem Land wie Deutschland, wo die Neuinfektionsrate seit Jahren stabil ist. Wir wissen seit langem, dass die so genannten Hauptbetroffenengruppen der Drogen Gebrauchenden und der homo- und bisexuellen Männer keine geschlossenen Kreise bilden, so dass mehrere Möglichkeiten für die Verbreitung der Epidemie auf andere Bevölkerungsgruppen – und gerade auf die Frauen in diesen Gruppen – bestehen. Es werden also immer mehr Menschen – vor allem Frauen – infiziert, die nichts mit den ursprünglichen Gruppen zu tun haben. In dem Sinne wird HIV sich auf immer breitere Kreise ausdehnen und das Muster anderer sexuell übertragbarer Krankheiten annehmen. Das heißt aber längst nicht, dass positive Frauen im Zuge dieser „Normalisierung" ohne Diskriminierung und Ausgrenzung leben können.

Die Normalisierung der Homosexualität ist vor allem im Rahmen der Debatte zur eingetragenen Partnerschaft deutlich geworden, obwohl Anzeichen für diesen Prozess schon seit langem vorzufinden waren: Nicht nur in deutschen Großstädten, auch in den Metropolen anderer Länder wächst die Zahl der Männer, die ihre Homosexualität sichtbar machen. Was am Anfang der Schwulenbewegung ein relativ kleiner, intimer und politisch radikaler Kreis von Aktivisten war, wird zu einer diffusen Szene von Menschen, teils mit, teils ohne eine explizite sexuelle Identität, die sich für Homosexualität interessiert. Die meisten von diesen Menschen wollen allerdings keine sexuelle Revolution anzetteln; sie wollen schlicht ihre Sexualität nach den üblichen Mustern einschließlich fester Partnerschaft ausleben. Des weiteren finden wir eine fast ausschließlich kommerzialisierte schwule Subkultur und kaum mehr Zeichen einer emanzipatorischen Bewegung. Die Stimmen, die behaupten, dass „Schwulsein" etwas anderes ist, werden immer schwächer und melden sich immer seltener. Heute geht es um eine rechtliche Gleichstellung, damit schwule Männer so wie heterosexuelle Männer leben können – komplett mit Ehe und Kind. Kurz gefasst: Sowohl die Vielfalt der Lebensstile von schwulen Männern als auch die zunehmende Akzeptanz der Homosexualität führen dazu, dass Schwulsein immer mehr den identitätsstiftenden Charakter verliert. Auch wir Schwulen in den AIDS-Hilfen entfernen uns immer mehr von dem mittelschichtorientierten Konzept einer durch die Sexualität bestimmten Identität, um uns mit den unterschiedlichsten homosexuellen Lebenswelten auseinander zu setzen. Die Welt lässt sich nicht mehr so selbstverständlich in Kategorien wie „schwul" und „hetero" trennen; sie wird immer komplexer.

Die Schleier des Schwulseins fallen lassen

Auf diese Weise übt die Normalisierung ihren Einfluss aus, und sie verlangt von uns einen neuen Diskurs. Ich sehe hier zwei Alternativen: Wir können einfach unreflektiert weiter vor uns hin arbeiten. Wir können die Besonderheiten der schwulen Epidemie hervorheben. Wir können uns an einem Wettbewerb beteiligen, in dem jede gesellschaftlich benachteiligte Gruppe ihr Leid über das der anderen stellt. Wir können die Übertragung von HIV auf Frauen als „Frauenproblem" und die Epidemie unter Migranten als „Migrantenproblem" verstehen. Wir können die Verbreitung von HIV unter homosexuellen Männern aus den unteren sozialen

Schichten als die Folge eines mangelnden schwulen Selbstbewusstseins interpretieren. Kurz gesagt: Wir können unter uns in unserer kleinen „Zielgruppe" bleiben und alle anderen dazu bringen , sich als „Zielgruppen" nach unserem Vorbild zu verstehen – ob sie es wollen oder nicht. Dieser Alternative folgend können wir schwul bleiben, so wie wir es gewohnt sind.

Es gibt aber eine andere Möglichkeit. Wir können uns trauen, die Schleier des Schwulseins fallen zu lassen. Wir können uns trauen, uns von der schwulen Identität zu lösen, um die Rolle der Homosexualität in jedem einzelnen Mann unter uns neu zu bewerten. Wir können die leidvolle Situation von anderen Gruppen in der Gesellschaft in ihrer Kompliziertheit wahrnehmen, ohne ihre Erfahrungen in eine von uns konstruierte Identitätskiste zu packen. Wir können Frauen nach ihren eigenen Maßstäben wahrnehmen – unabhängig von ihrer sexuellen Orientierung oder ihrem Verhältnis zu (schwulen Männern). Wir können letzten Endes die nüchterne Realität akzeptieren, dass wir doch richtige Männer sind – nicht unbedingt anders und nicht unbedingt besser. Wie enttäuschend, so normal zu sein! Diese Selbstwahrnehmung als Männer birgt aber die schwere Verantwortung, sich damit auseinander zu setzen, wie Frauen unterdrückt und Minderheiten nach patriarchalem Muster diskriminiert werden – d.h. im Namen und im Interesse von Männern. Im nächsten Schritt werden wir mit der unangenehmen Tatsache konfrontiert, dass der Feind, der für uns immer im heterosexuellen Mann verkörpert war, auch in jedem von uns ein Zuhause findet. Im Schmerz unseres kollektiven Leidens und im Laufe unseres Befreiungskampfes konnten wir – mussten wir – übersehen, dass wir schließlich auch Männer sind. Jetzt ist es aber so weit, dass wir uns trauen können, in uns hinein zu gehen und uns erneut mit unserer Männlichkeit auseinander zu setzen.

Die Frage nach der Verbindung zwischen Geschlecht und HIV ist deshalb für uns schwule Männer eine große Chance zur Erneuerung. Ergreifen wir die Chance, um in Diskussionen unter uns und mit Kolleginnen unsere Rolle in AIDS-Hilfe zu überdenken und schließlich im kritischen Bündnis mit unseren heterosexuellen Kollegen eine neue kritische Haltung zu Männern in der AIDS-Arbeit zu entwickeln. Wenn wir dies nicht tun, riskieren wir die Grundwerte der AIDS-Hilfe-Bewegung, für die wir so lange gekämpft haben. Wenn wir den emanzipatorischen Ansatz unserer Arbeit noch ernst nehmen, bedeutet das mehr als „Lebensweisen" zu akzeptieren. Es bedeutet, jeder Gruppe die Unterstützung zu ermöglichen, die sie braucht, um sich selber zu befreien. Um den Weg für andere frei zu machen, müssen wir uns in unserer Arbeit vom schwulen Weg als Maßstab der Emanzipation für alle verabschieden. Und wir müssen mehr tun als nur den anderen zuhören. Wir müssen uns aktiv für andere – auch und gerade für Frauen – unter ihrer Leitung und nach ihren eigenen Maßstäben engagieren.

Kollegen, es gibt so viel zu tun, um eine Gesundheitsförderung für alle im Sinne der Emanzipation zu ermöglichen. Scheuen wir schwulen Männer uns nicht davor, uns gemeinsam mit unseren Kolleginnen und Kollegen voll in diesen nie abgeschlossen Prozess der Veränderung zu begeben, in dem auch wir uns durch ein neues Selbstverständnis als Männer weiter emanzipieren können.

DIE FALLEN DER GESCHLECHTSSPEZIFISCHEN SOZIALISATION

Elfriede Steffan

Ich habe mich sehr gefreut über die Einladung, hier über dieses ja nicht ganz einfache Thema zu sprechen – ein Thema, das schon viele Jahre auch sehr diskursiv diskutiert wird. Gibt es überhaupt so etwas wie eine geschlechtspezifische Gefährdung? Insbesondere in Präventionsbotschaften, die sich an die Allgemeinbevölkerung wenden, könnte man den Eindruck gewinnen, es gäbe nur ein Geschlecht: nämlich das männliche. Bei vielen Diskussionen zum Thema kann man den gegenteiligen Eindruck gewinnen: Frauen diskutieren untereinander frauenspezifische Ansätze, auch leider nur eine Hälfte der Geschlechterproblematik.

Deshalb habe ich mich über den sehr schönen Vortrag von Michael T. Wright gefreut, der nochmal klar gemacht hat, dass es sich hier um eine geschlechtsspezifische Diskussion handelt, die beide Geschlechter betrifft und die auch beide Geschlechter miteinander führen.

Zum Verständnis von eventuell vorhandenen „geschlechtsspezifischen Fallen" ist zunächst die Erklärung von „Geschlechtsspezifik" notwendig. Bevor ich allerdings darüber rede, was „geschlechtsspezifisch" eigentlich bedeutet, werde ich einige grundlegende Ideen zur Sozialisation darstellen.

Einige Anmerkungen zur Sozialisation

Im Gegensatz zu der in der allgemeinen Öffentlichkeit häufig vertretenen Ansicht, dass „Sozialisation" in erster Linie einen Erziehungsprozess vornehmlich durch Eltern und Bezugspersonen bezeichnet, der mit der Loslösung vom Elternhaus und dem Erwachsenwerden quasi abgeschlossen ist und der uns mit einer nicht korrigierbaren Prägung versieht, bevorzuge ich ein dynamisches Modell, wie es in der Entwicklungspsychologie und der soziologischen Lebenslaufforschung vertreten wird.

Danach bedeuten verschiedene Lebensabschnitte auch immer neue „Entwicklungsaufgaben", die nach Auseinandersetzung und Bearbeitung verlangen. Entwicklung ist dabei nicht statisch gedacht, sondern dynamisch als eine Auseinandersetzung zwischen Individuum, Bezugspersonen und Gesellschaft, an der alle Seiten gleichermaßen aktiv beteiligt sind. Erst in dieser Auseinandersetzung entsteht die Persönlichkeit des Individuums. „Persönlichkeit" muss dabei auch immer als Prozess gedacht werden, die sich im Laufe des Lebens immer weiter entwickelt und verändert.

Schauen wir uns nun Entwicklungsaufgaben in verschiedenen Lebensabschnitten näher an. Dass wir nicht im Stadium des Säuglings verharren können, ist noch allen klar und einsichtig. Sozialisation hat in diesem ersten und für den weiteren Verlauf sehr maßgebenden Stadium

auch offensichtlich mit biologischer Entwicklung zu tun: Wir müssen wachsen, laufen lernen, in Kommunikation mit unser Umwelt treten, die zunächst aus Müttern, Vätern und allernächsten Bezugspersonen bestehen sollte. Eine geschlechtsspezifische Prägung entsteht durch die Förderung bzw. das Verbot verschiedener Verhaltensweisen, ergänzt durch die Rollenvorbilder der nächsten Bezugspersonen. Wie genau dies geschieht, darüber gibt es bis heute unterschiedliche Theorien. Die Sozialwissenschaftlerin Carol Hagemann-White spricht beispielsweise von einer „asymmetrischen Ausgangssituation" der Geschlechter, die auf der Grundlage eines altersabhängigen Normbewusstseins zur Entwicklung eines „spezifisch männlichen und spezifisch weiblichen Sozialcharakters" führt. Selbst in früher Kindheit kann allerdings jeder Erziehungsversuch auch das Gegenteil bewirken. Das Kind kann durch Anpassung, aber auch durch Ablehnung auf Maßnahmen wie Sauberkeitserziehung usw. reagieren. Gewalterfahrungen, Vernachlässigungen, häufig wechselnde Bezugspersonen usw. sind massive Belastungen, die zu dauerhaften Schädigungen der Entwicklungsmöglichkeiten von Kindern führen können.

Die Entwicklungsaufgaben von weiblichen Jugendlichen bestehen in erster Linie in der Herausbildung einer eigenen (auch sexuellen) Identität. Wenn es auch insgesamt positiv zu bewerten ist, dass neben der tradierten Frauenrolle andere weibliche Lebensentwürfe bestehen, so bestehen die Entwicklungsaufgaben von Mädchen und jungen Frauen in der heutigen Zeit gerade darin, sich diesen unterschiedlichen und häufig widersprüchlichen Anforderungen zu stellen. Je mehr sich allerdings traditionelle Rollenvorgaben auflösen, ohne jedoch grundsätzlich das Machtverhältnis zwischen den Geschlechtern zu verändern, je brüchiger die klassische Frauenrolle wird, ohne dass positiv besetzte Alternativen sichtbar wären, um so schwieriger und widersprüchlicher wird es für Mädchen und junge Frauen, identitäts- und sinnstiftende Lebensentwürfe zu entwickeln. Belastende Erfahrungen in Kindheit und/oder Jugend führen in dieser Lebensphase häufig zu Entwicklungsstörungen. Reaktionen auf diese Störungen können wiederum zu neuen Krisen in der weiteren Entwicklung führen.

Bei alledem ist zu bedenken, dass jede Art der Bearbeitung von Entwicklungsaufgaben, auch diejenigen, die auf den ersten Blick als persönliches Drama erscheinen, unerbittlich auf eigene Bedürfnisse hinweisen und damit zugleich neue Perspektiven für alternative Lösungsstrategien eröffnen. In diesem Zusammenhang kann man auch eine schwere Erkrankung oder z.B. eine HIV-Infektion als „Entwicklungsaufgabe" bezeichnen, eine Aufgabe, die belastend und sinnstiftend zugleich sein kann.

Was ist an der Sozialisation nun „geschlechtsspezifisch"?

Geschlechtspezifische Prägungen sind von mir zum Teil bereits angedeutet worden, sollen aber an dieser Stelle von einer anderen Warte aus dargestellt werden. Da unsere Gesellschaft sehr genau zwischen den Geschlechtern unterscheidet und dies auch nach außen hin durch die Norm der eindeutigen Erkennbarkeit des jeweiligen Geschlechts dokumentiert, gibt es meines Erachtens keine nicht-geschlechtspezifische Sozialisation. Als geschlechtsspezifisch bezeichnet man zusammenfassend in unserer „Kultur der Zweigeschlechtlichkeit" alle diejenigen Charaktereigenschaften, die in unserer Gesellschaft unabhängig von der Einzigartigkeit eines jeden Individuums einem Geschlecht als Ganzem zugeschrieben oder von einem Geschlecht erwartet werden. Typische Eigenschaften in Bezug auf Frauen sind beispielsweise Übernahme von Verantwortung für andere, Uneigennützigkeit, soziale Anpassungsfähigkeit, Unterordnungsbereitschaft. Typische Eigenschaften in Bezug auf Männer wären z.B. Stärke, Machtstreben, Leitungsfähigkeit, Autonomie, Abenteuerlust oder Härte gegen sich selbst.

Komplett als System verständlich wird dies aber erst, wenn wir eine andere Ebene mit berücksichtigen: die der „Gesellschaft". Als Gesellschaft bezeichnet man nichts weiter als das Zusammenwirken vieler Individuen samt ihrer selbst geschaffenen Strukturen, die dieses Zusammenleben regeln. Auch dieses System „Gesellschaft" ist weder einheitlich noch statisch,

sondern immerwährenden Entwicklungen und Veränderungen unterworfen, die wir im Rückblick „Geschichte" nennen. Das Individuum wird maßgeblich durch die Institutionen, normativen Verhaltensweisen und Anforderungen dieser Gesellschaft geprägt, die ganz wie die Individuen untereinander ebenfalls geschlechtspezifisch (als Gesellschaft: patriarchalisch) reagieren, handeln und denken. Dieses ist in der Struktur und im Funktionieren unterschiedlicher gesellschaftlicher Systeme und Institutionen nachzuweisen und führt in der Konsequenz zu den typischen Benachteiligungen von Frauen in unserer Gesellschaft. Schlechtere Ausbildungen, geringere Entlohnung, die Zuständigkeit für Kindererziehung und Haushalt sind einige der Bereiche, die Frauen in unserer Gesellschaft zugeschrieben werden und die sie in der Konsequenz schlechter stellen als Männer.

Was können denn nun Fallen geschlechtsspezifischer Sozialisation sein?

Ich war in diesem Sommer in Durban, Südafrika auf der XIII. Welt-AIDS-Konferenz, wie einige andere Anwesende hier auch. Insgesamt war ich von der Konferenz sehr beeindruckt, aber insbesondere war ich beeindruckt von einem Vortrag von Geeta Rao Gupta[1] vom International Center for Research on Women in Washington. Frau Gupta hat in ihrem Vortrag auch geschlechtsspezifische Risikosituationen beschrieben, von denen ich einige aufgreifen möchte.

Unter „geschlechtsspezifischen Fallen" verstehe ich hier im Zusammenhang mit der Präventionskonferenz Infektionsrisiken, die auf geschlechtsspezifische Verhaltensweisen und Handlungsspielräume zurückzuführen sind. Da ist an erster Stelle zu nennen, dass es in unseren patriarchalen Gesellschaftsstrukturen grundlegend und zuallererst um die ungleiche Machtverteilung zwischen den Geschlechtern geht. Und diese fehlende „Power balance", wie Frau Gupta sagt, bestimmt im Prinzip alle anderen Möglichkeiten und auch die daraus entstehenden Risiken. Die sexuelle Interaktion untereinander ist genauso geprägt von dieser ungleichen Machtverteilung wie die soziale Beziehung zwischen Frau und Mann insgesamt, der Zugang zu ökonomischen Ressourcen usw.

In der direkten sexuellen Interaktion geht es z.B. um die Entscheidung bzw. die Kontrolle darüber, wann, wo, mit wem und wie Sex stattfindet. Wenn eine Person in einer führenden Position (männliche Position) eine Beziehung mit jemandem in der Position des Angeleitet-Seins (weibliche Position) hat, ist es klar, dass im Prinzip die eine Person der anderen folgt und dadurch Verhandlungen z.B. über Safer Sex insbesondere für die unterlegene Person (weibliche Position) nur unter Überwindung dieses Machtgefälles initiativ aufge-nommen werden können.

Auch das in unserer Gesellschaft weit verbreitete romantische Liebesideal (Erobern und Hingeben) führt direkt zu einem geschlechtsspezifischen Infektionsrisiko. Über die Machtungleichheit der Geschlechter hinaus, die auch im romantischen Liebesideal ihren Ausdruck findet, lässt die romantische Vorstellung von der Einzigartigkeit des gegenseitigen Begehrens (Treue) die Notwendigkeit von Safer Sex vergessen.
Das romantische Liebesideal fördert auch ein weiteres geschlechtsspezifisches Infektionsrisiko, das insbesondere Männer betrifft: die Sprachlosigkeit in Sachen Sexualität insgesamt. Romantisch ist z.B. die Vorstellung, sich „sprachlos" zu verstehen. Verknüpft mit dem Machtgefälle zwischen den Geschlechtern wird daraus eine Kultur der „Schweigsamkeit", die von Frauen nur schwer durchbrochen werden kann.

Unsere Gesellschaft ist aber nicht nur patriarchal, sondern in der Norm auch heterosexuell. Diese normierte sexuelle Orientierung führt dazu, dass Männer, die auch gleichgeschlechtliche sexuelle Kontakte haben, diese ihren weiblichen Sexualpartnerinnen gegenüber leugnen. Das gängige Verdrängen von Untreue – erst recht wenn gleichgeschlechtliche Partner im Spiel sind – erschwert Safer Sex und erhöht somit das Infektionsrisiko.

---

[1] Geeta Rao Gupta, 2000; eine Übersetzung der Rede ist im Anhang abgedruckt.

Aber nicht nur die sexuelle Orientierung ist normiert, es gibt auch so etwas wie eine Normierung der sexuellen Erfahrung, die an die beiden Geschlechter unterschiedliche Erwartungen stellt. Frauen sollten demnach eher weniger sexuelle Erfahrungen haben als Männer. Im Umkehrschluss heißt das aber auch, dass Frauen von Männern mehr sexuelle Erfahrung erwarten. Insbesondere für sexuell unerfahrene männliche Jugendliche kann sich hieraus ein erhöhtes Infektionsrisiko ergeben: Von ihnen wird z.B. erwartet, dass sie wissen, wie man ein Kondom richtig anwendet. Wenn sie es aber nicht wissen und es auch nicht zugeben können, ist da ein Problem auf beiden Seiten.

Umgekehrt führt auch die Erwartungshaltung Frauen gegenüber zur Erhöhung des Infektionsrisikos: Weil Frauen ja möglichst wenig Erfahrung haben sollten, können jugendliche Mädchen auch heute in vielen Gesellschaften mit Eltern und anderen Erwachsenen nicht über Sexulität und schon gar nicht über Safer Sex reden. Die extremste Erwartung in diesem Bereich ist sicherlich das Verdikt der Jungfräulichkeit bis zur Ehe. Gott sei Dank hat sich hier in den letzten 30 Jahren viel verändert. Die Jungfräulichkeit spielt aber dennoch auch in diesem Land sehr wohl eine ganz bedeutende Rolle. Es gibt inzwischen beispielsweise in Berlin Ärzte/Ärztinnen, die das Jungfernhäutchen wieder herstellen, weil in vielen – vor allem in islamischen – Kulturen erwartet wird, dass Frauen jungfräulich und damit in Sachen Sex unerfahren in die Ehe gehen.

Ein weiteres, vorwiegend männliches Infektionsrisiko habe ich kurzerhand das „Achilles-Syndrom" genannt. Ich habe auf der Welt-AIDS-Konferenz einen Vortrag über Präventionsmaßnahmen in Uganda gehört. In dieser Feldforschung wurden im Längsschnitt ganze Regionen einbezogen, d.h., jeder Mensch in dem Zielgebiet wurde individuell und in Gruppendiskussionen mit Präventionsbotschaften konfrontiert und über einen längeren Zeitraum wiederholt befragt. Das Ergebnis will ich hier nicht im Einzelnen darstellen, nur soviel: Insgesamt veränderte der größte Anteil der Bevölkerung das sexuelle Verhalten in Richtung Safer Sex. Erschreckend war für mich allerdings, dass 20% der einbezogenen Männer überhaupt nicht zu beeinflussen waren. Sie weigerten sich, sowohl die Anzahl der Partnerinnen als auch die ausgeübten (unsafen) Sexualpraktiken zu verändern. Diese Männer haben sich schlicht und ergreifend unverwundbar gefühlt.

Solche Männer treffen wir auch häufig als Freier in unseren HIV-und STD-Präventionsprojekten im Prostitutionsmilieu, ohne dass wir allerdings in der Lage wären, ihren Anteil genau anzugeben; er scheint aber auch bei uns nicht gering zu sein. Diese Männer weigern sich trotz besserer Erkenntnisse, trotz Zugang zu Informationen, überhaupt Präventionsmaßnahmen für sich in Erwägung zu ziehen, aus dem einfachen Grund, dass sie sich nicht für verwundbar halten. Dieses „Achilles-Syndrom" ist in meinen Augen ein männerspezifisches Infektionsrisiko.

Viele geschlechtsspezifische Risiken liegen allerdings außerhalb der direkten Kommunikation zwischen den Geschlechtern. Ökonomische Abhängigkeit oder Armut ist eine Falle geschlechtsspezifischer Sozialisation, weil sie zum einen bei Frauen den Wunsch fördert, den Partner zu halten, von dem sie abhängig sind, der sie sozial stützt, der ihre Kinder ernährt, der ihr Leben ermöglicht. Zum anderen werden Frauen durch den ökonomischen Druck in die gewerbliche Sexualität gedrängt, insbesondere in Dritte-Welt-Ländern, aber z.B. auch in den zentral- und osteuropäischen Staaten. Ökonomische Abhängigkeit kann jedoch auch das Infektionsrisiko für Männer erhöhen. Die Migranten, die z.B. in den Goldminen in Südafrika arbeiten oder die hier in Europa auf der Suche nach Arbeit (die häufig illegal und schlecht bezahlt ist) von einem Land zum anderen ziehen, erleben auch eine Sexualität, die nicht selten ein erhöhtes Infektionsrisiko beinhaltet.

Die ungleiche Machtverteilung zwischen den Geschlechtern bewirkt auch, dass Frauen in größerem Ausmaß als Männer von sexueller Gewalt betroffen sind. Studien belegen, dass

insbesondere sexuelle Gewalterfahrungen in Kindheit und Jugendalter in vielen Fällen ein gestörtes Körperbewusstsein zur Folge haben. Dieses gestörte Körperbewusstsein hat direkte Auswirkungen auf die Verhaltensmöglichkeiten der betroffenen Mädchen und Frauen. So steigt beispielsweise die Bereitschaft, Gewalt zu ertragen und den Körper zu funktionalisieren. Wir haben z.B. in einer unserer Untersuchungen zur Prostitution feststellen müssen, dass die von uns befragten Prostituierten verglichen mit der Allgemeinbevölkerung zu einem viel höheren Anteil als Kinder und Jugendliche sexuelle Gewalterfahrung erleiden mussten. Insbesondere Prostituierte, die bereits als Kinder und Jugendliche Gewalt erlitten, waren auch als Erwachsene in erhöhtem Maße von Gewalt betroffen. Sie empfinden sich selbst eher als passiv einem Schicksal ausgeliefert denn als das eigene Leben gestaltende Personen; was Psycholog(inn)en „Selbstwirksamkeit" nennen, ist bei ihnen massiv eingeschränkt[2]. Diese eingeschränkte Handlungsfähigkeit hat natürlich direkte negative Auswirkungen auf das Gesundheitsbewusstsein und kann somit als geschlechtsspezifisches Risiko bezeichnet werden. Auch bei i.v. drogenabhängigen Frauen wird von einer erhöhten Betroffenheit durch sexuelle Gewalt in Kindheit und Jugend ausgegangen.

Fallen geschlechtsspezifischer Sozialisation lauern allerdings nicht nur auf der individuellen Handlungsebene. Die Sicht- und Handlungsweisen von Expert(inn)en unterliegen gleichermaßen der geschlechtsspezifischen Prägung. Auch auf diesen Ebenen ist die Machtbalance zwischen den Geschlechtern nicht ausgeglichen, ist der Blick der Forschung und Wissenschaft eher ein männlicher, und dies mit schlimmen Folgen. Die Zweigeschlechtlichkeit wird hier häufig negiert bzw. wird das weibliche Geschlecht unter das männliche subsumiert. So besteht z. B. die medizinisch-klinische Forschung zum Thema AIDS zumindest in Deutschland meiner Meinung nach hauptsächlich aus Studien von männlichen Forschern für betroffene Männer. Geschlechtsspezifische Fragen, die sich gerade bei der Wirksamkeit von Medikamenten stellen, sind meist nicht vorgesehen, und in vielen Fällen werden betroffene Frauen aus unterschiedlichen Gründen nicht proportional an den Studien beteiligt.

Hoffnungsfroh stimmt mich ein neuer Ansatz einer Gruppe von (US-amerikanischen) Wissenschaftlerinnen – Biologinnen, Anthropologinnen und Medizinnerinnen -, die sich bewusst in Abgrenzung zum sozialwissenschaftlich ausgerichteten Feminismus „Femalistinnen" nennen und bewusst auch von einer biologischen Verschiedenheit der Geschlechter ausgehen und diese erforschen. Gerade im Bereich der Gesundheitsforschung ist es inzwischen in den USA gängige Praxis, grundsätzlich auch geschlechtsspezifisch zu arbeiten, da davon ausgegangen wird, dass der Stoffwechsel von Frauen beispielsweise anders funktioniert als der der Männer, was insbesondere die Wirksamkeit von Medikamenten beeinflussen kann.

So richtig dieser Ansatz ist, so sehr muss insbesondere frau sich jedoch bemühen, nicht etwa ins Gegenteil zu verfallen und aus der negativen eine positive Diskriminierung zu machen. So etwas in der Art scheint gerade passiert zu sein im Bereich der Entwicklung von Kontrazeptiva, die von Frauen kontrolliert werden können. Diese Initiative geht davon aus, dass Frauen eine Alternative zum von Männnern anzuwendenden Kondom erhalten sollten, um die Kontrolle über Verhütung und Vermeidung von Infektionsrisiken im Sexualakt selbst in die Hand nehmen zu können.
Diesen Ansatz finde ich grundsätzlich richtig, nur ist zu bedenken, dass Kondome und Co. nur ein technisches Hilfsmittel von relativem Wert sind; die Kontrolle über dieses Hilfsmittel kann das Machtungleichgewicht zwischen den Geschlechtern nicht ausgleichen. Auf der Konferenz in Durban wurden auch Untersuchungen zu diesen von Frauen zu kontrollierenden Präventionsmitteln zusammenfassend vorgestellt – z.B. in Afrika und Indien durchgeführte Feldstudien, bei denen vor allem Prostituierte den Nutzen von Nonoxynol 9[3] testeten. Dabei handelt es sich um ein Mikrobizid, das als spermizide Creme seit langem eingesetzt wird und das im Labor auch eine antivirale Wirkung zeigte. Die Feldstudien kamen zu einem erschreckenden Ergebnis: Die Anwendung von Nonoxynol` 9 steigerte das Infektionsrisiko der Studienteilnehmerinnen.

[2] siehe hierzu: Leopold Steffan 1997
[3] Van Damme 2000

Sexworkerinnen, die Nonoxynol 9 benutzten, infizierten sich in einem erhöhten Maße mit dem HI-Virus. Trotzdem wurden die Studien nicht sofort abgebrochen, sondern weitergeführt! Hier wird meiner Meinung nach die Bedeutung einer solchen von Frauen zu kontrollierenden Barrieremethode überschätzt.

Ein weiteres Beispiel für eine positive Diskriminierung ist die insbesondere unter Feministinnen verbreitete Viktimisierung von Frauen. Wenn wir Frauen zu bloßen Opfern degradieren, nehmen wir ihnen die Handlungsspielräume, die sie haben und brauchen, um ihre Situation zu verändern. Eine bloße Viktimisierung schadet den Frauen, denen wir eigentlich helfen wollen, indem wir ihr Leiden öffentlich machen. Das direkte Gegenstück dazu ist die Glorifizierung. Beides, Viktimisierung und Glorifizierung, lässt sich an Beispielen aus dem Bereich Prostitution aufzeigen:
Die bereits erwähnten Feministinnen erklären alle Prostituierten zu Opfern von männlicher Ausbeutung und Frauenhandel (die Theorie der „White slavery" ist insbesondere in den USA und in Europa in den skandinavischen Ländern verbreitet); Gruppen, die eher den politisch aktiven Prostituiertenorganisationen nahe stehen, stilisieren die Prostitution dagegen zu einem Traumberuf, und zwar in einem derartigen Ausmaß, dass in Durban beispielsweise in den Workshops zum Komplex Prostitution Themen wie Gewalterfahrungen und andere Probleme in der Prostitution völlig ausgeklammert, quasi tabuisiert waren. Mit der Realität der betroffenen Frauen hat diese Polarisierung nichts zu tun, sie liegt, wie so oft, in der Mitte. Natürlich gibt es Frauen, die die Prostitution für sich aus freier Entscheidung wählen; dadurch wird sie aber noch nicht zum Traumberuf. Auch erleiden Frauen in dieser Szene Gewalt und sind Opfer von Frauenhandel, das nimmt ihnen aber nicht jegliche Handlungsmöglichkeit.

So bekämpfen sich die wenigen Aktivisitinnen, die sich überhaupt um diesen Bereich bemühen, anstatt vereint und sachlich Maßnahmen zur Verbesserung der Lebensumstände betroffener Frauen zu entwickeln. Ich denke, das muss verändert werden, da begeben wir uns in der Tat in eine Sackgasse und blockieren uns gegenseitig

Zum Schluss möchte ich noch ein Tabu benennen, dass man ebenfalls im Zusammenhang mit „Fallen geschlechtsspezifischer Sozialisation" sehen kann: die Ausklammerung des Themas „Freier" aus den Präventionsbemühungen. Obwohl Beispiele aus Holland und der Schweiz inzwischen belegen, dass Präventionsprojekte, die Kunden von Prostituierten direkt ansprechen, durchaus erfolgreich sind, ist dieses Thema nach wie vor tabuisiert und nur schwer in eine öffentliche Debatte einzubringen.

Literatur

Geeta Rao Gupta (2000) : Gender and Sexualty and HIV/AIDS: The What, the Why and the How, XIII. Welt-AIDS-Konferenz, Plenarvortrag, 12. Juli 2000

Hagemann-White, C. (1984): Sozialisation: Weiblich – männlich?, Opladen

Leopold/Steffan (1997): EVA-Projekt. Evaluierung unterstützender Maßnahmen beim Ausstieg aus der Prostitution, SPI-Forschung gGmbH

Van Damme, Dr. Lut (2000): „Advances in Topical Microbicides", Vortrag XIII.Welt-Aids-Konferenz, Durban, 12. Juli2000

DIE AUSWIRKUNGEN DER NORMALISIERUNG VON AIDS AUF DIE PRIMÄRPRÄVENTION

Rolf Rosenbrock

Spätestens seit 1996 löst sich in Deutschland wie international der Ausnahmestatus („exceptionalism") auf, den HIV-Infektion und AIDS lange Jahre in der Gesundheitspolitik eingenommen hatten. Nicht zuletzt auf der Basis erfolgreicher Präventionsarbeit tendieren in den meisten westeuropäischen 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 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. Das hat auch Folgen für Voraussetzungen und Praxis der Primärprävention, insbesondere für die Chancen ihrer Weiterentwicklung.

Die Primärprävention der HIV-Infektion ist wahrscheinlich der bisher erfolgreichste Anwendungsfall bevölkerungsbezogener Verhaltensbeeinflussung in der Geschichte von Public Health. Die sozial und kulturell an Zielgruppen adaptierte und zusammen mit den jeweiligen betroffenen Gruppen bzw. lebensweltlich geprägten soziokulturellen Milieus („communities") organisierte Vermittlung der Botschaften „Safer Sex" und „Safe Use" hat Machbarkeit, Effektivität und Effizienz von „New Public Health" und seine Überlegenheit gegenüber „Old Public Health" unter Beweis gestellt. 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 (Bochow et al., 1994; Dubois-Arber et al., 1997a, b; Lagrange et al., 1997).

Die Primärprävention der HIV-Infektion beruht heute auf einem breiten Fundament von Erkenntnissen der Sexualwissenschaft, der Verhaltenswissenschaften, der Milieusoziologie, der Evaluationsforschung etc. Dieses Wissen wurde häufig in überraschend einfallsreicher Zusammenarbeit zwischen Organisationen bzw. Repräsentant(inn)en der betroffenen Gruppen, Sozialwissenschaftler(inne)n und staatlichen Behörden produziert. Die Beteiligten entwickelten zahlreiche Modelle der Verhaltensprävention, die von den unterschiedlichen Transmissionswegen ausgingen und folglich an den – im epidemiologischen Sinne – drei wichtigsten Zielgruppen orientiert waren (schwule Männer, i.v.-Drogenbenutzer/innen und die heterosexuelle Bevölkerung). Dabei verschob sich der Fokus der Präventionskonzepte zunächst weg vom Konzept der „Risikogruppen" hin zu „Risikosituationen". Im weiteren Verlauf wurden unterschiedliche Motivationsbündel dafür identifiziert, dass sich Personen in Risikosituationen begeben. Es wurde folglich versucht, nach diesen Erkenntnissen Präventionsstrategien zu entwerfen. Zahlreiche Aspekte fanden in den Präventionsmodellen Berücksichtigung: Lebensphasen

(zum Beispiel Jugend), Machtstrukturen (zum Beispiel zwischen Männern und Frauen oder zwischen Prostituierten und ihren Kunden), Gefühlslagen (zum Beispiel Verliebtsein), Bestandteile von Lebensstilen (zum Beispiel Treffpunkte, Szenen), Art der intendierten Sozialbeziehungen (zum Beispiel langfristige Beziehungen, romantische Liebe, prostitutionsartige oder hedonistische Begegnungen), Art der Sozialkontakte bzw. des sozialen Umfelds (zum Beispiel sexuelle Netzwerke), individuelle Bewältigungsressourcen (zum Beispiel Selbstwertgefühl, Selbstbild), Arten der Risikowahrnehmung (zum Beispiel Gefahr vs. Risiko) und Erfahrungen mit Zwangsmaßnahmen („Stigma-Management"). Zwar können nicht alle diese Erkenntnisse in der Praxis der Prävention angewendet werden (Rosenbrock, 1996), aber in ihrer Summe zeigen sie, welch großen Beitrag sozialwissenschaftliche Forschung zur Effektivierung von Präventionspolitik leisten kann (Rosenbrock, 1995b). Erstaunlich wenig wissenschaftliche Bearbeitung und praktische Berücksichtigung erfuhren – zumindest in Europa – zwei Aspekte, von denen ein erheblicher Einfluss auf die Wahrnehmung des Risikos ebenso wie auf das präventive Verhalten ausgeht: die Zugehörigkeit von Menschen zu unterschiedlichen sozialen Schichten (definiert z.B. durch Ausbildung, Stellung im Beruf und Einkommen, vgl. Luger 1998) und die geschlechtsspezifische Sozialisation.

Einer Verallgemeinerung des Erfolges der AIDS-Prävention für die Senkung 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?

Darüber ist nicht viel bekannt. 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 (Dubois-Arber et al., 1997a, 1997b; Carael et al., 1997).

Konzeptionelle und praktische Probleme der Normalisierung im Sinne der Beibehaltung und des Ausbaus dieser Erfolge für die Daueraufgabe der Prävention ergeben sich vor allem auf fünf Ebenen:

a) Ist das *Risiko* einer Erkrankung in einer Population *nach Gruppen ungleich verteilt*, so stellt sich stets die Frage, ob sich die Prävention gleichmäßig an die Gesamtbevölkerung oder gezielt an die hauptsächlich betroffenen Gruppen richten soll. Im ersten Fall wird zwar Diskriminierung vermieden und dadurch wahrscheinlich Lernen insgesamt erleichtert, aber die hauptsächlich Betroffenen werden möglicherweise nicht genügend gewarnt. In der kaum betroffenen Allgemeinbevölkerung werden dagegen unter Umständen überflüssige Ängste geweckt. Gegen die Fokussierung der Prävention auf gefährdete Teilpopulationen spricht andererseits, dass die Summe der je individuell minimal kleinen Risiken in der Allgemeinbevölkerung allein aufgrund ihrer größeren Zahl im Zeitablauf die Größe des Risikos in den hauptsächlich betroffenen Gruppen epidemiologisch betrachtet übersteigen kann (Rose, 1992). Die Normalisierung der AIDS-Prävention hat bislang keine schlüssige Lösung für diese präventionspolitischen Dilemmata erbracht. Für die Verallgemeinerung der AIDS-Erfahrungen sind aber bereits die dazu intensiv und auf hohem Niveau geführten

Debatten lehrreich. In ihnen ist auch deutlich geworden, dass Entscheidungen im Spannungsfeld zwischen Effektivität der Prävention, Realismus der Risiko-Aussagen und Vermeidung von Diskriminierung nicht nach abstrakten epidemiologischen Risiko-Kalkülen getroffen werden können, sondern stets der pragmatischen Anpassung an nationale Kulturen, im Falle der HIV-Prävention vor allem des Umgangs mit Sex, Drogen und Minderheiten bedürfen.

b) Von Beginn der Epidemie an war und ist es leichter, eine geeignete *Präventions-Strategie* zu formulieren, als diese im Rahmen der gegebenen *Politik-Strukturen* mit eigenen *Politik-Strategien* durch- und umzusetzen. Ein wesentliches Hindernis effektiver HIV-Prävention war und ist die meist von Staat bzw. Kirchen ausgehende Moralisierung des AIDS-Risikos. Länder wie Australien, in denen frühzeitig Prävention mit sexualitätsbejahenden Botschaften für schwule Männer und Prostituierte öffentlich gefördert und verbreitet wurden, blieben die Ausnahme (Ballard, 1998). In zahlreichen Ländern kam es immer wieder zur staatlichen Zensur von Präventions-Aussagen, die im Hinblick auf Sex oder Drogen zu explizit waren. In einigen, vor allem südeuropäischen Ländern, ist es auch heute noch schwierig oder gar unmöglich, öffentlich zum Beispiel für „Safer Sex" und Kondombenutzung zu werben (Kenis/Vroom, 1996; Cattacin, 1998). Insgesamt aber hat die Normalisierung von AIDS in allen europäischen Ländern zu einem größeren Spielraum für öffentliche Kommunikation über Homosexualität, Promiskuität sowie außerehelichen Sex (Wellings/Field, 1996) und damit zu einer Verringerung – aber keineswegs zum Verschwinden – von Doppelmoral und Vorurteilen geführt.

c) Besonders die auf soziale Strukturen, konstituiert durch lebensweltliche Bezüge, Interessen und soziokulturelle Milieus („community") bezogene Präventionsarbeit ist nicht nur nach der Theorie der WHO-Ottawa-Charta, sondern auch ganz praktisch auf hohes und anhaltendes *freiwilliges Engagement* („volunteering") aus den jeweiligen „communities" angewiesen. Die daraus folgende Notwendigkeit, „volunteering" durch staatliche Unterstützung zu ermöglichen und zu stabilisieren, haben mit unterschiedlicher zeitlicher Verzögerung und in unterschiedlichem Ausmaß die Regierungen aller europäischen Länder praktisch eingesehen. Die Unterstützung von „community building" und „community organizing" mit staatlichen Ressourcen ermöglicht auf der einen Seite die Stabilisierung und Professionalisierung der Organisationen, sie führt auf der anderen Seite aber auch zur Dauerspannung zwischen Autonomiestreben und faktischer Abhängigkeit, zwischen ehrenamtlicher und bezahlter, zwischen planender und ausführender Tätigkeit. Die hinzutretenden normalisierungsbedingten Erosionstendenzen werden verschärft durch den Umstand, dass die Mehrzahl der AIDS-bezogenen „community organizations" nicht nur Prävention, sondern auch soziale und rechtliche Unterstützung zu ihren Aufgaben zählen. Zu diesen sichtbar und persönlich präsenten Problemen steht Primärprävention oft in praktischer Konkurrenz. Sie unterliegt dann häufig, weil sie sich auf etwas bezieht, was noch nicht stattgefunden hat, und weil die Folge unterlassener Aktivität zunächst unsichtbar bleibt. Die „rule of rescue" (etwa: „Zunächst und vor allem muß den Kranken geholfen werden") entfaltet auch im Selbsthilfesektor ihre Wirkungen – zum Schaden der Prävention.

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

- Welche Lobby braucht im Rahmen eines auf Chancengleichheit und Effizienz zielenden „Welfare Mix" (Evers/Olk 1996) der auf freiwilligem Engagement („volunteering") beruhende Teil des Systems der gesellschaftlichen Gesundheitssicherung, um auch in Zeiten schärferer Verteilungskämpfe in der Sozialpolitik bzw. nachlassende „exceptionalism" öffentliche Unterstützung zu erhalten? („political sustainability")

- Durch welche Mischung aus materiellen und immatriellen Anreizen ist ein ausreichender Zustrom an motivierten freiwilligen Helfer(inne)n 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 und schwierig zu erreichende „Randgruppen" eher zu vernachlässigen? („coverage of underserved populations")

d) Gerade die letzte Frage gewinnt zunehmend an Aktualität und Schärfe: Von HIV und AIDS schienen anfangs vor allem homosexuelle Männer aus der (mobileren, autonomer lebenden) Mittel- und Oberschicht betroffen. AIDS-Prävention wurde – trotz zahlreicher wichtiger Bemühungen zur Trendumkehr – zunehmend zu einer Veranstaltung für Mittelschicht-Schwule von Mittelschicht-Schwulen, mit einer zusätzlichen Voreingenommenheit zugunsten von Männern, die in der kommerziellen Subkultur verkehren. Dieses systematische Defizit der Aktivitäten aus der „community" wurde auch nur zögernd von den mit Präventionsfragen befassten Sozialwissenschaftler(inne)n aufgegriffen. Nur auf den ersten Blick ist es deshalb überraschend, dass der oben skizzierten Vielfalt und Differenzierung der Präventionsansätze keine vergleichbare Entwicklung von unterschiedlichen Strategien für Menschen aus verschiedenen gesellschaftlichen Schichten (Luger 1998) oder für Frauen, die natürlich ebenfalls keine einheitliche Zielgruppe bilden, entsprach. Dieses Defizit beginnt sich zu rächen, da Neuinfektionen mit dem HI-Virus zunehmend in einem überproportionalen Maß in den unteren Schichten der westeuropäischen Gesellschaften auftreten. 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 determinieren oder behindern soziale Lage, Schichtzugehörigkeit und geschlechtsspezifische Sozialisation riskantes Verhalten und präventives Lernen, insbesondere, wenn durch ein Verhalten von heute ein nach langer und ungewisser Zukunft eintretendes Risiko verhütet werden soll (Rosenbrock, 1987)? Welchen Einfluss haben Schichtzugehörigkeit und Geschlecht auf das Selbstbewusstsein, die „self efficacy" (Bandura, 1977) und den „sense of coherence" (Antonovsky, 1987), 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.

e) In Konkurrenz zu diesen Bemühungen stehen Versuche, Primärprävention im Zuge der *Re-Medikalisierung des Politikfeldes* wieder mehr von der Intervention am Individuum, also vom HIV-Antikörper-Test her zu denken. Nachdem sich die 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 gut begründete 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, Krankenhauspatient(inn)en, Altersgruppen etc. Bei den Diskussionen darüber (zum Beispiel de Cock/Johnson, 1998) 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 (Rosenbrock, 1991, 1994b) 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", zum Aufspüren von HIV-Infizierten, zur unfreiwilligen Informationsweitergabe an den/die Partner/in und notfalls Quarantäne als Rückkehr zu den bewährten Prinzipien von Public Health bezeichnet (zum Beispiel Burr, 1997; Gostin/Ward/Baker, 1997; Lazzarani, 1998; mehr bedacht: Colfax/Bindman, 1998; dagegen: Horton, 1998). „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 (Gill, 1998; Gill et al., 1998) 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 mehr Menschenleben durch Primärprävention gerettet werden könnten (Gill et al., 1998). 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 (van den Boom, 1998).

Auch hier ist an Diskussionsergebnisse der achtziger Jahre zu erinnern: Zur Ermittlung von Präventionsdefiziten (also zur Fokussierung von Präventionsmaßnahmen) kommen Befunde aus „Screenings" zu unzuverlässig und zeitlich verzögert. Ebensowenig lässt sich der Erfolg von Präventionsmaßnahmen durch HIV-Antikörper-Tests bzw. „Screening" befriedigend evaluieren. Zudem sind die für die Risikowahrnehmung in der Primärprävention gegenüber dem Serostatus bzw. der Infektionsquote wichtigeren Indikatoren und Prädikatoren riskanten Verhaltens durch „community"-getragene bzw. sozialwissenschaftliche Methoden in dem für Maßnahmegestaltung notwendigen Maß präziser und schneller zu ermitteln. Auch ist die Planung von in Quantität und Qualität angemessenen Kapazitäten der Krankenversorgung nicht auf bevölkerungs- oder gruppenbezogene Ermittlung des HIV-Serostatus angewiesen. Zudem existieren mit – in den meisten Ländern – anonymen Infektions- und Fallregistern, „Sentinel-Organisationen" und den Ergebnissen von HIV-Antikörper-Tests auf der Basis von informiertem Konsens genügend „Beobachtungspunkte" der verschiedenen Sub-Epidemien, die, aufeinander bezogen, einen besseren epidemiologischen Überblick erlauben, als er für die meisten anderen Krankheiten mit Ausnahme der Herz-Kreislauf-Erkrankungen existiert (Kirschner, 1993). Angesichts mancher im Rahmen der Normalisierung wieder aufflam-mender Diskussionen vor allem im Hinblick auf die Rolle des HIV-Antikörper-Tests und „Screenings" bis hin zu Zwangstests verdient festgehalten zu werden, dass die Entscheidung für das Grundmodell der AIDS-Prävention 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, Hexenjagden auf Minderheiten (bislang) nicht eingetreten, die betroffenen „communities" in den politischen Prozess integriert sind und deshalb das „Ab- bzw. 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 zeigt aber, dass auch wohlbegründete 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 (Bayer, 1998) 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 (Adam et al., 1998; Hubert et al., 1998a, b).

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 (Sekundär-prävention) gesetzt worden, die ihrer Übertragung auf „Screenings" für andere Krankheiten harren (Holland/Stewart, 1990; Miller/Lipman, 1996). Und zum anderen steht mit dem für die AIDS-Prävention entwickelten Modell des öffentlich organisierten Lernens die derzeit aussichtsreichste Strategie der Prävention von Zivilisationskrankheiten auf dem Spiel.

Literatur:
Dieser Beitrag beruht weithin auf Überlegungen aus:
Rolf Rosenbrock, Francoise Dubois-Arber, Martin Moers, Patrice Pinell, Doris Schaeffer, Michel Setbon: The Normalization of AIDS in Western European Countries, in: Social Science & Medicine 50 (2000), S. 1607 – 1629 (Pergamon Press). Dort findet sich auch die in diesem Beitrag zitierte Literatur.

DIE LEBENSSITUATION VON FRAUEN MIT HIV UND AIDS IN DEUTSCHLAND, Claudia Fischer

Als ich im Rahmen der Vorbereitungen zu der diesjährigen Präventionskonferenz gebeten wur-de, ein Impulsreferat zu der Lebens-situation von Frauen mit HIV und AIDS zu halten, reagierte ich zu-nächst mit Abwehr. Etwas schnip-pisch fragte ich: Wieso? Ist die denn noch im-mer nicht bekannt? Kurz zusammengefasst: Wir sind jung, arm, voller Hoffnung dank neuer medizinischer Möglichkeiten, leider ohne Job, werden schwanger und kriegen Kinder." Diese Reaktion ver-deutlicht vielleicht die Müdigkeit, die eine Frau fühlt, die sich sehr lange für die Belange von Frauen mit HIV/AIDS eingesetzt und ebenso versucht hat, im System AIDS-Hilfe zu wirken. Sie verdeutlicht allerdings auch, dass das Leben weitergeht und die „Normali-sierung" von AIDS im Laufe der Jahre im privaten Sektor voranschreitet und man eigentlich von AIDS lassen möchte, zumindest professionell.

Am Ende meiner Überlegung, diese Aufgabe anzunehmen oder nicht, kam ich zu dem Resultat, mich eben als Veteranin noch mal nach vorn zu stellen. Aber ich bin nur in der Lage, einen sehr persönlichen Vortrag zu halten. Ich werde größtenteils auf Statistiken und Allgemeines verzichten; dieser Beitrag nimmt weder in Anspruch, politisch korrekt zu sein und alle Aspekte weiblicher HIV-Infektion zu beleuchten, noch geht er auf wichtige Themenkomplexe wie z.B. die Situation von Migrantinnen in Deutschland ein. Ich werde mich vielmehr damit beschäftigen, wie die mir bekannten HIV-positiven Frauen, im Gegensatz zur schweigenden Mehrheit, in den letzten Jahren innerhalb und außerhalb des AIDS-Hilfe Systems für die Belange HIV-positiver Frauen gekämpft und versucht haben, auf die Arbeit für diese Frauen Einfluss zu nehmen – klassische Emanzipationsarbeit, die im Rahmen von AIDS-Hilfe extrem schwierig war und weiterhin ist.

Als ich im Jahr 1992 die ungeklärte Aufgabe der Frauenbeauftragten der DAH übernahm, fand ich Brachland vor, was die spezifischen Belange von Frauen mit HIV und deren Interessenvertretung betrifft. Ein Bewusstsein für „den kleinen Unterschied" gab es damals nicht, und ich frage mich auch heute noch, ob sich dieser Zustand wirklich verbessert hat.

Vor meiner Zeit war die Stelle schwerpunktmäßig auf die Präventionsarbeit für Prostituierte ausgerichtet, eine Gruppe von Frauen also, die wesentlich besser in das Allianz-Konzept der DAH der Normbrecherinnen passte als HIV-positive Frauen, die erst einmal kein Interesse hatten, öffentlich und stolz zu ihrer Infektion zu stehen und sich der Stigmatisierung auszusetzen. Ich bekam zu hören, dass positive Frauen nichts wollen von der DAH: „ Die haben ihre zwei Treffen im Jahr im Waldschlösschen, und damit sind sie zufrieden." Nun, glauben konnte ich das nicht, und die Geschichte zeigt auch, dass es nur eine strukturelle Unterstützung brauchte und dass eine Plattform errichtet werden musste, damit positive Frauen sich engagieren konnten.

Während die infizierten Frauen in den ersten Jahren großenteils aus der Drogenszene kamen und ihr Testergebnis im Zusammenhang mit Haft oder Therapie erfahren hatten oder weil sie es

aus eigenem Antrieb wissen wollten, nahm im Lauf der Jahre die Anzahl der Frauen zu, die durch Zufall oder während der Schwangerschaft erfuhren, dass sie HIV-positiv sind.

Natürlich war es immer schwierig, diese Frauen zu vertreten: Sie waren vereinzelt, präsentierten das ganze Spektrum weiblicher Lebensentwürfe und kamen erst einmal als Klientinnen und nicht als sich selbst Vertretende. Die Zahl der Frauen, die den Weg in die AIDS-Hilfe fanden und auch noch über genügend Energie und Selbstbewusstsein verfügten, um sich für die Interessen ihrer Gruppe innerhalb und außerhalb der AIDS-Hilfe einzusetzen, war relativ gering. Und sie ist es auch heute noch.

Ein steiniger Weg

1992 schrieb die DAH die Stelle der Frauenreferentin mit einem neuen Schwerpunkt aus und setzte damit ein Zeichen in Bezug auf die Notwendigkeit frauenspezifischer AIDS-Arbeit. In den folgenden Jahren zeigt sich, dass es durchaus politisch aktive positive Frauen gibt, die Einfluss nehmen wollen. Auf der Bundespositivenversammlung in Hamburg im Jahr 1992 werden sie laut, äußern ihre Forderungen und sind präsent. Das Netzwerk Frauen und AIDS entsteht, und auch hier sind positive Frauen maßgeblich an der Gestaltung beteiligt. Sie sprechen für sich und führen auch schon mit professionellen Helferinnen die ein oder andere Diskussion um die jeweiligen Rollen.

Es war immer ein steiniger Weg, den positive Frauen gehen mussten, wenn sie ihre Rolle als Betreute verlassen wollten und eher zu Macherinnen wurden.

Die einst sehr beklagte „Unsichtbarkeit" von HIV-positiven Frauen hat sich langsam gewandelt hin zu einer neuen Sichtbarkeit, die sich allerdings auch heute auf sehr vereinzelteFälle beschränkt. Hier stellt sich die kritische Frage, ob die von den Medien veröffentlichten Berichte denn das wirkliche Bild eines Frauenlebens mit HIV widerspiegeln oder ob es sich nur privilegierte Frauen leisten können, zu ihrer Infektion zu stehen.

Ich möchte ein kleines Beispiel nennen: Vor zwei Tagen lief auf *Stern TV* eine Sendung über eine HIV-positive Frau, die „trotz" ihrer Infektion Zwillinge bekommen hat. Sie gehört zur Mittelschicht, ist Ärztin und gehört in die Kategorie „UNSCHULDIGES OPFER", da sie sich ihre Infektion berufsbedingt zugezogen hat; somit kann sie schon mit Sympathien rechnen. Erst nach der Anerkennung ihrer Infektion als Berufskrankheit im Jahr 1997 wird sie öffentlich. Aufgrund der neuen Kombitherapien und verbesserter Möglichkeiten in der Vermeidung der Mutter-Kind-Übertragung entschließt sie sich, ihrem Kinderwunsch zu folgen. Sie kämpft für eine künstliche Insemination, um ihren Ehemann nicht zu gefährden.

Als dies sind nachvollziehbare Schritte, und an dieser Vorgehensweise ist erst einmal nichts auszusetzen, nichts zu kritisieren. Nichtsdestotrotz denke ich, dass es nötig ist, Solidarität mit HIV-positiven Frauen zu zeigen, die andere Wege wählen oder aus anderen Lebensverhältnissen kommen, ganz besonders wenn man das Privileg genießt, sich öffentlich äußern zu können.

„Gute" und „Schlechte" HIV-positive Frauen

Die Spaltung in „gute" und „schlechte" HIV-positive Frauen ist eine Vorgabe der herrschenden gesellschaftlichen Moral mit ihren Stigmatisierungsprozessen, die durch ihre Handlanger, die Medien, wesentlich gesteuert werden. Wenn selbst HIV-positive Frauen untereinander es nicht schaffen, sich solidarisch zu verhalten, um an der Verbesserung der Lebensqualität aller von HIV und AIDS betroffenen Frauen zu arbeiten, dann müssen wir uns nicht wundern, dass auch von anderer Seite keine Unterstützung kommt oder Unverständnis die Antwort ist.

Über das Gros der Frauen, die HIV-infiziert sind, wird in der Regel kein Wort verloren, solange sie nicht auffallen. Doch wenn sie sich nicht so wohl verhalten, also „vermeidlich" gefährlich, z.B. weil sie sich entschließen, auf natürlichem Wege schwanger zu werden, d.h. unsafen Sex zu

haben, weil sie kein Retrovir nehmen oder ihren Kindern nach der Geburt geben oder weil sie auf einen Kaiserschnitt verzichten, können sie schnell einer Stigmatisierung zum Opfer fallen. Diese Frauen sind von vorneherein Rabenmütter – und fallen in die Kategorie der moralisch zu Verurteilenden. Es wird nicht gefragt, warum sie diese Entscheidungen so gefällt haben. Ich wage zu behaupten, dass eine ähnliche Sendung mit einer (ehemals) Drogen gebrauchenden Frau, die sich ihren Kinderwunsch erfüllt, so nicht möglich gewesen wäre.

Grundsätzlich geht es mir nicht darum zu verurteilen, was eine HIV-positive Frau öffentlich macht oder sagt. Ich möchte nur die Problematik verdeutlichen, die dahinter steht: Sollten z.B. die Zwillinge doch HIV-positiv sein, wird auch diese Mutter die moralische Keule treffen; mit Mitgefühl kann sie dann nur sehr bedingt rechnen.

Das zentrale Anliegen: Frauen, die mit dem Virus leben, sichtbar machen
Ein wirkliches Verständnis für die Lebensrealität von Frauen mit HIV/AIDS wird durch eine solche Berichterstattung jedenfalls nicht erreicht. Die Darstellung von Ausnahmefällen wird der komplexen Situation nicht annähernd gerecht, und daher bleibt die Mehrheit der Frauen, die mit HIV/AIDS leben, auch heute weitgehend unsichtbar.

In der AIDS-spezifischen Frauenarbeit war es immer ein zentrales Anliegen, Frauen, die mit dem Virus leben, sichtbar zu machen. Gelungen ist dies meiner Meinung nach nur ansatzweise, und zwar aus vielerlei Gründen.

Bevor ich über HIV-positive Frauen berichte, die sich in den letzten Jahren sehr im Kontext AIDS-Hilfe engagiert haben und versuchten, der anhaltenden Unsichtbarkeit etwas entgegenzusetzen, stelle ich einige Zahlen vor, damit die Dimension des Problems klarer wird.

Die Zahl HIV-positiver und AIDS-kranker Frauen nimmt ständig zu. Aus den Statistiken von UNAIDS und WHO geht hervor, dass weltweit 15,7 Millionen Frauen mit dem Virus leben. Auch in Westeuropa und Nordamerika, wo nach wie vor weitaus mehr Männer infiziert sind, wächst der Anteil der Frauen ständig. In Deutschland leben schätzungsweise 8000 Frauen mit HIV bzw. AIDS. Ihr Anteil an der Gesamtzahl der Infizierten liegt inzwischen bei etwa 25%. Seit Beginn der Epidemie sind in der Bundesrepublik rund 2500 Frauen an den Folgen von AIDS verstorben. Jährlich infizieren sich ungefähr 500 Frauen neu mit dem Virus, wobei auch hier ein weiterer Trend wahrzunehmen ist: Immer mehr Frauen infizieren sich auf heterosexuellem Wege. Ebenso sind immer mehr Frauen aus Ländern mit einer hohen Prävalenzrate betroffen. Frauen mit intravenösem Drogengebrauch als Infektionsrisiko bilden hierzulande aber immer noch die größte Gruppe unter den HIV-positiven Frauen.

Fragile Lebensentwürfe und Armut
Dies verdeutlicht, wie heterogen die Gruppe der HIV-positiven Frauen ist. Sie gehören den unterschiedlichsten Lebenswelten und gesellschaftlichen Schichten an. Sucht man nach Gemeinsamkeiten unter diesen Frauen, so lässt sich feststellen, dass die meisten ihr positives Testergebnis im jungen Alter von 20 bis 30 Jahren bekommen (etwa die Hälfte aller Neuinfektionen bei Frauen wird heutzutage in der Schwangerschaft festgestellt). Die Frauen sind in der Regel finanziell schlecht gestellt und haben sehr fragile Lebensentwürfe, was z.B. den beruflichen Werdegang betrifft. So wird Armut für viele Frauen mit HIV/AIDS sehr schnell ein zentrales Thema.

Nach dieser kurzen statistischen Einlage möchte ich gern zu meinem eigentlichen Anliegen dieses Vortrages kommen. Ich will einige Biographien von Frauen mit HIV vorstellen, die sich, wie ich bereits erwähnte, seit langen Jahren in der AIDS-Hilfe engagieren bzw. engagiert haben. Einige dieser Frauen gehen inzwischen andere Wege, haben sich sozusagen abgenabelt, aber allen ist gemein, dass sie Ämter und Aufgaben übernommen haben, die dem Allgemeinwohl und der Verbesserung der Lebenssituation von Frauen mit HIV/AIDS dienten. Ihnen gebührt

Anerkennung, die sie häufig bis heute nicht erfahren haben. An dieser Stelle möchte ich allen nochmals sehr danken für ihr Engagement und ihre Bereitschaft, sich an dieser Stelle porträtieren zu lassen. Einige sehr aktive Frauen bleiben unerwähnt; sei es, weil sie nicht mehr reden können oder nicht präsentiert werden wollen – ich möchte hier Brigitte Gräbner, die „Rote Zora", erwähnen, ebenso Jacqueline McKenzie und nicht zuletzt Cori Tigges, stete Herausforderung in guten und in schlechten Zeiten!

Annette Kayser

Annettes Wege waren schon immer bunt und vielfältig. Nach ihrem Abitur im schön gelegenen Schloß-Gymnasium macht sie die Sause. Frankophil wie sie nun einmal ist, geht es mit 20 Jahren nach Paris; die Liebe, verhängnisvoll, aber erfüllend, wartet. Wilde Jahre, Exzesse sowohl in Frankreich als auch in Deutschland folgen. Als Nicht-Junkie in der Junk-Szene erfährt sie Liebe, Leid und Handlungskompetenz. Sie macht eine Ausbildung zur Fremdsprachenkorrespondentin, versorgt sich und ihren Freund.

1987 erfährt ihr Freund sein positives Testergebnis, Annette wartet bis 1990, um zu erfahren, was sie eh geahnt hat. HIV-positiv. 1992 folgt die Trennung. Annette reagiert auf eine Annonce der AIDS-Hilfe Dortmund, in der sich eine Frauengruppe vorstellt. „Ich wäre sonst nicht hingegangen", sagt sie heute. Anfang 1993 besucht sie die bundesweiten Frauenpositiventreffen und und zum ersten Mal ein Netzwerktreffen. Annette übernimmt die *Dhiva*, die Zeitung des Netzwerkes Frauen und AIDS. Diese prägt sie federführend oder ausschliesslich in den nächsten Jahren bis 1997.

In der regionalen AIDS-Hilfe fühlte sich Annette auf ihren Klientinnenstatus reduziert; es gab keine Anerkennung, z.B. für ihren politischen Aktivismus. Zu HIV befragt, sagt Annette, das Virus hätte ihr die Identität geraubt. Früher war sie leicht und voller Energie, inzwischen ist sie krankheitsbedingt schlapp. Annette hatte alle zwei Jahre schwere Gesundheitseinbrüche: 1994, 96, 98 – sie wartet eigentlich auf die nächste Attacke. Inzwischen lebt sie von einer EU-Rente, 1200 Mark minus 200 Mark Kranken- und Pflegeversicherung. Alle drei Wochen fährt sie nach Münster zur medizinischen Versorgung, aufwendig, aber leider auch notwendig.

Annette hat die Redaktion der *Dhiva* abgegeben, die inzwischen – oder auch daraufhin – eingestellt wurde. Ein Journalistikstudium ist ihr Projekt für die Zukunft. Sie sagt: „HIV ist anstrengend – und inzwischen auch langweilig. Das Schlimme ist, es geht immer so weiter."

Gaby Wirz

Gaby wurde 1985 im Zusammenhang mit ihrem Kinderwunsch getestet und erfuhr so ihr positives Ergebnis. Der Kinderwunsch wurde daraufhin ad acta gelegt. Sie heiratet dennoch im darauffolgenden Jahr ihren damaligen Freund, von dem sie sich 1995 scheiden lässt. Wie sie sich infiziert hat, weiß Gaby nicht so genau; Möglichkeiten gab es viele: eine Blutkonserve 1981, eine sexuell wilde Zeit von 1981 bis '83, gepaart mit einer Vorliebe für bisexuelle Männer.

Gaby schult nach mehreren Anläufen an der Uni zur Bürokauffrau um, verdrängt in den

nächsten Jahren HIV und versorgt sich und ihren Mann. Sie führt sehr lange ein „wahnsinnig anstrengendes Doppelleben", das aber aufgrund der festen Beziehung zu managen ist.

1996, nach der Scheidung, wird sie öffentlich und empfindet dies als sehr befreiend. Im Jahr darauf besucht sie ein Seminar zur frauenspezifischen Beratung, zum ersten Mal ein Netzwerk-Treffen und wird noch im gleichen Jahr – Ende 1997 – als erste positive Frau in den Vorstand der DAH gewählt.

Gaby ist inzwischen seit drei Jahren berentet, erhält 1100 Mark Rente und macht eine Ausbildung zur Körpertherapeutin. Sie strebt eine Psychotherapeuten-Ausbildung nach dem Heilpraktikergesetz an und wünscht sich einen Arbeitsplatz in der Selbständigkeit.
Ihren Gesundheitszustand beschreibt Gabi als sehr gesund trotz Fieberschüben. Sie verzichtet auf die Kombitherapie, weil die Nebenwirkungen zu stark sind und die Medikamente sie krank machen.

Gabi ist inzwischen 38 Jahre alt. Der einstige Kinderwunsch hat sich zurückgemeldet und wird, wie sie sagt, nicht mehr abgelehnt.

Birgit Krenz

Birgit erfuhr 1996 ihr HIV-positives Testergebnis, mit dem sie, wie sie sagt, schon zu 90% gerechnet hat. Sehr schnell sucht sie den Kontakt zur AIDS-Hilfe, und nach einigen Monaten wird sie politisch aktiv. „Ich habe gemerkt, entweder ich setze mich für meine Belange ein, oder niemand tut es. Die zweite Reihe ist nicht möglich."

Birgit engagiert sich seit 1997 im Netzwerk Frauen & AIDS, organisiert 1998 die Fachtagung „Emma hat AIDS" und wird Vertreterin im DAH-Delegiertenrat. Im Jahr 1999 beendet sie auch ihr Soziologiestudium, was ursprünglich für 1996 geplant war.

Der Therapiebeginn 1998 ist ihr sehr schwer gefallen. Eigentlich war der Immunstatus von Anbeginn schlecht, aber als die Helferzellen dann unter 10 gefallen waren, bekam sie es mit der Angst zu tun und empfand diesen Zustand als sehr einschränkend. Mit den Medikamenten stabilisierte sich das Immunsystem, und heute fühlt sie sich körperlich wieder fit, auch fit genug für einen Full-time-Job, den sie demnächst in der Berliner Aids-Hilfe antreten wird. AIDS als Einstieg ins Berufsleben findet sie okay; ehrenamtlich möchte sie sich aber nur noch bis zu einem gewissen Punkt im AIDS-Kontext engagieren.

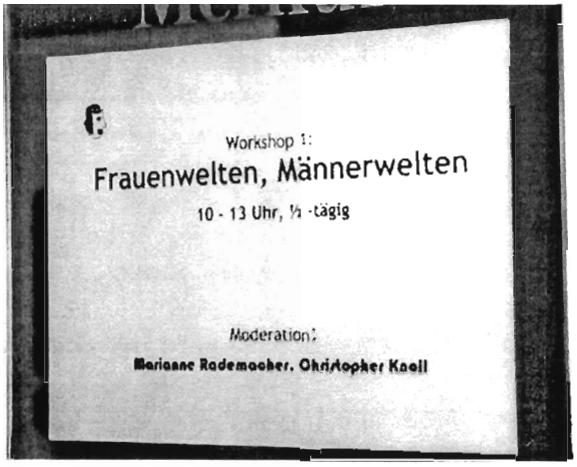
Birgit sieht sich als Vertreterin der zweiten Generation aktiver positiver Frauen. Sehr einsam ist sie dort – die erste Generation, die Veteraninnen seien abgetreten, und die zweite Generation habe sich in AIDS-Hilfe nicht gefunden bzw. werde strukturell nicht gefördert.

Meinen Beitrag möchte ich mit dem Hinweis auf die Notwendigkeit von struktureller Unterstützung beenden. HIV-positive Frauen brauchen zum einen individuelle Unterstützung, zum anderen geht es aber auch darum, strukturelle Diskriminierung durch die Gesellschaft, das System der sozialen Absicherung und auch durch die Wissenschaft zu beenden.

Inwiefern AIDS-Hilfe ein Teil des Unterstützungsnetzes sein kann und wie sie auf die immer komplexer werdenden Bedürfnisse und einen erhöhten Bedarf reagieren muss bzw. kann – ich hoffe sehr, dass wir diese Fragen in den nächsten zwei Tagen gemeinsam und konstruktiv diskutieren werden.

Berichte aus den Workshops

FRAUENWELTEN; MÄNNERWELTEN



Moderation: Marianne Rademacher, Pro Familia, Berlin; Christopher Knoll, Münchner AIDS-Hilfe
Protokoll: Anke Spiess

Um herauszufinden, ob Frauen und Männer die eigene Welt und die des anderen Geschlechts unterschiedlich sehen, teilte sich der Workshop gleich zu Beginn in eine Männer- und eine Frauengruppe. Nach der Hälfte der Zeit sollten die Ergebnisse in einer gemeinsamen Diskussion zusammengeführt werden.

In der Frauengruppe gab Marianne Rademacher mit einigen Stichpunkten (z.B. Wer hat welche Macht? Kann ich „nein" sagen? Wie kann ich als Frau meine Wünsche durchsetzen?) einen kurzen Impuls für eine sehr lebhafte Diskussion, in der die „Männerwelten" allerdings nur eine untergeordnete Rolle spielten. Die Teilnehmerinnen hielten die Ergebnisse ihrer Runde unter den folgenden Überschriften auf einer Pinwand fest:

Solidarität unter (HIV-positiven) Frauen
- wird häufig kurz nach dem Testergebnis gesucht, bleibt aber nicht langfristig bestehen
- Frauen integrieren die Infektion eher in ihren Alltag und haben nicht das Bedürfnis, sich in Gruppen zu organisieren, während für Schwule oft die Infektion gleich Lebenswelt ist
- Frauen ziehen sich eher ins Private zurück und machen ihre Infektion nicht zum Politikum
- Vor der Einführung der antiretroviralen Kombi-Therapien gab es mehr Solidarität

Inanspruchnahme von Unterstützungsangeboten
- Frauen lassen sich früher und vorausschauend beraten, suchen sich gezielt Hilfe; Männer wenden sich in der Regel erst im Nachhinein an Beratungsstellen und sind dann panischer
- Frauen kommen eher alleine zurecht
- HIV/AIDS steht bei der Bewältigung des Alltags nicht im Vordergrund
- Fraueninteressen sind in männlich dominierten AIDS-Hilfen schwer durchsetzbar

Verhalten in Risikosituationen/Bedingungen, die das Risiko bestimmen
- Frauen riskieren mehr als Männer, weil sie andere Bilder von und Wünsche an Beziehungen haben
- Ungeschützt mit einem Mann zu schlafen ist eine Art Liebesbeweis oder Vertrauensvorschuss und bestärkt zugleich das männliche Ego, das die Forderung nach Kondombenutzung als Zeichen von Misstrauen auffassen könnte
- Das alte Rollenbild „Männer erobern, Frauen geben sich hin" bewirkt, dass Frauen ein höheres Risiko auf sich nehmen
- Obwohl sich viele Frauen über das Risiko bewusst sind, schalten sie ihren Kopf in der entscheidenden Situation aus
- Vertrauen verhindert die Kondombenutzung.
- Frauen handeln nicht aus Mangel an Aufklärung „sorglos"
- Frauen lassen sich durch Statistiken beruhigen – nach dem Motto „viermal ohne, einmal mit, mich wird es schon nicht treffen"
- Männer haben die Macht über das Kondom

- Frauen fällt es schwer, das Thema Kondom anzusprechen
- Frauen sind beim Sex einem höheren Infektionsrisiko ausgesetzt als Männer
- Frauen gehen zum Test, um durch das negative Ergebnis etwas über das Sexualverhalten des Partners zu erfahren

Sexualität
- Frauen haben andere Liebesideale als Männer
- Frauen wollen Liebe und Sex, Männer wollen Sex – egal ob sie hetero oder schwul sind
- Frauen wünschen sich echte Partnerschaft und Emotionen
- Sexualität und die Art der Partnerschaft werden auch durch das Selbstbewusstsein, den Bildungsgrad und das Maß der Selbstbestimmung der Beteiligten geprägt
- Frauen haben ein höheres Risiko, außer- oder innerhalb der Beziehung vergewaltigt zu werden
- In heterosexuellen Kreisen wird HIV noch immer nicht als existentielle Bedrohung erlebt

Nicht weniger lebhaft verlief die Diskussion in der Männergruppe. Auffallend war, dass die Männer kaum über sich selbst redeten, sondern sich fast ausschließlich über den Vergleich zu Frauen – oder vielmehr ihrem Bild von Frauen – definierten. Ihre Sicht von Frauen- und Männerwelten stellten sie auf Moderationskarten folgendermaßen dar:

- je stärker männliches Verhalten beobachtet wird, desto mehr entspricht es dem Klischee (Selbstschutz)
- Männer sind extrovertierter
- Männer reden – Frauen machen
- Männer haben nach außen alles im Griff
- das Risiko ist bei Frauen und Männern gleich
- Männer beweisen ihre Männlichkeit durch Risikobereitschaft
- Männer gehen scheinbar rationaler mit Sex und AIDS um
- Männer sind genauso emotional wie Frauen
- Frauen sehen im ungeschützten Sex einen Treuebeweis
- der Mann entscheidet über das Kondom
- Frauen müssen die Kondombenutzung fordern (Verhütung)
- Männer nehmen sich mehr Rechte und profitieren mehr von Beziehungen
- Männer reden ungern über sich und ihre Probleme
- Männer sind medizingläubiger, Frauen probieren mehr aus

Positive Frauen (im Unterschied zu positiven Männern)
- machen sich mehr Sorgen um ihr Umfeld, während Männer mehr an sich denken
- planen ihr Leben besser, entwickeln Perspektiven
- ziehen sich eher zurück
- setzen ihre Ansprüche weniger durch
- haben mehr Probleme in der Partnerschaft
- werden für ihr scheinbar promiskes Verhalten gesellschaftlich bestraft
- wirken „unanständig"
- werden verlassen, während negative Frauen zu Pflegerinnen werden
- wagen mehr alternative Therapien
- Lesben bleiben außen vor

Gemeinsame Diskussion

In der zweiten Hälfte des Workshops kamen die beiden Gruppen wieder zusammen, um ihre Ergebnisse auszutauschen und zu diskutieren. Viele Männer zeigten sich erstaunt, enttäuscht und desilliusioniert über die Einschätzung der Frauen zum Thema Solidarität. Sie hatten erwartet, dass Frauen ihnen nach Jahrzehnten der Frauenbewegung – die von der Männerwelt,

in der es dazu kein Pendant gibt, durchaus auch mit Neid betrachtet wird – hier einen großen Schritt voraus wären. Umgekehrt kamen die Männer zu dem Schluss, dass es auch um die viel gepriesene Solidarität in der Schwulenszene in der Realität nicht (mehr) so rosig bestellt ist. Anders als Frauen träten schwule Männer jedoch eher als Gruppe nach außen auf; dies entspreche wiederum dem männlichen Rollenverhalten und habe mehr mit Macht als mit Solidarität zu tun. Allerdings sei gerade dieses Gefühl von Macht nach dem Auftauchen von AIDS überlebenswichtig für die Schwulenbewegung gewesen, um sich der Diskriminierung von Schwulen und Infizierten wirkungsvoll entgegenstellen zu können.

Wie in der Diskussion deutlich wurde, verfügen HIV-positive Frauen – sofern sie sich nicht über intravenösen Drogengebrauch angesteckt haben – in der Regel nicht über eine besondere Randgruppenerfahrung. Somit ist ihnen weder der Gedanke vertraut, sich eine gemeinsame Lobby zu erkämpfen, noch begreifen sie ihre Infektion als Ansatz für politisches Engagement. Wenn sie sich aber dazu entscheiden, für ihre Interessen einzutreten, bekommen sie in den AIDS-Hilfen nur wenig Unterstützung.

Übereinstimmend hielten es die Teilnehmer/innen für schwierig und wenig sinnvoll, über „die Männer" und „die Frauen" zu reden, weil jede und jeder einen individuellen Hintergrund mitbringe. Dennoch wurden grundsätzliche Unterschiede in der Situation von (schwulen) Männern und Frauen mit HIV/AIDS benannt: Viele positive Frauen hätten z.B. einen Partner und Kinder, müssten für sie sorgen und sich zusammenreißen, um den ganz normalen Familienalltag zu bewältigen. Ohne ein soziales Umfeld, in dem es – wie bei den schwulen Männern – viele gleichermaßen Betroffene gibt und das ein breitgefächertes Unterstützungsnetz entwickelt hat, stünden sie meist vor der Entscheidung, ihre Infektion zu verheimlichen und sich zurückzuziehen oder sie aber öffentlich zu machen; in diesem Fall müssten sie damit rechnen, vor allem von Heteromännern als Frau mit einem von der Norm abweichenden Lebenswandel stigmatisiert und bestraft zu werden. (Diese Haltung zeige sich schon bei Präventionsveranstaltungen in Schulklassen, wo Jungen sich nicht selten in dem Tenor äußerten: „Wenn meine Freundin positiv wäre, würde ich sie sofort rausschmeißen".) Völlig ausgeblendet bleibe die Gruppe der positiven heterosexuellen Männer, die sich noch mehr verstecken und im Hilfesystem praktisch nicht auftauchen.

Für das Bild, das die Öffentlichkeit von HIV-positiven Frauen hat, machten die Teilnehmer/innen nicht zuletzt die Medien verantwortlich. Sie zeigten entweder das unschuldige Opfer, z.B. die Krankenschwester, die sich an einer Injektionsnadel angesteckt hat, oder die Drogengebraucherin, die sich beim Drücken oder auf dem Strich infiziert hat – Hure oder Heilige. Die „ganz normale" positive Frau tauche in der Berichterstattung kaum auf.

Besonders aufschlussreich fanden die Frauen an dem Workshop, dass Männer das Risiko als geil und als Beweis von Männlichkeit beschrieben hatten. Das könne eine Erklärung dafür sein, warum so viele Männer als Freier zum Drogenstrich gehen.

Der Fragebogen zum Workshop

Welche Probleme/welche besonderen Herausforderungen sind im Workshop sichtbar geworden?

Die Stellung von positiven Frauen in der Gesellschaft:

- Mangelnde Solidarität bzw. Gruppenzusammengehörigkeit => weniger Macht
- Vereinzelung
- unanständig oder unsichtbar
- Bedrohung der sozialen Ordnung durch positive Frauen

Wer hat Interesse an der Erhaltung des Status quo? Wer stellt sich einer Änderung entgegen?

Wer hat Interesse an einer Lösung? Wer kann gewonnen werden?
Positive Frauen haben sicher alle ein Interesse daran. ABER: Wollen sie ihre Gruppenmacht entdecken?

Was bleibt außerhalb unserer Einflussmöglichkeiten?
Die immer noch vorherrschende Rollenverteilung in der Gesellschaft

Welche Schritte zur Änderung sind denkbar und möglich?
Frauen ermutigen, ihre privaten und öffentlichen Persönlichkeitsanteile zu verbinden.

FRAUEN; DIE AUS DER ROLLE FALLEN

Moderation: Andrea Wetzchewald; AIDS-Hilfe Wuppertal; Armin Bader, Universitätsklinikum Bochum
Protokoll: Sönke Guttenberg

An diesem Workshop nahmen neun Frauen und sieben Männer teil. Nach einer Vorstellungsrunde ging Andrea Wetzchewald kurz auf sozialwissenschaftliche Theorien zur Entwicklung und Bedeutung von Rollen und Normen ein. Als wichtig für die Diskussion stellte sie zusammenfassend folgende Punkte heraus:

- Die „Rolle" ist ein Grundbegriff der Soziologie. Sie bezeichnet die Gesamtheit aller mit einer sozialen Position verknüpften gesellschaftlichen Verhaltensanforderungen (sog. Rollenanforderungen/Rollenerwartungen).
- Rollen dienen der Trägerin/dem Träger zur Orientierung.
- Die Erwartungen, die an das Individuum als Träger/in einer Rolle gestellt werden, sind häufig widersprüchlich. Es entstehen Rollenkonflikte.
- Rollenanforderungen liegen bestimmte gesellschaftliche Normen zugrunde. Diese sind nach Zeit und Ort unterschiedlich und können sich ändern. Gegen Normen kann verstoßen werden.
- Durch die Auseinandersetzung mit Rollenerwartungen/Rollenanforderungen kann der/die Täger/in zu einem eigenen Rollenverständnis finden, in dem das Verhältnis zwischen eigenem Rollenentwurf und sozialen Rollenanforderungen ausgewogen ist.
- Gemeinsam ist allen sozialwissenschaftlichen Ansätzen, dass die Rolle der Frau/des Mannes nicht aus der biologischen Besonderheit des Geschlechts erwächst, sondern erlernt wird. Dies bietet Perspektive für Veränderung. Da gerade aber Geschlechterrollen nicht nur erlernt, sondern verinnerlicht werden, sind dies sicherlich Veränderungsprozesse, die nicht nur die Auseinandersetzung mit Rollen voraussetzen, sondern auch Zeit brauchen.
- Rollenerwartungen sind abhängig von Zeit und Ort und können sich verändern, sind also immer im geschichtlichen Zusammenhang zu sehen.

Mit der Frage, welchen Einfluss Rollenerwartungen auf das Leben von HIV-positiven Frauen haben, leitete Armin Bader von der Theorie in die Praxis über. Er stellte Beispiele von Frauen vor, die meinten, durch ihre HIV-Infektion aus der Rolle gefallen zu sein – „oder die aus der Rolle gefallen worden sind". Viele dieser Frauen seien isoliert, da sie ihre Rolle nach ihrem internalisierten Rollenverständnis nicht mehr erfüllen könnten. Eine Möglichkeit, damit umzugehen, sei die intellektuelle Reflexion der Rollen- und Machtverhältnisse, was zu einer neuen, selbstbewussten „Selbstdefinition" der Rolle führen könne – nach dem Motto: „HIV-positive Frauen *müssen* aus der Rolle fallen". Der Preis dafür sei jedoch häufig Einsamkeit. Außerdem reichten die bloße Erkenntnis und Selbst-Definition der Rolle noch nicht aus zum Ausbrechen, da die Rollenzuschreibungen tief verwurzelt seien.

Wie sich in der Diskussion bald herausstellt, kommt es wesentlich darauf an, ob sich eine Frau freiwillig und bewusst dafür entscheidet, aus der Rolle zu fallen, oder ob sie das Fallen gegen ihren Willen erlebt und ihm nichts entgegensetzen kann. Dass aber bewusstes ebenso wie rollengemäßes Verhalten nicht nach einem einfachen Schema abläuft, sondern von sehr vielschichtigen Faktoren bestimmt wird, wurde u.a. an der Frage deutlich, ob denn HIV-positive Drogengebraucherinnen im Knast, die ja auf den ersten Blick gegen eine ganze Reihe von Rollenmustern verstießen, tatsächlich bewusst aus der Rolle fielen. Viele von ihnen hätten

„spießige" Wertvorstellungen, wünschten sich z.B. eine Familie oder seien politisch eher konservativ eingestellt. So gibt es offensichtlich ein Bedürfnis, das gesellschaftliche Idealbild der Frau zu erfüllen, das umso größer ist, je weiter die betreffende Frau davon entfernt ist.

Die Teilnehmer/innen stimmten darin überein, dass die Auseinandersetzung mit unterschiedlichen Rollenbildern großen Einfluss auf die Entwicklung der Persönlichkeit, „des Selbst", hat. Neben die negative Aspekte von Rollen – z.B. einengende Vorgaben oder den Druck, den Erwartungen zu entsprechen – setzten sie positive Auswirkungen: Rollen könnten eine gewisse Sicherheit bieten und würden nicht nur aus Bequemlichkeit, sondern auch aus Existenzängsten und zum Selbstschutz angenommen. Der bewusste oder unbewusste Wunsch, die Rolle zu verlassen, wechsle sich häufig ab mit der Sehnsucht nach Sicherheit, Ordnung oder gar „Gemütlichkeit". „Aus der Rolle fallen" sei anstrengend, auf die Dauer zu anstrengend – bleibt nur die Gratwanderung, Gestaltungsmöglichkeiten inner- und außerhalb der Rolle auszuprobieren. Nicht zuletzt seien aber auch neue weibliche Idealbilder entstanden, die zunächst mehr Freiraum lassen: z.B. das der Mutter, womöglich alleinerziehend, trotzdem berufstätig, karriereorientiert und erfolgreich. Allerdings ginge von derartigen Modellen wiederum neuer Erwartungsdruck aus.

Die Frage, wer die Rollen definiere und ihre Einhaltung kontrolliere, beantworteten die Frauen in der Gruppe aus einem sehr distanzierten Standpunkt: Es sei zu oberflächlich und einfach, dafür nur „die bösen (Hetero-)Männer" verantwortlich zu machen; Frauen untereinander kontrollierten einander viel stärker als Männer, die „bloß" die strukturelle Macht hätten. Das Klischee der sanftmütigen, einander verstehenden Frauen treffe nicht zu – Frauen seien aggressiv, konkurrierend, verletzend. In der Rolle zu bleiben sei bequem; Frauen kontrollierten ihre Geschlechts-genossinnen auf Rollen-Wohlverhalten, denn erfolgreiches Ausbrechen anderer aus der Rolle stelle das eigene Leben in Frage. „Männer definieren Rollen – Frauen setzten sie durch" war ein plakativer Versuch, dies auf den Punkt zu bringen.

Von einer eher allgemeinen Betrachtung der Bedeutung von Rollen wandte sich die Diskussion nun dem Rollenverhältnis in der AIDS-Hilfe zu. Da AIDS-Hilfe ein Bestandteil der Gesellschaft sei, betreffe vieles, besonders das per Rolle festgelegte Macht-Ungleichgewicht zwischen Männern und Frauen, auch die Verbandsarbeit. Frauen müssten in Machtpositionen zu 150 Prozent funktionieren. Es wurde vermutet, dass Frauen nicht wie Männer Seilschaften bildeten, was es für die Einzelne schwieriger mache, sich zu behaupten. Der Preis für Erfolg sei wiederum Einsamkeit, auch Partnerlosigkeit. Darin sahen nicht alle Teilnehmer/innen ein Problem; schließlich sei die Zweierbeziehung nicht das einzig mögliche Modell, und manche Menschen lebten gern alleine. Entscheidend sei es allerdings, ob das Alleinsein als eine Alternative frei gewählt werden könne oder nicht.

Den Grund dafür, dass sich sehr viele Frauen ehren- oder hauptamtlich in AIDS-Hilfe engagieren, sahen die Anwesenden in einem typisch weiblichen Rollenmuster, das Frauen die Verantwortung für die Gesundheit, also auch für Betreuung und Krankenpflege zuschreibt. HIV-positive Frauen, die meist unfreiwillig aus ihrer Rolle gefallen sind, müssen sich deshalb nicht unbedingt in AIDS-Hilfen mit neunzigprozentigem Frauenanteil wohl fühlen. Daraus ergab sich die Frage, ob AIDS-Hilfe nur für Rollenbrecher/innen da sei. „Ja – für die anderen gibt es die BZgA", war eine Antwort.

Nach den Beobachtungen der Teilnehmer/innen nutzen HIV-infizierte Frauen die (Selbsthilfe-) Angebote von AIDS-Hilfe anders als Männer: Während sich der Großteil der Frauen als „Opfer" betrachte und das Virus nicht als etwas Verbindendes verstehe, träfen sich positive (schwule) Männer, um ihre Interessen zu artikulieren und sie offensiv durchzusetzen. Bei ihnen wirke die Tatsache, homosexuell und damit aus der für Männer vorgesehene Rolle gefallen zu sein, als ein Bindeglied, das durch die HIV-Infektion eher noch verstärkt werde; „positiv sein" sei eine akzeptierte schwule Rolle.

Zu klären blieb die Frage, wie AIDS-Hilfe mit weiblichen Rollen und dem – freiwilligen oder unfreiwilligen – Bruch mit ihnen umgehen soll. Eine denkbare Möglichkeit wurde darin gesehen, Rollenbrecherinnen zu stärken und zu unterstützen. Allerdings sei AIDS-Hilfe zwar „Tabubrecher, aber nicht Rollenbrecher", sie könne sich nicht vollkommen außerhalb der Gesellschaft und ihren Normen stellen. Beratung könne schließlich auch bedeuten, Menschen in eine Rolle (zurück) zu geleiten, in der sie sich einrichten können – sei es in die alte oder in eine neue.

Insgesamt hat die AIDS-Hilfe nach der überwiegenden Ansicht der Teilnehmer/innen noch immer ein schwules, metropolenorientiertes Image, auch wenn die regionalen Einrichtungen tatsächlich ganz verschieden seien und mit unterschiedlichen Schwerpunkten arbeiteten. Männer und Frauen, die nicht den klassischen Zielgruppen angehörten, suchten in den Zeiten der fortschreitenden Normalisierung von AIDS häufig lieber ein Gesundheitsamt auf, um sich beraten zu lassen. Fazit der Gruppe: Wenn AIDS sich ändert, muss auch die AIDS-Hilfe sich ändern. Um nicht unterzugehen, muss sie sich weiter öffnen und dies auch nach außen deutlich machen. In Bezug auf die Zielgruppe der Frauen soll und kann sie nicht vorgeben, was gemacht werden soll – wenn viele positive Frauen sich die AIDS-Hilfe „aneigneten", könne das sehr spannend werden.

Die Beantwortung des Workshop-Fragebogens wurde zunächst von einigen Teilnehmer/innen als schwierig oder gar unmöglich angesehen, schließlich erwies er sich doch als Basis für eine Sammlung von Statements und Eindrücken, von denen hier einige wiedergegeben werden sollen:

- Rollen helfen und geben Sicherheit, aber sie engen auch ein und können zum Gefängnis werden
- Verkehrung von Bedürftigkeiten: *AIDS-Hilfe* braucht die Frauen, die aus der Rolle fallen!
- Öffnung der AIDS-Hilfe, damit sie auch Menschen erreichen kann, die nicht aus der Rolle fallen (wollen)
- Zuviel der Öffnung, latente schwule Angst, etwas zu verlieren
- Ist die AIDS-Hilfe ein Ort der Normbrecher/innen? – Verhältnis der AIDS-Hilfe zur Normalität
- (Wie) ist es möglich, „aus der Rolle Gefallene" wieder in ihre gewünschte Rolle zurückzubringen?
- geschlechtsspezifischer arbeiten, unabhängig von Rollen.

Der Fragebogen zum Workshop:

Welche Probleme/welche besonderen Herausforderungen sind im Workshop sichtbar geworden?

- Wir müssen einander mehr zuhören
- AIDS-Hilfe braucht Frauen, die aus der Rolle fallen

Wer hat Interesse an der Erhaltung des Status quo? Wer stellt sich einer Änderung entgegen?

- Menschen – egal ob Männer oder Frauen -, die unsicher sind und Ängste vor Veränderungen haben
- Menschen, die ihre Position gefährdet sehen
- schwule Männer

Wer hat Interesse an einer Lösung? Wer kann gewonnen werden?

- Ich, d.h.: Es fängt bei mir an

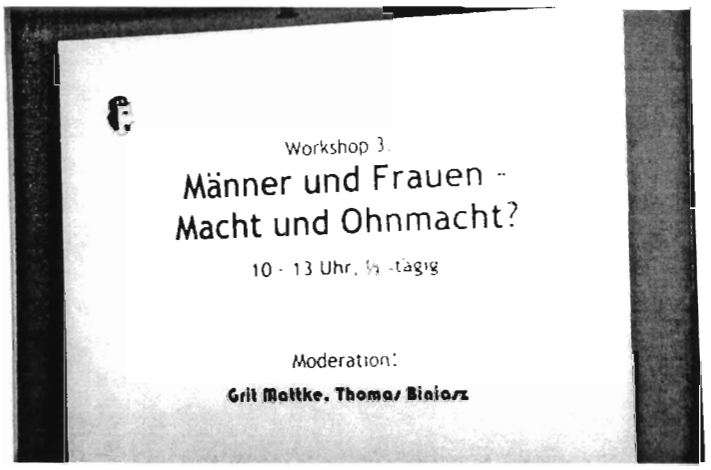
Was bleibt außerhalb unserer Einflussmöglichkeiten?

- Die Abschaffung des Patriarchats

WORKSHOP: MÄNNER UND FRAUEN – MACHT UND OHNMACHT?

Moderation: Grit Mattke und Thomas Biniasz; beide arbeiten als Trainer/in für die DAH
Protokoll: Achim Weber

Dieser Workshop wurde von sechs Frauen und sieben Männern besucht. Die meisten Teilnehmer/innen waren hauptamtliche Mitarbeiter/innen oder Vorstandsmitglieder in regionalen AIDS-Hilfen; jeweils ein Teilnehmer kam aus dem Drogenselbsthilfe-Netzwerk JES, aus einem Präventionsprojekt für Männer, die Sex mit Männern haben, und aus einem schwulen Switchboard.



In der Vorstellungsrunde beschrieben die Anwesenden kurz, wie sie das Verhältnis zwischen Männern und Frauen an ihrem Arbeits-platz sehen und wie es dort um Machtstrukturen bestellt ist; einige gingen auch darauf ein, wie sie sich selbst wahrgenommen fühlen.

Vier der Frauen, von denen zwei ein Vorstandsamt in ihrer AIDS-Hilfe übernommen haben, beurteilen das Verhältnis bzw. die Arbeitsteilung zwischen ihnen und den schwulen Kollegen mit ähnlichen Worten so: Die Frauen organisieren und machen, und die Homos heimsen das Lob für die Ergebnisse ein. Eine der Frauen sagt, sie werde ab einem gewissen Punkt immer auf die Rolle der „Hetera" reduziert. Mit der Machtfrage hat eine der Vorstandsfrauen die Erfahrung gemacht, dass die Schwulen „aufjaulen", wenn Frauen Macht annehmen, „weil sie Angst haben, die Macht zu verlieren".

Eine Teilnehmerin, die in einer frauendominierten AIDS-Hilfe mit eigenem Projekt für Kinder arbeitet, berichtet von den Schwierigkeiten, einen homosexuellen Mann für die Schwulenprävention zu finden – die weibliche Übermacht wirkt wohl abschreckend. Zugleich stellt sie fest, dass Frauen weniger Zeit für ehrenamtliches Engagement aufbringen können als Männer, vor allem, wenn sie ganztags arbeiten und Kinder haben.
Als einzige Frau unter schwulen Männern bekleidet die sechste der Frauen ein Vorstandsamt, in dem sie nicht selten in Rollenkonflikte gedrängt wird: „Auf der einen Seite bin ich die ‚Freundin der Schwulen', aber andererseits muss ich immer wieder an die Arbeit für Frauen erinnern." Zum Verhalten von Männern und Frauen am Arbeitsplatz fällt ihr auf, dass Männer eher Konflikte austragen, während Frauen „das immer hinter dem Rücken machen".

In den Aussagen der Männer werden zum Teil gegensätzliche Erfahrungen deutlich: Der Mitarbeiter einer AIDS-Hilfe mit ausschließlich weiblich besetzten ehrenamtlichen Team bestätigt, dass schwule Interessenten wegen der Dominanz der Frauen kein Ehrenamt übernehmen. Ein anderer Teilnehmer, der eine AIDS-Hilfe neu gegründet und bewusst auch Frauen für die Mitarbeit gewonnen hat, beobachtete, wie die Frauen „im Laufe der Zeit die Männer untergebuttert haben". Ein dritter Workshop-Besucher hat an seiner vorhergehenden Stelle in einer AIDS-Hilfe sehr unter seiner „Chefin" gelitten: „Sie hätte nicht schlimmer als der mieseste Macho-Chef sein können."

Demgegenüber registriert der Mitarbeiter in einem schwulen Switchboard, in dem keine Frauen beschäftigt sind, von einer frauenfeindlichen Stimmung, die sich z.B. in abwertenden Bemerkungen äußere; die Kollegen seien auch nicht bereit, über diese Haltung zu diskutieren.

Unter Drogen Gebrauchenden auf der Szene werden, wie der Vertreter des JES-Netzwerks berichtet, Frauen von Männern dominiert. Dieses Verhältnis spiegele sich auch im Netzwerk wider. Seit einigen Jahren werde nun daran gearbeitet, die Rolle der JES-Frauen zu stärken – immerhin sei der Sprecherrat jetzt paritätisch besetzt –, aber angesichts der festgefahrenen Strukturen sei dies ein langwieriger und anstrengender Prozess.

Einer der Männer vertritt die Meinung, Frauen hätten die Möglichkeit, an der Macht zu partizipieren (z.B. als Vorstandsmitglieder), nähmen diese aber nicht wahr.

Die in dieser Runde angesprochenen Erfahrungen und Fragestellungen wurden getrennt nach Männer- und Frauenthemen auf der Flipchart festgehalten; daraus ergab sich folgen-des Bild:

Männer:

- Schwule Männer und Frauen verfolgen in der Konfliktbearbeitung ähnliche (Vermeidungs-) Strategien
- Was suchen Frauen eigentlich in AIDS-Hilfen bei schwulen Männern?
- Andrang von heterosexuellen Frauen in AIDS-Hilfen
- Ehrenamt: Frauen sind zu mächtig
- paritätische Lösungen?
- Ziel: keine schwule AIDS-Hilfe
- Raum für Frauen, sich Macht zu nehmen, aber sie wollen nicht
- Männerkommunikation – Machtkommunikation
- Frauen in Führungspositionen benutzen ähnliche Strategien wie Männer
- Habe mich von Frauen unterbuttern lassen
- festgefahrene Strukturen zwischen Männern und Frauen verhindern Kommunikation

Frauen:

- Frauen arbeiten – Männer stellen sich dar
- Frauen übernehmen Macht
- mach mal, aber du bist ja nur hetera
- Die Männer ordnen sich unter – machen auch mit
- organisatorische Rahmenbedingungen (Arbeitsbedingungen für Frauen sind schlechter, vor allem, wenn sie Kinder haben)
- Doppelbelastung führt zur Machtlosigkeit
- Wo waren die schwulen Männer, als es darum ging, den CSD zu organisieren?
- Gefangen im Wollen und Wünschen
- Männer lieben Macht und nicht Verantwortung
- Erst wollen sie die Frauen mächtig, und dann kriegen sie Angst
- Wo ist die Frauensolidarität?
- Macht für Frauen schickt sich nicht
- Männer tragen Konflikte aus, Frauen sind hintenrum

In einer kurzen Diskussion ergänzen die Teilnehmer/innen weitere Aspekte, die die Zusammenarbeit zwischen Frauen und schwulen Männern in AIDS-Hilfen prägen:

- Identitäten sind das Problem, weil sie ausgrenzen. Wenn es gelingt, sich von starren Identitäten zu lösen und sich auf die Vielfalt von Lebensstilen einzulassen, die bei Homos, Heteros oder Bisexuellen anzutreffen sind, kann das Machtgefälle zwischen den einzelnen Gruppen verringert werden.
- Verklärende Zuschreibungen spielen ebenfalls eine Rolle. (AIDS-Hilfe gehört den Schwulen; schwule Männer sind – im Gegensatz zu den Heteros – „die Sanften", denen man nicht böse sein darf; in AIDS-Hilfe herrscht Basisdemokratie nach dem Motto „Wir sind alle gleich".)
- Macht und Ohnmacht haben etwas mit Klarheit und Unklarheit zu tun.
- Aus der Ohnmacht heraus entstehen Schuldzuweisungen.

Für eine Teilnehmerin stellt sich die Frage, was sie sich als heterosexuelle, ungetestete Frau gegenüber den Betroffenen „anmaßen" darf und wie es beurteilt wird, wenn sie Macht übernimmt.

Um herauszufinden, ob Männer und Frauen die Ursachen und Mechanismen von Macht und Ohnmacht unterschiedlich sehen, arbeiten sie im nächsten Schritt getrennt in zwei Kleingruppen an der Frage, was mächtig bzw. ohnmächtig macht.

Die Ergebnisse der Frauen:

Was macht mich mächtig?

- qualitativ hochwertige Arbeit und dass diese so gesehen wird
- sich zu zeigen
- Beziehungen zu VIPs und nach außen
- mütterliche Kompetenz
- Gespür für informelle Macht
- gesundes Selbstwertgefühl
- Durchschauen von Strukturen
- mehr Informationen über Einzelne
- sich einfühlen können
- schon lange dabei zu sein
- Vollzeit zu arbeiten
- die hauptamtliche Mitarbeit
- Wissen zu haben
- Kompetenzen zu besitzen
- Kompetenz des Weiblichen

Was macht mich ohnmächtig?

- hetera, ungetestet zu sein, ohne Bezahlung in der AIDS-Hilfe zu arbeiten
- das Bedürfnis: alle sollen mich lieben
- „Ich bin keine Superfrau"
- keine Kraft mehr zu haben
- Ich werde nicht gesehen
- chancenlos durch Doppelbelastung
- mütterliche Kompetenz
- in zweiter Reihe zu stehen
- geringes Selbstwertgefühl
- geringe Wertschätzung
- geringe Akzeptanz
- geringe Wahrnehmung
- negativ bewertete Lebenswelt
- Hilflosigkeit durch Übermacht

Die Ergebnisse der Männer

Was macht mich mächtig?

- Kompetenz und berufliche Stellung
- Mann sein macht mächtig
- Lebensweisenkompetenz
- Repräsentation ist Männersache -> Darstellung
- Historie der schwulen Selbsthilfe/AIDS-Hilfe stützt patriarchale Strukturen
- Mund aufmachen dürfen/können

Was macht mich ohnmächtig?

- Doppelbelastung von Frauen macht mich ohnmächtig
- sich beweisen müssen/Mann sein ist anstrengend
- fehlende schwule Männer

In der abschließenden Diskussion verständigen sich beide Seiten darauf, dass es wichtig ist, Grenzen im Miteinander zu finden und anzuerkennen, dazu gehört es auch, Schutzräume zu respektieren. Es ist z.B. klar, dass ein schwuler Mann im Frauenhaus genauso wenig zu suchen hat wie eine Frau in der schwulen Selbsthilfegruppe. Zwischen diesen beiden extremen Polen ist aber AIDS-Hilfe angesiedelt, die sich nicht immer gleichermaßen an alle Betroffenengruppen richtet, sondern unterschiedliche Schwerpunkte haben kann und dementsprechend mehr von (schwulen) Männern oder mehr von Frauen geprägt ist.

Der Fragebogen zum Workshop:

Welche Probleme/besonderen Herausforderungen sind im Workshop sichtbar geworden?
- Es gibt Grenzen durch Weiblich-sein in schwuler Welt
- Grenzen wahrnehmen und sich darüber austauschen können – ohne diese zu bewerten
- Männer haben Angst, dass ihnen ihr „Baby AIDS-Hilfe" genommen werden kann

Wer hat Interesse an der Erhaltung des Status quo? Wer stellt sich einer Änderung entgegen?
- Männer haben Angst, dass ihnen ihr „Baby" (AIDS-Hilfe) genommen wird; deswegen wird an der Machtposition festgehalten
- unklare Kompetenzen und Machtzuschreibungen können von Klient(inn)en ausgenutzt werden

Wer hat Interesse an einer Lösung? Wer kann geworden werden?
- Wer ohnmächtig ist, möchte teilhaben und Lösungen finden
- Menschen in AIDS-Hilfen, die die Organisation professionalisieren wollen

Was bleibt außerhalb unserer Einflussmöglichkeiten?
- Der kleine Unterschied

Welche Schritte zur Änderung sind denkbar und möglich?
- gegenseitige Akzeptanz, Wertschätzung
- Lernen im Dialog
- Einfühlen in andere Lebenswelten und diese aktiv unterstützen

Die/den andere/n sehen, wie sie/er ist

BERATUNG VON FRAUEN IN DER AIDS-HILFE

Moderation: Silke Eggers, AIDS-Hilfe Göttingen
Protokollantinnen: Silvia Steffens, Sabine Battaglia

Zu diesem Workshop waren elf Frauen und ein Mann gekommen. Wie die Vorstellungsrunde zeigt, arbeiten acht Teilnehmerinnen mit unterschiedlichen Schwerpunkten (z.B. Prävention für Frauen und Mädchen, Unterstützung von Selbsthilfegruppen, Streetwork im Bereich Drogen/ Prostitution, Betreutes Wohnen, Unterstützung von betroffenen Lebensgemeinschaften, in denen Kindern leben) hauptamtlich in AIDS-Hilfen; zwei Frauen engagieren sich dort ehrenamtlich. Eine Teilnehmerin ist Mitarbeiterin in einer Lesben- und Schwulenberatung, und dem einzigen Mann in der Runde ist diese Rolle von seiner Arbeit in der AIDS-Beratung eines städtischen Gesundheitsamtes vertraut.

Die meisten der Anwesenden erwarten sich von dem Austausch Anregungen zu der Frage, wie Frauen besser erreicht werden können. Zwei Teilnehmerinnen geht es vor allem darum, kulturelle und sprachliche Barrieren in der Migrantinnenarbeit zu überwinden und die Interessen dieser Frauen stärker wahrzunehmen und durchzusetzen. Einer weiteren Teilnehmerin ist es wichtig, mehr über den Unterstützungsbedarf von Drogen gebrauchenden Frauen zu er-fahren.

Im Zusammenhang mit den Wünschen und Erwartungen an den Workshop wird auch Kritik geäußert: Die Internet-Seite der DAH biete Rat suchenden Frauen kaum Anhaltspunkte.

Die aktuelle Situation

Wie Silke Eggers zum Einstieg in die gemeinsame Arbeit ausführt, herrscht in der AIDS-Hilfe zurzeit eine große Ratlosigkeit im Hinblick auf die Beratung für Frauen. Es ist unklar, ob die vorhandenen Angebote noch den Bedürfnissen der breit gefächerten Zielgruppe gerecht werden – eine Frage, die sich womöglich nur durch eine umfassende Bedarfserhebung beantworten lässt.

Um in diesem Kreis die Diskussion darüber zu erleichtern, wo Ansatzpunkte für Verbesserungspotentiale liegen könnten, schlägt Silke Eggers vor, zunächst die aktuelle Situation zu betrachten. Sie bittet die Teilnehmenden, auf Karten festzuhalten, welche Angebote für Frauen bereits bestehen.

Das Ergebnis:

- selbständige und angeleitete Selbsthilfegruppen, die die inhaltliche Auseinandersetzung oder auch Freizeitaktivitäten in den Mittelpunkt stellen
- überregionale/bundesweite Frauenpositiventreffen
- Landesarbeitsgemeinschaft Frauen und AIDS
- Seminarangebote/inhaltliche Fortbildung für

⇒ Betroffene

⇒ Angehörige

⇒ Professionelle

- regionale und überregionale Netzwerke zum Thema Frauen und AIDS

telefonische/persönliche psychosoziale Beratung

a) allgemein

b) b) von Frauen für Frauen

Angebote

- für Frauen im Strafvollzug
- für Drogen gebrauchende Frauen
- für positive schwangere Frauen
- für Prostituierte (z.B. Café als Anlaufstelle)
- Streetwork
- Offene Café- Angebote für positive Frauen
- Freizeiten für positive Frauen
- Medizinische Beratung, speziell im gynäkologischen Bereich
- Informationsangebote: z.B Broschüren und Plakate von der DAH und einzelnen regionalen Organisationen
- Qualifizierungsmaßnahmen

Der Idealzustand

Im nächsten Schritt wenden sich die elf Frauen und der Mann, zu dem sich nach der Pause ein zweiter gesellt hat, ihren Vorstellungen vom Idealzustand der Frauenberatung zu. Der Workshop teilt sich dazu in drei Gruppen, die die folgenden Fragen bearbeiten sollen:

- Welche Angebotsstruktur muss für positive Frauen vorhanden sein?
- Muss es noch speziellere Angebote für Frauen geben? (z.B. niederschwellige Angebote)
- Wie schafft man/frau in den Räumlichkeiten der AIDS-Hilfe eine für Frauen ansprechende Atmosphäre? (z.B. Gestaltung der Eingangsbereichs)

Nach 45 Minuten stellen die Gruppen ihre Ergebnisse vor:

Gruppe 1

- aufsuchende Arbeit
- Gestaltung der Räumlichkeiten
- Außendarstellung(Flyer: Frauen sollen explizit und differenzierter benannt werden)
- stärkende Arbeit
- Beachtung der besonderen Umstände (z.B. Kinderbetreuung)
- flexiblere Beratungszeiten
- soziales Umfeld in die Arbeit einbeziehen (z.B. Ehemänner, die sich bedroht fühlen)
- Reflexionsmöglichkeit in der Beratung

Gruppe 2

- Vernetzung mit Ärzt(inn)en (über medizinische Versorgung hinaus)
- feste Beratungszeiten in immunologischen Ambulanzen, Tages- und Kinderkliniken
- „Testführerschein" für Gynäkolog(inn)en (Beratungsqualifizierung der Ärzte/Ärztinnen)
- flexible Beratungszeiten und -orte
- Kinderbetreuung
- Selbstbestimmung der positiven Frauen respektieren
- mehrsprachige Angebote
- altersspezifische Trends aufgreifen (z. B. Prävention in Techno-Clubs)
- Klärung des Selbstbildes der AIDS-Hilfen in der breiten Öffentlichkeit
- Klärung des Selbstbildes der AIDS- Hilfen auf lokaler und Verbandsebene

Gruppe 3

- effektivere frauenspezifische PR- Arbeit
- Poster/ Plakate für Frauen
- Werbung, in der Frauen angesprochen werden
- Kinderbetreuung
- finanzielle Absicherung der Frauenberatung (eigener Posten im Etat)
- frauenspezifische Fachkenntnisse (medizinische und soziale)
- Vernetzung mit verschiedenen frauenspezifischen Angeboten (die z.B. im Bereich Missbrauchserfahrungen arbeiten)
- niedrigschwellige Arbeit
- Angehörigenberatung
- spezielle Angebote für Migrantinnen
- Anonymität wahren (auf andere Städte verweisen, flexiblere Telefonberatungszeiten)
- freie Wahl des Beratergeschlechts
- inhaltliche/strukturelle Unterstützung bei der medizinischen Versorgung/Therapie:
- ° Begleitung zu Arztgesprächen
- ° Zusammenarbeit zwischen AIDS-Hilfen und Ärzt(inn)en

Wie kann der Idealzustand erreicht werden?

Abschließend diskutierten die Teilnehmer/innen notwendige Schritte auf dem Weg zum „Idealzustand". Zusammenfassend kann gesagt werden, dass das angestrebte Ziel nicht unerreichbar scheint – wenn es gelingt, die strukturellen Gegebenheiten zu verändern.

Das heißt: Frauen dürfen im Selbstbild der AIDS-Hilfen nicht von anderen Interessengruppen (Schwulen, Drogengebraucher(inne)n) verdrängt werden. Dabei geht es nicht um Lippenbekenntnisse, sondern um eine gleichberechtigte Verteilung der knappen finanziellen Mittel. Ein Vorschlag lautet, einen eigenen festen Etat für Frauen zu etablieren. Um eine qualifiziertere Frauenarbeit gewährleisten zu können, brauchen die AIDS-Hilfe außerdem mehr – weibliches – Personal. Bezeichnend für die gegenwärtige Situation sind dagegen erste Kürzungen an Frauenprojekten, während Projekte für schwule Männer in der Regel nicht in Frage gestellt werden. Nach wie vor müssen Frauen aufgrund der Strukturen innerhalb der AIDS- Hilfen häufig als Einzelkämpferinnen agieren. Wichtig wäre deshalb eine Unterstützung ihrer Interessen auf bundesweiter Ebene.

Zum Idealzustand gehört es auch, dass Frauen, die sich z.B. von den Darstellungen schwuler Sexualität auf Plakaten im Eingangsbereich nicht unbedingt angesprochen fühlen, mehr Raum für die eigene Identifikation bekommen. Frauen müssen lernen, klare Bedingungen zu stellen und ihre Bedürfnisse einzufordern – darin waren sich am Ende des Workshops alle einig. Einer der beiden Männer in der Runde formuliert es schlicht so: Willst du Macht, nimm sie dir!

Der Fragebogen zum Workshop:

Welche Probleme/welche besonderen Herausforderungen sind im Workshop sichtbar geworden?

- Die Arbeit so zu gestalten, dass Frauen sie in Anspruch nehmen und nehmen können (Zeiten, Kinderbetreuung usw.)
- Frauen in AIDS-Hilfe müssen „selbstverständlich" werden
- Rahmenbedingungen schaffen (personelle, finanzielle und räumliche Ausstattung)

Wer hat Interesse an der Erhaltung des Status quo? Wer stellt sich einer Änderung entgegen?

- andere Interessengruppen
- Geldgeber (die dann mehr geben müssen)
- Frauenbereich (Konkurrenz)

Wer hat Interesse an einer Lösung? Wer kann gewonnen werden?

- Frauen und Mitarbeiterinnen (denen das Angebot bisher zu defizitär war)
- Bündnispartnerinnen im Frauenbereich/Bündnispartner, die frauenspezifische Arbeit fördern

Was bleibt außerhalb unserer Einflussmöglichkeiten?

Welche Schritte zur Änderung sind denkbar und möglich?

- Klärung des Selbstbildes
- Lobbyarbeit
- Kritische Solidarität unter Frauen
- Umsetzung der Forderungen:
  - finanzieller Etat für Frauenarbeit
  - Qualifizierung in frauenspezifischen Beratungsangeboten
  - gute Öffentlichkeitsarbeit

„FRAUEN UND DAS ‚HOHELIED' DER STRUKTURELLEN PRÄVENTION"

Moderation: Martina Klünter; AIDS-Hilfe Bonn; Dieter Telge, LABAS, Berlin
Protokoll: Sönke Guttenberg

Ausgangspunkt dieses Workshops war die Arbeitsteilung zwischen DAH und BZgA, die in der HIV/AIDS-Prävention für Frauen nicht eindeutig definiert ist. Ziel war es zu klären, für welche Frauen sich die AIDS-Hilfe zuständig hält und welche Frauen sich von ihr angesprochen fühlen, um schließlich eine sinnvolle Aufgabenteilung bzw. Zusammenarbeit der beiden Organisationen ansteuern zu können. Gleichzeitig galt es zu hinterfragen, inwieweit sich das Konzept der strukturellen Prävention, das sich in der Arbeit für Schwule und Drogengebraucher/innen als sehr erfolgreich erwiesen hat, überhaupt auf die „Zielgruppe Frauen" übertragen lässt.

Zur Vorbereitung des Workshop hatten Martina Klünter und Dieter Telge bei der BZgA und der DAH angerufen, um sich nach den jeweiligen frauenspezifischen Präventionskonzepten zu erkundigen. Wie das Gespräch mit der BZgA ergab, verfolgt die Bundeszentrale keinen frauenspezifischen Ansatz, da ihre Medien und Kampagnen sich immer auch an Frauen richteten. Speziell zum Thema Frauen und AIDS seien bisher drei Broschüren erschienen; ansonsten arbeite man lieber, als Konzepte zu schreiben – so wird der BZgA-Mitarbeiter zitiert. Die DAH setzt in der Frauenarbeit ihren Schwerpunkt bei HIV-positiven Frauen. Fazit der Moderation: Es gibt in diesem Bereich keine Überschneidung zwischen DAH und BZgA, sondern vielmehr eine Kluft.

Eine Bestandsaufnahme unter den Teilnehmenden zeigt, dass die Präventionsarbeit für Frauen zumindest in bestimmten Regionen Eingang in viele unterschiedliche Projekte gefunden hat, von denen hier nur einige beispielhaft aufgeführt werden sollen:

- In Nordrhein-Westfalen hat sich 1995 unter dem Dach der AIDS-Hilfe NRW die Landesarbeitsgemeinschaft (LAG) Frauen und AIDS gegründet, deren Ziel es ist, frauenspezifische AIDS-Projekte in NRW zu vernetzen und die Zusammenarbeit zu koordinieren, um die Selbsthilfe von Frauen zu stärken. Die LAG, die sich viermal im Jahr trifft, setzt sich zusammen aus positiven Aktivistinnen und ehrenamtlichen oder hauptamtlichen Mitarbeiterinnen von AIDS-Hilfen und anderen Einrichtungen mit einem Arbeitsschwerpunkt HIV und AIDS. Die LAG engagiert sich vor allem in den Themenfeldern HIV/AIDS, Drogen, Gesundheit, Migration, Arbeit/Beruf und Gesell-schaft.

- Im Rheinland, im Ruhrgebiet und in Westfalen treten – organisiert von der AIDS-Hilfe NRW – einmal pro Jahr Runde Tische zusammen, bei denen ebenfalls die Vernetzung und Kooperation in den Regionen im Mittelpunkt steht. Mitwirkende sind Vertreterinnen von Mitgliedsorganisationen der AIDS-Hilfe NRW (z.B. auch von Junkiebünden) und von Organisationen mit einem Schwerpunkt Frauen und AIDS (z.B. Sozialdienst Katholischer Frauen). Als besonderer Erfolg werden die überregionalen Frauenpositiventreffen in Westfalen und im Ruhrgebiet gesehen, die über die Runden Tisch entstanden sind.
- Die AIDS-Hilfe NRW hat einen „Infopool Frauen und AIDS" eingerichtet, in dem sich Rat Suchende über ein Orts- und ein Stichwortverzeichnis (z.B. Arbeit, Bildung, Drogen, Forschung, Kultur, Schwangerschaft, Test) über Projekte informieren können, die Unterstützung in der jeweiligen Situation bieten. Eine umfassende Literaturliste liefert zusätzliche Hinweise. Der Infopool erscheint als Broschüre und ist im Internet unter www.aids-hilfe-nrw.org zu finden.
- In Bielefeld gibt es seit fünf Jahren das Projekt „Frauen-Förderung von Gesundheit und Körperbewusstsein bei Drogenkonsumentinnen, die der Beschaffungsprostitution nachgehen".
- Die AIDS-Hilfe Münster bietet eine Frauensprechstunde in der HIV-Ambulanz für Migrantinnen und Frauen aus dem ländlichen Umfeld.
- Mädchen mit erhöhtem Infektionsrisiko sind die Zielgruppe eines Projekts der AIDS-Hilfe Düsseldorf zur mädchenspezifischen Primärprävention von HIV und AIDS.

Das Land NRW investiert außerdem jährlich drei Millionen Mark in das „Youth Work"-Programm mit 65 Stellen in verschiedenen Einrichtungen, von denen 18 in AIDS-Hilfen angesiedelt sind. Aufgabe der „Youth Worker" ist es, Jugendliche in der Phase zu begleiten, in der sie ihre Sexualität und ihr Verhältnis zum eigenen und zum anderen Geschlecht entwickeln; HIV-Prävention ist dabei ein Thema unter vielen. Ihre Arbeit leisten sie zwar vor allem an Schulen; sie werden aber nicht als Lehrer/innen gesehen und haben dadurch viel bessere Möglichkeiten, die Jugendlichen tatsächlich zu erreichen.

Angesichts der Vielzahl erfolgreicher Projekte kam die Frage auf, was denn eigentlich das Problem sei. Die Teilnehmer/innen stellten schnell fest, dass all diese Projekte in NRW beheimatet sind, wo die AIDS-Hilfe mit Mitteln zur zielgruppenspezifischen Prävention vergleichsweise gut ausgestattet ist, während in anderen Regionen eher Brachland vorzufinden ist. Zudem sei die HIV-Prävention für Frauen ein sensibler Bereich, in dem am ehesten personalkommunikative Ansätze Erfolg zu versprechen scheinen – die immer auch kostenintensiv sind Fazit: Ein Problem sind die begrenzten finanziellen und personellen Ressourcen; ein anderes bleibt die Frage, wie ein besserer Zugang zu den Frauen gefunden werden kann, die sich nicht als klare Zielgruppe definieren lassen, aber dennoch einem Infektionsrisiko ausgesetzt sind.

Der These, die Zahl der Frauen, die sich auf heterosexuellem Weg infizieren, sei so niedrig, dass sie allenfalls noch mit totalitären Mitteln weiter abgesenkt werden könnte und als ein Beleg für erfolgreiche Präventionsarbeit zu werten sei, wollten die Teilnehmer/innen nicht folgen. Eine solche Auffassung sei zynisch – „jede Infektion ist eine zuviel!" Außerdem seien die niedrigen Neuinfektionsraten möglicherweise mit epidemiologischen Ursachen und nicht mit erfolgreicher Präventionsarbeit zu begründen. Ziel der strukturellen Prävention sei es auch gar nicht primär, Infektionen zu verhindern, sondern im Konfliktfeld zwischen Gesundheitsbedürfnissen einerseits und Lust- und Rauschbedürfnissen andererseits Unterstützung und Entscheidungshilfen anzubieten. Ein Weg könnte es deshalb sein, sich weniger auf Zielgruppen als vielmehr auf Situationen zu konzentrieren, in denen Frauen (und Männer) ihre gegensätzlichen Gefühle managen müssen. Prävention müsste dann dort ansetzen, wo diese Situationen sich anbahnen, z.B. in Anmachkneipen oder Discos.

Also doch die Zielgruppe der „Frauen, die aus der Rolle fallen"? Nicht unbedingt, wie das Beispiel der türkischen Frauen zeigt, die nach den strengen traditionellen Normen leben, in denen es nicht vorgesehen ist, dass Frauen sich mit ihren (Ehe-)Partnern über Infektionsrisiken und Safer Sex auseinander setzen. AIDS-Hilfe ist allerdings nach Ansicht der Teilnehmer/innen damit überfordert, sich hier im Sinne der strukturellen Prävention zu engagieren und bei den Verhältnissen anzusetzen. Ihre Aufgabe sei es dann eher, Migrantenorganisationen für das Thema HIV und AIDS zu sensibilisieren und eine Vernetzung der Einrichtungen zu fördern, die in die Betreuung und Versorgung von Frauen aus der türkischen Community oder aus anderen Migrantengruppen einbezogen werden können. Für nachfolgende Generationen sei wiederum „Youth Work" über die Schulen erfolgversprechend.

Wie die Gruppe feststellt, macht gerade das Beispiel der türkischen Frauen darüber hinaus deutlich, dass die Prävention für Frauen auch Arbeit mit Männern und Jungen einschließen muss. Die Männer seien es schließlich, die ihre Frauen einem Infektionsrisiko aussetzten, vor dem die Frauen sich umso schwerer schützen könnten, je größer das Machtungleichgewicht in der Beziehung sei und womöglich noch von Gewalt begleitet werde. Ein Vorschlag war es deshalb, die Zusammenarbeit mit Gewaltpräventionsprojekten und Frauenhäusern zu suchen; vor allem aber müsse die Arbeit mit Männern, die sich in den AIDS-Hilfen bisher fast ausschließlich auf die Arbeit von Schwulen für Schwule beschränke, aus- bzw. aufgebaut werden; insbesondere gelte es, Bisexuelle, Freier und Jungen anzusprechen.

Veränderungen in Richtung einer Stärkung der Frauenarbeit in AIDS-Hilfen – so ein weiteres Workshop-Ergebnis – setzen voraus, dass der Blick für geschlechtsspezifische Unterschiede geschärft wird. Die schwulen Kollegen sollten gegenüber Frauenthemen weniger ignorant sein; eine Forderung, die sich nach Ansicht einiger Teilnehmer/innen nur umsetzen lässt, wenn mehr Frauen in den AIDS-Hilfen angestellt werden und dort auch Macht übernehmen. Etwaige Konflikte müssten dann eben ausgetragen werden. Dagegen wurde die Befürchtung geäußert, dass Frauen und Männer sich in Machtkämpfen verschleißen, obwohl sie doch eigentlich die gleichen Ziele hätten.

Nicht zuletzt hielt die Gruppe fest, dass Prävention für Frauen auch Lobbyarbeit bedeute – eine ureigene Aufgabe von AIDS-Hilfe. Da die BZgA kaum über eigene konzeptionelle Ansätze in der Prävention für Frauen und ebenso für Migrant(inn)en verfüge, habe die AIDS-Hilfe hier einige Gestaltungsfreiheit. Gelder könnten allerdings lediglich anders verteilt werden – „der Kuchen wird nicht größer". Einig waren sich alle darin, dass AIDS-Hilfe das Grundproblem, bestimmte Frauen besser zu erreichen, nur in Zusammenarbeit mit Bündnispartner(inne)n, die in der Frauen-arbeit über viel Wissen und Erfahrungen verfügen (z.B. Pro Familia, Caritas, Frauenberatungs-stellen; angesprochen sind aber auch problembewusste Männer) lösen kann. AIDS-Hilfe müsse sich allerdings über ihre Aufgaben klar werden und zu bestimmten Anforderungen auch „nein" sagen können.

Der Fragebogen zum Workshop:

Welche Probleme/welche besonderen Herausforderungen sind im Workshop sichtbar geworden?

- Allgemein wird zu wenig auf die Geschlechtsspezifik geschaut, und dadurch fließt die geschlechtsspezifische Sicht zu wenig in die Arbeit ein
- Können „spezielle" Frauen erreicht werden? Welche Frauen sind besonders bedroht und betroffen? Durch welche Methoden und Arbeitsweisen können sie erreicht werden?
- Grundlegendes Problem: das Machtgefälle zwischen Männern und Frauen
- Es wird zu wenig Arbeit mit Jungen und Männern geleistet, die die Geschlechterverhältnisse verbessern und das Machtgefälle verringern könnte.

Wer hat Interesse an der Erhaltung des Status quo? Wer stellt sich einer Änderung entgegen?

- Diejenigen, die ihre Position (sozialer Rang, Stelle) in Gefahr sehen
- Wir vermuten: die Homos; Frauen, die mit Frauen unsolidarisch sind

Wer hat Interesse an einer Lösung? Wer kann gewonnen werden?

- WIR!
- Bündnispartner/innen: Frauenberatungsstellen, Pro Familia, Caritas, Entscheidungsträger, gesundheitspolitisch motivierte Frauen, Männer mit Problembewusstsein, Communities
- der Migrant(inn)en

Was bleibt außerhalb unserer Einflussmöglichkeiten?

- Die Abschaffung des Patriarchats

Welche Schritte zur Änderung sind denkbar und möglich?

- Bedürfnisse und Wünsche der Frauen wahrnehmen und hinhören (innerhalb und außerhalb der AIDS-Hilfe)
- Frauen an die Macht (mehr Frauen in AIDS-Hilfen anstellen)
- schwierigen Aufgaben nicht zu Gunsten leichterer ausweichen
- Kooperation mit anderen Anbieter(inne)n
- Klärung der eigenen Aufgabenstellung

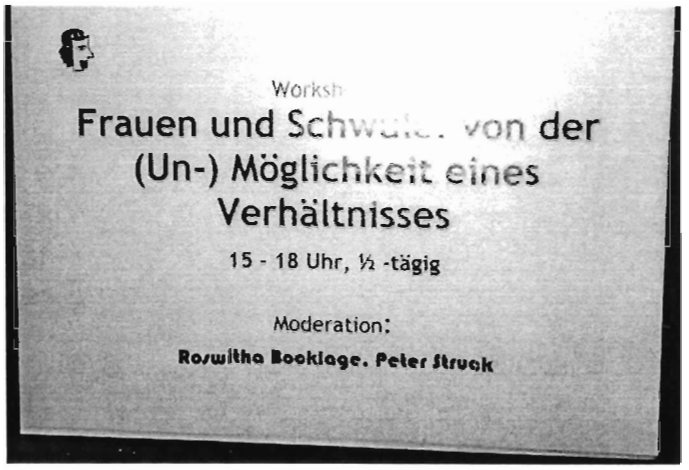
und dann:

- bessere Vernetzung mit anderen Einrichtungen
- Kooperation mit Gewaltpräventionsgruppen

Sonstige Bemerkungen
Erste Handlungsschritte:
- Arbeit mit Bisexuellen
- Männerarbeit leisten
- Jungenarbeit verstärken
- Arbeit mit Freiern
- Settingansatz
- Wo entstehen im Bereich Sexualität und Gesundheitsförderung Konflikte?

FRAUEN UND SCHWULE – VON DER UNMÖGLICHKEIT EINES VERHÄLTNISSES

Moderation: Roswitha Bocklage, Peter Struck
Protokoll: Karl Lemmen



Zu diesem Workshop haben sich 16 schwule Männer und vier Frauen eingefunden. Ca. 40% sind ehrenamtlich und etwa 60% hauptamtlich in AIDS-Hilfen tätig. Einige Teilnehmer kommen aus Projekten, die ausschließlich mit schwulen Männern als Zielgruppe arbeiten. Aufgrund einer sehr knapp gehaltenen Vortellungsrunde erfahren wir leider nur wenig über die Motive, die die Teilehmer/innen in diesen Workshop geführt haben.

Zur Einleitung ins Thema hält Peter Struck ein kurzes Impulsreferat zur Geschichte von AIDS:

Vor der Entdeckung des Virus wurde die neue Immunschwächeerkrankung als „Schwulenkrebs" gehandelt. Die Medien – allen voran der SPIEGEL – beschworen Horrorszenarien hinsichtlich des Fortschreitens des Epidemie herauf. Nicht nur die unmittelbare Bedrohung durch die Gefahr AIDS, sondern auch der zu befürchtende politische Rollback gegenüber den Errungenschaften der schwulen Emanzipationsbewegung waren für viele schwule Männer Anlass, sich aktiv in der AIDS-Hilfe-Bewegung zu engagieren. Schwule Männer fanden hier ein neues Wirkungsfeld, in dem sie sich als Experten profilieren konnten. Nach dem Motto „Raus aus den Klappen – rein in die Talkshows" schuf das Thema AIDS ein Forum für die öffentliche Thematisierung der Homosexualität. Anfängliche Befürchtungen, dass schwule Männer noch stärker diskriminiert würden, erwiesen sich als unbegründet. Im Gegenteil: Sowohl innerhalb der Szenen als auch innerhalb bestimmter Teile der Bevölkerung entstand unter dem Label des Regenbogenstickers bzw. der Roten Schleife eine weltweite Welle der Solidarisierung mit HIV-infizierten Menschen.

Zu den Mythen zu rechnen ist allerdings die Mär, dass alle AIDS-Hilfen von „schwulen Männern der Mittelschicht und jener einen legendären Frau" gegründet worden seien. Außerhalb der sogenannten Epizentren waren es häufig schwule Männer in Allianz mit Drogeninitiativen und engagierten Mitarbeiter(inne)n aus Gesundheitsämtern, die den Stein ins Rollen brachten. Die Erfolge der neuen Kombinationstherapien und die epidemiologische Normalisierung führen dazu, dass der gebildete schwule Mann aus der Mittelschicht nicht mehr das Bild von AIDS-Hilfe dominiert – weder als Rat Suchender noch als Mitarbeiter. So stellt sich die Frage, inwieweit AIDS-Hilfe ihm noch eine „Heimat" bieten kann und wie sie sich verändern wird, wenn der „Mittelschichtshomosexuelle" ihren Stil und ihr Profil nicht mehr prägt.

Roswitha Bocklage referiert ihre Ergebnisse aus Gesprächen mit Frauen – auch im Kontext von AIDS-Hilfe -, in denen es um deren Verhältnis zu schwulen Männern ging.

- Übereinstimmendes Fazit: Schwule Männer und Frauen haben zwar kein sexuelles Interesse aneinander, dafür aber in der Regel einen unkomplizierteren Umgang.
- Die Gewissheit „Er will nichts von mir" ermöglicht eine hohe Qualität in persönlichen Gesprächen.
- Es besteht die Möglichkeit, ohne Risiko zu flirten.
- Das Gespräch über „Männer im Allgemeinen" ist oft ehrlicher und enthemmter.
- Trotz des guten Kontaktes gibt es noch viele "Geheimnisse".

- „Männlichkeit" spielt im AIDS-Hilfe-Kontext eine große und dominierende Rolle.
- Der Kontakt mit schwulen Männern eröffnet einen neuen Zugang in der Auseinandersetzung mit Rollenmustern.
- Frauen dienen als ausgleichendes Element bei "Hahnenkämpfen" zwischen (schwulen) Männern.
- Schwule brauchen Frauen als Gesprächspartnerinnen.
- Es gibt eine Erotik zwischen Frauen und Schwulen – im wirklichen Leben gibt es keine hundertprozentige Heterosexualität oder Homosexualität.

Schließlich stellten Roswitha Bocklage und Peter Struck folgende zentrale Thesen und Fragen zum Verhältnis zwischen Frauen und schwulen Männern in den Raum, die im Verlauf des Workshops gemeinsam überprüft und bearbeitet werden sollten:

- Scheinbar besteht kein gegenseitiges Interesse aneinander.
- Was aber verbirgt sich hinter der gegenseitigen Anziehung?
- Wofür brauchen Schwule und Frauen einander?
- Es gibt kein sexuelles Interesse gegenüber Schwulen, ABER: es besteht ein unkomplizierter Umgang miteinander.
- Gespräche und Anspielungen sind oft grenzüberschreitend.
- Die große Anzahl schwuler Männer in AIDS-Hilfen schreckt Frauen eher ab.
- Auch schwule Männer haben Rollenklischees nicht zwangsläufig hinterfragt.
- Der alltägliche Kontakt mit schwulen Männern befördert die Auseinandersetzung mit eigenen homosexuellen Anteilen.

In einem weiteren Arbeitsschritt sollte ein Überblick darüber geschaffen werden, wie sich das Verhältnis von Frauen und Schwulen auf der Ebene der Mitarbeiter/innen und der Angebote von AIDS-Hilfen darstellt und wie es sich auf deren Profil auswirkt. Dazu diente ein Fragenkatalog, den die Teilnehmer/innen aus der Sicht ihres jeweiligen Projektes beantworteten. Ziel war es, daraus allgemeinere Trends abzulesen.

Die Zusammenfassung der Ergebnisse:

1. Wie viele Frauen/Schwule arbeiten in der AIDS-Hilfe?

- Dass die ehrenamtliche Arbeit in AIDS-Hilfen von Frauen „dominiert" wird, ist ein Mythos, von dem es sich zu verabschieden gilt. Das – zahlenmäßige – Verhältnis von schwulen Männern und Frauen unter den Ehrenamtlichen ist überraschend ausgewogen, einmal abgesehen von einigen AIDS-Hilfen in den Epizentren bzw. von zielgruppenspezfisch mit der schwulen Szene arbeitenden Projekten, bei denen mehrheitlich schwule Männer mitarbeiten.
- Auch auf der Ebene der angestellten Mitarbeiter/innen zeigt sich eine annähernd ausgewogene Mischung.
- Selbsthilfegruppen und -projekte scheinen fest in der Hand von schwulen Männern zu sein. Nicht zu klären ist, ob sich darin die Tatsache widerspiegelt, dass diese noch immer die von HIV und AIDS am stärksten betroffene Gruppe darstellen oder ob sie als Gründer der AIDS-Hilfen schlicht länger in Selbsthilfestrukturen verwurzelt sind. Oder trauen sich Frauen aufgrund der Dominanz von schwulen Männern nicht, dieses Feld für sich zu besetzen? Oder...?
- Innerhalb der Vorstände sind Frauen „nur noch" in einem Verhältnis von 40:60 vertreten und somit gut repräsentiert. Der Trend, dass Frauen Vorstandsverantwortung übernehmen und AIDS-Hilfe auf dieser Ebene aktiv mitgestalten wollen, hat sich in den letzten Jahren verstärkt.
- Die Geschäftsführung ist und bleibt eine Domäne schwuler Männer! Projekte, die von Frauen geleitet werden, sind sehr selten. Gute Erfahrungen werden von Modellen der gemischtgeschlechtlichen Geschäftsführung berichtet: Gerade die Mischung aus schwulem Mann und

heterosexueller Frau auf der Leitungsebene scheint ideale Identifizierungsmöglichkeiten nach innen und außen zu bieten.

2. **Welche spezfischen Angebote für Frauen/Schwule gibt es?**

- In fast allen Projekte sind spezifische Angebote für schwule Männer fester Bestandteil, vor allem bei den ausschließlich in der schwulen Szene arbeitenden. Dennoch: Es gibt einige wenige AIDS-Hilfen, die hier nicht ihren Schwerpunkt setzen.
- Weit mehr als die Hälfte der vertretenen Projekte hat Angebote für beide Gruppen im Programm.
- In kleineren AIDS-Hilfen haben sich gemischte Angebote, die sich an alle Positiven wenden, auch aus der Sicht von positiven Frauen sehr bewährt.

Insgesamt wird hier deutlich, dass Angebote für schwule Männer überwiegen.

3. **Wie ist es um die Vernetzung der Arbeit im Frauen-/Schwulenbereich bestellt?**

- Projekte, die in der Schwulenarbeit in hohem Maße vernetzt sind, verfolgen diesen Ansatz auch in der Arbeit für und mit Frauen; umgekehrt zeigen Projekte, die im Schwulenbereich kaum vernetzt sind, auch in der Frauenarbeit nur einen geringen Vernetzungsgrad.

4. **Welchen Eindruck gewinnt ein Besucher/eine Besucherin beim ersten Betreten eurer AIDS-Hilfe bzw. eures Projektes?**

- In vielen AIDS-Hilfen dominierten lange Zeit schwule Plakate bzw. Postkartenständer mit allen Variationen schwuler Lust den Eingangsbereich. Während ein solch „sexualisierter Empfang" für ausschließlich mit schwulen Männern arbeitende Projekte angemessen sein kann, hat in vielen AIDS-Hilfen bereits die Diskussion darüber eingesetzt, wie man den Eingangsbereich und die von unterschiedlichen Gruppen genutzten Räume neutraler und ausgewogener gestalten kann. Anlass hierzu gab vor allen der steigende Anteil von Migrantinnen in der AIDS-Hilfe, die ob der sexualsierten Motive offensichtlich verschreckt waren. Hier wurden inzwischen Kompromisse gefunden, indem z.B. Themen von schwulen Männern und Frauen gleichermaßen präsentiert werden oder vollkommen auf spezifische Poster verzichtet wird. Gezeigt hat sich nämlich auch, dass eine Überfrachtung mit Präventionsmaterialien einen gegenteiligen Effekt hervorrufen kann. Kunstaustellungen in den Räumen von AIDS-Hilfen werden als ein neuer Weg gesehen, AIDS-Hilfe für alle zu einem Ort der gemeinsamen Begegnung werden zu lassen.

5. **In welcher Form prägen Frauen/Schwule das Profil der AIDS-Hilfe/des Projektes?**

- Die Wahrnehmung des Profils hängt nach der Einschätzung der Teilnhmer/innen offensichtlich weniger vom Einfluss der beteiligten Gruppen als vielmehr von der Position der jeweiligen Betrachter/innen ab: Je weiter weg sie stehen, umso stärker ist ihre Wahrnehmung noch durch "alte Klischees" verzerrt, in denen AIDS-Hilfen noch immer als reine Schwulen- bzw. Drogenprojekte gesehen werden. Nur wer engere Kooperationsbeziehungen pflegt, bekommt sehr deutlich die breite Vielfalt mit.
- Der stärkere Zulauf von Migrant(inn)en mit HIV und AIDS stellt AIDS-Hilfen vor die Aufgabe, diese Betroffenengruppe mit ihren sehr unterschiedlichen Bedürfnissen in die Arbeit einzubeziehen und es in die Öffentlichkeit zu transportieren, dass AIDS-Hilfe allen Betroffenen offen steht. Die Frage ist, wie AIDS-Hilfen diesen Prozess aktiv steuern können und mit welchen Projekten sie dafür an die Öffentlichkeit gehen sollten.

Fazit dieser Bestandaufnahme: AIDS-Hilfe ist in Veränderung begriffen. Entgegen allen Klischees sind AIDS-Hilfen zwar immer noch von schwulen Männern geprägt, aber nicht mehr von ihnen dominiert. Angesichts der sich abzeichnenden epidemiologischen Normalisierung hat eine Reflexionsprozess innerhalb von AIDS-Hilfen darüber eingesetzt, wie man sich als Einrichtung präsentiert, die für alle potentiell von HIV-Betroffenen offen ist.

Befürchtungen hinsichtlich eines „Identitätsverlustes" werden von Projekten, die ausschließlich mit schwulen Männern arbeiten, geäußert. Für einen Teil ihrer freiwilligen Mitarbeiter ist es wichtig, in einem „geschützten schwulen Raum" zu arbeiten. Eine zu enge Zusammenarbeit mit Frauen könnte für sie bedrohlich erlebt werden. Die Befürchtungen kulminieren in der Angst, dass Frauen – oder genauer:. Lesben – die dominierende Rolle übernehmen könnten. Leider fehlt die Zeit, um diese Aspekte zu vertiefen: deutlich wird nur, dass bei einer „Öffnung von AIDS-Hilfen" nicht nur Frauen, sondern u.U. auch schwule Männer ihre „geschützten Orte" brauchen.

6. Wo liegen die Konfliktpunkte?

Nach den Aussagen der Teilnehmer/innen entstehen Konflikte

- aus der ungleichen Bewertung der Positionen von Männern und Frauen durch die Männer in AIDS-Hilfen
- aus dem unterschiedlichen Blick auf bestimmte Themen der Arbeit: z.B. der Umgang mir Sexanrufern in der Beratung (Frauen fühlen sich missbraucht, Schwule sehen dies eher als ein „Spiel" des Anrufers)
- durch die Zuschreibung von (Vor-)Urteilen: „Frauen sind so...", „typisch schwul"
- durch den unterschiedlichen Umgang mit dem Thema Sexualität: Frauen und schwule Männer sprechen hier unterschiedliche „Sprachen". Aufgrund unterschiedlicher persönlicher Grenzen im Umgang mit dem Thema Sexualität kommt es zu Grenzüberschreitungen von schwulen Männern gegenüber Frauen. Frauen, die sich da gegen wehren, müssen sich dann den Vorwurf der mangelnden Lebensweisenakzeptanz gefallen lassen.
- weil beide Seiten zu wenig aufeinander achten und sich nicht genügend wertschätzen.

7. Wer hat die Macht und wie wird mit Konflikten umgegangen?

- In typischer Männermanier werden auch in AIDS-Hilfen Frauen abgewertet, wenn sie in höhere Positionen aufsteigen wollen.
- Die offizielle Macht liegt nach wie vor in Männerhand! Sowohl von oben (Geschäftsführer) als auch von unten (Selbsthilfe als Basis) wird AIDS-Hilfe von (schwulen) Männern dominiert und regiert, und Schlüsselpositionen wie die Finanz- und Personalverwaltung sind in der Regel mit Männern besetzt.
- Schwule Männer bilden ein dichtes informelles Netzwerk, das ihre Machtposition stärkt. (Die Vereinspolitik wird in der schwulen Sauna gemacht!)
- Solange die epidemiologische Situation zur Untermauerung des Selbstverständnisses herangezogen wird, ziehen Frauen den Kürzeren.
- Frauen nutzen häufig nicht die Möglichkeiten der inneren Vernetzung und Solidarisierung, um ihre Position innerhalb von AIDS-Hilfe zu stärken.

Die Zeit ist um, so dass wichtige, kontroverse Fragen zum Ende des Workshops nur formuliert, aber nicht mehr bearbeitet werden können – so z.B. die, wie AIDS-Hilfe den widersprüchlichen Anforderungen gerecht werden soll, sich einerseits „zielgruppen-neutral" zu präsentieren, aber andererseits „präventionsmüde Zielgruppen" noch adressatengerechter zu erreichen.
Deutlich wird jedoch, dass es solcher Foren der Auseinandersetzung zwischen Frauen und schwulen Männern bedarf; weniger um gesellschaftliche Konfliktkonstellationen aufzulösen – das wäre ein zu hoher und unrealistischer Anspruch – sondern eher, um sie bewusst werden zu lassen...

Der Fragebogen zum Workshop:

Welche Probleme/besonderen Herausforderungen sind im Workshop sichtbar geworden?

1. Konflikte bestehen wegen ungleicher Bewertung von Frauen- und Männerpositionen, unterschiedlicher Wahrnehmung von Themen, fehlender Wertschätzung und Zuschreibungen bzw. (Vor-)Urteilen
2. Unterschiedliche Bewertung: Schwule sind immer noch Hauptbetroffenengruppe <=> AIDS-Hilfen sind für viele Gruppen da.
3. Grenzüberschreitung durch unterschiedlichen Umgang mit Sexualität (Schwule gegenüber Frauen; Schwule gegenüber Zivis)

Wer hat Interesse an der Erhaltung des Status quo? Wer stellt sich einer Änderung entgegen?

Die, die Macht haben, haben kein Interesse an Veränderung. Mittlerweile hat sich jedoch die Männerdominanz in AIDS-Hilfen verändert und auch das Problembewusstsein geschärft. Dadurch, dass sich die Zielgruppen verändert haben (Bsp. Migrantinnen), sind Frauen nicht mehr so schnell wegzudenken.

Was hat sich positiv verändert?

- Es besteht eine große Offenheit bei persönlichen Gesprächen (über Beziehung, Sex usw.)
- Der Sexismus von Männern gegenüber anderen Männern bzw. Frauen wird sanktioniert.
- Es besteht der Wunsch nach Auseinandersetzung über Verbindendes und Trennendes

Was bleibt außerhalb unserer Einflussmöglichkeiten?

- Das Patriarchat und die Zwangsheterosexualität abzuschaffen.

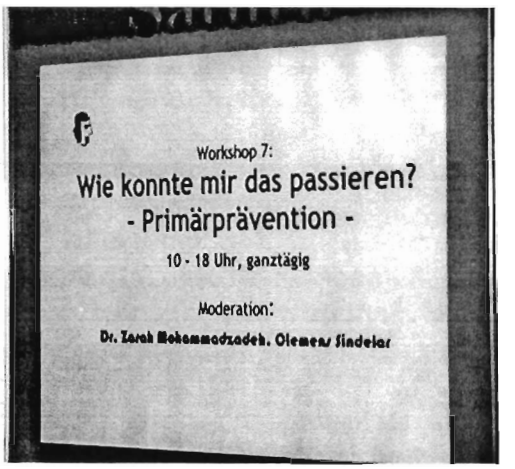
Welche Schritte zur Änderung sind denkbar und möglich?

- einen respektvollen Umgang miteinander pflegen
- dabei die Bilder von (Vor-)Urteilen, die auf beiden Seiten bestehen, berücksichtigen
- eine offene Kommunikation darüber beginnen

WIE KONNTE MIR DAS PASSIEREN?

Moderation: Zarah Mohammadzadeh, Gesundheitsamt Bremen; Clemens Sindelar, Deutsche AIDS-Hilfe, Berlin

Protokoll: Armin Stickler



Zu dem ganztägigen Workshop waren insgesamt 13 Teilnehmende – neun Frauen und vier Männer – gekommen, die allesamt im AIDS-Präventionsbereich arbeiten. Wie sich in einer kurzen Vorstellungsrunde zeigte, erwarteten sie von diesem Tag vor allem konkrete Impulse für die eigene Arbeit, insbesondere für Beratungsgespräche. Für einige der Anwesenden war es sehr wichtig, sich über Ansätze in der Prävention für Jugendliche auszutauschen; hier standen Fragen zum Sexualverhalten und zum Zugang zu der Zielgruppe im Vordergrund. Darüber hinaus versprach der Ausschreibungstext eine sehr praxisnahe und persönliche Auseinandersetzung.

Ist eine frauenspezifische HIV-Prävention überhaupt möglich und wenn ja, wie kann sie gestaltet werden? Diese Frage stellte die Moderation in den Mittelpunkt der Diskussion und schlug vor, sich zunächst zu vergegenwärtigen, was denn eigentlich passiert, wenn Mann und Frau Sexualität aushandeln. Ein von Clemens Sindelar vorgeschlagenes Modell zum besseren Verständnis der Kommunikationsprozesse über einen bevorstehenden Sexualakt wurde von den Teilnehmenden als zu schematisch zurückgewiesen. In der Debatte darüber wurde aber deutlich, dass die Kommunikation über Sexualität weit über das Gespräch zwischen den Partnern hinausgeht – und dadurch erst kompliziert wird. Nicht alle Wünsche, Erwartungen oder auch Ängste werden explizit angesprochen; eine gelungene sexuelle Kommunikation setzt deshalb auf beiden Seiten z.B. die Bereitschaft voraus, sich in die Körpersprache der/des Anderen einzufühlen und ergründen zu wollen, was durch Tonfall, Mimik oder Gestik zum Ausdruck gebracht werden soll. Bei allen Beteiligten fließen außerdem Idealbilder und Vorstellungen von Sexualität, Partnerschaft, vielleicht von Liebe ein, die ebenfalls eine große Rolle spielen.

Auf andere Art schwierig stellte sich für einige der Teilnehmer/innen die Aushandlung der sexuellen Begegnung unter Jugendlichen dar, die noch kein ausgeprägtes Bewusstsein für den eigenen Körper haben und die erst noch eine Sprache finden müssen, um ihre Wünsche artikulieren zu können; die im Zeitalter von HIV und AIDS aufgewachsen sind, so dass die ständig mitgedachte Bedrohung möglicherweise nicht mehr so bedrohlich wirkt und gegenüber der Angst vor einer ungewollten Schwangerschaft eher in den Hintergrund tritt. Diese Haltung wird von der epidemiologischen Statistik unterstützt. Beobachtet wurde, dass die Rollenverteilung im sexuellen Miteinander – wer spricht z.B. die „Kondomfrage" an – unter Jugendlichen häufig schon in einer Phase des gegenseitigen Kennenlernens festgelegt wird, in der Sexualität eigentlich noch kein Thema ist. Die Teilnehmer/innen waren sich darin einig, dass hier die Mädchen und Jungen im Vorteil sind, die auch sonst über ihre Bedürfnisse sprechen können. HIV-Prävention für Jugendliche müsse daher darauf zielen, deren kommunikative Kompetenzen zu stärken.

Eine kritische Stimme merkte an, die Diskussion über die sexuelle Kommunikation „der Jugendlichen" sei normativ-belehrend und von einem pädagogischen Idealbild gelungener Kommunikation geprägt, das aber unter Umständen wirklichkeitsfremd sein könne.
Kondome schützen – diese Botschaft ist nicht zuletzt durch verschiedenste Präventionskampagnen der DAH im Bewusstsein der sexuell aktiven Bevölkerung angekommen. Wie die Anwesenden feststellen, erleichtert der Umstand, dass das Kondom ein Symbol für „Schutz" geworden ist, nicht unbedingt die Kommunikation zwischen Menschen, bei denen sich ein Sexualkontakt anbahnt. Eine Verknüpfung mit „Vertrauen" könnte eher dazu beitragen, in der konkreten Situation vor dem entscheidenden Moment der „Kondomfrage" Ängste abzubauen („Denkt der/die jetzt von mir, dass ich ständig wechselnde Sexualpartner/innen habe? Denkt der/die jetzt, dass ich ihm/ihr nicht vertraue?").

Im nächsten Schritt konzentrierten sich die Teilnehmenden auf die geschlechtsspezifischen Unterschiede in der sexuellen Begegnung bzw. Kommunikation, wenn eine solche Kategorisierung auch immer grob vereinfachend ist und wahrscheinlich selten für den Einzelfall so zutrifft. Zarah Mohammadzadeh und Clemens Sindelar baten die anwesenden Frauen und Männer zu notieren, was sie mit dem Begriff „Begehren" assoziieren. Das Ergebnis der Männerseite: Bestätigung, Befriedigung, Lust, Geilheit, Eroberung, Selbstoffenbarung, Mittel zum Zweck, sich fallen lassen, „Sammeln und Jagen". Und die Assoziationen der Frauen: Geborgenheit, begehrt werden, Liebe, Zärtlichkeit, erobert werden, Vertrauen, Geilheit, sich fallen lassen.

Der „Risikofaktor Liebe", der in der Betroffenengruppe der schwulen Männer für einen großen Teil der Neuinfektionen mit HIV verantwortlich ist, spielt offensichtlich auch bei heterosexuellen Kontakten eine Rolle. Wie die oben aufgeführte – sicher nicht repräsentative – Sammlung von Begriffen zeigt, verbinden Frauen mit dem Sexualakt „Liebe", was für sie wiederum viel mit Vertrauen zu tun hat. Auf die Benutzung eines Kondoms zu bestehen, wäre hingegen ein Zeichen von Misstrauen. So neigen Frauen dazu, das Bedürfnis nach Schutz dem nach Liebe und Vertrauen unterzuordnen.

Ansätze, solchen oder anderen geschlechtsspezifischen Verhaltensweisen mit passenden präventiven Strategien zu begegnen, stoßen nach der Erfahrung der Anwesenden auf prinzipielle Schwierigkeiten. So fühlen sich heterosexuelle Frauen, die ihre Lebenslage nicht als „besonders" defi-nieren würden, in der Regel nicht von einer „Risikogruppenrhetorik" angesprochen; die Gruppe „der" Frauen ist dafür auch schlicht zu groß. Frauenspezifische Prävention steht noch dazu vor dem Problem, die bestehenden Verhältnisse mit ihrem Machtgefälle zwischen Männern und Frauen zu verfestigen, indem z.B. der Frau in ihrer fürsorgenden Rolle auch die Verantwortung für den Kondomgebrauch übertragen wird. Und der Gedanke, Frauen zu einer aktiven Veränderung ihrer Beziehungsstrukturen zu bewegen, führt AIDS-Hilfe an die Grenzen ihrer Grundsätze – verfolgt sie in ihrer Präventionsarbeit für Schwule oder Drogenbenutzer/innen doch einen explizit akzeptierenden und nicht-moralisierenden Ansatz.
Es gilt also, Wege in der Prävention zu finden, die die beschriebenen Schwierigkeiten berücksichtigen und mit denen es gelingen kann, die Handlungskompetenzen von Frauen in der sexuellen Begegnung zu stärken. Die Teilnehmer/innen sammelten dazu folgende Projektideen:

- Sexuell aktive Frauen als besondere Zielgruppe ansprechen, z.B. in den immer mehr boomenden Latinodiscos. Kooperationspartner/innen könnten Gaststättenbetreiber/innen oder auch Migrantenorganisationen sein.
- Orte besuchen, wo Frauen sich aufhalten (Sportstudios, Verbände, Vereine). Hier bietet sich eine Zusammenarbeit mit Frauenorganisationen oder auch eine Beteiligung an Gesundheitstagen an. Ärzte/Ärztinnen, die Impfungen für Reisen vornehmen, könnten als Kooperationspartner/innen gewonnen werden.
- – Entwicklung von Medienpaketen für Schulen
- – Arbeit in Betrieben
- – Projekte mit Frauenärztinnen/-ärzten, z.B. Aktionen/Interviews im Wartezimmer.

In der Diskussion der verschiedenen Vorschläge kamen die Teilnehmenden zu der Einschätzung, dass eine Kampagne, die sich allein auf Plakate und klassische PR-Methoden stützt, nicht besonders wirkungsvoll sein wird; der Schwerpunkt müsse in der personalkommunikativen (und damit auch personalintensiven) Arbeit liegen.

Die verbleibende Zeit war einem Aspekt heterosexueller Präventionsarbeit gewidmet, der immer dringlicher wird und eine große Herausforderung für AIDS-Hilfe ist: der Situation von Migrant(inn)en aus den unterschiedlichsten Ländern. Zarah Mohammadzadeh führte mit dem folgenden Impulsreferat in das Thema ein:

Eine Brücke wird gesucht, keine Barrikade...

Dieser Workshop stellt sich die Frage, durch welche Einflüsse es beim Heterosex zu Risikosituationen kommt und wie jede Seite ihre Wünsche und Bedürfnisse formuliert und durchsetzt. Er tut dies mit dem Blick auf das HIV/AIDS-Risiko, und dabei erscheint mir wichtig, auf zwei Aspekte zu achten, die den Blick trüben können.

Zum einen geht es um das Phänomen, auf das die Präventionskonferenz 2000 ja gerade reagieren will: dass nämlich HIV/AIDS in der Gesellschaft immer noch primär als ein Problem von Homosexuellen gesehen wird. Das scheint mir nicht nur in der breiten, zum Teil nur schlecht informierten Öffentlichkeit der Fall, sondern auch innerhalb der AIDS-Bewegung, wo es weniger eine Folge der fehlenden Information, sondern eher der dominierenden Blickrichtung ist. Die gestrigen Einführungsreferate haben unter anderem dies sehr deutlich gemacht.

Dieses Problem löst sich jedoch sofort auf, wenn der Blick nicht nur auf Nord-, West- und Mitteleuropa und Nordamerika beschränkt bleibt, sondern auch die Länder Asiens, Afrikas, Mittel- und Lateinamerikas und Osteuropas mit einbezieht. Die schockierenden Wachstumsraten der Pandemie in diesen Gebieten sagen es aus, und die Ländergesundheitsberichte bestätigen es: Weltweit wird HIV/AIDS immer mehr zu einem Problem der heterosexuellen Bevölkerung und damit zu einem Gesundheitsrisiko für Frauen.

Die zweite Gefahr ist mit diesem ersten Problem des eingeschränkten, sozusagen eurozentrischen Blickes verknüpft. Wenn über die Prävention von HIV/AIDS gesprochen wird, dann steht der Gebrauch des Kondoms im Vordergrund. Dabei muss man sich darüber im Klaren sein, dass das Kondom in der Mehrzahl der Gesellschaften außerhalb Europas und Nordamerikas einen ganz anderen Bedeutungszusammenhang hat als in den Ländern des hochindustrialisierten Westens, wo es inzwischen viel stärker unter dem Aspekt des „safer Sex" und kaum noch in der Empfängnis verhütenden Funktion diskutiert wird. Denn trotz vieler Vorbehalte der kritischen Pharmazie und auch feministischer Positionen ist in diesen Ländern der Gebrauch der Pille so gut wie unangefochten. Dies gilt auch für bestimmte privilegierte Gesell-schaftsschichten in den Großstädten der außereuropäischen Welt. Es gilt aber keineswegs für die Mehrheit der Weltbevölkerung. Dort wird das Kondom in erster Linie als eine Behinderung der Zeugung gesehen. Zugleich ist in den meisten Kulturen dieser Gesellschaften Sexualität über-haupt nicht von dem Gedanken der Zeugung von Kindern zu trennen. Das hat soziale, ökonomische und religiöse Gründe und ist mit einem Selbstverständnis verknüpft, in dem Ideale der Potenz beziehungsweise Fruchtbarkeit bei Männern und Frauen gleichermaßen eine zentrale Rolle spielen.

Dieser Sachverhalt muss nicht nur in der HIV/AIDS-Prävention in diesen östlichen und südlichen Gesellschaften, sondern auch hier bei uns berücksichtigt werden. Denn ein nicht zu vernachlässigender Bevölkerungsanteil der westlichen Länder kommt aus solchen Herkunftsgesellschaften und bringt den dortigen kulturellen Hintergrund mit, wenn auch in vielen Fällen mit zahlreichen Brüchen und Widersprüchen unter globalen Einflüssen, die man zum Beispiel unter

den Begriffen „Europäisierung" oder „Amerikanisierung" einordnen kann. Weil also die vorgenannten Aspekte für die Kulturen außerhalb Nordwest- und Mitteleuropas prägend sind, ist es meines Erachtens für die Diskussion in diesem Workshop wichtig, die Situation der Migrantinnen einzubeziehen, die diese kulturellen Hintergründe mitbringen.

Sexualität findet vor allem auch im Kopf statt. Deshalb ist Sexualität nicht nur mit dem Biologischen, der Reproduktion des Menschen verknüpft; in ihr spiegeln sich ebenso die gesellschaftlichen Verhältnisse, die kulturelle Prägung und die Bewusstseinsentwicklung der Beteiligten wider. Die Art, wie Menschen und also auch Frauen ihre Sexualität leben, wird wesentlich von ihrer Sozialisation bestimmt. In dieser wiederum spielt der kulturelle Hintergrund, aus dem die jeweilige Frau stammt, eine sehr große, wenn auch nicht die einzige Rolle. Die Frage, wie Frauen ihre sexuellen Wünsche und Bedürfnisse artikulieren (oder auch wie Männer dies tun), lässt sich daher kaum beantworten, ohne auf den jeweiligen kulturellen Kontext einzugehen. Selbst wenn „Frauen" im Sinne von „Frauen in Deutschland" aufgefasst werden, werden sich kaum generelle Aussagen treffen lassen. Sicherlich gibt es allgemeine Lebenserfahrungen, die eine deutsche Mittelschicht-Hausfrau mit einer Hochschullehrerin aus Rumänien, einer Bäuerin aus Kasachstan und einer Geschäftsfrau aus Ghana gemeinsam hat. Die Unterschiede zwischen ihren Prägungen und denen dieser Migrantinnen sind aber vermutlich viel gewichtiger.

Die Kultur bestimmt weitgehend, inwieweit Migrantinnen überhaupt in der Lage sind, über Sexualität zu sprechen – z.B. mit ihrem Sexualpartner, mit Männern generell oder mit Frauen, die ihnen nicht sehr nahe stehen. Viele der Herkunftsländer der Migrantinnen gehören Kulturen an, für die sich vor allem in niederländischen Beratungsstellen der Begriff „cultures of silence" eingebürgert hat. Kulturen also, in denen bestimmte Tabus gelten, die nicht nur bewirken, dass manche Dinge nicht getan werden, sondern auch, dass überhaupt nicht darüber geredet werden kann. Man kann zum Beispiel nicht voraussetzen, dass eine Frau, die persönlich gern auf die Benutzung eines Kondoms bestehen würde, dies ihrem Sexualpartner gegenüber auch äußern kann.

Für westeuropäische Berater/innen oder Ärzte/Ärztinnen verletzt es normalerweise kein Tabu, in einer Beratungs- oder Behandlungssituation über Sexualität zu sprechen. Migrantinnen berichten jedoch häufig, wie schockierend sie es empfunden haben, in der ärztlichen Praxis oder bei der Flüchtlingsberatung auf sexuelle oder auch nur intime Dinge angesprochen zu werden. Sie weisen auch darauf hin, dass sie erst nach der Heirat oder zumindest in fortgeschrittenem Alter etwas über Sexualität, Empfängnis, Verhütung usw. erfuhren.

Zwar gibt es unter Migrantinnen große Unterschiede im Umgang mit Sexualität, aber insgesamt kann davon ausgegangen werden, dass die Hemmungen, über sexuelle Angelegenheiten (ob nun innerhalb oder außerhalb der Familie) zu sprechen, weitaus stärker sind als bei West- und Nordeuropäerinnen und deshalb nur schwer überwunden werden können. Dies hat auch mit der besonderen Rolle zu tun, die Scham in vielen außereuropäischen Kulturen spielt. Aus ihr ergeben sich direkte Bezüge zum Sexualverhalten und damit zu Fragen der Prävention von HIV/AIDS, aber auch zu Fragen der Beratung von HIV-infizierten oder AIDS-kranken Migrantinnen.

Die Frage, wie Frauen ihre sexuellen Wünsche und Bedürfnisse äußern, wird also von einer Vielzahl von Faktoren beeinflusst, die unter anderem kulturell bestimmt sind, aber auch durch den Bildungsgrad und die Stellung im Gesellschaftsleben. Aus diesem Grunde ist es offensichtlich, dass die Debatte über die Prävention von HIV/AIDS und über die Möglichkeiten von Frauen, sich vor einer Infektion zu schützen, unvollständig bleibt, wenn nicht die gravierenden Unterschiede einbezogen werden, die zwischen Einheimischen und Migrantinnen, aber auch zwischen Frauen aus unterschiedlichen Lebenszusammenhängen bestehen.

Frauengesundheit ist in der Tat nur im Kontext der konkreten Lebenswelten und Lebensweisen von Frauen sinnvoll zu erörtern. Die Ottawa-Charta von 1986 definiert Gesundheit nicht nur als Abwesenheit von Krankheit, sondern als allgemeines Wohlbefinden, das durch den Zugang zu allen Möglichkeiten der körperlichen und seelischen Entfaltung erreicht werden kann.

Um Frauen die Notwendigkeiten einer Prävention von HIV/AIDS nahe zu bringen, ist das Wissen um diese Voraussetzungen sogar unabdingbar. Um zu wissen, welche Bilder einer „geglückten" sexuellen Begegnung in den Köpfen der Frauen dieser Welt herrschen, müssen wir genau betrachten, welche kulturellen, sozialen und ökonomischen Verhältnisse ihr Bewusstsein prägen. Für eine sehr, sehr große Gruppe von Frauen, vielleicht für die Mehrheit der Frauen in der Welt, wäre es schon seltsam von „sexueller Begegnung" zu sprechen, weil für sie Sexualität vorwiegend im Rahmen ihrer festen Partnerschaft und im Zusammenhang mit einem Kinderwunsch Sinn ergibt. Für eine große Zahl von Frauen in den unterschiedlichsten kulturellen Zusammenhängen, und damit auch für eine große Gruppe von Migrantinnen im Aufnahmeland Deutschland, ist Sex vor der Ehe undenkbar. Sie nehmen Jungfräulichkeit wichtig, auch wenn im Einzelfall die Praxis anders sein mag. Wie können sie aber angesichts der für ihre Gruppe geltenden Werte und Normen unbefangen über Themen wie Verhütung, Kondombenutzung oder AIDS-Prävention sprechen? Hinzu kommt, dass im Allgemeinen AIDS mit Fremdgehen assoziiert wird, was die Frau nicht darf, während der Mann sich diese Freiheit selbstverständlich nimmt. Es ist natürlich bekannt, dass solche Symptome abgeschwächt auch für die Aufnahmegesellschaft gelten. Insofern ist die Beschäftigung mit der Lage der Migrantinnen vielleicht geeignet, Impulse auch für die Bewertung der Situation hierzulande zu geben. Wir müssen vor diesem Hintergrund die Denkmuster reflektieren, die den Diskurs in AIDS-Hilfe ausmachen. Wir müssen uns zum Beispiel vor Augen führen, dass die meisten der Frauen dieser Welt keine Lebensbedingungen genießen, unter denen sie wirklich etwas tun können, wenn Männer kein Kondom benutzen wollen.

Bei diesen Gedanken fällt mir auf, dass eine ähnlich starke Spannung entsteht, wenn das Thema HIV/AIDS mit Frauen oder mit Migranten (und damit Migrant**innen**) verknüpft wird. In beiden Fällen müssen liebgewordene Denkmuster aufgegeben oder zumindest hinterfragt werden. Es gilt, sich von Abstraktionen und Verallgemeinerungen zu verabschieden. Die Positionen und Argumente müssen auf der Basis konkreter Sachverhalte und Erkenntnisse entwickelt werden.

Hier trifft man auf ein Problem. Eine angemessene Auseinandersetzung mit dem Thema Migrant(inn)en und den Voraussetzungen für eine erfolgreiche Prävention wird erschwert, weil kaum differenzierte, empirisch fundierte Daten vorhanden sind. Auch über die gesundheitliche Lage der Migrant(inn)en in Bezug auf HIV/AIDS sind nur wenige sehr allgemeine Angaben – zum Beispiel vom Robert Koch-Institut – zu haben. So wie in der Gesundheitsversorgung allgemein das Sammeln spezifischer Erkenntnisse über die Situation der Migrant(inn)en überfällig ist, so muss auch die AIDS-Hilfe-Arbeit die Forderung nach spezifischen Erkenntnissen darüber formulieren und umsetzen helfen.

Weiterhin ist es notwendig, auf der Grundlage empirischer Arbeit migrationsspezifische Herangehensweisen zu entwickeln. Auch hier fallen mir Parallelen mit dem Komplex Frauen und HIV/AIDS auf. Diese Konferenz wird die Erkenntnis unterstreichen, dass frauenspezifische Methoden in der Prävention erarbeitet werden müssen. Ebenso müssen migrationsspezifische Ansätze formuliert und realisiert werden.

Dabei ist es wiederum wichtig, nicht aus guter Absicht zu weit zu gehen und bestimmte Beobachtungen in den Herkunftsgesellschaften zu verabsolutieren, so dass die Migrantin nur noch als armes, hilfloses Opfer erscheint. Auch in dieser Hinsicht sind die Erfahrungen aus der Frauenemanzipation lehrreich. Sicher – die Lage der Frauen beispielsweise in Afghanistan, wo sie gesteinigt werden können, wenn auch nur ein Streifen Haut an ihrem Unterarm zu sehen ist, und wo es ihnen untersagt ist, ein Krankenhaus oder eine Ambulanz aufzusuchen, wo Männer

tätig sind, ist schrecklich. Und in Ländern, wo es nicht zum guten Ton gehört, nach dem Wohlergehen einer Frau auch nur zu fragen, wird die Frau keine großen Möglichkeiten haben, auf Vorkehrungen für ihr persönliches Wohlergehen zu bestehen, jedenfalls nicht verbal und argumentativ. Brasilien etwa ist tatsächlich eine Gesellschaft, in der *Machismo* der Lebensgrundsatz ist, der alles beherrscht und dem sich auch die Frauen ohne Widerworte unterwerfen müssen, wenn sie nicht Gewalttätigkeit provozieren wollen. Aber daraus darf nicht der Schluss gezogen werden, dass die Frau in diesen Gesellschaften überhaupt keine Möglichkeit zur Gegenwehr hat. Sie hat nur andere Methoden, andere „Wege aus der Ohnmacht", als die, die der europäischen oder nordamerikanischen Frau zur Verfügung stehen. Hier ist eine Solidarität gefordert, die zunächst einmal in der Bereitschaft bestehen muss, diese anderen Methoden zu akzeptieren. Emanzipierte deutsche Frauen sollten nicht auf Migrantinnen herabsehen, die nicht in der Lage sind, ihre Wünsche, Vorstellungen und Ängste in gleicher Weise zu artikulieren wie sie. Sie sollten die unterschiedlichen, zum Teil Welten von der Emanzipation nach Europäerinnen-Art entfernten Wege der außereuropäischen Frau zur Selbstbestimmtheit nicht als Hemmnis für einen gemeinsamen Kampf begreifen, sondern als fruchtbare Quelle anderer Lebenserfahrungen, die Impulse für das eigene Handeln liefern kann. Nicht Barrieren werden gesucht, sondern eine Brücke zwischen den Welten, über die beide Seiten zueinander finden, um dann das Problem gemeinsam zu lösen.

In der anschließenden Diskussion um konkrete Schritte hob Zarah Mohammadzadeh die Notwendigkeit von Schulungen für AIDS-Hilfe-Mitarbeiter(inne)n hervor, in denen diese für den Umgang mit Migrant(inn)en sensibilisiert werden. Da es z.B. oft nicht möglich sei, mit Migrantinnen direkt über Sexualität zu sprechen, müsse der Einstieg über Nebenthemen (etwa Empfängnisverhütung) gesucht werden. Außerdem wurde deutlich, dass innerhalb der Migrantengruppen – im Unterschied zu der hiesigen „Gesellschaft der Individuen" – die Gemeinschaft einen sehr hohen Stellenwert hat. Eine sinnvolle Präventionsarbeit muss sich daher auf Gemeinschaftsberatungen stützen und evtl. auch Ansätze aus der systemischen Familientherapie heranziehen. Einen besonderen Stellenwert hat die Wahrung der Anonymität.
Die Anwesenden stimmten darin überein, dass AIDS-Hilfe allein keine Arbeit leisten kann, die den unterschiedlichen Bedürfnissen von Migrant(inn)en aus aller Welt gerecht wird; sie muss dazu die Kooperation und Vernetzung mit anderen in diesem Bereich engagierten Gruppen und Organisationen suchen (z.B. Flüchtlingsinitiativen, Gesundheitsamt, kirchliche Einrichtungen). Eine optimale Lösung wurde in der interkulturellen Teamarbeit gesehen, die sich nicht zuletzt in der Beratung und Betreuung der „normalen" AIDS-Hilfe-Klientel bereichernd auswirken kann. Die Teilnehmer/innen stellten jedoch auch fest, dass der Wille, voneinander zu lernen und sich gegenseitig anzunehmen, an gewisse Grenzen stößt: So wird z.B. die Gestaltung von AIDS-Hilfe-Räumen mit Safer-Sex-Plakaten für die schwule Szene den meisten Migrant(inn)en weiterhin Probleme bereiten; umgekehrt wird es den Berater(inne)n hier schwer fallen, bestimmte Praktiken wie die Beschneidung von Mädchen als kulturelle Eigenheit zu akzeptieren.

Der Fragebogen zum Workshop:

Welche Probleme/welche besonderen Herausforderungen sind im Workshop sichtbar geworden?

- keine klar abgrenzbare, definierte Zielgruppe Frauen
- kein ganzheitliches Präventionskonzept, nur einzelne Ansätze
- Rollenklischees sind im Wandel begriffen
- Welche Präventionsaussagen?
- Wie sind normale Frauen?
- Wie sieht Verhältnisprävention im Frauenbereich aus?

Wer hat Interesse an der Erhaltung des Status quo? Wer stellt sich einer Änderung entgegen?

- Beharrungsvermögen der AIDS-Hilfen

Wer hat Interesse an einer Lösung? Wer kann gewonnen werden?

- Migrantinnen/Frauen im Gesundheitsbereich, Frauen und Männer gegen das Patriarchat, Organisationen im Frauengesundheitsbereich, Ärztinnen, Multiplikatorinnen (Peers)

Was bleibt außerhalb unserer Einflussmöglichkeiten?

- finanzielle/personelle Ressourcen
- soziokulturelle Unterschiede
- sozioökonomische Unterschiede

Welche Schritte zur Änderung sind denkbar und möglich?

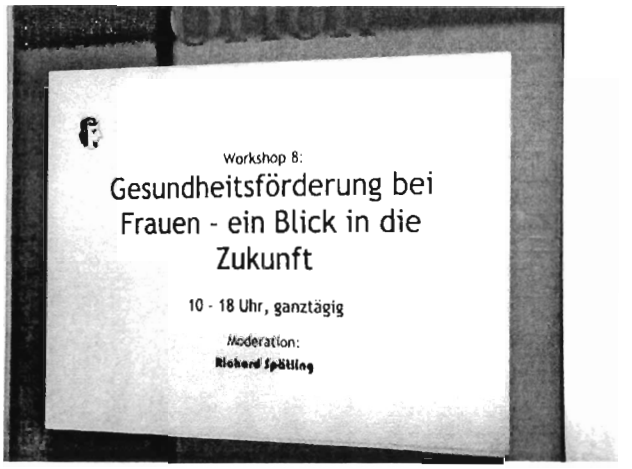
- Interkulturelle Öffnung der AIDS-Hilfen
- Vernetzung ausbauen im Frauengesundheitsbereich
- Medienpaket für Jugendarbeit in Schulen
- Frauen in Sportstudios ansprechen
- Migranten-Organisationen ansprechen
- AIDS-Hilfen sollen Vorstände und leitende hauptamtliche Stellen paritätisch besetzen
  => 2002
- Präventionsbauchläden in Supermärkten
- Kassiererinnen als Multiplikatorinnen ausbilden

GESUNDHEITSFÖRDERUNG BEI FRAUEN: EIN BLICK IN DIE ZUKUNFT

Moderation: Richard Spätling
Protokoll: Annette Fink

Wenn das Leben keine Vision hat, nach der man strebt, nach der man sich sehnt, die man verwirklichen möchte, dann gibt es auch kein Motiv, sich anzustrengen.

Erich Fromm



Dieser Workshop findet im Raum Orion des Astron-Hotels statt – kein Zufall, wie der Mo-derator Richard Spätling bemerkt. Schließlich werde es darum gehen, gemeinsam einen Schritt weit voraus in die Zukunft zu tun, zu versuchen, sich in ferne Sphären zu versetzen und von dort einen Blick zurück auf das zu werfen, was schon entwickelt worden ist. Auf einer Zeitreise, die es erlaubt, den Druck der politischen Gegebenheiten hinter sich zu lassen und dadurch nichts unmöglich erscheinen lässt, sollen Ideen und Visionen von Gesundheitsförderung für Frauen entstehen, deren Umsetzung möglichst am nächsten Arbeitstag der Teilnehmer/innen in Angriff genommen werden soll.

Die Arbeit in der Zukunftswerkstatt wird sich in vier Phasen abspielen: einer Kritikphase, in der hemmende Elemente benannt werden, um sie als Ballast abwerfen zu können; einer Utopiephase, in der Phantasie und Kreativität gefragt sind (es wird gebastelt); der Projektentwicklung, in der die zuvor trainierte Kreativität in Richtung Gesundheitsförderung der Zukunft gelenkt wird, und der Präzisierung, in der erste Schritte zur Realisierung einiger der (noch) imaginären Projekte überlegt werden.

Zunächst bleiben die künftigen Zeitreisenden in der Gegenwart und stellen sich und ihre Motivation für den Besuch dieses Workshops kurz vor. Richard Spätling ist einer von zwei Geschäftsführern der Beratungsfirma iD Köln. Wie er erklärt, hat er in seiner Vergangenheit als Sozialarbeiter eine Aversion gegen das Wort „Problem" entwickelt und als Konsequenz eine Firma mit dem Namen „Idee" gegründet; da die etwas verkürzte Schreibweise viele irritiert und nach Erklärungen verlangt, stehen die beiden Buchstaben für „innovative Dienste". Mit der Methode der Zukunftswerkstatt berät das Unternehmen vor allem Vereine in schwierigen Situationen.

Fast die Hälfte der 13 Teilnehmer/innen arbeitet hauptamtlich in einer AIDS-Hilfe mit dem Schwerpunkt Frauen, Drogen oder auch Migrant(inn)en. Mehrere dieser Frauen sprechen an, dass sie sich in diesem Feld allein gelassen fühlen und sich als Einzelkämpferin betrachten. Ihnen fehlt der Raum für Kreativität, und sie hoffen, dass sie im Blick auf die Zukunft und durch die Öffnung für Visionen Impulse für ihre Arbeit bekommen. Der einzige Mann in der Gruppe ist Lektor in der DAH; er möchte dazu beitragen, dass die weibliche Sicht in den Printmedien des Bundesverbands zur Gesundheitsförderung stärker berücksichtigt wird.

Eine Teilnehmerin kommt aus Russland, eine andere aus Sierra Leone. Beide arbeiten in Präventionsprojekten für Migrant(inn)en und beklagen den schweren Stand dieser Projekte nicht nur in Bezug auf die finanzielle Ausstattung. Von der Zukunft erwarten sie nicht zuletzt mehr Solidarität und Partnerschaft innerhalb der AIDS-Hilfe-Landschaft.

Drei Frauen in dem Kreis, die HIV-positiv sind und in unterschiedlichem Grad mit AIDS-Hilfe zu tun haben, äußern unabhängig voneinander ein sehr ähnliches Anliegen: Sie wollen, dass im Zusammenhang mit Krankheit die Gesundheit in den Vordergrund rückt, dass Erkrankte zu einem anderen Umgang mit ihrer Krankheit finden, indem sie sich z.B nicht mehr fragen „Wie krank bin ich?" sondern „Wie gesund bin ich?" Eine der Frauen beschäftigt sich mit Humorforschung und -therapie und hat dabei ihr großes Vorbild gefunden: den amerikanischen Arzt und Clown Hunter Patch Adams, der sein Krankenhaus „Gesundheitshaus" nennt.

Als Letzte in der Runde stellt sich eine Mitarbeiterin der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) vor, die gerne „die andere Seite" kennen lernen möchte.

1. Kritikphase

In dieser ersten Phase bittet Richard Spätling die Anwesenden, in Einzelarbeit hemmende, fehlende, belastende oder ärgerliche Bedingungen zu notieren, die der Gesundheitsförderung für Frauen im Weg stehen (pro Stichwort eine Karte). Nach 20 Minuten heften die Teilnehmer/innen die ersten Karten an die Rückwand im „Orion" und bilden erste grobe Kategorien, unter denen die weiteren Karten eingeordnet werden. Alle stehen vor der Wand, lesen die Karten, diskutieren den passenden Platz, gruppieren einige um; der Workshop ist in Bewegung.

Als erstes Ergebnis hängen an der Wand nun mehrere senkrechte Kartenreihen, die für die folgenden identifizierten Missstände stehen:

- fehlendes Geld
- zu wenige frauenspezifische Ansätze in der medizinischen Forschung
- (Schul-)Medizin als Allheilmittel für gesundheitliche Probleme (Medikalisierung des weiblichen Körpers, Mangel an ganzheitlichen Ansätzen, zu wenig Berücksichtigung der jeweiligen Persönlichkeit, fehlende Vorsorge, keine Stärkung der Eigenverantwortung, Ärzte/Ärztinnen nehmen sich keine Zeit für die Patientinnen)
- es fehlt an Sprache und Bildern, um körperliches Befinden auszudrücken und über Sexualität zu reden
- Krankenhäuser statt Gesundheitshäuser
- zu viele Wege, zu wenig Zeit
- der Zugang zu gesundheitsfördernden Angeboten hängt von bestimmten Bedingungen ab (z.B. Arbeitssituation, Krankenversicherung, Geld, Kinderbetreuung) – ein Thema nur für Privi-legierte?
- für Frauen aus anderen Kulturkreisen wird der Zugang zusätzlich erschwert (kulturelle/Sprachbarrieren, Angst vor Fremdem)
- Konkurrenz zwischen den Institutionen (Machtsucht, keine Lobby für frauenspezifische/ganzheitliche Gesundheitsförderung, Glaubenskriege)
- es gibt zu wenig Anstrengungen, um die vorgegebenen Strukturen des Gesundheitssystems zu verändern (vorauseilender Gehorsam)

Eine der Karten trägt die Aufschrift „Gesundheitsförderung als Lippenbekenntnis?" Wie die Teilnehmer/innen übereinstimmend feststellen, kann sie als Überschrift über den einzelnen Reihen stehen, die einander teilweise bedingen.

Die Kritik hat ihren Raum gefunden und wird die Anwesenden aus dem Hintergrund durch den Tag begleiten. Nun gilt es aber, sich von den belastenden Momenten zu lösen und sich der Phantasie hinzugeben.

2. Utopiephase

Der nächste Schritt stellt die Teilnehmer/innen vor die „besonders schwere Aufgabe", sich einer „lustvollen Herausforderung" zu stellen: Sie sollen „so etwas bauen wie ein Flugobjekt", das fliegen können muss und nicht nur fallen darf; im – langsamen – Fall darf es nichts zerstören. Darüber hinaus muss es besonders kreativ und künstlerisch sein. Als Material für die Arbeit in drei Gruppen gibt es nur „basics"; was Richard Spätling bieten kann, „ist eigentlich gar nichts": buntes Papier, Gummis, Garn, Pfeifenreiniger, Absperrband, Klebstoff und Luftballons (immerhin in verschiedenen Farben). Das Werk muss in 45 Minuten vollbracht sein; dann werden die Objekte einer „besonders kritischen Jury", nämlich den anderen beiden Gruppen, vorgestellt und müssen ihre Flugfähigkeit unter Beweis stellen. Eine Gruppe bleibt im „Orion", die anderen beiden suchen sich einen ungestörten Platz.

Wer sich den Gruppen von weitem nähert, hört kichernde Laute und sieht geschäftiges Treiben und lachende Gesichter. Gruppe C sitzt in der Hotellobby und stellt eine entscheidende strategische Überlegung an: Die anderen beiden Gruppen werden mit Sicherheit die Luftballons verwenden. Der Verzicht auf die Ballons wäre also ein klarer Wettbewerbsvorteil – andererseits bietet das verbleibende Material der Erdanziehungskraft keinen ausreichenden Widerstand. Eine der Frauen hat die zündende Idee, die es nicht nur ermöglicht, die Luftballons geschickt zu verstecken, sondern dem Objekt zugleich eine extrem weibliche Note verleiht: Sie verschwindet in ihrem Zimmer und kehrt, von den Mitstreiterinnen begeistert empfangen, mit einem schwarzen Spitzen-BH zurück. Mit der neuen Füllung bestückt, fällt er allerdings recht ungraziös zu Boden. Fazit: „Wir brauchen mehr Fläche." In der weiteren Entstehung des Objekts spielt das äußerst zuvorkommende, immer wieder vorbeihuschende Hotelpersonal keine unwesentliche Rolle. Bereitwillig steuert es nach und nach feste Pappe, eine Mülltüte und eher dekorative Elemente wie Efeuranken und Salatblätter bei, die die Installation nach der Maßgabe „äußerst kreativ" abrunden.

Gruppe B hat es in die freie Natur gezogen. Auf dem Weg dorthin ließen sich noch so manche vage flugtaugliche Produktionsmittel organisieren: z.B. der mit futuristischen Wolkenkratzern bedruckte Hotelprospekt oder das Spitzenpapier vom Büffet, kurz zuvor noch Unterlage erle-sener Canapés. Die grüne Wiese lieferte zusätzliche Inspirationen. Zwei etwa zehnjährige Jungen, für die im Freien Flugobjekte bastelnde erwachsene Frauen offensichtlich kein alltäg-licher Anblick waren, gesellten sich zu der Gruppe und gaben fachmännische Hinweise. Dennoch scheiterte auch hier der erste Flugversuch; der zweite – nach dem Einbau weiterer bunter Triebwerke und begünstigt durch einen frischen Aufwind – wirkte durchaus elegant.

Gruppe A hat sich als einzige an die Vorgabe der begrenzten Ressourcen gehalten. Wie die Pioniere der Luftfahrttechnik orientiert sie sich am Vogel- bzw. Drachenfliegermodell. Auch Elemente des Heißluftballonwesens fließen mit ein. Die mit Schwingen versehene Tragfläche ist ähnlich wie eine Gondel durch Schnüre mit den auch hier eingesetzten Luftballons verbunden.

Kurz vor Ablauf der Frist formt die Gruppe noch Figuren aus Pfeifenreinigern, die in den Schnüren Halt finden sollen.

Als die Zeit gekommen ist, versammeln sich alle wieder im „Orion" – voller Spannung, was die anderen geschaffen haben und wie das eigene stolz präsentierte Werk beurteilt werden wird. Es wird viel gelacht, gedeutet und gestaunt; ohne Zweifel kann der schwarze BH die meisten „Ohs" und „Ahs" für sich verbuchen. Doch die eigentliche Feuerprobe will erst noch bestanden sein. Die Teilnehmer/innen machen sich auf in die fünfte Etage, um ihre Objekte von der Galerie her-unter in die Eingangshalle des Hotels „fliegen" zu lassen. Unten räumt Richard Spätling noch eilends mit dem Personal Kaffeegeschirr von einem Tisch, dann läuft der Countdown. Gruppe A geht als erste an den Start. Das bemannte Objekt gewinnt zusehends an Geschwindigkeit, verliert im Sinken etwas an Form, landet aber vergleichsweise sanft und erhält gebührenden Beifall. (Der Verlust eines Besatzungsmitglieds wird erst später registriert.) Als nächste rückt Gruppe B ihr Modell „Oriana" in Position. Inzwischen sind auch andere Hotelgäste aufmerksam geworden und sehen gebannt nach oben. „Oriana" hebt ab, sinkt etwas langsamer und setzt, wieder begleitet von Applaus, weich auf. Wird „Bombastic Bomber" diese Steilvorlagen noch toppen können? Zumindest äußerlich gelassen geht Gruppe C an den Start. Würde die möglichst schnelle Bewältigung des Wegs nach unten prämiert, hätte sie den Preis eindeutig gewonnen; unter den vorgegebenen Bedingungen müsste die Gruppe jedoch eigentlich noch einen Punktabzug für die Lautstärke der Landung hinnehmen. Dennoch: neidloser Beifall auch hier. (Kommentar im Plenum: „sehr feminine Formen, eine runde Sache; der Flug – nun ja – man könnte ihn vielleicht mit der Concorde vergleichen".)

Auf die öffentliche Präsentation folgt noch eine kurze Auswertung durch die Jury im Seminarraum. Die Gruppen beschreiben den Entwicklungsprozess, heben die Vorzüge ihrer Objekte hervor und stellen sich dem Urteil der anderen (das jeweils sehr zustimmend ausfällt). Am Ende sind sich alle einig: Jedes Objekt ist geflogen – das eine schneller, das andere langsamer – , und kunstvoll und kreativ waren sie sowieso.

3. Projektentwicklung

Die Teilnehmer/innen gehen sehr heiter, beschwingt und gelöst in die Mittagspause – die letzten zwei Stunden in der Gegenwart. Denn danach bittet Richard Spätling sie, die Zeitreise anzutreten und sich in das Jahr 2005 zu katapultieren. Sie sollen erkunden, welche innovativen Projekte der frauenspezifischen Gesundheitsförderung bis dahin entstanden sind, „einfach herumspinnen, welche Projekte Spaß machen würden". In einem zweiten Schritt sollen sie eine Idee herausgreifen, an der sie weiter arbeiten möchten.

Die Zeitreise führt nun alle Gruppen nach draußen, wo sie sich von der Sonne der Zukunft bestrahlen lassen, die anfangs ein wenig zur Trägheit verführt, doch allmählich sprudeln die Ideen, und nach einer halben Stunde kehren sie mit einem Packen beschriebener Karten ins „Orion" zurück.

Gruppe B hat generell bessere Lebens- und Arbeitsbedingungen und eine bessere finanzielle und soziale Absicherung für Frauen gesehen. Im Besonderen setzt sie drei Schwerpunkte:

- Es wird in jeder Schule ab der fünften Klasse geschlechtsspezifischen Unterricht in

Sexualfragen geben. Mädchen und Jungen werden in der Wahrnehmung ihrer aufkeimenden Sexualität unterstützt, sie lernen ihren Körper kennen und werden in der Selbstbefriedigung angeleitet. Auf dieser Basis fällt es ihnen leichter, sich mit dem anderen Geschlecht auseinander zu setzen und sich für seine Empfindungen zu öffnen. In bestimmten Phasen oder unter bestimmten Fragestellungen werden Jungen und Mädchen wieder gemeinsam unterrichtet.

- Medizin und Gesundheitspolitik haben sich grundlegend gewandelt. Sie beruhen auf einem ganzheitlichen Medizinkonzept, das eine ganzheitliche Heilvorsorge einschließt; die Studiendesigns sind frauengerecht, und es gibt ein Wohlfühlprogramm (Massage, Sauna, Whirlpool, Yoga usw.) auf Krankenschein.
- Beruf und Familie sind vereinbar. Allein Erziehende können auf umfassende Unterstützung zurückgreifen. Es gibt Babysittersysteme, Betriebskindergärten und Ganztagsschulen, in denen die Kinder sicher untergebracht werden können, und individuelle Arbeitszeitmodelle, die auf die Bedürfnisse von Familien zugeschnitten sind. Nach der Familienphase steht Müttern eine Palette von Möglichkeiten zur Neuorientierung und Wiedereingliederung in den Beruf offen.

Auch Gruppe C hat festgestellt, dass sich die Arbeitsbedingungen erheblich verbessert haben. Die Arbeitgeber/innen sind zuständig für die Gesundheitsförderung am Arbeitsplatz; sie tragen die Verantwortung für eine weitgehende Stressreduzierung. Zu den von Gruppe B genannten Faktoren treten u.a. Entspannungsmöglichkeiten am Arbeitsplatz (regelmäßige Massage, Meditationsraum). Insgesamt wird die zu leistende Arbeit so organisiert, dass sie sich an die Möglichkeiten der Menschen anpasst.

Im Gesundheitswesen hat eine umwälzende Reform der Gesundheitsämter stattgefunden: Sie sind nun wirkliche „Gesundheitshäuser" und vereinigen nicht nur Mediziner/innen, Heilpraktiker/innen und Therapeut(inn)en unter einem Dach; sie bieten – selbstverständlich auf „Gesundheitsschein", aber ebenso für Menschen ohne Krankenversicherung – auch alles, was mit Wellness und Entspannung zu tun hat: Whirlpool, Massage, 50-Meter-Schwimmbecken, Sauna, Yoga, Reiki, weitläufige Parkanlagen.... Zugleich sind sie Begegnungsstätte und Bildungseinrichtung. Es gibt kreative Kurse (Malen, Tanzen, Schauspiel, Schreiben usw.), Körperwahrnehmungstraining und Sex-Seminare; nicht zuletzt hat eine fortlaufende Ideenwerkstatt zur Frauengesundheit ihren festen Platz, die in der Gesundheitspolitik mitbestimmt.

Der Gruppe sind außerdem viele reisende Frauen begegnet, die auf dieses Vergnügen vor fünf Jahren noch verzichten mussten. Sozialhilfeempfängerinnen, Arbeitslose und Rentnerinnen haben im Jahr 2005 Anspruch auf bezahlten Urlaub – und machen regen Gebrauch davon.

Gruppe A hat sich zunächst dafür interessiert, wie es im Jahr 2005 um die Migrantenarbeit bestellt ist. Auch hier ist viel passiert; eine wesentliche Neuerung ist, dass Migrant(inn)en in interkulturellen Teams mitarbeiten. In den Projekten wird „praktisch" voneinander gelernt: Die Mitarbeiter/innen kochen z.B. gemeinsam und erfahren vieles über Ernährungsgewohnheiten und „fremde" Küchen. Es gibt interkulturelle „Gesundheitssprachkurse", in denen nicht nur der relevante Wortschatz vermittelt wird, sondern auch Bilder, in denen Migrant(inn)en aus unterschiedlichsten Herkunftsländern ihr Befinden ausdrücken. Gelingt es in einigen Fällen dennoch nicht, ein sprachlich oder kulturell bedingtes Problem im Team zu lösen, werden zusätzlich „Dolmetscher/innen" eingeschaltet, die z.B. „Schmerzen im Bauch" genauer interpretieren können. Außerdem besteht eine weltweite Vernetzung von Gesundheitsprojekten, und es ist jederzeit möglich, sich per Videokonferenz Rat in speziellen Fragen einzuholen.

Audiovisuelle Medien spielen nicht nur in der Migrantenarbeit eine bedeutende Rolle. Nach dem Vorbild von Steven Spielbergs Holocaust-Zeitzeugen-Archiv wurde ein Video- und Tonarchiv angelegt, das persönliche Erfahrungen mit Gesundheit und Krankheit von Mädchen und Frauen festhält.

Auch dieser Gruppe ist der bedeutende Wandel im Gesundheitssystem aufgefallen. Gesundheitsberatung ist ein Grundrecht und wird für jede/n finanziert; die Berater/innen werden stetig fort- bzw. weitergebildet. Nach dem Vorbild der aufsuchenden Sozialarbeit gehen sie auch aktiv nach draußen und setzen „peers" ein, so dass Präventionsbotschaften in den Zielgruppen eher angenommen werden. Die Betonung der Gesundheit, die vor Jahren von einigen Frauen auf einem Workshop in Düsseldorf eingefordert wurde, hat sich durchgesetzt. So wird in der Anamnese nicht mehr die Krankheits- sondern die Gesundheitsgeschichte verfolgt; im Mittelpunkt stehen die Bedingungen und Lebensumstände, unter denen die Klientinnen sich besonders wohl und glücklich fühlten.
Die Gruppe war auch zu Besuch im Gesundheitshaus und war beeindruckt, wie viel Zeit das Personal (das die Angebote jederzeit auch selbst nutzen kann) den Klientinnen widmet und wie gut die Vernetzung und Kooperation mit anderen Gesundheitshäusern funktioniert. Zum Bericht der Gruppe C ergänzt sie, dass das Seminarangebot auch Sexualitäts-Sprachkurse, Vater-Training und Vater-Kind-Kurse umfasst. Und selbstverständlich können sich die Mütter unter den Besucherinnen auf die Kinderbetreuung im Gesundheitshaus verlassen.

4. Präzisierung

In der regulären Zukunftswerkstatt verfassen die Teilnehmer/innen nach der Präsentation der Projekte noch zukünftige Pressemeldungen, die deren Erfolg analysieren. Dazu bleibt jetzt keine Zeit; die drei Gruppen begeben sich nochmals in das Jahr 2005 und erinnern sich daran, wie vor fünf Jahren die ersten Schritte zur Realisierung der Projekte ausgesehen haben. Ziel ist es, diese Schritte in der Gegenwart des Jahres 2000 möglichst bald einzuleiten.

Gruppe B hat sich den ganzheitlichen, begleitenden Sexualitätsunterricht ab der 5. Klasse vorgenommen. Die Mitglieder stellen fest, dass sie immer wieder am selben Punkt ansetzen; es gelingt ihnen nicht, das Projekt zu fokussieren. Unklar ist vor allem die Ressourcenfrage: Was wird gebraucht? Welche Ressourcen müssen dafür bereitgestellt werden? Wer kann die Trägerschaft übernehmen?
Eine Idee war die Kooperation mit Pro Familia, deren Mitarbeiter/innen die Lehrer/innen für das Projekt befähigen sollten, denn gerade auf dieser Seite sind enorme Hemmschwellen und „Sprachprobleme" zu erwarten. Da die Zeit drängt, beschließt die Gruppe schließlich, die DAH mit der konkreten Projektentwicklung zu beauftragen.

Richard Spätling diagnostiziert hier ein typisches Problem der Projektentwicklung: Das Vorhaben ist wichtig und äußerst sinnvoll, doch die Initiator(inn)en können die Gesellschaft nicht bewegen. Für ihn stellt sich die Frage, ob die Gruppe ihre Idee nicht doch präziser for-mulieren und damit an entsprechende Organisationen herantreten kann.

Gruppe A hat die ersten Schritte zur Migrantenarbeit in interkulturellen Teams betrachtet. Ansprechpartner war die DAH, die jedoch nur Multiplikatorenarbeit fördern kann. Deshalb wurde ein einwöchiges Seminar für Frauen und Männer – nach Geschlecht getrennt – in interkultureller Besetzung konzipiert. Im Mittelpunkt stand das Ziel, eine positive Sprache und Bilder für Sexualität und Gesundheit zu entwickeln; dieser Prozess sollte von den Teilnehmenden dokumentiert werden. In den Seminaren wurde die Hierarchie vom Lehrenden zum Lernenden aufgehoben; die Teilnehmenden sollten sich auf gleicher Ebene über den Austausch näher kommen. Um Kosten zu sparen, versorgten sie sich selbst, das heißt: Sie kochten gemeinsam und lernten die Küche ihrer jeweiligen Herkunftsländer kennen.
Ein großes Problem bei der Realisierung war die Tatsache, dass von der DAH über öffentliche Mittel finanzierte Projekte immer mit HIV und AIDS zusammenhängen müssen.
Richard Spätling merkt dazu an, dass der „HIV/AIDS-Topf" auch bequem ist; es sei an der Zeit, dass die HIV-Lobbyisten mehr in Richtung Gesundheitsförderung argumentierten. Ein wichtiger Projektschritt sei es deshalb, sich neue Fördermittel zu erschließen.

Gruppe C hat an der Reform der Gesundheitsämter gearbeitet. Da die Kommunen kein Geld bereitstellen konnten, wurde ein Modellprojekt auf Landes- oder Bundesebene angesteuert. Voraussetzung dafür war eine Ist-Soll-Analyse: Ein volkswirtschaftliches Gutachten sollte die Kosten des damaligen, auf die Behandlung von Krankheit angelegten Gesundheitssystems gegen die Kosten eines auf Prophylaxe bauenden Systems aufrechnen; gleichzeitig gab es eine umfassende repräsentative Erhebung unter Frauen zu möglichen Verbesserungen im Gesundheitswesen. Ein nächster Schritt war es, Bündnispartner zu suchen, z.B. die Krankenkassen, Ärzteverbände, Pro Familia, Projekte im Frauen- und Gesundheitsbereich, die Gesundheitsministerien der Länder und des Bundes. Gemeinsam mit den Entscheidungsträgern auf möglichst allen Ebenen wurde anschließend ein runder Tisch einberufen. Dann erst wurde mit der konkreten konzeptionellen Arbeit begonnen. Mit dem fertigen Konzept bewarb sich die Projektgruppe für die Aufnahme in ein EU-Programm zur Frauenförderung.

„Vielleicht kann nicht jedes Projekt sofort am Montag begonnen werden", resümiert Richard Spätling; „aber es gibt einen Fundus von Möglichkeiten. Was heute morgen unter 'Lippenbekenntnis' begonnen hat, hat eine Umkehrung erfahren."

In der abschließenden Runde zeigen sich alle Teilnehmer/innen sehr zufrieden; die Worte „begeistert", „toll", „glücklich" oder „klasse" fallen nicht nur ein Mal. Die meisten heben hervor, in welchem Maß die Methode der Zukunftswerkstatt die Atmosphäre aufgelockert und die Arbeit erleichtert hat. Viele stellen erstaunt fest, dass sie ganz ähnliche Ideen haben, bisher fehlt nur die Struktur, um am gemeinsamen Strang zu ziehen. Das soll sich ändern: Die Teilnehmer/innen äußern sehr bestimmt ihre Absicht, ihre Projekte weiter zu verfolgen. „Ich bin total angepiekst", sagt eine von ihnen, „es steckt ganz viel innovative Kraft in der Methode".

Der Fragebogen zum Workshop:

Welche Probleme/welche besonderen Herausforderungen sind im Workshop sichtbar geworden?
Gesundheitsförderung als Lippenbekenntnis

- Was Spaß macht, ist als Gesundheitsförderung für viele Frauen zu teuer (z.B. Sauna, Fitness, Whirlpool usw.)
- fehlendes Geld
- fehlende Sprache
- keine Lobby
- zu wenig frauenspezifische Ansätze
- schuldmezinische Sicht
- kulturelle Barrieren

Wer hat Interesse an der Erhaltung des Status quo? Wer stellt sich einer Änderung entgegen?

- =/=

Welche Lösungen sind möglich?

- Defizite außen vor lassen. Flugobjekte => Herangehensweise, um uns in ein kreatives Setting zu bringen, um innovative Ideen zu produzieren. Kreatives Klima!

Welche Einflussmöglichkeiten haben wir?

- Um Altes gegen Neues auszutauschen => Lösungen erarbeiten, Ideen einbringen, innovativ sein, nicht defizitorientiert arbeiten

Welche Schritte zur Änderung sind denkbar und möglich?
Es gibt eine Vielfalt an Möglichkeiten, die wir erarbeitet haben. Drei davon werden vorgestellt:

1. Gesundheitshäuser
2. geschlechtsspezifischer Unterricht in Sexualfragen; integrativ-begleitend
3. interkulturelles Multiplikatoren-Seminar

Literatur:

Robert Jungk; Norbert R. Müllert (1989): Zukunftswerkstätten. Heyne Sachbuch Nr. 73
Beate Kuhnt; Norbert R. Müllert (1996): Moderationsfibel Zukunftswerkstätten. Ökotopia Verlag Münster
Christian Wopp (2000): Zukunftswerkstätten im Sport. Meyer und Meyer, Aachen

Präsentation und Diskussion der Arbeitsergebnisse

Am Sonntagmorgen stellen die Teilnehmer/innen im Plenum die Ergebnisse ihrer Arbeitsgruppen anhand der Fragebögen vor, die jeweils im Anschluss an die Protokolle abgedruckt sind.

Matthias Frings leitet die abschließende Diskussion im Plenum mit der Nachfrage zu einer Feststellung aus dem Workshop „Wie konnte mir das passieren?" ein, wonach die finanziellen und personellen Ressourcen (der AIDS-Hilfe-Arbeit, A.d.R.) unveränderbar seien. Gemeinsam mit Resi Jäger meldet er Zweifel an: „Die Ressourcen muss man doch eigentlich verändern, und man kann sie auch verändern."

Ein Sprecher aus dem Workshop relativiert daraufhin die Aussage: Gemeint war eher, dass die finanzielle und personelle Situation „nicht von jetzt auf gleich" verbessert werden könne; das gelte auch für die anderen als nicht beeinflussbar dargestellten Punkte.

Wie ein Teilnehmer anmerkt, zeigt die Ressourcenlage jedoch tatsächlich Grenzen auf, wenn es darum geht, kostenintensive, aber wirkungsvolle personalkommunikative Ansätze in der frauenspezifischen Arbeit zu verwirklichen. Und nicht nur hier: Der Verband komme in der Frauenarbeit nicht umhin, sich mit anderen Organisationen zu vernetzen und Bündnisse zu bilden, da „wir als AIDS-Hilfe hier noch weniger als in anderen Bereichen Alleinvertretungsansprüche erheben können". Die Finanzierung dieser politischen Arbeit der Bündelung und gemeinsamen Vertretung von Interessen werde von den Zuwendungsgebern in der Regel abgelehnt, „und deswegen gibt es auch eine zuwendungsrechtliche Grenze, die in diesem Bereich ganz klar inhaltliche Konsequenzen hat".

Eine Teilnehmerin wendet ein, es müsse nicht immer nur um zusätzliche Gelder gehen; eine Verschiebung der Arbeitsschwerpunkte – „was natürlich auch mit Machtverhältnissen zu tun hat" – könne mehr Erfolg versprechen als die wenig aussichtsreiche Forderung nach mehr finanzieller Unterstützung. Sie setze jedoch die Bereitschaft voraus, zugunsten von aktuellen Frauenfragen Einschneidungen in anderen Aufgabenfeldern vorzunehmen.

In der weiteren Diskussion schlägt ein Teilnehmer vor, sich mehr der Frage zu widmen, welches Ziel Frauenarbeit in AIDS-Hilfe, für die es seiner Meinung nach keinen klaren Auftrag gibt, verfolgt und wie es erreicht werden kann. Er regt an, die vielfältigen Erfahrungen anderer Organisationen, die innerhalb und außerhalb von Deutschland das Feld der Frauenarbeit beackern, zu nutzen und das reichhaltige Wissen über Frauen zusammenzutragen, um schließlich neue Wege der HIV-Prävention zu finden, die auch bei der „ganz normalen Frau" ankommen.

Auf dem Prüfstand steht nun das Modell der zielgruppenspezifischen Prävention für Frauen. Für viele Teilnehmer/innen hat sich im Verlauf der Konferenz deutlich herauskristallisiert, „dass es so nicht funktioniert": Es sei nicht möglich, „die so genannte Zielgruppe der 40 Millionen hier lebenden Frauen mit 40 Millionen verschiedenen Sozialisationen, Erfahrungsweisen, Sprachformen usw." zu fassen, um 200 oder 400 Neuinfektionen zu verhindern. Ihnen erscheint es sinnvoller, nicht von *riskierten Gruppen,* sondern von *Risikosituationen* auszugehen, also von der Frage: Wo bewegen sich Männer und Frauen in Situationen, in denen ihr Bedürfnis nach Lust und/oder Rausch mit ihrem Bedürfnis, sich vor sexuell übertragbaren Krankheiten zu schützen, in Konflikt geraten? Und wie können sie zu einem Risikomanagement befähigt werden?

Ein Teilnehmer hält dagegen den Abschied vom Zielgruppenmodell für verfrüht: In der konkreten Projektarbeit der regionalen AIDS-Hilfen habe der zielgruppenspezifische Ansatz – etwa in der Arbeit mit und für Frauen, die Drogen gebrauchen – durchaus erfolgreiche Beispiele hervorgebracht, die auch heute noch funktionieren. Es würde vielleicht schon genügen, diese

Projekte, die bisher nicht unbedingt systematisch im Verband dargestellt werden, sichtbar und damit deutlich zu machen, welch vielfältige Arbeit tatsächlich schon geleistet wird. Für ihn liegt die Lösung nicht darin, „in das Leichtere" auszuweichen; es komme vielmehr darauf an, sich der zutage getretenen Schwierigkeiten anzunehmen, z.B. der Frage, ob es eine Solidarität der „normalen" Frauen mit infizierten Drogenkonsumentinnen geben kann, die womöglich noch Kinder haben möchten.

„Wer frauenspezifische Arbeit machen will, wird an den Männern nicht vorbeikommen" – diesen Ansatz vertritt nicht nur der Workshop „Frauen und das ‚Hohelied' der strukturellen Prävention". „Was nützen die aufgeklärtesten Frauen, wenn die Jungen und Männer es nicht sind?" fragt ein Mann im Plenum, nach dessen Ansicht sich das Frauenbewusstsein seit Mitte der siebziger Jahre nicht zuletzt durch „massive Mädchenarbeit" an den Schulen grundlegend verändert hat, während gleichzeitig die Jungenarbeit „sträflich vernachlässigt bzw. nicht gemacht wird – und da sind wir wieder bei den personellen Ressourcen: Es gibt keine Männer, die Jungenarbeit machen".

Die Frage, wie denn der Zugang zu der „sehr, sehr unspezifischen Gruppe der Männer" zu schaffen sein soll, wird nur kurz angerissen: Sie müssten ebenfalls in Risikosituationen bzw. in besonderen Settings – z.B. auf dem Strich oder am Flughafen vor der Reise in bevorzugte Sextourismus-Länder – angesprochen werden. Die Diskussion konzentriert sich mehr auf die Jugendarbeit in Schulen, und hier besteht offensichtlich Konsens: AIDS-Hilfe sollte sich nicht darauf verlassen, dass Schulen in Bezug auf Sexualität eine Jugendarbeit leisten können, die über die bloße Vermittlung von Fakten zur Verhütung von Schwangerschaft und sexuell übertragbaren Krankheiten hinausgeht. Wenn es darum geht, Jungen und Mädchen an ein Körperbewusstsein heranzuführen und sie darin zu bestärken, über ihre mit Sexualität verbundenen Wünsche, Vorstellungen und Ängste zu reden, um schließlich das sexuelle Miteinander gestalten zu können (und zwar gleichberechtigt!), erscheinen Lehrer/innen kaum als die geeigneten Personen. AIDS-Hilfe kann hier die Initiative ergreifen und die Entwicklung neuer – möglichst flächendeckender – Konzepte anstoßen. Dass das funktionieren kann, zeigt das Beispiel NRW: Dort fördert das Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit seit zwölf Jahren das Programm „Youth Work" mit 65 Stellen, von denen 18 in AIDS-Hilfen angesiedelt sind.

Mit einem Einstieg in die Jugendarbeit steht AIDS-Hilfe, wie es ein Teilnehmer formuliert, an einem Scheitelpunkt – vor der Entscheidung, ob sie mehr in Richtung „Allgemeinheit" gehen will oder welche Möglichkeiten ihr sonst bleiben. Eine Frau spricht sich vehement für eine breite Öffnung nach außen aus: AIDS-Hilfe könne zwar weiterhin Frauen, vor allem Drogengebraucherinnen, mit zielgruppenspezifischen Ansätzen erreichen; doch sie habe nur wenige Mittel, um Präventionsarbeit in der Gruppe der Frauen zu leisten, die sich auf heterosexuellem Weg infizieren und von denen man zu wenig wisse – z.B., ob ihnen das Risiko bewusst war oder in welchem Setting sie sich angesteckt haben. Die Lösung könne nicht darin liegen, diese Gruppe – wie es in hier in einem Vortrag angeklungen sei – als „zu vernachlässigende Menge" zu betrachten. Heute sei es vielmehr die Herausforderung für AIDS-Hilfe, gesamtgesellschaftlich zu operieren und ganz neue Kooperationen einzugehen.

Besonders unter den Frauen im Plenum werden nun auch Stimmen laut, die sich von dieser Konferenz mehr konkrete Ergebnisse im Hinblick auf die zukünftige Gestaltung der Arbeit wünschen, „um von diesem Lippenbekenntnis ‚Wir machen doch jetzt auch Frauenarbeit' wegzukommen". Für eine der Frauen steht dabei die Eingangsfrage der finanziellen und personellen Ausstattung im Vordergrund: „Wir sagen, die Ressourcen müssen geteilt werden, aber wird das denn passieren? Wird es weiter Geld für die Arbeit geben, die in regionalen AIDS-Hilfen und der DAH gemacht wird? Wird es mehr werden? Das Thema Migrantinnen ist hier omnipräsent, aber wird es dafür auch Geld geben? Und wo soll diese Arbeit angesiedelt werden? Da geht es natürlich auch immer um Machtverhältnisse. Geld ist Macht, und darüber wird hier nicht gesprochen."

Ein Vertreter der AIDS-Hilfe NRW wendet ein, dass der Streit um die Ressourcen nicht neu ist und dass es gelingen kann, die Verteilung wirklich auszuhandeln: „Natürlich sagen auch die AIDS-Hilfen in NRW, unsere primäre Zielgruppe sind schwule Männer; aber das ist gemeinsam mit Frauen diskutiert worden, und diese Verteilung der Gelder macht sich nicht nur an der Epidemiologie, sondern auch an gesellschaftspolitischen Notwendigkeiten fest." Dass die Projektmittel in NRW zwischen schwulen Männern und Frauen im Verhältnis 70:30 aufgeteilt werden, sei eine gewollte Entscheidung der AIDS-Hilfen, „die sich da hingesetzt und gerungen haben".

Mit dem Blick auf die Zeit setzt Matthias Frings an dieser Stelle einen Schlusspunkt; in einem kurzen Resümée aus der Sicht eines Außenstehenden stellt er fest: „Mir hat sich in den letzten drei Tagen ganz klar der Eindruck aufgedrängt, dass es ein deutliches Problem gibt und dass die AIDS-Hilfe nicht weiß, wie sie damit umgehen muss. Es gibt auch keine einheitliche Meinung dazu und keine tragende Idee." Nach einem Gespräch mit Mara Seibert, für die es wichtig war, die Diskussion über „den kleinen Unterschied" überhaupt erst in Gang zu bringen und erste Schritte zu gehen, habe er aber gedacht, „gut, dann akzeptiere ich das mal so, und dann schauen wir mal weiter, was die Zukunft bringt; wahrscheinlich liegt es dann auch an einem selber, ob dieses Thema aufgegriffen wird und ob man dabeibleibt".

Bevor Resi Jäger das Wort an Mara Seibert übergibt, empfiehlt sie, den Dialog, der hier angerissen wurde, fortzuführen: „Die gesellschaftlichen Forderungen werden auf die AIDS-Hilfe zukommen, und da kann ich nur sagen, pflegt sie gut, die Frauen; es sind gute Frauen da in den AIDS-Hilfen, und sie unterstützen nicht nur die Frauenarbeit, sondern ganz bestimmt auch die Arbeit für Männer und Jungen, die AIDS-Arbeit insgesamt."

Die abschließenden Worte kommen von Mara Seibert:

„Danke.

Am Ende dieser Konferenz angelangt, bleibt es mir, die Schluss- und Dankesworte zu sprechen. Doch zuvor möchte ich ‚in eigener Sache' etwas sagen: Viele wissen es schon, manche erfahren es jetzt, andere später. Dies ist meine letzte DAH-Konferenz, denn ich werde die Bundesgeschäftsstelle zum 30.09.2000 verlassen und mich nach neuen Tätigkeiten umsehen. Ich habe fast sechs Jahre in AIDS-Hilfe gearbeitet, davon vier Jahre als Frauenreferentin in der Bundesgeschäftsstelle.

Frauenarbeit in AIDS-Hilfe heißt für mich kämpfen gegen männlich geprägte Strukturen, Denk- und Sichtweisen. Frauenarbeit in AIDS-Hilfe heißt aber oft auch, alleine zu sein, d.h., sich (mich) als Einzelkämpferin zu fühlen.

Deshalb war mir diese Präventionskonferenz wichtig – der Versuch, die Inhalte der Frauen- und AIDS-Arbeit zu verdeutlichen, zu einem neuen Verständnis zum Thema Frauen und AIDS zu kommen und zu einem neuen Miteinander.

So möchte ich mich nun, auch im Namen meiner Kolleg(inn)en, bedanken bei all denjenigen, die zum Gelingen der Konferenz beigetragen haben:

- Resi Jäger und Matthias Frings für ihre hervorragende Moderation;
- Dirk Meyer, der den Vorstand der DAH hier vertreten hat;
- den Referent(inn)en: Margret Reipen, Michael T. Wright, Elfriede Steffan, Rolf Rosenbrock und Claudia Fischer für die Impulse, die sie eingebracht haben;
- den Moderator(inn)en der Workshops: Marianne Rademacher, Christopher Knoll, Andrea Wetzchewald, Armin Bader, Gritt Mattke, Thomas Biniasz, Silke Eggers, Martina Klünter, Dieter Telge, Roswitha Bocklage, Peter Struck, Zarah Moham-madzadeh, Clemens Sindelar und Richard Spätling, die uns ihr Know-how zur Verfügung gestellt haben;
- den Protkollant(inn)en der Workshops: Anke Spiess, Achim Weber, Silvia Steffens, Sabine Battaglia, Sönke Guttenberg, Karl Lemmen und Armin Stickler, die ihren Beitrag zu einer guten Dokumentation leisten;
- für die gedruckte Dokumentation:
  Annette Fink;
- für die visuelle Dokumentation:
  Volker Hoffmann;
- für die Technik: Sönke Guttenberg;
- für den medizinischen Notdienst:
  Gundo Weiler;
- für die Pressearbeit und Pressekonferenz: Holger Sweers, Stefan Etgeton, Marianne Rademacher und Birgit Krenz;
- den Teilnehmerinnen und Teilnehmern der beiden vorbereitenden Konzeptseminare;
- Claudia Fischer für den inhaltlichen Text zur Vorbereitung der Konferenz;
- den Kolleginnen und Kollegen der Bundesgeschäftsstelle, insbesondere Clemens Sindelar und Rainer Schilling, die mit mir das für die Konferenz verantwortliche ‚Dreigestirn' gebildet haben;
- der AIDS-Hilfe Düsseldorf für ihre Einladung zum Sommerfest;
- dem Astron-Hotel für den hervorragenden Service und die gute Zusammenarbeit;
- allen Teilnehmerinnen und Teilnehmern der Konferenz;
- Martin Westphal und Uwe Bergmann für ihre Unterstützung am Counter
- und ganz besonders danken möchte ich Cori Tigges: diese Konferenz trägt deine Handschrift. Sie war hervorragend und hoch professionell organisiert. Es hat alles gestimmt, und du hast uns oft den Rücken frei gehalten. Ohne deine Kompetenz, deinen Einsatz und deine Phantasie bei der Gestaltung wäre die Konferenz nicht das geworden, was sie war: eine durch und durch gute Veranstaltung. Diese Konferenz ist dein ‚Kind', deine Idee von vor gut zwei Jahren, nach der letzten Präventionskonferenz. Dafür hast du dich in hohem Maße und mit unglaublicher Energie eingesetzt.

Nun ist diese Konferenz zu Ende, und ich hoffe bzw. wünsche mir, dass das Thema ‚Der kleine Unterschied' im Verband DAH einen angemessenen Platz erhält. Ich hoffe, dass die hier begonnenen Diskussionen, die Gedanken, Ideen und Auseinandersetzungen weitergehen.

Herzlichen Dank Cori und allen, die hier waren."

Wesentliche Thesen, die sich aus der Präventionskonferenz ergeben:

- Es gilt zu überprüfen, ob „die Zielgruppe Frauen" mit einem zielgruppenspezifischen Präventionsansatz erreicht werden kann. Sinnvoller erscheint es, von Situationen auszugehen, in denen Frauen (und Männer) in Konflikte zwischen ihrem Bedürfnis nach Lust und Rausch und ihrem Gesundheitsbedürfnis geraten.
- „Wer Frauenarbeit macht, kommt an den Männern nicht vorbei" – die sexuelle Kommunikation und damit auch das Aushandeln von Safer Sex scheitern häufig am ungleichen Machtverhältnis zwischen Männern und Frauen, aber auch an unterschiedlichen Erwartungen und Vorstellungen von Liebe und Sexualität. Es reicht daher nicht, nur das (Selbst-)Bewusstsein von Frauen zu stärken; gerade Männer – und hier vor allem Freier und Bisexuelle – müssen sich mit ihrem Verhalten auseinander setzen und dazu in entsprechende Präventionsprogramme einbezogen werden.
- Wer Machtunterschiede zwischen Männern und Frauen abbauen und die Verständigung in der sexuellen Begegnung fördern will, muss möglichst früh ansetzen. AIDS-Hilfe ist gefragt, möglichst flächendeckende Konzepte der Jugendarbeit in Schulen anzustoßen, die über eine bloße Vermittlung von Fakten hinausgeht.
- Um eine Arbeit für und mit Frauen zu leisten, die den Bedürfnissen gerecht wird, muss AIDS-Hilfe neue Schwerpunkte setzen und die zur Verfügung stehenden personellen und materiellen Ressourcen anders verteilen.
- Sie muss sich außerdem der Herausforderung stellen, sich weiter zu öffnen und neue Bündnisse einzugehen – z.B. mit Organisationen, die bereits viel Erfahrung in der Frauen- bzw. Jugendarbeit haben.
- Die Präventionsarbeit für Migrant(inn)en wird immer mehr zum Thema. In dieser Arbeit wirkt nicht nur „der kleine Unterschied", sondern eine Vielfalt von Problemen, die sich aus der unterschiedlichen Herkunft von zugewanderten Klient(inn)en und AIDS-Hilfe-Mitarbeiter(inne)n ergeben. Die sinnvollste Lösung ist es, Beratungs- und Betreuungsteams interkulturell zu besetzen.

Anhang

GESCHLECHT; SEXUALITÄT UND HIV/AIDS: DAS WAS; DAS WARUM UND DAS WIE Geeta Rao Gupta, PhD

Der Fokus meiner Rede richtet sich, wie der Titel vermuten lässt, auf das Was, Warum und Wie im Hinblick auf Geschlecht, Sexualität und HIV/AIDS. Ich möchte meinen Kolleginnen und Freundinnen Ellen Weis von der ICW und Purnima Mane vom Population Council danken, die mir geholfen haben, diesen Vortrag zusammenzustellen. Meine Rede beschränkt sich auf Fragen im Zusammenhang mit der heterosexuellen Übertragung von HIV, denn darauf hat sich meine Arbeit in den letzten zehn Jahren konzentriert. Ich bin mir darüber im Klaren, dass die heterosexuelle Übertragung nur ein Aspekt der Epidemie ist, aber er ist keinesfalls ein irrelevanter. Die neuesten Statistiken zeigen, dass die heterosexuelle Transmission von HIV der häufigste Übertragungsweg weltweit bleibt.
Wir wissen seit wenigstens zehn Jahren, dass Geschlecht und Sexualität signifikante Faktoren bei der sexuellen Transmission von HIV darstellen, und wir wissen auch, dass sie Unterschiede in der Behandlung, Pflege und Unterstützung bewirken. Beide Begriffe bleiben trotzdem missverständlich und werden unangemessen benutzt.

Geschlecht ist kein Synonym für Sex. Der Begriff verweist vielmehr auf die innerhalb einer Gesellschaft weit verbreiteten Normen und Erwartungen von angemessenem männlichen und weiblichen Verhalten, von Eigenschaften und Rollen. Er ist ein soziales und kulturelles Konstrukt, das Frauen von Männern unterscheidet und die Art und Weise festlegt, wie Frauen und Männer sich zueinander verhalten.

Geschlecht ist ein kulturspezifisches Konstrukt – vergleicht man eine Kultur mit einer anderen, so zeigen sich signifikante Unterschiede bei dem, was Frauen und Männer dürfen oder nicht dürfen. Weitgehend übereinstimmend werden aber in allen Kulturen klare Unterschiede gemacht bei der Rollenverteilung (Frauen- und Männerrollen), beim Zugang zu ökonomischen Ressourcen und bei der Frage, wer Entscheidungen trifft. Typischerweise werden Männer als die Verantwortlichen für die Erwerbstätigkeit außerhalb der Familie gesehen, während von Frauen die Verantwortung für die reproduktiven Aktivitäten und jene, von denen die Familie profitiert, erwartet wird. Und wir wissen auch aus über zwanzigjähriger Forschungsarbeit zur Entwicklung der Rolle der Frau, dass Frauen weniger Zugang zu und Kontrolle über gewinnbringende Ressourcen haben als Männer – Ressourcen wie Einkommen, Landbesitz, Kredite und Bildung. Zwar variieren diese Unterschiede in ihrer Ausprägung beträchtlich von Gesellschaft zu Gesellschaft, aber sie bleiben fast immer bestehen.
Sexualität ist nicht mit dem Geschlecht gleichzusetzen, aber sie ist trotzdem eng damit verbunden. Sie ist die soziale Konstruktion eines biologischen Triebs. Die Sexualität eines Individuums ist dadurch definiert, mit wem, wie, warum, unter welchen Umständen und mit welchen Folgen dieses Individuum Sex hat. Sie ist mehr als reines Sexualverhalten, nämlich ein multidimensionales und dynamisches Konzept. Beeinflusst wird sie von bestehenden und unausgesprochenen Gesetzen, die von der Gesellschaft auferlegt und von Faktoren wie dem Geschlecht, Alter, dem ökonomischen Status und der ethnischen Zugehörigkeit des jeweiligen Individuums bestimmt werden.

Im ICRW, dem Zentrum, in dem ich arbeite, bezeichnen wir die Komponenten der Sexualität mit den „vier Ps" – „practices, partners, pleasure" (Praktiken, Partner, Lust; diese 3 „Ps" werden als eine Gruppe verstanden, A.d.R.), „pressure" (Zwang), „pain" (Schmerz) und „procreation" (Fortpflanzung). Die ersten beiden beziehen sich auf Verhaltensaspekte – wie jemand Sex hat und mit wem -, während die anderen beiden auf die Motive dafür eingehen. Aber wir haben aufgrund der über Jahre gesammelten Daten herausgefunden, dass es ein fünftes „P" in der Sexualität gibt, das am wichtigsten ist: „power" (Macht). Die Macht, die jeder sexuellen

Interaktion zugrunde liegt, ob heterosexuell oder homosexuell, legt fest, wie die anderen „Ps" der Sexualität ausgedrückt und empfunden werden. Macht determiniert, wessen Lust Vorrang hat und wann, wie und mit wem Sex stattfindet. Jede Komponente der Sexualität ist eng verbunden mit der anderen, aber der Machtunterschied in der sexuellen Begegnung bestimmt, was dabei heraus kommt.

Macht ist eine wesentliche Grundlage für Sexualität und Geschlecht. Die ungleiche Machtverteilung in der Beziehung der Geschlechter, die Männer bevorzugt, wird in heterosexuelle Interaktionen übertragen, so dass männlicher Lustgewinn weiblichen verdrängt und Männer stärkere Kontrolle darüber ausüben, wann, wo und wie Sex abläuft. Um das individuelle Sexualverhalten von Frauen und Männern verstehen zu können, ist es deshalb notwendig, Geschlecht und Sexualität als das Konstrukt eines komplexen Wechselspiels sozialer, kultureller und ökonomischer Kräfte zu begreifen, das die Machtverteilung festlegt.
Vom ICRW unterstützte und weltweit von Forscherinnen durchgeführte Untersuchungen haben die verschiedenen Wege identifiziert, auf denen die sexuelle Autonomie von Frauen durch diesen Machtunterschied zugunsten der sexuellen Freiheiten von Männern beschnitten wird. Diese Entwicklung ist für Frauen UND Männer mit einem wachsenden Risiko verknüpft, sich mit HIV zu infizieren. Lassen Sie mich zuerst kurz auf die Faktoren eingehen, die das Infektionsrisiko für Frauen erhöhen.

Erstens ist das Thema Sex in vielen Gesellschaften von einer Kultur des Schweigens umgeben, die vorschreibt, dass „anständige" Frauen der Sexualität keinerlei Beachtung zu schenken und sich in sexuellen Beziehungen passiv zu verhalten haben. Frauen wird es dadurch erschwert, sich über Methoden zur Verminderung von Risiken zu informieren bzw. mit ihrem Partner über Safer Sex zu verhandeln.
Zweitens steigert die in vielen Gesellschaften existierende traditionelle Norm, jungfräulich in die Ehe zu gehen, paradoxerweise das Infektionsrisiko für junge Frauen. Die Angst, als sexuell aktiv zu gelten, schränkt die Möglichkeiten ein, sich über Sex zu informieren. In Ländern mit hoher HIV-Prävalenz sind junge Mädchen durch ihre Jungfräulichkeit der Gefahr ausgesetzt, vergewaltigt zu werden und sexuelle Gewalt zu erfahren, denn nach einem weit verbreiteten Glauben kann der Sex mit einer Jungfrau Männer von der Infektion „säubern"; zudem spielen hier erotische Phantasien eine Rolle, die Jungfräulichkeit mit Unschuld und Passivität verbinden. Darüber hinaus üben junge Frauen in Kulturen, in denen die „Unberührtheit" einen hohen Wert besitzt, häufig alternative Sexualpraktiken wie Analverkehr aus, um ihre Jungfernschaft zu bewahren, obwohl diese Praktiken ein erhöhtes Ansteckungsrisiko für HIV bedeuten.
Drittens kann es durch die strengen Normen von Jungfräulichkeit und der Schweigekultur, die Sex umgibt, für Frauen sehr stigmatisierend sein, Behandlungsangebote bei sexuell übertragbaren Erkrankungen in Anspruch zu nehmen.
Viertens bringt das in vielen Gesellschaften aufrecht erhaltene weibliche Idealbild, entweder Jungfrau oder – nach vollzogener Ehe –Mutter zu sein, Frauen in eine Zwangslage, wenn sie Barrieremethoden oder nicht eindringenden Geschlechtsverkehr als Möglichkeiten von Safer Sex praktizieren wollen.
Fünftens wird das Infektionsrisiko von Frauen durch ihre ökonomische Abhängigkeit erhöht. Untersuchungen haben gezeigt, dass ihre schlechtere wirtschaftliche Situation Frauen eher dazu bringt, Sex für Geld oder Vergünstigungen austauschen; sie haben außerdem seltener Erfolg bei Verhandlungen über Schutzmaßnahmen und geben kaum eine Beziehung auf, die sie als riskant erkennen.

Und schließlich trägt die Gewalt gegenüber Frauen als vernichtendste Form männlicher Macht direkt und indirekt zur Gefährdung von Frauen durch HIV bei. In weltweit durchgeführten demographischen Studien berichteten 16 bis 50% der Frauen, dass sie von ihrem Intimpartner körperlich angegriffen wurden. Ein Drittel bis die Hälfte dieser Frauen gab an, auch sexuell belästigt worden zu sein.

Untersuchungen von Heise und Kollegen über das Verhältnis von Gewalt, riskantem Verhalten und reproduktiver Gesundheit zeigen, dass Individuen, die sexuell missbraucht wurden, sich eher auf ungeschützten Sex einlassen, wechselnde Partner haben und Sex für Geld und Drogen anbieten. Diese Zusammenhänge werden von einer indischen Studie bestätigt: Darin gaben Männer, die außereheliche Sexualkontakte hatten, 6,2 mal häufiger als Männer ohne außereheliche Kontakte an, ihre Ehefrauen vergewaltigt zu haben. Männer mit Symptomen sexuell übertragbarer Erkrankungen vergewaltigten ihre Ehefrauen 2,4 mal häufiger als Männer ohne STD-Symptome. Aus anderen Untersuchungen wissen wir auch, dass physische Gewalt, die Androhung von Gewalt und die Angst, verlassen zu werden, für Frauen erhebliche Barrieren bilden, wenn es darum geht, über den Gebrauch von Kondomen zu verhandeln, mit dem Partner über Treue zu diskutieren oder Beziehungen zu beenden, die sie als riskant erkennen. Eine Studie aus Tansania lässt darüber hinaus vermuten, dass bei einigen Frauen ein direkter Zusammenhang zwischen Gewalterfahrung und HIV-Infektion besteht. In dieser Studie über Frauen, die das Voluntary HIV Testing and Counceling Center (VCT- Zentrum) in Dar-es-Salaam aufsuchten, hatten die HIV-positiven 2,6 mal häufiger Gewalt in einer intimen Beziehung erfahren als nicht-infizierte Frauen.

Lassen Sie uns nun dazu übergehen, inwieweit die ungleiche Machtverteilung in der Beziehung zwischen Mann und Frau Männer einem höheren Infektionsrisko aussetzt – trotz oder gerade wegen ihrer größeren Macht.

Erstens setzen vorherrschende Normen von Männlichkeit Männer, besonders junge Männer, einem Risiko aus, da von ihnen größeres Wissen und Erfahrungen auf sexuellem Gebiet erwartet werden. Diese Normen halten sie davon ab, sich zu informieren oder ihre Wissensdefizite in Bezug auf Sex oder Schutzmaßnahmen zuzugeben; dadurch werden sie zu unsicheren sexuellen Experimenten gezwungen und dazu, ihre Männlichkeit unter Beweis zu stellen.
Zweitens herrscht in vielen Gesellschaften der Glaube, dass eine Vielzahl von Sexualpartnerinnen der Natur des Mannes entspricht und Männer ein Recht darauf haben, sich zur sexuellen Entlastung mehrere Partnerinnen zu suchen – ein hydraulisches Modell männlicher Sexualität, das die Effektivität präventiver Botschaften von Treue in der Partnerschaft und einer Reduzierung der Zahl der Sexualpartner/innen ernsthaft in Frage stellt.
Drittens tragen Vorstellungen von Männlichkeit, die die sexuelle Dominanz über Frauen als wesentliches Merkmal hervorheben, zu Homophobie und der Stigmatisierung von Männern bei, die Sex mit Männern haben. Die daraus resultierende Angst zwingt diese Männer, ihr Sexualverhalten zu verheimlichen und ihr Risiko zu leugnen. Damit steigt ihr eigenes Risiko ebenso wie das ihrer Partner, seien diese nun männlich oder weiblich.
Viertens werden Männer in vielen Gesellschaften dazu sozialisiert, voller Selbstvertrauen zu sein, ihre Gefühle nicht zu zeigen und in Zeiten von emotionaler Bedürftigkeit oder Stress keine Unterstützung zu suchen. Dieser Anspruch, unverwundbar und „Mann zu sein", steht im Gegensatz zu der Erwartung, dass Männer sich selbst vor potentieller Infektion schützen sollen, und bestärkt sie im Verleugnen von Risiken.
Insgesamt sind diese Erscheinungen, die auf traditionellen Vorstellungen von Männlichkeit basieren, eng mit einer ganzen Reihe riskanter Verhaltensweisen verbunden. So ergab z.B. eine Umfrage unter männlichen Jugendlichen im Alter von 15 bis 19 Jahren in den USA, dass Drogengebrauch, gewalttätiges Verhalten, kriminelle Handlungen und unsichere Sexualpraktiken bei jungen Männern, die sich an traditionellen Vorstellungen von Männlichkeit orientieren, wahrscheinlicher sind (Courtenay 1998).

Die unausgeglichene Machtstruktur, durch die die Beziehung zwischen Mann und Frau und die sexuelle Begegnung definiert sind, beeinträchtigt nicht zuletzt den Zugang und die Inanspruchnahme von Angeboten und Behandlungsmöglichkeiten für Frauen. Die tansanische Untersuchung von Maman, Mbwambo und Kollegen z. B. kam zu dem Ergebnis, dass es geschlechtsspezifische Unterschiede bei der Entscheidung gibt, freiwillige Beratungs- und Testangebote aufzusuchen. Während Männer ihre Entscheidung zur Inanspruchnahme solcher

Angebote unabhängig von anderen trafen, sahen Frauen sich genötigt, den Test vorher mit ihrem Partner zu diskutieren, wodurch eine mögliche Barriere für die Nutzung von VCT-Angeboten entsteht.

Die Tatsache, dass Frauen in sozialer und ökonomischer Hinsicht schlechter gestellt sind als Männer, bildet auch die Wurzeln ihrer schmerzlichen Erfahrungen bei der Bewältigung von Stigmatisierung und Diskriminierung im Zusammenhang mit HIV-Infektionen. HIV-positive Frauen tragen eine doppelte Last: Sie sind infiziert, und sie sind Frauen. In vielen Kulturen zieht die Preisgabe ihres HIV-Status soziale Verbannung, ein Leben am Rand der Gesellschaft oder aber die Tötung als mögliche, reale Konsequenzen nach sich. Trotzdem ist der HIV-Test eine entscheidende Voraussetzung für eine Behandlung und den Zugang zu Medikamenten, z.B. auch um im Fall einer Schwangerschaft die HIV-Übertragung von der Mutter auf das Kind zu verhindern.

In einer kürzlich abgeschlossenen Studie, die in Botswana und Sambia in Zusammenarbeit mit Forscherinnen der ICRW durchgeführt wurde, zeigten Männer und Frauen sich besorgt um positiv getestete Frauen, weil sie das Gefühl hatten, dass Männer wahrscheinlich ihre HIV-positive Partnerin verlassen würden. Andererseits wurde erwartet, dass Frauen anfangs wütend auf ihren HIV-positiven Partner reagieren, ihn aber letztendlich akzeptieren.

Wie können nun diese scheinbar unüberwindbaren Barrieren geschlechtsbedingter und sexueller Ungleichheit aus dem Weg geräumt werden? Wie können wir die gesellschaftlichen Normen, die diese zerstörerischen oder gar tödlichen Ungerechtigkeiten und Rollen hervorbringen, verändern? Ein wichtiger, erster Schritt hin zu diesem Ziels ist es zu erkennen, zu verstehen und öffentlich darüber zu diskutieren, inwieweit das Machtungleichgewicht bzgl. Geschlecht und Sexualität die Epidemie schürt.
In den letzten zwei Jahren hat sich die öffentliche Debatte zu HIV/AIDS weltweit deutlich verändert. Die entscheidenden Erörterungen spiegeln nun wieder, dass die Bedeutung der Geschlechtszugehörigkeit und der Rolle, die sie bei der Verbreitung der Epidemie spielt, zunehmend erkannt wird. Unglücklicherweise wird eine solche öffentliche Diskussion über Geschlecht und Sexualität, abgesehen von einigen Ausnahmen, immer noch kaum wahrgenommen. Im Gegensatz dazu zeigen die Debatten im „Public Health"-Bereich, wie sie in wissenschaftlichen Zeitschriften oder auf Fachkongressengeführt werden, dass der Einfluss von Geschlecht und Sexualität unter Gesundheitsexpert(inn)en mehr und mehr Beachtung findet. Da diese wachsende Einsicht allerdings größtenteils auf einem Erklärungszwang für die Dynamik der AIDS-Epidemie beruht, wird die Bedeutung von Geschlecht und Sexualität nur im engen Rahmen von Krankheit untersucht. Durch das Prisma von „Public Health" betrachtet, ist Sexualität deshalb immer noch nur ein entscheidender Faktor für schlechte Gesundheit und nichts weiter. Daraus folgt, dass Safer Sex ein Hauptthema in dieser Debatte ist, während sexuelle Gesundheit, Lust und Rechte randständig bleiben.

Es ist ebenfalls wichtig zu registrieren, dass der Fortschritt in der „Public Health"-Debatte über Geschlecht und Sexualität nicht von einem Fortschritt im Handeln begleitet wird. Zwischen Reden und Handeln klafft eine beträchtliche Lücke. Das ist teilweise so, weil es zurzeit leichter ist, das Warum und Was im Zusammenhang von Geschlecht, Sexualität und HIV/AIDS zu erklären, während sehr viel weniger über das Wie bekannt ist – Wie Botschaften so formuliert und eingesetzt werden können, dass sie eine Auswirkung auf die Epidemie haben. Trotzdem muss gesagt werden, dass es nicht an einem Mangel an neuen Ideen oder Bemühungen liegt, wenn wir nur relativ wenig über das Wie wissen. Obwohl es immer noch an eindeutigen Antworten fehlt und nur wenige Daten über die Wirkung der bisherigen Anstrengungen vorliegen, ist es möglich, zurückzuschauen und klare Ansätze zu identifizieren, die diesen kontinuierlichen Prozess punktuell schädigend oder stärkend begleiten und die zu verschiedenen Zeitpunkten favorisiert wurden.

Um effektiv an der Schnittstelle zwischen HIV/AIDS und Geschlecht anzusetzen, sind Interventionen notwendig, die auf keinen Fall Stereotypen von Geschlechtszugehörigkeit und Sexualität verstärken, die einen falschen Weg weisen. Viele unserer früheren und unglücklicherweise auch unserer jetzigen Bemühungen beruhen auf einem vorgefertigten Bild von gewalttätiger, unverantwortlicher männlicher Sexualität, während Frauen als schwache Opfer oder aber als für die Infektion Verantwortliche porträtiert werden. Aus Erfahrung können wir voraussagen, dass dieses Bild aus jüngster Zeit wahrscheinlich nur dazu führt, Sexarbeiterinnen zu stigmatisieren und sie damit eher dem Risiko auszusetzen, sich zu infizieren und Gewalt zu erfahren. Es gibt noch viele andere Beispiele für solche eher negativen Lernansätze. Ein besonders verbreiteter Ansatz benutzt das männliche „Macho-Image" dazu, Kondome zu verkaufen. Mag der Absatz von Kondomen auch noch so sehr steigen – diese Zahlen werden mich nicht davon überzeugen, dass solche Strategien langfristig nicht schädigend sind. Es ist unwahrscheinlich, dass Erfolge, die durch diese Bemühungen kurzfristig erzielt werden, beständig sind, weil sie das Fundament, auf dem AIDS-Prävention aufbaut – nämlich verantwortlichen, respektvollen, in Übereinstimmung stattfindenden und beidseitig befriedigenden Sex – aushöhlen.

In Vergleich dazu stellen geschlechtsneutrale Programme im Gesamtgefüge einen Schritt nach vorn dar, denn diese Ansätze schaden wenigstens nicht. Sie stützen sich z.B. auf Präventionsbotschaften wie z.B. den Aufruf, treu zu sein oder bei einem Partner zu bleiben, oder sie weisen auf Behandlungs- und Betreuungsangebote hin, die keinen Unterschied zwischen weiblichen und männlichen Bedürfnissen machen. Dabei wird aber vergessen, dass Klientinnen beispielsweise größere soziale Unterstützung benötigen als Männer oder dass Frauen eventuell lieber von Frauen beraten oder betreut werden wollen. Während diese Bemühungen besser als gar nichts sind, sind sie jedoch oft nicht effektiv genug, denn sie können die geschlechtsspezifischen Bedürfnisse der Individuen nicht befriedigen.

Im Gegensatz dazu sind geschlechtsspezifische Programme, die die verschiedenen mit Geschlecht und Sexualität verknüpften Bedürfnisse und Nöte des und der Einzelnen erkennen und auf sie reagieren, ein weiterer Schritt vorwärts zum Erfolg des Ganzen. So gibt es z.B. Programme, die Frauen mit Frauenkondomen oder Mikrobiziden versorgen. Hier wird erkannt, dass dem Männerkondom eine männlich kontrollierte Technik zugrunde liegt. Eine Möglichkeit ist es deshalb, Frauen eine alternative Methode zur Verfügung zu stellen, die sie selbst kontrollieren können. Anstrengungen, die STD-Behandlung in Familienplanungsangebote zu integrieren, um Frauen einen Zugang zu diesen Angeboten zu ermöglichen, den sie ohne Angst vor sozialer Ächtung nutzen können, sind ein weiteres Beispiel. Wir wissen, dass solche pragmatischen Ansätze bei der Entwicklung von Programmen nützlich und notwendig sind, denn sie gehen auf Bedürfnisse ein und verbessern für Frauen oft signifikant den Zugang zu Schutz, Behandlung oder Betreuung. Für sich gesehen tragen sie wenig dazu bei, die Problematik, die die Wurzel der weiblichen Schwäche gegenüber HIV bildet, im größeren Zusammenhang zu ändern. Anders gesagt: Sie sind nötig, ja sogar essentiell, aber sie reichen nicht aus, um das Machtungleichgewicht in den Beziehungen der Geschlechter grundlegend zu ändern.

Als nächstes sind Ansätze nötig, die versuchen, Geschlechterrollen zu transformieren und gleichberechtigte Beziehungsformen zu schaffen. Zwei exzellente Beispiele für diese Art der Intervention sind das „Männer als Partner"-Projekt und das „Stepping Stones"-Programm, die von der Planned Parenthood Association of South Africa in Zusammenarbeit mit AVSC International durchgeführt werden. Beide setzen darauf, positive männliche Rollenbilder in Hinsicht auf die sexuelle und reproduktive Gesundheit positiv zu entwickeln. In Spielen, Rollenspielen, Gruppendiskussionen und Fallstudien soll der Einfluss, den Geschlecht und Sexualität auf die männliche und weibliche sexuelle Gesundheit und auf Beziehungen haben, analysiert werden; darüber hinaus geht es darum, Gewalt gegen Frauen einzudämmen. Neu an diesen Programmen ist, dass sie auf Männer abzielen – besonders auf junge Männer – und dass diese gemeinsam mit Frauen daran arbeiten, geschlechtsspezifische Normen neu zu definieren, um eine gesunde

Sexualität zu unterstützen. Dies sind nur zwei Beispiele aus einer wachsenden Zahl neuer Anstrengungen in der Arbeit mit Männern, Frauen und der Gemeinschaft. Nun gilt es, die Auswirkungen dieser und anderer kreativer Ansätze auf das Umfeld, für das sie entwickelt wurden, zu evaluieren und Möglichkeiten für eine Umsetzung auf breiterer Ebene zu finden.

Notwendig ist es auch, Wege zu finden, wie die Sozialisation junger Männer früher beeinflusst werden kann, um gleichberechtigte Einstellungen und Verhaltensweisen zwischen den Geschlechtern zu fördern. Eine kürzlich von Gary Barker in Brasilien durchgeführte Studie geht davon aus, dass eine Möglichkeit darin liegt, sich näher mit den zahlreichen männlichen Jugendlichen zu befassen, die nicht mit den traditionellen Erwartungen von Männlichkeit konform gehen. Bei der Beobachtung dieser „positiven Abweichler" konnte Barker Faktoren identifizieren, die bei männlichen Jugendlichen mit einer gerechteren Einstellung gegenüber dem anderen Geschlechtverknüpft sind. Dabei wird auf das besonders bei jungen Männern bestehende Potential zur Veränderung ihrer Rolle innerhalb ihrer Gruppe und ihrer Familie hingewiesen, das zu einem gleichberechtigteren Umgang und respektvolleren Verhaltensweisen gegenüber ihrem Partner/ihrer Partnerin führen kann. Wir brauchen mehr Studien über Männlichkeit und deren Determinanten, um die besten Ansätze und Interventionsmechanismen für die Förderung gleichberechtigter männlicher Einstellungen und Verhaltensweisen zu erkennen.

Andere Programme dieser Art versuchen die Beziehungen zwischen Männern und Frauen zu verändern, indem sie mit Paaren arbeiten. Es gibt Präventionsprogramme, die Paare im Hinblick auf die Verhütung von Schwangerschaften und von sexuell übertragbaren Krankheiten beraten; manche Kliniken bieten eine gemeinsame HIV-Testberatung an, die Paaren helfen soll, mit dem Testergebnis umzugehen. Es ist jedoch sehr schwierig, Paare zu finden, die sich an solchen Programmen beteiligen wollen, obwohl bereits teilnehmende Paare die Beratung als eine positive Erfahrung beschreiben. Auch hier sind Studien nötig, um Barrieren bei der Paarberatung überwinden zu können und um herauszufinden, wie effektiv diese Methode im Vergleich zur individuellen Beratung ist.

Schließlich stehen am anderen Ende des kontinuierlichen Prozesses – weit entfernt von Programmen, die Schaden bringende Geschlechterstereotypen unterstützen – Programme, die versuchen, Frauen zu stärken oder Frauen und Männer vom Einfluss überkommener Geschlechter- und Sexualitätsnormen zu befreien. Das „Sonagachi Sex Worker Project" in West-Bengalen (Indien) ist ein exzellentes Beispiel für ein Projekt, das darauf setzt, die Gemeinschaft durch Mitwirkung und Mobilisierung zu stärken. Was mit einem „Peer Education"-Programm zu HIV/AIDS begann, wurde zu einem stärkenden Ansatz, der die Gemeinschaft einbezieht und Entscheidungen in die Hände der Schwächsten legt – in die von Sexarbeiterinnen. Wie können wir Sonagachi auf Orte auf der ganzen Welt übertragen? Welche Faktoren sind es, die durch die Mobilisierung und Organisation einer geschwächten Gesellschaft zum Erfolg beigetragen haben? Ohne Antworten auf diese Fragen wird Sonagachi eher eine einmalige Ausnahme bleiben als zur Regel zu werden.

Letztendlich braucht es zur Überwindung des Machtungleichgewichts zwischen Frauen und Männern Maßnahmen, die Frauen stärken. Der Schlüssel dazu liegt darin, die Bildungslücken zwischen den Geschlechtern zu verkleinern, den Zugang für Frauen zu ökonomischen Ressourcen zu verbessern, die Beteiligung von Frauen an der Politik zu vergrößern und Frauen vor Gewalt zu schützen. Wir haben bisher zwei Entwürfe – die Agenda von Kairo und den Aktionsplan von Peking, die klare, grundlegende Schritte vorgeben, um die Position von Frauen zu verbessern. Da sich weltweit Regierungen diesen Entwürfen verpflichtet haben, wäre es für die „HIV/AIDS-Community" nützlich, mit der internationalen „Frauencommunity" gemeinsame Sache zu machen, um Regierungen in die Verantwortung zu nehmen und einzufordern, dass die in den Dokumenten vorgeschlagenen Handlungsanweisungen umgesetzt werden. Eine unterstützende Politik und die Schaffung eines gesetzlichen Rahmens, der die Rechte von Frauen stärkt, sind entscheidend für die Eindämmung der HIV/AIDS-Epidemie.

Es ist klar, dass die einfühlsamen, auf Veränderung zielenden und stärkenden Ansätze bzgl. Geschlecht und Sexualität, die ich gerade umrissen habe, sich nicht gegenseitig ausschließen. Vielmehr gilt es, auf verschiedenen Ebenen gleichzeitig anzusetzen und die Wahlmöglichkeiten auf diesen Ebenen zu vergrößern. Wir brauchen in AIDS-Programmen einen mehrgleisigen Ansatz. Während wir daran arbeiten, den Status quo in der Beziehung zwischen den Geschlechtern zu verändern, müssen wir weiterhin die unterschiedlichen Bedürfnisse und Sorgen von Frauen und Männern ansprechen, im Kleinen oder im Großen.

Für die Zukunft gilt: Wir sollten immer ein Auge auf potentielle Hindernisse für unseren Erfolg haben. Lassen Sie uns gewährleisten, dass der Erfolg neuer, vielversprechender biomedizinischer Entwicklungen – z.B. von Impfstoffen, die der HIV-Epidemie möglicherweise einen entscheidenden Hieb versetzen können – nicht unter gefestigten Geschlechtsbarrieren leidet. Lassen Sie uns anerkennen, dass keine biomedizinische Technologie geschlechtsneutral ist. Ein gleichberechtigter Zugang für alle, für Frauen und Männer, Mädchen und Jungen setzt voraus , dass wir jetzt, lange bevor diese Technologien verfügbar sind, hart arbeiten, um die möglichen geschlechtsspezifischen Einschränkungen für deren Gebrauch zu identifizieren und Wege zu finden, um diese zu überwinden.

Und lassen Sie uns zusammen arbeiten im Kampf gegen zwei allgemein verbreitete Meinungen, die unseren Anstrengungen weiterhin im Weg stehen. Die erste besagt, dass die Stärkung von Frauen Männer schwächen wird. Doch die Stärkung von Frauen ist kein „Null zu Null-Spiel". Macht ist kein abgegrenztes Konzept. Mehr Macht für einen heißt unweigerlich mehr Macht für alle. Die Stärkung von Frauen stärkt Hausgemeinschaften, Gemeinden und ganze Nationen.

Hinter der zweiten steckt die Angst, dass eine Veränderung der Geschlechterrollen hin zu einem Ausgleich des Machtungleichgewichts im Widerspruch zu multikulturellen Werten steht. Faktisch verändert ein Wandel in den Geschlechterrollen nicht die Kultur einer Gesellschaft, sondern eher ihre Bräuche und Gewohnheiten, die typischerweise auf einer Interpretation von Kultur beruhen. Ich glaube, dass Bräuche und Gewohnheiten, die danach streben, Frauen zu unterwerfen und Männer in zerstörerischen Mustern von Sexualverhalten einzusperren, auf einer parteilichen Interpretation von Kultur beruhen, die engstirnigen Interessen dient. Wir wissen, dass Bräuche und Gewohnheiten im Zusammenhang mit Männer- und Frauenrollen sowie Sexualität heute in vielen Gesellschaften die Rechte und Freiheiten von Einzelnen gefährden und einen Kreislauf von Krankheit und Tod fördern. Das muss aufhören. Es kann keinen triftigeren Grund für einen Wandel geben – Geschlechterrollen, die Frauen schwächen und Männern ein falsches Verständnis von Macht vermitteln, töten unsere Jugend, unsere Frauen und Männer in ihrer produktivsten Lebensphase – das muss sich ändern. Das ist die Botschaft, die verbreitet werden muss – ohne Widerspruch, ohne wenn und aber.

Vielen Dank!

Geeta Rao Gupta arbeitet am International Center for Research on Women in Washington, D.C., USA. Diesen Vortrag hat sie am 12. Juli 2000 im Rahmen der XII. Internationalen Welt-AIDS-Konferenz in Durban/Südafrika gehalten. Die Übersetzung von Marianne Rademacher wurde für den Abdruck in dieser Dokumentation leicht gekürzt und bearbeitet.