

Deutsche AIDS-Hilfe

Aktuell

Nr. 4 November 1992



SEX

Im
Schwerpunkt:
Sex



Inhalt

Zeitgeschehen 4

- 4** Zwang zur Gesundheit? – entledigt sich die Gesellschaft ihrer Verantwortung für Alte und Kranke?
- 6** In hymnischer Weise gepriesen – Aids- Aufklärung in Österreich darf nicht für Homosexualität werben
- 6** Ein mildes Urteil – ein alltäglicher Prozeß gegen eine drogenabhängige Frau
- 8** Krebs ja – Aids nein – Versicherungen zahlen bei Aids nicht vor dem Todesfall aus
- 8** Im Vakuum unsterblich – wie lange kann HI-Virus in einer Spritze überleben?
- 9** Steigende Nachfrage – geringes Angebot – die Betreuung Infizierter und Kranker in Wohnprojekten
- 12** 8. Aids-Konferenz in Amsterdam – vom Rand ins Zentrum
- 14** Im Wortlaut – die Eröffnungsrede von Jonathan Mann
- 17** Zurückhaltendes Agieren – Richtlinien für den Umgang mit HIV und Aids in Gefängnissen

Schwerpunkt 18

Sex

- 20** Nicht selten, aber immer weniger – Aids hat den Sex unter Schwulen verändert
- 21** Sex ist mehr, als einen Sicherheitsgurt anzulegen – über die Beweggründe für Risikoverhalten
- 25** Sophinette Becker im Interview: Das ist voyeuristisch
- 28** Du warst einfach da – ein Positiver liebt einen Negativen
- 29** Confiteor, confiteor – Bataille überschreitend – ein Essay
- 31** Keine strikten Empfehlungen – Safer Sex zwischen Positiven
- 31** Sich einrichten in der Idylle – schwule Jugendliche und ihr Umgang mit Aids und Sex
- 33** Risikobewußtsein – Aids in Ost und West
- 34** Zehn Jahre ohne Aids oder das Leben danach – Schwule in der Ex-DDR

- 35** Auf die Antillen fischen gehen – Telefonsex wird beliebter
- 37** Teenagerängste – Naivität im Umgang mit Aids
- 38** Kalten Waschlappen drauf – Sex in der Pflege
- 39** Im Urlaub alles vergessen? – Sextourismus
- 42** Jungfrauen oder Kondome – Wirtschaftsfaktor Sex in der Dritten Welt
- 43** Da läuft nix mehr – zwei positive Frauen und ihr Verhältnis zum Sex
- 44** Sex und HIV auf dem Drogenstrich
- 46** Was heißt hier normal? – zur Sexualpädagogik

Länderspiegel 47

- 47** Zweimal täglich Jagd auf Junkies: Drogenszene Frankfurt
- 48** Eine gute Seele namens Wanda: Eine Kneipenwirtin in Berlin



- 50** BAH sponsored by PSI: Der Berliner Senat kassiert ab

Wort und Bild 51

- 51** Arschgesicht – Ausstellung über Gewalt gegen Schwule
- 53** Wo bleibt der deutsche Aids-Roman?
- 56** Buchbesprechungen

positivnegativ 63

- 63** Gleiche Rechte im Familienpack – Schwule wollen heiraten
- 64** Der Test – neue Haltung der DAH
- 66** Leserbriefe
- 67** Hommage an Michael Pollack

Impressum 24

Foto links: Michael Taubenheim; Foto rechts: Sönke Müller

Politisch Verfolgte genießen Asyl

Grundgesetz, Artikel 16

Darf sich das Magazin der Deutschen AIDS-Hilfe, immerhin mit öffentlichen Mitteln gefördert, zu politischen Fragen äußern? Sicher sind wir gut beraten, wenn wir uns aus dem Parteienstreit heraushalten und zur Tagespolitik nur Stellung zu nehmen, wenn sie uns angeht.

Doch bei der Debatte um eine Änderung des Artikels 16 geht es nicht nur darum, welche Ausländer künftig in Deutschland politisches Asyl genießen dürfen. Die Gewaltbereitschaft in unserer Gesellschaft nimmt zu, die Duldsamkeit gegenüber Anderartigem nimmt ab. Das betrifft uns direkt. Gibt es Gewalt, weil zu viele Ausländer nach Deutschland kommen? Was wäre, wenn es tatsächlich gelänge, sie alle wieder in ihre Heimat zu transportieren? Verschwände mit ihnen auch die Gewalt oder gegen wen würde sie sich dann richten? Wenn heute Ausländerheime brennen und schwule Kneipen demoliert werden, dann scheint es nur ein bloßer Zufall zu sein, daß Aids-Hilfen und Positiven-Cafés bisher verschont blieben.

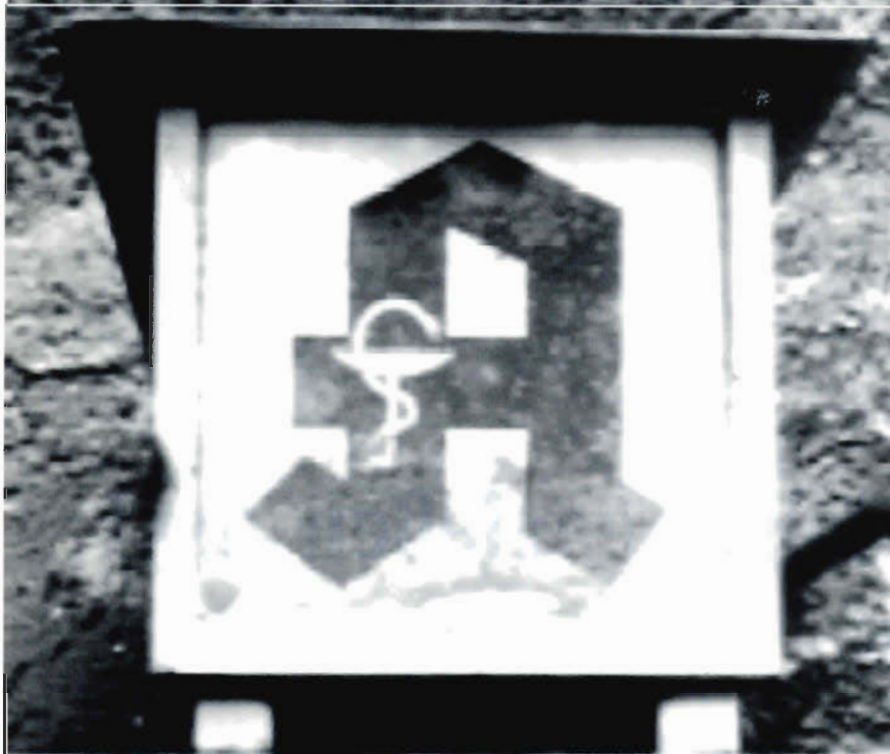
Da gibt es ja das durchaus respektable Argument, es würden Menschen Asylanträge stel-

len, die nicht unter politischer Verfolgung litten. Nur: Es ist eine Binsenweisheit, daß deutsches Recht nichts gegen Armut, Hunger und Verfolgung, die Gründe, aus denen Menschen ihre Heimat verlassen, auszurichten vermag. Es wird aber so getan als ob. Daß sich geschlossene Grenzen nicht mit Demokratie vertragen, haben wir gesehen. Wer suggeriert, der Griff an die Grundrechte könne Probleme lösen, der spielt mit dem Feuer. Wer sagt, die Würde des Menschen sei unantastbar und gleichzeitig Sozialhilfe an Asylanten nur noch als Sachmittel vergibt, der muß sich fragen lassen, ob dies miteinander vereinbar ist. Es gibt auch eine Gewalt der Verhältnisse.

Die Ehrlichkeit in der Debatte muß her. Gerade hier vermissen wir ein Wort von Willy Brandt. Man mag ja den Artikel 16 ändern. Vorher wird darüber zu reden sein, was getan wird, damit Menschen nicht aus ihrer Heimat flüchten müssen, wie die Ursachen der Gewalt hierzulande angegangen werden und schließlich, wie der Schutz von Minderheiten gewährleistet wird.

Die Redaktion

Zeitgeschehen



Der Kommentar

Zwang zur Gesundheit?

Die Neuordnung des Gesundheitswesens ist längst überfällig. Das vom Bundesgesundheitsminister vorgelegte Gesundheitsstrukturgesetz läßt befürchten, daß die Gesellschaft sich ihrer Verantwortung für Kranke und Alte mehr und mehr entledigt und dem Einzelnen aufbürdet.

Die Aufgabe, vor die sich der Nachfolger von Gerda Hasselfeld im Amt des Bundesgesundheitsministers gestellt sieht, ist nun wirklich kein leichtes Unterfangen. Gemessen an den bürokratischen und gesellschaftspolitischen Hürden kommt es schon eher einer Lebensaufgabe nahe. Soviel Zeit hat Horst Seehofer (CSU) für seine Aufgabe jedoch nicht.

Nur wenige Jahre nach dem gescheiterten Blümschen Reformversuch, mit Hilfe des Gesundheitsreformgesetzes die Kosten im öffentlichen Gesundheitswesen zu senken, sehen die Krankenkassen eine neue Kostenexplosion auf sich zukommen – und die Versicherten eine weitere Steigerung ihrer Beiträge. Jede Kostensteigerung im öffentlichen Gesundheitswesen bedeutet für die Versicherten über den Umweg der Beitragssätze eine deutliche Belastung des

Geldbeutels, von den zunehmenden Selbstbeteiligungen bei Medikamenten, Heil- und Hilfsmitteln sowie bei Klinikaufenthalten einmal ganz abgesehen.

Zu befürchten ist, daß die derzeit geplanten Veränderungen des Gesundheitswesens entgegen der Absicht des Ministers nicht etwa zu einer Sicherung oder gar Steigerung der Qualität medizinischer und pflegerischer Versorgung führen. Es ist zu erwarten, daß der wirtschaftlichen Druck auf die Leistungserbringer steigen wird. Auch der Bedarf an Leistungen wird sich erhöhen.

Wenn der Kämmerer das Zepter führt, bleibt die Qualität in aller Regel auf der Strecke. Die Formel: Mehr Wirtschaftlichkeit, mehr Kostenbewußtsein gleich weniger Aufwendungen zur Pflege unserer Gesundheit und Versorgung der Erkrankten bei gleichbleibender Qualität, diese Formel scheint dann doch eher eine Rechnung ohne den sprichwörtlichen Wirt zu sein.

Tatsache ist: Die individuelle Lebenserwartung steigt, chronische Erkrankungen nehmen deutlich zu, die Fortschritte in der medizinischen Diagnostik und Therapie sind rasant. Die Ausgaben für kurative oder gesundheitsfördernde Maßnahmen werden also eher steigen als sinken.

Das Gesundheitsstrukturgesetz

Bundesregierung und SPD-Opposition haben sich auf ein Gesundheitsreformpaket geeinigt, daß schrittweise ab 1993 eingeführt werden soll. Dabei sollen nun bei den Versicherten lediglich eine Milliarde statt bisher drei Milliarden eingespart werden.

Die wichtigsten Ergebnisse:

Krankenhäuser

Die Zuzahlung bei Krankenhausaufenthalt bleibt auf vierzehn Tage befristet, wird aber von derzeit zehn Mark (neue Länder acht Mark) auf zwölf (neun) Mark angehoben.

Das Selbstkostendeckungsprinzip im Krankenhaus wird abgeschafft. Die Budgets der Krankenhäuser werden gleichzeitig an die prozentuale Steigerung der Einnahmen der gesetzlichen Krankenversicherung gekoppelt. Schrittweise werden leistungsorientierte Vergütungsformen mit Sonderentgelten und Fallpauschalen die bislang gültigen tagesgleichen Pflegesätze ablösen. Erreicht werden soll eine bessere Verzahnung von stationärer und ambulanter Pflege und Versorgung.

Ärztliche Versorgung

Es wird eine Altersgrenze für Kassenärzte und Kassenzahnärzte ab 1999 eingeführt. Die Zulassung endet dann mit dem vollendeten 68. Lebensjahr. Ausnahmen gibt es lediglich, wenn der Arzt weniger als 20 Jahre als Kassenarzt tätig war. Insgesamt soll es eine verschärfte Bedarfsplanung in diesem Bereich geben.

Die hausärztliche Versorgung soll gefördert werden. Laborleistungen werden aus der kassenärztlichen Gesamtvergütung herausgenommen und die dadurch gemachten Einsparungen einer verbesserten Vergütung der Hausärzte zugute kommen.

Zahnärztliche Versorgung

Entgegen ursprünglicher Vorstellungen der Bundesregierung wird es keine Aufspaltung in Wahl- und Regelleistungen beim Zahnersatz geben. Gestrichen werden jedoch *medizinisch umstrittene* Zahnersatzformen. Das *medizinisch Notwendige* wird nach wie vor zu Lasten der Krankenkassen durchgeführt.

Die Vergütung für zahntechnische Leistungen wird auf der Basis von 1992 um fünf Prozent gesenkt. Zahnärzte müssen eine zehnpromtente Absenkung ihrer Vergütung hinnehmen. Auf Zahnfüllungen soll es

eine zweijährige Gewährleistungspflicht geben. Insgesamt soll die Qualität im diesem Bereich deutlich verbessert werden.

Medikamentenversorgung

Es wird eine Positivliste erstellt, in der alle *verordnungsfähigen Arzneimittel* aufgeführt werden. Dabei soll insbesondere der therapeutische Nutzen im Vordergrund stehen.

Die Zuzahlungen der Patienten zu Arzneimitteln betragen ab 1993 je nach Arzneipreis (bis 30, 50 und ab 50 Mark) gestaffelt drei und fünf, höchstens aber sieben Mark. Ab 1994 soll die Zuzahlung in Anlehnung an die Packungsgröße festgelegt werden.

Krankenversicherung

Um Arbeiter und Angestellte gleichzustellen, wird für alle Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung die Wahlmöglichkeit zwischen Orts- und Ersatzkassen eingeführt.

Ab Januar 94 wird ein bundesweiter einnahmeorientierter und kassenartenübergreifender Risikostrukturausgleich eingeführt. Bis die Lebensverhältnisse in alten und neuen Bundesländern angeglichen sind, erfolgt der Ausgleich jeweils nach Ost und West getrennt.

Insgesamt müssen die Ergebnisse dieser Einigung in den vorliegenden Referentenentwurf eingearbeitet werden. Das Gesetz soll dann im Dezember verabschiedet werden und ab Januar 1993 in Kraft treten.

Der Versuch, die Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherungen an die Entwicklung der Einnahmen zu koppeln – wie im GSG vorgesehen – übersieht damit, daß es durch eine zunehmende Qualifizierung der Versorgung im Gesundheitswesen auch zu Kostensteigerungen kommen muß.

Am Ende bleibt die Frage zu beantworten, welchen – auch finanziellen – Aufwand uns unsere Gesundheit oder die Versorgung der Erkrankten wert ist und wieviel wir bereit sind, zur Sicherung unseres Standards im Gesundheitswesen auszugeben. Der Weg hin zu einer Zwei-Klassen-Medizin ist in Anbetracht der derzeitigen Diskussion nicht mehr weit. Grundversorgung für alle und Luxusleistungen für wenige ist der Trend, der sich dem aufmerksamen Leser der Gesetzesvorlage durchaus deutlich erschließt.

Denkt man diese Gedanken zu Ende, dann nehmen wir derzeit in der Bundesrepublik von einem System Abschied, das die Absicherung bei Krankheit oder im Alter im Rahmen einer solidarischen Übereinkunft geregelt hat. Bisher war die gesamte Gesellschaft für diese Aufgaben zuständig. Künftig wird die Absicherung dieser Lebensrisiken in die individuelle Verantwortung verlegt, was im Grundsatz übrigens auch von der SPD-Opposition befürwortet wird.

In Zeiten, in denen Krankenkassen sich mit der Bezeichnung „Gesundheitskasse“ von dem Begriff der Krankheit distanzieren und über das wohlbegründete Ziel der Gesundheitsfürsorge hinaus einen „Zwang

zur Gesundheit“ unterstützen, wird Krankheit – gar noch chronisch und damit kostenintensiv – als Normbruch und somit als schuldhaft interpretiert.

Menschen mit HIV und Aids, aber auch chronisch Kranke und Krebskranke – die qua Lebensführung bereits gegen den „Zwang zur Gesundheit“ verstoßen – werden sich zunehmend in das gesellschaftliche Abseits gedrängt sehen. Diese Interpretation mag vielen derzeit als übertrieben erscheinen. In Zusammenhang mit anderen gesellschaftlichen Tendenzen zum Abbau des sozialstaatlichen Systems und vergleichbaren Entwicklungen in anderen Staaten gewinnen sie jedoch an Bedeutung.

Es ist in diesem Zusammenhang bedauerlich, daß bei allen Diskussionen zum Gesundheitsstrukturgesetz und seinen möglichen Folgen für Leistungsnutzer und Leistungserbringer die ethischen Dimensionen dieses Prozesses bislang vollständig ausgeblendet wurden.

Horst Seehofer ist der erste Gesundheitsminister, der sich den Problemen stellt und sie gegen vielfältige Widerstände zu lösen versucht. Ein Gesetz allerdings, daß sich auf die Reduzierung von Kosten beschränkt und die tatsächlichen Strukturen und gesellschaftspolitischen Hintergründe unseres Gesundheitswesens außer acht läßt, birgt nicht zuletzt die Gefahr, auch für einen in Verwaltung und Administration versierten Minister zur Nullrunde zu werden.

Michael Ewers

Blutspendedienst Haus K - Eingang C Blutspendetermine nur nach Vereinbarung Tel. 3976-3345		Bäder, Massagen und Krankengymnastik Ambulanz im Haus A Eingang A EG Mo. Do. 11.00 - 17.30 Di. Mi. Fr. 8.00 - 14.40 Tel. 3976-3439		
Prof. Dr. med. K. P. Schüren Chefarzt der I. Inneren Abt. Haus A Eingang A 1.0G Sprechzeiten nach Vereinbarung Tel. 3976-3251/3250	Prof. Dr. med. K. P. Hellriegel Chefarzt der II. Inneren Abt. Haus K Eingang A 2.0G Sprechzeiten nach Vereinbarung Tel. 3976-3300	Dr. med. I. Bennhold Chefarztin der III. Inneren Abt. Haus L Eingang A 2.0G Sprechzeiten nach Vereinbarung Tel. 3976-3350	Prof. Dr. med. M. Bühring Chefarzt der IV. Inneren Abt. Naturheilweisen Haus K Eingang A 3.0G Sprechzeiten nach Vereinbarung Tel. 3976-3401	Dr. med. R. Heinzer Chefarzt der Abteilung für Chronischkranke Haus K Eingang F 3 Sprechzeiten nach Vereinbarung Tel. 3976-3550/355
Prof. Dr. med. E. Kraas Chefarzt der I. Chirurgischen Abt. Haus M Eingang O 3.0G Sprechzeiten nach Vereinbarung Tel. 3976-3000	Dr. med. H. Luh Chefarzt der II. Chir. Abt. Haus M Eingang O 2.0G Sprechzeiten nach Vereinbarung Tel. 3976-3050/3051	Dr. med. J. Albrecht Chefarzt der Psychiatrischen Abt. Haus A Eingang A 1.0G Sprechzeiten nach Vereinbarung Tel. 3976-3501	Prof. Dr. med. W. Busch Chefarzt der Abt. für Gynäkologie Haus M Eingang F 2.0G Sprechzeiten nach Vereinbarung Tel. 3976-3151	Priv.-Doz. Dr. med. h. c. P.G. Fabricius Chefarzt der Urologischen Abt. Haus A Eingang A 2.1 Sprechzeiten nach Vereinbarung Tel. 3976-3100/310
Prof. Dr. med. G. Hertel Chefarzt der Neurologischen Abt. Haus A Eingang A 1.0G Sprechzeiten nach Vereinbarung Tel. 3976-3451	Prof. Dr. med. H. Kraus Chefarzt des Zentrallabors Haus M Eingang B 1.0G Sprechzeiten nach Vereinbarung Tel. 3976-3900	Dr. med. H. Langmaack Chefarztin des Instituts für Krankenhaushygiene u. Medizinische Mikrobiologie Haus M Eingang L EG Sprechzeiten nach Vereinbarung Tel. 3976-3801	Dr. med. M. Richter Chefarztin der Anästhesie-Abt. Haus M Eingang K 3.0G Sprechzeiten nach Vereinbarung Tel. 3976-3201	Dr. med. U. Rühl Chefarztin der Abteilung Strahlentherapie und Nuklearmedizin Haus N EG Sprechzeiten nach Vereinbarung Tel. 3976-3600

Fotos: Sonke Müller

Dabei oder oder
Eurer
Phantasie
sind
keine
Grenzen
gesetzt!



Auf geile Situationen und geile Männer trifft mann zum Glück fast an jedem Ort und zu jeder Zeit auf der Klappe, in der Sauna, im Darkroom, im Park, bei Jack-Off- (Wichs-) und Safer-Sex-Parties, in Kneipen und Discos, in der U-Bahn, im Schwimmbad, beim Sport, im Museum... in diesem Sinne: Es gibt viele zu packen, tun wir's ihnen an

„Nimbus des Edlen und Wertvollen“

In hymnischer Weise gepriesen

In Österreich darf Aids-Aufklärung nicht für Homosexualität werben.

Im letzten **Aktuell** berichteten wir, daß Aufklärungsbroschüren der DAH vom österreichischen Zoll zurückgehalten werden. Das Landesgericht für Strafsachen Wien hat jetzt die Einziehung der Broschüre „Schwuler Sex. Sicher“ verfügt. Aus den Entscheidungsgründen des Einzelrichters Dr. Bruno Weis:

„In materieller Hinsicht ist rechtlich festzuhalten, daß nach dem § 220 StGB strafbar ist, wer in einem Druckwerk zur gleichgeschlechtlichen Unzucht auffordert oder diese in einer Art gutheißt, die geeignet ist, solche Unzuchtshandlungen nahe zu legen. Der Gesetzgeber geht davon aus, daß die Kultur, auf der unsere Gesellschaft auch in der Gegenwart beruht, heterosexuell orientiert ist. Die Strafandrohung des § 220 StGB erfaßt daher jede Form öffentlicher Propaganda, insbesondere auch durch Druckwerke, in denen die gleichgeschlechtliche Veranlagung und Betätigung mit dem Nimbus des Edlen und kulturell Wertvollen

umgeben und die homosexuelle Lebensart als der heterosexuellen überlegen gepriesen wird. Dies wird regelmäßig nicht etwa durch eine wissenschaftliche Behandlung des Gegenstandes zu Forschungs- oder Lehrzwecken der Fall sein, wohl aber durch eine Propaganda, in der die homosexuelle Betätigung als besonders wertvoll, schön und genußreich hingestellt wird. Gerade das ist aber bei den gegenständlichen Veröffentlichungen der Fall. Die auch im Urteilstenor angesprochene Veröffentlichung auf der vorletzten Seite ist geradezu eine Aufforderung zu homosexueller Betätigung, deren Vorzüge in hymnischer Weise gepriesen werden. Der Text ergeht sich in breiter Form darin, die Schönheiten des homosexuellen Verkehrs zu preisen und auch darauf zu verweisen, daß man 'auf geile Situationen und geile Männer zu Glück fast an jedem Ort und zu jeder Zeit' treffe, wobei auf typische Orte verwiesen wird. Derartige Schilderungen der Vorzüge der homosexuellen Betätigung verbunden mit dem Hinweis auf die Leichtigkeit und die mangelnden Gefährlichkeit einer solchen Tätigkeit in der schon erwähnten hymnischen Art entsprechen genau jenem Tatbild, daß der Gesetzgeber im § 220 StGB durch die Pönalisierung der Werbung für Unzucht mit Personen des gleichen Geschlechts getroffen hat...“

Die DAH hat die Kosten dieses Verfahrens zu tragen.

Ein mildes Urteil

Eine ganz alltägliche Gerichtsverhandlung, beobachtet von Herbert Beckmann

Vier Monate Gefängnis, für zwei Jahre zur Bewährung ausgesetzt: Das ist durchaus kein hartes Urteil für das fortwährende Begehen einer Straftat, befindet der Vorsitzende Richter. Und er versteht daher nicht den Tränenausbruch der Angeklagten. Frau S., die geschiedene, 43jährige Mutter einer bereits erwachsenen Tochter, sei schließlich keine 20 mehr und sie müsse sich in Zukunft eben zusammenreißen und weitere Straftaten entsprechend unterlassen, erläutert er seine Haltung. „Weitere Straftaten“, damit ist in erster Linie der Erwerb zwecks anschließenden Konsums der illegalen Droge Heroin gemeint.

Daß Frau S. eine Verurteilung wegen des Erwerbs illegaler Drogen droht, ist gleichwohl eine überraschende Wendung im Verlauf dieses Prozesses. Ein Prozeß im übrigen ohne Publikum und ohne Rechtsanwalt, mit einer Angeklagten, die notorisch nichts weiter will als verstanden werden und einem Gericht, das dazu verurteilt ist, ein Recht anzuwenden, das keine Hilfe sein kann.



Laut polizeilichem Vernehmungsprotokoll soll Frau S. im Frühjahr 1991 mehrfach kleinere Mengen Heroin im Verkaufswert von insgesamt einigen hundert Mark an den Zeugen P. verkauft haben. Illegaler Drogenhandel, Verstoß gegen das Betäubungsmittelgesetz (BtmG) lautet daher die Anklage.

Frau S. bestreitet dies von Beginn an, so auch an diesem Verhandlungstag. Wohl gibt die gelernte Altenpflegerin zu, daß sie zum damaligen Zeitpunkt trotz des Beginns einer Substitution mit dem Drogenersatzstoff Polamidon noch unregelmäßig Heroin konsumiert habe. Doch gibt sie zu beden-

Foto Sänke Müller



Foto: Sönke Müller

Portal des Kriminalgerichts Berlin-Moabit

ken, daß ihre bereits seit 20 Jahren bestehende Heroinabhängigkeit nicht von heute auf morgen zu überwinden gewesen sei und die Umstellung auf das künstliche Opiat Polamidon eine gewisse Gewöhnung erfordert habe. Dies will das Gericht nun ganz genau wissen: Wieviel und wie oft habe sie denn im letzten Jahr für sich selbst Heroin gekauft und konsumiert. Frau S. versucht sich angestrengt zu erinnern, bereitwillig und mit Bedauern erläutert sie schließlich, daß ihr eine genaue Angabe der „Rückfälle“ nicht möglich sei, weil dies in erster Linie von ihrer psychischen Situation abhängig gewesen sei. Protokollarisch notiert wird am Ende eine durchschnittliche Konsumfrequenz alle zwei Monate.

Ende der Anhörung der Angeklagten. Es tritt nun Herr P. auf, der entscheidende, weil einzige Belastungszeuge. Im Unterschied zum ersten Verhandlungstermin vor gut einem Monat erscheint der Zeuge dieses Mal tatsächlich. Zu einer direkten Konfrontation, Aussage gegen Aussage, kommt es jedoch überraschenderweise nicht. Der Zeuge gibt nunmehr an, niemals von Frau S. illegal Drogen gekauft zu haben. Vielmehr sei er zu der Frau S. belastenden Aussage durch die ihn vernehmenden und Frau S. offenbar observierenden Polizeibeamten aufgefordert worden. Als Gegenleistung hätten ihm — damals drogenabhängig und auf der Flucht vor der Polizei befindlich — die Drogenfahnder versprochen, ihn vorerst unbehelligt gehen zu lassen.

Mit anderen Worten, interpretiert der Vorsitzende die Aussage des P. mit kühner Ignoranz gegenüber manch weiterer Ungeheimtheit darin, mit anderen Worten, er habe gelogen. Das Geständnis der Falschaussage des Zeugen P. ist jedoch keineswegs gleichbedeutend mit der Exculpation der S. Hat sie doch, worauf die Staatsanwältin nunmehr Bezug nimmt, fortwährend noch im letzten Jahr gegen das Betäubungsmittelgesetz in Form des Erwerbes illegaler

Drogen verstoßen, weshalb sie eine Freiheitsstrafe von vier Monaten für angemessen hielte, die auf zwei Jahre zur Bewährung ausgesetzt werden solle. Eine getrennte Neuverhandlung halten Richter und Staatsanwältin ganz offensichtlich nicht für erforderlich, und der verdutzten und sich verständnislos äußernden Frau S. erläutert der Vorsitzende, daß sie „in den Knast“ gehe, wenn sie in den nächsten zwei Jahren erneut illegale Drogen konsumiere oder anderweitig Straftaten begehe. Und wörtlich: „Sie bekommen Polamidon, da muß man nicht Heroin spritzen.“

Frau S. hingegen besteht auf der vollen Wahrheit, die sie als betroffene Süchtige kennt und mit der sie hier und jetzt voll anerkannt werden will. Und so bekennt sie, daß sie auch in Zukunft trotz ihrer Polamidon-Substitution nicht garantieren könne, keinerlei Heroin mehr zu konsumieren. Das sei eben ihre Sucht, wie könne sie dies nur erklären, wo sie dies doch selbst nicht verstehe. Frau S. bringt das Gericht damit in einige Verlegenheit, und der Vorsitzende signalisiert der Angeklagten, daß sie sich um Kopf und Kragen rede, daß eine solche Äußerung selbst das Aussprechen einer Bewährung erschwere. Während Frau S. noch wie mechanisch mit dem Kopf schüttelt, zieht man sich rasch zur Beratung zurück, um schließlich doch jenes „milde Urteil“ zu verkünden, das von Frau S. mit Schluchzen und einem tiefen Gefühl von Unverstandensein quittiert wird. Die Angeklagte nimmt das Urteil an, auf eine Revision verzichtet sie ausdrücklich.

Zur Verhandlung stand hier das Verhalten einer Frau, die ihre Sucht nicht unter Kontrolle bekam, und die dafür bestraft wurde. Die wendige Verhandlungsführung machte hier unversehens zum Gegenstand, was (in einer Art innerem Geständniszwang) nur psychisch entlastend wirkte, strafrechtlich jedoch eine Selbstbelastung darstellte. Zu erleben war, daß hier Laien — Juristen nämlich — über das Phänomen der Sucht zu Gericht saßen, daß mit solchen, nämlich strafrechtlichen, Mitteln nicht zu lösen ist. Und tragisch ist schließlich, daß Frau S., als substituierte Drogenabhängige und ohne eine psychosoziale Betreuung, mit eben ihrem zentralen Lebensproblem, der Heroinabhängigkeit, ausgerechnet vor den Schranken des Gerichts um Anerkennung ihres Suchtverhaltens als *persönliches Problem* rang — obwohl es hier doch nur als *individuelle Straftat* zur Debatte stand. Daß sie auf die Verteidigung durch einen Anwalt verzichtete, ist wohl nicht zuletzt auf diesen Umstand zurückzuführen. So muß das Typische eines solchen, geradezu alltäglichen BtmG-Prozesses auch darin gesehen werden, daß hier jemand bei der Suche nach Anerkennung der süchtigen Identität auf Anklage und Verurteilung trifft, statt auf Akzeptanz und adäquate psychosoziale Hilfen.

Berichtigung

Bei der Bearbeitung des Beitrags: „Verwirrung“ von Malte Kaden in unserer letzten Ausgabe auf Seite 33 sind uns leider zwei sinnenstellende Fehler unterlaufen. So heißt es in dem Artikel zur Debatte um das AIDS-Sonderheft für Schwule in der Ex-DDR: „Es sind inzwischen viele neue (Themen) hinzugekommen, vor allem solche, die sich mit den gesellschaftlichen Auswirkungen befassen und aufzeigen, daß AIDS *auch* nur in der DDR ein Politikum obersten Ranges war.“ Richtig muß es heißen: „... daß AIDS *nicht* nur in der DDR ein Politikum ...“

Der zweite Fehler: „Die Sonderausgabe 'AIDS spezial' ist eine gute Grundlage mit viel Wissenswertem; *auch* meine Sprache kann ich oft darin finden.“ Richtig muß es heißen: „... *doch* meine Sprache kann ich oft *nicht* darin finden.“ Wir bedauern, daß diese Fehler dazu geführt haben, die Aussagen des Autors in ihr Gegenteil zu verkehren.

Poesie

Cambridge, USA. — Das „Aids Poetry Project“ sucht Leute aus aller Welt, die sich in Form von Poesie mit der Aids-Krise auseinandersetzen. Es besteht die Chance, Gedichte in einer Sammlung Aids-bezogener Poesie zu veröffentlichen. Manuskripte können bis zum 1. Dezember an das „Aids Poetry Project“, 955 Massachusetts Avenue, Suite 183 in Cambridge, MA 02139, USA eingesandt werden.

Blinde Gewalt

Vicenza (dpa). — Skinheads haben nahe der norditalienischen Stadt Vicenza den aidskranken und drogenabhängigen Franco Bortolan mit Schlägen und Fußtritten tödlich verletzt. Wie die Turiner Zeitung *La Stampa* berichtete, starb der 34jährige im Krankenhaus von Bassano del Grappa. Bortolan hatte nach Ermittlungen der Polizei in einem Hausflur im Schlafsack geschlafen, als er von drei Jugendlichen ohne Grund angegriffen wurde. Die Täter seien festgenommen.

Etwa ein Dutzend anderer Skinheads haben nach Angaben der Behörden in derselben Region am Wochenende in Maglio di Sopra mit Knüppeln und Wurfgeschossen ein Gebäude angegriffen, in dem nichteuropäische Ausländer untergebracht sind.

Nicht jugendgefährdend

Bielefeld. — Das Ermittlungsverfahren gegen das Schwulenreferat im Allgemeinen Studierendenausschuß (ASa) an der Universität Bielefeld wegen des Verdachts der Verbreitung pornographischer Schriften wurde von der Staatsanwaltschaft eingestellt. Damit kann das Plakat „Blasen okay — raus bevors kommt“ der Deutschen AIDS-Hilfe auch in Bielefeld wieder aufgehängt werden.

Der mit einem Gutachten beauftragte Rechtsgelehrte Prof. Dr. Otto Backes stellte fest, daß in dem „... inkriminierten Plakat keine pornographische Darstellung gesehen werden...“ konnte. Auch ein Werben für Homosexualität konnte nicht erkannt werden: „Das Plakat wirbt nicht, weder offen noch verdeckt, für Homosexualität oder homosexuelle Praktiken. (...) Es macht allerdings deutlich, daß gewisse homosexuelle Praktiken gefährlich sein können. (...) Das aber ist nicht jugendgefährdend, sondern im Gegenteil eine sexualpädagogisch wichtige Präventionsmaßnahme.“ Matthias Stiesch, Sachbearbeiter im Schwulenreferat, stellte fest: „Wäre das Plakat als Pornographie gebrandmarkt worden, eine sinnvolle Aids-Aufklärung wäre unmöglich geworden.“

Video

Columbia. — „The Faces of Aids“ ist der Titel eines Videos, daß die amerikanische Mediengesellschaft für Internationale Entwicklung in Simbabwe und Kamerun angefertigt hat. Nachdem in Afrika mehr als eine Million Menschen an Aids erkrankt sind, ist der ganze Kontinent in Gefahr, in der Katastrophe zu versinken. An Aids erkrankte Menschen erzählen ihre Geschichte und geben der unsäglichen Epidemie ein individuelles Gesicht. Das Video ist hervorragend geeignet, die Auswirkungen von Aids in der sogenannten Dritten Welt in Einzelbeispielen sichtbar zu machen. Es erzeugt starke Emotionen, regt die Diskussion an und kann somit Verhaltensänderungen bewirken. Es ist für Lehrer, Religions- und andere Gruppen als auch für medizinische Berufe geeignet. Das VHS-Video (in PAL, NTSC oder SECAM) ist 20 Minuten lang, in englischer und französischer Sprache erhältlich und enthält Diskussionsvorschläge und kostet 19,95 US\$. Eine 16mm-Version kostet 295 US\$. Bestellungen sind an die „Media for Development International“, P.O. Box 281, Columbia, Maryland 21045, U.S.A., Tel.: (410) 964-0037, Fax: (410) 730-8322 zu richten.

Krebs ja, Aids nein

„**N**euartige Lebensversicherung bietet Schutz bei schweren Krankheiten“ meldete die Frankfurter Allgemeine Anfang September. Aus dem Bericht geht hervor, daß einige Versicherungen, darunter die Volksfürsorge, die DRV-Versicherungssgruppe und die Axa-Equity & Law neuerdings sogenannte Dread-Disease-Lebensversicherungen anbieten, die nicht erst im Todesfall, sondern schon bei schwerer Krankheit ausbezahlt werden, um beispielsweise notwendige Umbauten im Haus finanzieren zu können. Doch wer nun glaubt, sich auch gegen Aids versichern zu können, freut sich zu früh: Die Versicherung springt nur bei Schlaganfall, Krebs, Multipler Sklerose, Herzinfarkt, Nierenversagen, Querschnittslähmung oder nach einer Bypass-Operation ein.

„Das Risiko im Fall von Aids ist noch nicht kalkulierbar“, heißt es unisono bei den drei genannten Versicherungen. Anders als die jetzt abgedeckten Krankheiten sei Aids noch nicht genügend erforscht; es gäbe noch kein verlässliches statistisches Datenmaterial. Ein Dread-Disease-Spezialist der DBV-Versicherungsgruppe sieht „auch keinen Trend, daß man in dieser Richtung versichern wird. Wenn das Risiko kalkulierbarer wird, dann vielleicht, aber ich glaube nicht, daß das in absehbarer Zeit der Fall sein wird.“

Derweil treibt der Handel mit Lebensversicherungen in den USA makabre Blüten. Wie der Spiegel berichtet, kann sich ein Geldanleger gegen Zahlung von durchschnittlich 60 Prozent der Versicherungssumme als Begünstigter in die Police eines Aids-Kranken eintragen lassen und nach dessen Tod die gesamte Summe einstreichen. Damit der Interessent den zu erwartenden Geldsegen besser einplanen kann, geben laut Spiegel einige Firmen Informationen über die in Frage kommenden Aids-Kranken heraus. Ein Beispiel: „Der Patient wird derzeit mit AZT und DDI behandelt. Die Anzahl der T-Helferzellen ist so reduziert, daß seine Lebenserwartung auf 12 bis 24 Monate geschätzt wird. Das Auftreten einer opportunistischen Krankheit oder einer Infektion könnte diese Zeitspanne verkürzen.“

Annette Fink

Im Vakuum unsterblich

Wie lange kann das HI-Virus in einer Spritze lebendig bleiben?

HIV kann außerhalb des Körpers kaum überleben. Eine Ausnahme von dieser Regel liegt vor, wenn Blut in Kanülen oder Spritzen verbleibt. Dieses Blut ist besonders dann vor äußeren Einflüssen geschützt, wenn es in einer Nadel durch geronnenes Blut eingeschlossen ist, egal bei welcher Temperatur. Ein Virus ist kein lebender Organismus und wird durch Kälte nicht beschädigt, nur hohe Temperaturen (kochendes Wasser) können es zerstören.

Es ist auch überhaupt nicht von Bedeutung, wie sauber eine gebrauchte Spritze aussieht. Amerikanische Wissenschaftler haben gebrauchte Kanülen untersucht, die keine sichtbaren Blutreste aufwiesen. Das Virus wurde in der großen Mehrzahl dieser Spritzen gefunden. Also kann HIV leicht in Spritzen überleben. Aber wie lange?

Ein Forscher ließ an drei von HIV-positiven Drogengebrauchern benutzten Spritzen nach einer Woche einen HIV-Test vornehmen. Das Virus wurde in allen dreien nach einer Woche nachgewiesen. HIV bleibt also in Spritzen länger als eine Woche virulent. Wieviel länger wurde allerdings nicht untersucht. Angenommen wird, daß das Virus mindestens drei Wochen im Inneren einer Kanüle überlebt, vielleicht auch länger, wenn die Blutreste durch geronnenes Blut gut versiegelt sind. Wird Blut im Vakuum aufbewahrt, scheint das Virus unsterblich. Mit anderen Worten: Du kannst niemals sicher sein, gleich wie lange eine Spritze seit dem letzten Gebrauch nicht benutzt wird.

Wenn du eine infizierte Spritze nimmst, wird auch infiziertes Blut in deine Venen gelangen. Daß heißt nicht, daß du dich immer ansteckst, aber das Risiko ist beträchtlich.

Die Möglichkeit, sich durch eine unbeabsichtigte Verletzung mit einer infizierten Nadel anzustecken, ist klein. In Amerika wurden 1.700 Menschen getestet, die sich an einer infizierten Nadel verletzten. Lediglich zwei von ihnen waren später positiv. Bei einem der beiden konnte nicht geklärt werden, ob die Infektion über eine gebrauchte Spritze oder ungeschützten Sex erfolgte.

Beitrag aus: „mainline“, Extra-Ausgabe zur Aids-Konferenz in Amsterdam, übersetzt von Werner Hermann



Foto: Gertrud Vogler

Steigende Nachfrage — geringes Angebot

Die Betreuung von Aids-Kranken und HIV-Infizierten im Rahmen von Wohnprojekten

Im Gesundheitssystem der Bundesrepublik wird der Anspruch verfolgt, der ambulanten Versorgung Vorrang vor der stationären einzuräumen. Die Umsetzung des Grundsatzes „so viel ambulant wie möglich, so wenig stationär wie nötig“ setzt zunächst voraus, daß der Patient überhaupt über Wohnraum verfügt; dann muß die Wohnung für die Pflege geeignet sein, und nicht zuletzt muß auch das persönliche Umfeld des Klienten eine Betreuung zulassen.

Diese Voraussetzungen sind bei Aids-Kranken aufgrund ihrer sozialen Lage oft weniger als bei anderen Patienten gegeben. Der Bedarf an Projekten betreuten Wohnens besteht vor allem für drogenabhängige Aids-Kranke und HIV-Infizierte, die in besonderem Maße von sozialer Verelendung und damit einhergehender Wohnungslosigkeit betroffen sind. Der Bedarf besteht darüber hinaus häufig nach der Entlassung aus einer therapeutischen Einrichtung oder nach einer Haftentlassung. Eine Haftverschonung oder Strafunterbrechung aufgrund einer Aids-Erkrankung kann von einer Wohnmöglichkeit abhängig gemacht werden. Auch Klinikentlassungen verzögern sich, wenn der Aids-Kranke keinen geeigneten Wohnraum hat. Wohnt der Klient in einer „Billigpension“ oder bei einem Freier, ist eine ambulante Versorgung in der Regel nicht möglich. Eine Wohnung ist für eine umfassende Pflege unge-

eignet, wenn in der Wohnung kein Bad vorhanden ist; für immobil gewordene Patienten muß sie rollstuhlgerecht sein und anderes mehr.

Vor diesem Hintergrund wurden in den letzten Jahren in einer Reihe von Städten Wohnprojekte für Aids-Kranke und HIV-Infizierte ins Leben gerufen. Von einem Wohnprojekt kann dann gesprochen werden, wenn ein ambulanter Pflegedienst in die Vermietung des Wohnraums maßgeblich eingebunden ist.

Die realisierten Wohnprojekte haben jeweils ihr individuelles Profil. Die Unterschiede in ihrer Ausgestaltung ergeben sich aus den unterschiedlichen konzeptionellen Ansätzen, die ständig hinterfragt werden und die zudem durch die Möglichkeiten der Finanzierung und die Gegebenheiten des Wohnungsmarktes wesentlich mitbestimmt werden. So mochte es wünschenswert sein, in einer Großstadt mehrere Einzelwohnungen in räumlicher Nähe zueinander mit guter Verkehrsanbindung für ein Wohnprojekt anzumieten; die Umsetzung eines solchen Vorhabens scheidet jedoch in der Regel schlicht daran, daß kein freier Wohnraum verfügbar ist. Insofern stellen gerade Wohnprojekte immer einen Kompromiß dar zwischen dem, was wünschenswert wäre, und dem, was machbar ist.

Die bislang realisierten Wohn-Pflegeangebote lassen sich idealtypisch drei Einrichtungstypen zuordnen:

— Die Einrichtung von **betreuten Wohngemeinschaften** für Aids-Kranke geht zurück auf Vorstellungen, die in den 70er Jahren

für eine ambulante psychiatrische Versorgung entwickelt wurden. An diesen Überlegungen orientierten sich die ersten Planungen von Wohnmodellen für Aids-Kranke. Hinzu kamen Erfahrungen aus der Drogenarbeit. Favorisiert wurde zunächst die Einrichtung von Wohngemeinschaften. Die Vorstellung war, daß sich die Bewohner und Bewohnerinnen angesichts ihrer gemeinsamen Betroffenheit von Aids und ihres ähnlichen Lebenshintergrunds bei der Verarbeitung der Belastungen durch die Infektion und Erkrankung gegenseitig unterstützen würden. Dabei war klar, daß in Ergänzung dieser Solidarisierungseffekte externe Hilfen, psychosoziale wie pflegerische, hinzukommen müssen. Zwar wird auch bei dem Wohngemeinschaftskonzept eine größtmögliche Autonomie der Bewohner angestrebt, so daß es sich gewissermaßen um „professionell begleitete Selbsthilfegruppen“ handeln sollte; gleichzeitig macht die gegenseitige Nähe die Einhaltung bestimmter Regeln notwendig.

— Beim **betreuten Einzelwohnen** werden in der Regel Wohnungen für alleinstehende Aids-Kranke oder HIV-Infizierte, für Paare oder für infizierte Frauen mit Kindern angemietet. In Einzelfällen konnten auch Wohnungen oder ein Haus gekauft werden. Die Wohnung wird dann über einen Miet- oder Nutzungsvertrag an den Bewohner untervermietet. Beim **Einzelwohnen mit interner Betreuung** liegen die Verwaltung des Wohnraums und die psychosoziale sowie pflegerische Versorgung in der Hand eines einzigen Dienstes.

— Bei der dritten Form, dem **Einzelwohnen mit externer Betreuung**, werden ebenfalls die Wohnungen über die Wohnprojekte angemietet und an den Bewohner untervermietet. Der wesentliche Unterschied zum vorigen Modell liegt in der organisatorischen Trennung der Wohnraumverwaltung von der Betreuung und Pflege. Die unterschiedlichen Interessen, die sich aus der Vermieter- und der Betreuerrolle ergeben können, werden bei dieser Wohnform von verschiedenen Diensten vertreten. Dieses Modell kommt damit einer regulären ambulanten Versorgung am nächsten.

Anfangs wurde beim betreuten Einzelwohnen häufig eine räumliche Nähe der Wohnungen zueinander, also Verbundprojekte angestrebt, die den Bewohnern eine gegenseitige Unterstützung ähnlich wie in den Wohngemeinschaften ermöglichen sollte, ohne eine gleichzeitige Einengung der persönlichen Freiheiten zu erfordern. Inzwischen wird dies jedoch eher abgelehnt. Nach den vorliegenden Erfahrungen wird zunehmend eine räumliche Streuung der Wohnungen angestrebt. Dies kann zwar eher zu Problemen mit „regulären“ Bewohnern der Häuser führen, auch erhöht es die Wegezeiten für die Betreuer. Dem stehen aber Vorteile vor allem bei Drogenabhängigen gegenüber: Eine Distanzierung zur

Drogen-Szene wird erleichtert, und die anderen Klienten sind beim Rückfall eines Klienten selbst weniger gefährdet.

Angesichts der hohen Nachfrage nach den Angeboten und der allgemeinen Wohnungsknappheit in den Städten müssen die Projekte in der Praxis jedoch eher danach gehen, welche Wohnungen überhaupt angeboten werden.

Aufnahmekriterien

Einige Aufnahmebedingungen ergeben sich bereits aus der allgemeinen Zielstellung und werden entsprechend von allen Wohnprojekten gefordert: Zum einen müssen die Klienten HIV-infiziert sein. Da der Bedarf das Angebot bei weitem übersteigt, sind die Wohnplätze in der Praxis überwiegend belegt mit HIV-Infizierten, die bereits erkrankt sind. Darüber hinaus müssen die Klienten wohnungslos sein oder von Wohnungslosigkeit akut bedroht sein, oder ihre Wohnung muß für die ambulante Versorgung ungeeignet sein.

Die meisten Projekte haben Wohnungen an Drogenabhängige vermietet; sie stellen die Mehrzahl der Klienten. Fast alle Drogenabhängigen nehmen an einer Substitutionsbehandlung teil, jedoch nur bei wenigen Projekten ist dies eine explizite Voraussetzung für die Aufnahme in das Wohnprojekt.

Mit der Teilnahme an einer Substitutionstherapie können weitere indirekte Aufnahmekriterien verbunden sein, die auch Auswirkungen auf die Betreuung haben: In der Regel müssen die Drogenabhängigen, damit sie substituiert werden können, eine langjährige Abhängigkeit sowie mehrere Therapieversuche nachweisen; sie müssen als nicht therapierbar gelten. Hinzu kommen können Bedingungen wie das Stadium der Aids-Erkrankung.

Zu Beginn haben einige der Projekte ihre Plätze ausschließlich nach der Dringlichkeit des Bedarfs vergeben. Kriterien waren die aktuelle Wohnsituation und der Gesundheitszustand des Klienten. Aids-krankte Drogenabhängige im Strafvollzug, die nach ihrer Haftentlassung keine Aussicht auf eine Wohnung hatten, erhielten unbesehen die höchste Priorität. Bei der Betreuung einiger dieser Klienten ergaben sich in der Folge jedoch derartige Probleme, daß die Bewohner als „nicht betreuungsfähig“ eingestuft wurden, weil ihnen im Rahmen des Wohnmodells nicht geholfen werden konnte. Deshalb wird heute verstärkt auch die psychische Situation des Klienten mit berücksichtigt.

Angesichts der Enge des Zusammenlebens muß in Wohngemeinschaften bei der Belegung zusätzlich berücksichtigt werden, ob der Bewerber in die Gemeinschaft „paßt“. Die konkreten Kriterien sind in diesem Fall von der bereits dort wohnenden Klientel abhängig.



Fotos: Sönke Müller

Das Wohnprojekt ZIK in Berlin-Kreuzberg

Kapazität der bestehenden Wohnprojekte

In Berlin, Bremen, Hannover, Köln, Bonn, Frankfurt und München wurden Wohnprojekte im Rahmen des Ende 1991 ausgelaufenen Bundesmodellprogramms „Ausbau ambulanter Hilfen für Aids-Erkrankte im Rahmen von Sozialstationen“ realisiert. In einigen Städten wurden auch unabhängig davon Wohnprojekte eingerichtet, etwa in Ulm und Würzburg.

Gegenwärtig leben in den Wohnprojekten über hundert Kranke und Infizierte, seit Beginn haben mehr als zweihundert hier Unterkunft gefunden. Die Kapazität der Wohnprojekte läßt sich jedoch nur annäherungsweise durch Zahlenwerte abbilden, da die Möglichkeiten der Nutzung auch von der Lebenssituation und dem Krankheitsbild der jeweiligen Bewohner abhängen. Für die Mehrzahl der Bewohner und Bewohnerinnen war die Wohnmöglichkeit im Projekt ihre letzte Wohnung. Sie sind in ihrer neuen Wohnung verstorben.

Die Fluktuation unter den Bewohnern war bislang insgesamt gesehen geringer als anfangs erwartet worden war. Nur wenige der Patienten sind ausgezogen, Kündigungen von Seiten des Vermieters mußten nur in Einzelfällen ausgesprochen werden. Auch die Zahl der Abmahnungen ist insgesamt gesehen gering.

Vertragsformen

Vertragspartner gegenüber dem Vermieter ist nicht der Bewohner, sondern das Projekt. Für den Vermieter bedeutet dies eine zusätzliche Sicherheit in Hinblick auf die Regelmäßigkeit der Mietzahlungen, den Zustand der Wohnung und anderem mehr.

Mit Abschluß des Miet- oder Nutzungsvertrags wird die reguläre Hausordnung durch den Mieter angenommen. Darüber hinaus haben alle der Projekte weitere Regelungen fixiert. Dies betrifft vor allem ein Prostitutionsverbot und das Verbot, in der Wohnung mit Drogen zu handeln. Zusätzlich gibt es in einigen Projekten etwa eine Pflicht zur Ankündigung, wenn ein Besucher in der Wohnung übernachten möchte. Zum Teil werden den Betreuern erweiterte Zutrittsmöglichkeiten zur Wohnung gewährt. In einigen Wohngemeinschaften gilt die Pflicht, Infektionen ärztlich behandeln zu lassen, um die anderen vor Ansteckung zu schützen.

Einige der Projekte haben zusätzlich den Betreuungsaspekt stärker festgeschrieben und schriftliche Vereinbarungen abgeschlossen. Die Aufnahme in das Wohnprojekt wird in diesem Fall daran geknüpft, daß der Klient seine Bereitschaft fixiert, sich durch die ambulanten Dienste betreuen zu lassen und sich mit den damit eventuell verbundenen Einschränkungen seiner Autonomie einverstanden zu erklären. Die Bedingungen können auch darin bestehen, sich zu bestimmten regelmäßigen Aktivitäten in der Wohnung oder der Gruppe zu verpflichten.

Betreuung der Klienten

Im Rahmen der Wohn-Pflegeangebote konnte eine Reihe positiver Erfahrungen mit der Betreuung Aids-Kranker gemacht werden. Die Lebenssituation von Aids-Kranken und HIV-Infizierten wurde stabilisiert, die Betreuung sichergestellt, und in vielen Fällen wurde eine ambulante Pflege ermöglicht, die für die Kranken ein hohes Maß zusätzlicher Lebensqualität bedeutete.

Mit der Bereitstellung von geeignetem Wohnraum wird grundsätzlich auch die ambulante Intensivpflege und Sterbebegleitungen ermöglicht. Ob diese aber tatsächlich geleistet werden können, hängt dann im wesentlichen von den Möglichkeiten des ambulanten Pflegedienstes und seiner Kooperationspartner ab, die die pflegerische Versorgung übernehmen. Hier liegen häufig die Grenzen der Versorgung: Intensivpflegen sind ambulant in der Regel nur schwer, manchmal auch gar nicht zu leisten.

Auf der anderen Seite konnten auch negative Erfahrungen nicht ausbleiben. So ist festzustellen, daß die Probleme, die mit der ambulanten Versorgung vor allem drogenabhängiger Aids-Kranker einhergehen können, anfänglich von einigen Projekten, die damit noch keine ausreichenden Erfahrungen hatten, unterschätzt wurden. Bei einem Wohnprojekt eskalierten die Probleme so weit, daß eine Betreuung der Bewohner der Wohngemeinschaft nicht mehr möglich war, so daß angesichts massiver Regelverstöße bis hin zu ernststen Gewaltandrohungen gegen die Betreuer eine polizeiliche Räumung des Hauses durchgesetzt

werden mußte; in der Folge wurde das Wohnangebot in betreutes Einzelwohnen umgewandelt.

Da sich die Wohnprojekte an Personen wenden, die ihr bisheriges Leben am Rande der Gesellschaft zugebracht haben und die bislang durch die Maschen des sozialen Netzes gefallen sind, waren Einzelerfahrungen dieser Art zu erwarten. In der Summe ist gleichwohl festzustellen, daß durch die Wohnprojekte die Lebenssituation einer großen Zahl von Aids-Kranken so weit stabilisiert werden konnte, daß eine ambulante Versorgung ermöglicht wurde, die den Betroffenen ein großes Maß an zusätzlicher Lebensqualität ermöglichte und weiterhin ermöglicht.

Vor dem Hintergrund der konzeptionellen Nähe zu Einrichtungen der Drogenhilfe wurden die Wohnprojekte für Kranke und Infizierte anfangs ähnlich wie die bestehenden Dienste konzipiert und angelegt. Die Ansatzpunkte der Drogenhilfe- und der Aids-Projekte sind jedoch nicht immer deckungsgleich. Während bei den Projekten der Drogenhilfe eher die Wohnraumversorgung im Zentrum steht, wird von den Aids-Projekten der Aspekt der ambulanten Pflege stärker in den Vordergrund gestellt. Die ambulante Pflege bekommt bei Aids-Kranken den Status eines eigenständigen Versorgungsbereichs, der vorab sicherzustellen ist, während die Drogenprojekte eher dazu tendieren, diesen Bereich zugunsten der stationären Angebote zu vernachlässigen.

Angesichts der häufig eng begrenzten Lebensperspektive wird bei drogenabhängigen Kranken auf den Anspruch einer Therapie oder Rehabilitation weitestgehend verzichtet. Einigen Projekte verfolgen ohnehin eher einen drogenakzeptierenden Ansatz. Die Maxime bei der Betreuung lautet dann eher vage: „so wenig Drogenkonsum oder Beigebrauch wie möglich“.

Eine Erfahrung der Projekte ist, daß bei substituierten Drogenabhängigen auch bei vergleichsweise enger Betreuung zumindest zeitweiser Beigebrauch von Drogen neben Substitutionsmedikamenten und Rückfälle in den Drogenkonsum nicht auszuschließen sind; dies gehört gewissermaßen zum Alltag dieser Projekte. Probleme ergeben sich daraus vor allem in der Situation relativ engen Zusammenlebens in Wohngemeinschaften: Die erreichte Stabilisierung der Lebenssituation auch der Mitbewohner wird gefährdet, indem deren erwünschte und oft auch von ihnen selbst angestrebte Distanzierung zur „Szene“ erschwert wird.

Da von vornherein nicht zu erwarten gewesen war, daß bei langjährig Abhängigen erreicht werden könnte, daß sie in den letzten Monaten ihres Lebens Drogenabstinenz praktizieren würden, haben einige Projekte den Beigebrauch von Drogen bewußt nicht zum Ausschlußkriterium

erhoben – im Gegensatz zum Handel mit Drogen, der schon aus rechtlichen Gründen generell ein Ausschlußkriterium darstellt.

Fazit und Perspektiven

Der Bedarf an betreuten Wohnplätzen wird durch die bestehenden Angebote bei weitem nicht abgedeckt. Einige der Projekte haben Wartelisten angelegt mit Patienten, die zum Teil seit über einem Jahr auf einen Platz warten. Die Nachfrage wird in den kommenden Jahren angesichts der steigenden Zahl der Erkrankten weiter zunehmen. Übersteigt der Bedarf an Wohnplätzen das Angebot, so sind Auswirkungen auf andere Institutionen des Gesundheitssystems absehbar: Klinikentlassungen werden über das medizinisch notwendige Maß hinaus verzögert. Zugespielt formuliert, gilt es die Situation zu verhindern, daß die Wartezeit auf einen Wohnplatz länger ist als die Lebenserwartung der Klienten.

In der Vergangenheit konnten Modelle betreuten Wohnens mit unterschiedlichen Konzeptionen und Ausgestaltungsmodi realisiert werden. Diese Vielfalt ist grundsätzlich wünschenswert, zumal mit der Einrichtung dieser Projekte Neuland beschritten wird. Angesichts der relativ geringen Zahl realisierter Projekte und des zum Teil noch recht kurzen Erprobungszeitraums sind zum gegenwärtigen Zeitpunkt noch keine endgültigen Bewertungen der einzelnen Einrichtungstypen möglich.

Bereits jetzt kann jedoch festgestellt werden, daß sich die anfangs bei einigen Wohnprojekten bestehende Erwartung, Aids-Kranke würden sich im Stadium der manifesten Erkrankung wechselseitig solidarisch unterstützen, so daß grundsätzlich Formen des Zusammenlebens von Betroffenen anzustreben seien, als zu idealistisch erwiesen hat. Die bisherige Erfahrung zeigt eher, daß das enge Zusammenleben zusätzliche

Belastungen und Probleme schafft: Aids-Kranke entwickeln sich tendenziell zu Schwerstpflegefällen. Die Nähe zu einem Kranken im Finalstadium wird für infizierte Mitbewohner und -bewohnerinnen, die noch relativ autonom leben können, häufig zu einer unerträglichen zusätzlichen Belastung. Gegenseitige Unterstützung wird dadurch eher behindert als gefördert. Es sind zudem zusätzliche Auflagen notwendig, um intern gemeinschaftliches Leben zu ermöglichen. Regelverstöße Einzelner nach außen können auf die ganze Gruppe zurückfallen und in der Konsequenz den Bestand der ganzen Wohngemeinschaft gefährden. Und nicht zuletzt zeigen die Erfahrungen, daß beim Rückfall eines Kranken in den Drogenkonsum eine Distanzierung für die Mitbewohner sehr schwierig ist. Insgesamt scheinen sich eher Modelle betreuten Einzelwohnens zu bewähren. Eine institutionelle Trennung von Wohnraumverwaltung und Betreuung umgeht darüber hinaus Probleme, die aus der Vermischung von Vermieter- und Betreuerinteressen entstehen können.

Eine Modellform, die in einigen Städten seit einiger Zeit in der Diskussion ist, die bislang aber meines Wissens in Deutschland lediglich in Frankfurt und Berlin in die Praxis umgesetzt wird, sind Hospize. Die bisherigen Diskussionen wurden dabei durchaus kontrovers geführt: Während die Befürworter darauf hinweisen, daß Hospize objektiv notwendig seien und den Aids-Kranken subjektiv eine höhere Lebensqualität ermöglichen könnten, wird als Nachteil vor allem die Gefahr sozialer Ausgrenzung aufgeführt.

Allerdings ist eine ambulante Sterbebegleitung bei Aids-Kranken bereits seit langem Realität. So hat beispielsweise der Berliner Aids-Pflegedienst HIV e.V. bereits eine große Zahl von Patienten bis zu ihrem Tode begleitet. Der Dienst bezeichnet sich selbst auch als „ambulantes“ Hospiz. HIV e.V. hat zusammen mit der Berliner Aids-Hilfe die Einrichtung eines Aids-Hospizes, angelehnt an die Konzepte des Londoner und Baseler „Lighthouse“, in Angriff genommen. Eine solche Einrichtung wäre eher dem stationären als dem ambulanten Versorgungsbereich zuzuordnen. Dabei wird betont, daß die ambulante Versorgung bei Patienten, bei denen sie möglich ist, weiterhin Priorität haben soll. Die Wohngemeinschaft der Hannöverschen Aids-Hilfe hatte de facto für einige der Bewohner ebenfalls Hospizcharakter. Insofern wird mit der Einrichtung von Hospizen organisatorisch etwas nachvollzogen, was in Ansätzen bereits Realität ist.

Andreas Borchers

Der Autor ist Mitarbeiter des Institutes für Entwicklungsplanung und Strukturfor-
Hannover.



S

8. A I D S

A

Vom Rand ins Zentrum

Bisher waren die jährlich stattfindenden Internationalen Aids-Konferenzen Mammutveranstaltungen für Wissenschaftler. Auf der diesjährigen 8. Konferenz in Amsterdam konnten sich erstmals die Betroffenen selbst zu Wort melden. Diese Entwicklung ist nicht zuletzt dem Kongressvorsitzenden Jonathan Mann zu verdanken. Karl-Otto Habermehl, der „Chairman“ des nächsten Jahres, hat bereits signalisiert, daß auch in Berlin an den Interessen der Menschen mit HIV und Aids nicht vorbeigegangen wird. Die beiden folgenden Beiträge formulieren die Interessen betroffener Frauen und Junkies.

Stark genug für die Herausforderung

„Früher habe ich die für mich wichtigen Dinge zwischen zwei Sessions auf dem Flur erfahren,“ so eine Teilnehmerin in Amsterdam. Das war in diesem Jahr anders. Immerhin beschäftigten sich 20 Sessions mit frauenspezifischen Themen. Dies ist sicher kein Grund zufrieden zu sein, stimmt aber hoffnungsvoll, wenn man bedenkt, daß es im Jahr zuvor in Florenz nur drei Veranstaltungen gab.

Erstmals wurde auf dem diesjährigen Kongress auch eine Vorkonferenz von Frauen mit HIV und Aids ausgerichtet. An

diesem fünftägigen Treffen nahmen 51 Frauen aus 29 Ländern teil. Es gab genügend Zeit für jede einzelne Frau, über ihre Situation im Heimatland zu sprechen, die Probleme aufzuzeigen, die sie mit ihrer HIV-Infektion oder Aids-Erkrankung hat. Das Spektrum war weit. Während für Frauen aus Entwicklungsländern die herrschende Armut und fehlende medizinische Versorgung die größten Probleme darstellen, berichteten Frauen aus europäischen Ländern häufig über die Angst vor der Stigmatisierung als Positive oder Kranke wie auch über tatsächlich erlebte Diskriminierungen. Allen bekannt war die große Isolation, in der Frauen mit HIV und Aids leben. Einige Frauen berichteten, daß sie jahrelang niemandem von ihrer Infektion erzählt hatten. Gerade deshalb war dieser Austausch, der allen Frauen das Gefühl gab, mit ihrer Situation nicht allein zu sein, so wichtig. Eine Frau aus Zimbabwe sagte dazu: „Bis gestern dachte ich, ich sei die einzige mit HIV. Heute habe ich Schwestern auf der ganzen Welt.“

In einer sehr aufhebenden, warmen Atmosphäre, in der es nicht nötig war zu erklären, warum Frau sich infiziert hatte, wurden gemeinsame Strategien überlegt, wie das Thema Frauen mit HIV und Aids präsenter gemacht werden kann. Als ein erster Schritt wurde ein Forderungskatalog erstellt, der auch der Presse vorgestellt wurde.

Weiter konnte erreicht werden, daß den Frauen eine Seite im EuroCaso Newsletter, der alle drei Monate erscheint, zur Verfügung gestellt wird. Dies soll bewirken, daß auch über die Grenzen einer Region hinaus ein Informationsaustausch stattfinden kann. Abschließend gründete sich die „International Community of Women living with HIV and Aids“, ein Netzwerk, das sich vorgenommen hat, verstärkte Medienarbeit zu betreiben – so ist eine eigene Zeitschrift geplant, um Informationen auszutauschen und so den Frauen mit HIV und Aids die Aufmerksamkeit und den Respekt zu verschaffen, die ein Leben mit dem Virus möglich machen. Alle Teilnehmerinnen äußerten sich positiv (!) über diese Vorkonferenz. Sie hat den Austausch ermöglicht, der Betroffenen auf großen Kongressen nicht zugestanden wird, obwohl er so wichtig ist. Allen gemeinsam war das Gefühl, gestärkt durch diese Tage zu sein.

Stark genug, um den Dialog mit der Wissenschaft auf dem Hauptkongress herauszufordern. Frau mußte sich häufig fragen, was eigentlich der Sinn und Nutzen bestimmter Vorträge und Untersuchungen sein sollte. So wurde eine Studie vorgestellt, die zeigt, daß das Testverhalten von Frauen sich veränderte, nachdem Magic Johnson sein positives Testergebnis bekanntgegeben hatte –

der sogenannte Magic-Johnson-Effekt. All dieses Geld wäre sicher dort besser aufgehoben, wo Frauen direkt einen Nutzen davon haben. Ein Beispiel könnte die Forschung über weibliche Verhütungsmethoden sein. Erwähnt seien das Femidom (weibliches Kondom) oder das Nonoxinol 9 Vaginalschwämmchen. Auf der Konferenz wurden erste Ergebnisse vorgestellt. Das Femidom – manche lieben es, manche hasen es – wird im Herbst für den deutschen Markt zugelassen, und dann können Frauen sich über die Nützlichkeit und Handhabbarkeit selbst ein Urteil bilden.

Eine andere Veranstaltung beschäftigte sich mit der medizinischen Versorgung von Frauen. Zum einen gibt es zu wenige Einrichtungen, zum anderen suchen Frauen – im Gegensatz zu Männern – erst sehr spät Ärzte auf, selbst wenn sie zur Verfügung stehen. Ein weiteres Problem ist auch das mangelnde Wissen über HIV-bedingte Erkrankungen bei Frauen, also Unterleibserkrankungen, Gebärmutterhalskrebs, Vaginalpilzinfektionen, die häufig von Ärzten nicht mit Aids in Verbindung gebracht, so daß Frauen nicht die umfassende Behandlung bekommen, die sie benötigen. Daher wurde die Forderung aufgestellt, daß jede Definition von Aids frauenspezifische Symptome beinhalten sollte. Dies hätte eine Änderung der „CDC-Fallregeln“ zur Folge, die die verschiedenen Stadien der Erkrankung systematisiert beschreiben.

Ebenso wurde das Recht positiver Frauen auf Schwangerschaft diskutiert. Vor- und Nachteile wurden in einer emotional sehr aufgeladenen Stimmung abgewogen. Die Frauen kamen letztlich zu dem salomonischen Schluß, daß nur die betroffene Frau selbst entscheiden kann.

Frauen fordern, daß sie auf der Folgekonferenz in Berlin 1993 mehr Einfluß und Entscheidungsrecht auf die Auswahl der Themen nehmen können, daß ihre Probleme in der Vielfältigkeit Beachtung finden, die ihnen zusteht, daß es genügend Zeit und Raum gibt, um miteinander zu reden. Dieser Prozeß wurde in Amsterdam in Gang gesetzt. Er ist unumkehrbar.

Claudia Fischer

Der Beginn einer ernsthaften Beachtung

Erstmals auf einer Internationalen Aids-Konferenz konnten Junkies mit HIV und Aids in diesem Jahr in Amsterdam ihre Interessen formulieren. Die bisherigen Vorbereitungen für die Folgekonferenz 1993 scheinen die Gewähr dafür zu bieten, daß dies auch in Berlin möglich sein wird.

8. Aids-Konferenz in Amsterdam

Michael Merson, Direktor des globalen Programms der WHO gegen Aids, und Jonathan Mann, Vorsitzender der Konferenz, haben es der internationalen Öffentlichkeit zur Eröffnung der diesjährigen Aids-Konferenz in Amsterdam bekanntgegeben – Menschen werden durch soziale Faktoren anfällig für HIV, durch Armut, Diskriminierung und durch den untergeordneten Status der Frauen. Aids muß jetzt im größeren Kontext des ungleichen Zugangs zur Gesundheitsversorgung, Ausbildung und Anstellung gesehen werden. Weiße schwule Männer aus der Mittelschicht sind eine kleinere Minderheit unter den HIV-Infizierten, und mit den angemessenen Versorgten in der Ersten Welt genossen sie die Aufmerksamkeit des ersten Jahrzehnts der Seuche.

Inzwischen befindet sich das Gros der Infizierten in der Dritten Welt. Ihr Elend reiht sich ein in alle diese Bilder von sterbenden Schwarzen. Ihr Jahresetat im Gesundheitswesen pro Kopf entspricht dem Preis einer Schachtel Aspirin. Wer da Pech hat, stirbt bald. Der Zorn dieser Leute, die aufgegeben sind, ist in Amsterdam manchmal angeklungen. Vermutlich sind die vielen nicht in der Lage zu fordern und haben zu wenige Anwälte ihrer Sache: Juri-

sten, Politiker, Ärzte, Forscher. Selbst können die wenigsten kommen. Dieser Majorität der Menschen mit HIV und Aids muß die Anreise und der freie Zutritt zu allen Veranstaltungen der Internationalen IX. Aids-Konferenz in Berlin ermöglicht werden – und zwar in Gestalt ihrer Repräsentanten und Vertretern von Selbsthilfegruppen und Projekten in der Dritten Welt.

„Wir sind die Dritte Welt in den Metropolen der Ersten Welt.“ Dieser kritische Befund bei Aids trifft für die Junkies ins Schwarze.

Diese zeitgemäße Wertung von Aids, tendenziell eine Krankheit der Benachteiligten zu sein, fügt der langen Reihe todernster kritischer Einwände gegen die vorherrschende Drogenpolitik diesen hinzu: Mitverantwortlich, verantwortlich zu sein für die Ausbreitung von Aids. Aber damit nicht genug, es wird ja weiter exekutiert – die Drogenverbotspolitik, der Schlaf der Vernunft gebiert Ungeheuer. Eine verkürzte Lebenszeit und mindere Lebensqualität wird bei Junkies in Kauf genommen, Haft als Folge der Drogenabhängigkeit wird ohne Rücksicht auf eine Aids-Erkrankung vollstreckt: Drogengesetzgebung als Katalysator der Epidemie. Dieses unlösbare Ver-

hältnis ist die Drogenpolitik der Kriminalisierung und Verelendung mit der Krankheit Aids eingegangen. Nur das Ende der Verbotspolitik mit dem Strafrecht befreit die Drogenpolitik von dieser Schuld.

Der unwürdige Tod von Freunden und unsere eigene Benachteiligung sind der Stachel. Wir nehmen als Menschen, die dies Schicksal teilen, die Nichtachtung nicht länger hin. Diese Konferenz in Amsterdam ist der Beginn der ernsthaften Beachtung der Interessen der Junkies und ehemaliger Junkies unter den HIV-infizierten und Aidskranken Patienten.

Es mag wohl sein, daß uns überhaupt das erste Mal richtig zugehört wurde. Das paßt wiederum zu Jonathan Manns Diagnose und zur ausdrücklichen Bereitschaft des Berliner Konferenzvorsitzenden und Cheforganisators der Konferenz im nächsten Jahr in Berlin, Prof. Habermehl, der Advokat der Menschen mit HIV und Aids zu sein. In das internationale Steering Committee, in dem Merson und Mann und Habermehl und etwa ein Dutzend weitere mit der Organisation der Berliner Konferenz befaßt sind, wurde ein Vertreter der drogengebrauchenden Menschen mit HIV berufen.

Werner Hermann

IXth INTERNATIONAL CONFERENCE ON AIDS

in affiliation with the

IVth STD WORLD CONGRESS BERLIN, June 7—11, 1993



Sponsors: International AIDS Society, World Health Organization, Berliner Medizinische Gesellschaft and International Union against the Venereal Diseases and the Treponematoses.

International Steering Committee: A. Benslimane, M. Bianco, R. Burzynski, D. deGagne, F. Deinhardt †, L. Fransen, K.-O. Habermehl, W. Hermann, R. Jarchow, L. Kallings, L. Kaptué, Y. Kouri, A. N. Malaviya, J. Mann, M. H. Merson, J. Muriithi, P. Piot, E. Roscam Abbing, G. B. Rossi, J. Ruitenbergh, Y. Shiokawa, W. Sittitrai, J. Veenker, P. A. Volberding.

Satellite symposia will be held by the World Health Organization, various scientific societies and committees. In addition there will be a non-profit exhibition organised by a nongovernmental organization, and a large-scale industrial exhibition.

Topics

Basic Science: Replication; regulatory proteins; cytokines; pathogenesis; therapy; resistance; animal models; vaccines; diagnosis; animal lentiviruses and other human retroviruses; bacteria and other STD agents.

Clinical Science and Care: Course of infection and disease; opportunistic and other infections (diagnosis, therapy and prophylaxis); oncology; organ systems; HIV specific therapies (combination therapy, resistance); care; issues of methodology and quality assurance.

Epidemiology and Prevention: Geographic distribution and patterns of spread of HIV and other retroviral infections; distribution, patterns of spread and prevention in populations at risk; prevention (methods and results); methodological issues; role of STDs as cofactors for HIV infection.

The Social Response: Behaviour and behaviour change; individual and institutional response; societal response; response of the social sciences; problems and activities of developing countries, NGOs and other groups.

Chairman: K.-O. Habermehl, Berlin;

Congress Secretariat: Inst. for Clin. & Exper. Virology,
Free Univ. of Berlin, Hindenburgdamm 27, D-1000 Berlin 45
Tel. +49-30-798 36 87 or +49-30-834 27 76
Fax +49-30-834 30 61

Important Date

January 15, 1993: Deadline for submission of abstracts

8. AIDS Konferenz in Amsterdam

IM WORTLAUT

Eine Konferenz der Hoffnung: Ein neuer Aufbruch

Wir kommen zusammen am Beginn einer kritischen Woche in der Geschichte unserer globalen Auseinandersetzung mit Aids. Heute, im Angesicht einer galoppierenden Pandemie, können wir klarer als je zuvor die kritischen Grenzen unserer nationalen und globalen Antwort auf Aids erkennen. Die Ausbreitung der Pandemie wird nämlich bisher weltweit durch die auf den Weg gebrachten Anstrengungen nicht substanziell beeinflusst. Wir müssen schmerzlich zur Kenntnis nehmen, daß die bestehenden Präventionsansätze – so bemerkenswert einige davon auch gewesen sind – nicht ausreichen, die Pandemie einzudämmen. Die Kluft zwischen der sich beschleunigenden Pandemie und der nachhinkenden nationalen und globalen Antwort weitet sich rasch und gefährlich – und die Verwundbarkeit durch Aids nimmt weltweit zu.

In diesem kritischen Augenblick, in dem die Pandemie stärker wird und Gleichgültigkeit, mangelnde Führungskraft und Vertrauensverlust alles bedrohen, müssen wir uns die Frage der Fragen stellen: Welche Maßnahmen bedarf es, um Aids einzudämmen und in den Griff zu bekommen? Das ist der zentrale Punkt – er läßt sich nicht umgehen.

Um es klar zu sagen: die Grenzen unserer bisherigen Arbeit und die vor uns liegenden Gefahren realistisch und in allen Ehren einzugestehen, darf uns nicht der Verzweiflung ausliefern. Wir wissen nämlich mit unserem Verstand und in unseren Herzen, daß wir Aids in den Griff kriegen und daß wir für all diejenigen, die von der Pandemie betroffen sind, einiges tun können.

Gerade deshalb ist diese Konferenz eine Konferenz der Hoffnung und nicht eine der Hoffnungslosigkeit. Sie ist ein Gipfeltreffen – nicht von führenden Politikern oder Organisationen, sondern von Menschen, die auf ihren Gebieten an vorderster Front tätig sind: in Forschung, Aufklärung, Gesundheitswesen und in Unterstützungsmaßnahmen überall auf der Welt. Diese Versamm-

Auf der 8. Internationalen Aids-Konferenz in Amsterdam hielt ihr Vorsitzender, Jonathan Mann, eine vielbeachtete Eröffnungsrede. Wir dokumentieren sie im Wortlaut.

lung ist unser öffentliches Forum. Diese Konferenz ist der Ort, an dem wir präzise feststellen können, wo wir stehen: in Forschung, Prävention und im Gesundheitswesen. In dieser Woche sind aber die Nöte, Herausforderungen und die Verantwortung, denen wir uns ausgesetzt sehen, größer als sonst. Um gegen Aids mit aller gebotenen Stärke und mit Zuversicht in die Zukunft Fortschritte zu machen, müssen wir unser Verständnis von und unsere Haltung zu Aids buchstäblich umkehren. Diese Woche bietet die historische Gelegenheit, einen neuen Kurs einzuschlagen, unsere und der Welt Sichtweise von Aids zu verändern – vielleicht auf Dauer.

Warum eine solche Kurskorrektur zum jetzigen Zeitpunkt – was ist nötig und wie ist es in konkretes Handeln umsetzen?

Unsere bisherige Sichtweise von Aids bedarf einer Revision, weil sie überholt ist: Sie wurde im wesentlichen in der Frühzeit der Pandemie geprägt, mit dem damals ziemlich begrenzten Umfang an Wissen und Erfahrung. In jener Zeit wurde Aids als gesondertes, einzigartiges und vereinzelt Gesundheitsproblem gesehen – und als solches angegangen. Das führte uns – vielleicht notwendigerweise, um wirksam Kräfte mobilisieren zu können – dazu, gesonderte Aids-Programme zu entwickeln, Präventionsstrategien auf individuelles Verhalten auszurichten, speziellen Aids-Aktivismus herauszubilden und Forschung isoliert von ihrer Umsetzung zu betrachten.

Ein solcher Ansatz hatte durchaus seine Erfolge:

- Wir haben Regierungen rund um den Globus mobilisiert. Trotzdem bleiben die meisten nationalen Aids-Programme isoliert von den Anstrengungen an der Basis und von anderen Gesundheits- und Sozialbereichen – eine nationale Mobilisierung, die diesen Namen verdient, hat es bisher noch nicht gegeben.

- Wir haben bemerkenswerte Erfolge auf den Ebenen von Pilotprojekten und von Hauptbetroffengruppen bei der HIV-Prävention gesehen. Trotzdem sind diese Erfolge isoliert geblieben, die nur minimalen Einfluß auf den Gang der Pandemie hatten.

- Wir haben einen Aktivismus erlebt, der gesteigerte Aufmerksamkeit auf Ungerechtigkeit, Tatenlosigkeit und Intoleranz gelenkt und greifbare Ergebnisse erzielt hat. Aber bis dato ist dieser Aktivismus noch nicht ausreichend international und sein Verständnis von Gesundheit und Gesellschaft ist noch nicht umfassend genug.

- Wir haben bedeutende Erfolge in der Grundlagen- und der angewandten Forschung zu verzeichnen. Trotzdem hat diese Forschung – so isoliert, wie sie von so wichtigen Fragen wie dem Zugang zu ihr und ihren Ergebnissen betrieben wurde – das Leben der Menschen mit HIV kaum beeinflusst.

Ganz zentral für das weitere Vorgehen ist folgende Erkenntnis: wie bei jedem anderen Problem bestimmt auch bei Aids die Art, wie wir es sehen, wie wir es verstehen, worum es sich unserer Ansicht nach eigentlich handelt, darüber, was wir dagegen unternehmen und auch wie erfolgreich wir dabei sind.

Wenn wir also glauben, das ganze Aids-Problem sei tatsächlich nur ein Virus-Problem, dann brauchen wir in der Tat „nur“ ein Heilmittel oder einen Impfstoff. Wenn Aids jedoch zutiefst und fundamental mit Menschen und der Gesellschaft zu tun hat – und wenn gesellschaftliche Ungerechtigkeit und Benachteiligung Öl auf die Mühlen der Pandemie gießen –, dann müssen wir, um wirkungsvoll gegen Aids vorgehen zu können, in der Tat genau an diesen Bezugspunkten anknüpfen.

Unsere alte Vorstellung von Aids ist mittlerweile zur Zwangsjacke geworden. Wenn wir realistisch und ehrlich die kritischen Grenzen unseres gegenwärtigen Ansatzes eingestehen, können wir damit beginnen, einen neuen Ansatz zu bestimmen. Dieser könnte auf den Lektionen gründen, die uns das Leben über Prävention und Fürsorge lehrte – nicht theoretisch, sondern lebendig



Greifen Präventionskampagnen?

8. Aids-Konferenz in Amsterdam

in Erfahrung, Wissen und in den Menschen weltweit.

Erstens: Wir haben erfahren, daß HIV gesellschaftliche Schwachstellen ausnutzt. Die Hauptfährt von HIV in der Gesellschaft ziehen sich entlang von Ungerechtigkeit und Benachteiligung: zu einer gesellschaftlich benachteiligten oder am Rande stehenden Gruppe zu gehören, erhöht das Risiko einer HIV-Infektion und das Risiko unzureichender Fürsorge und Unterstützung. Deshalb heißt das Individuum als unabhängig von Ökonomie, Kultur und Politik, unabhängig von Menschenrechten und menschlicher Würde ins Auge zu fassen, die Realität, die wir eigentlich kennen, zu leugnen.

Zweitens: Wir alle mußten – jeder auf seinem Gebiet – als Wissenschaftler, Pflegekraft, Erzieher, Aktivist, Programmmanager erkennen, daß wir ein gemeinsames Problem haben: keiner kann allein erfolgreich sein – allein in seiner Fachdisziplin, in seiner Kultur, in seinem Land oder seiner Region, wir haben jedoch Schwierigkeiten, eine gemeinsame Sprache und Zusammenarbeit zu finden. Wir haben erfahren, daß Absonderung untauglich und gefährlich ist. Wir haben erfahren, daß Austausch, Dialog, Toleranz und Solidarität Quellen der Stärke und Wege zu wirksamerer Eindämmung der Pandemie und Fürsorge für die Betroffenen sind.

Drittens: Wir haben ein fundamentales Problem entdeckt oder besser aufgedeckt und erhellt, das zentrale moderne Paradoxon auf dem Gebiet der Gesundheit. Es liegt auf der Hand, daß Menschen in allen Ländern sehr besorgt sind um ihre Gesundheit und die ihrer Familien und Kinder. Zum ersten Mal in der Geschichte verstehen wir eine ganze Menge über die fehlender Gesundheit zugrundeliegenden Ursachen in der Welt und wir kennen auch die Mittel, um dagegen anzugehen. Trotz alledem ist Gesundheit nicht zu einem zentralen und bestimmenden Prinzip lokaler, nationaler und globaler Handlungsabsichten geworden. Warum ist keine Regierung – und keine Gesellschaft – für ihr Versagen auf dem Gebiet der Gesundheit zur Rechenschaft gezogen worden? Warum geraten Regierungen ins Wanken, wenn die Inflationsrate steigt, während noch keine Wahl wegen der Kindersterblichkeits- oder der Rate der gewaltsamen Tode unter Erwachsenen verloren wurde; warum führt das nationale Schamgefühl über die Obdachlosen oder die Nikotintoten nicht zur Forderung nach einem Wandel an der politischen Spitze?

Paradoxe Weise haben wir, die wir im Gesundheitsbereich arbeiten, zu dieser Entwicklung beigetragen. Wir haben uns nämlich damit zufriedengegeben, eine



Foto: Barbara Krumme

Armut ist der Motor der Seuche – eine aids-kranke Frau in Uganda

zweitrangige, passive und untergeordnete Rolle in der Gemeinschaft, im nationalen und globalen Leben zu spielen. Wir haben uns darin geübt, zweitklassige politische Aufmerksamkeit für Gesundheitsbelange zu erwarten und hinzunehmen. So wurde der Weg für eine umfassende Definition von Gesundheit schließlich durch die Weltgesundheitsorganisation (WHO) gebahnt, die das positive Konzept des physischen, mentalen und sozialen Wohlergehens entwickelte. Jedoch muß diese Vision von Gesundheit noch in Gesundheitspolitik und -praxis umgesetzt werden.

Der enorme Unterschied im Gesundheitsbereich zwischen dem, was Menschen wollen und dem, was sie erhalten, sowie die zweitrangige Aufmerksamkeit, die der Gesundheit und Gesundheitsbestrebungen zuteil werden, sind nicht auf Aids beschränkt. Dies ist auch kein Problem, das wir einfach anderen anlasten können, sogenannten Entscheidungsträgern oder Politikern. Wir müssen nun selbst Verantwortung übernehmen, um dabei zu helfen, dem grundlegenden Verlangen der Menschen nach besserer Gesundheit eine Stimme zu verleihen.

Die Umweltbewegung hat politische Bewegungen hervorgebracht, grüne Parteien, um eine umweltverträgliche Politik voranzubringen. Warum gibt es keine politischen Bewegungen zur Gesundheit – um der Gesundheit einen größeren gesellschaftlichen und politischen Stellenwert zu verschaffen?

Bis zum heutigen Tag sind wir nicht selbstbewußt genug, unerschrocken genug gewesen, dasjenige zu tun, von dem wir wissen, daß es wirksamer gegen Aids ist: die Probleme anzugehen, die zutiefst im derzei-

tigen Zustand der Gesellschaften weltweit gründen, die die Ausbreitung von HIV beschleunigen, die der Fürsorge für die Betroffenen entgegenstehen und die den Hauptursachen der fehlenden Gesundheit weltweit zugrundeliegen – und das zu tun zusammen mit unseren Mitreitern und allen Menschen, die sich um Gesundheit kümmern.

Wir müssen dem Grundsatz, daß Gesundheit ein Menschenrecht ist und kein Privileg, zum Durchbruch verhelfen. Um Aids in den Griff zu bekommen und als Bürger der modernen Welt müssen wir unerschrocken fordern, daß Gesundheit – in ihrer umfassenden und zeitgemäßen Definition – ihren berechtigten zentralen Platz als universales Bestreben, als gemeinsames Gut der Menschheit einnehmen kann.

Jetzt ist die Zeit der Zuversicht und des Selbstvertrauens gekommen – und die Zeit für einen neuen Ansatz in der Prävention und Eindämmung von Aids, der zusammenfaßt, was wir aus Wissenschaft, weltweiter Erfahrung und unserem neuen Verständnis von der Wechselwirkung zwischen Aids, Menschenrechten, Gesundheit und Gesellschaft gelernt haben. Ein neues Aids-Paradigma wird nichts weniger sein als der Schlüssel zur zukünftigen Eindämmung der Pandemie.

Wir geben uns jedoch nicht mit Ideen zufrieden – wir wollen konkretes Handeln und Zusicherungen sehen, damit ein neuer Ansatz gegen Aids wirkungsvoller ist. In der Praxis: Wie wird ein Wandel in der Sichtweise von Aids als einem isolierten Phänomen zu einem größeren Ganzen im Zusammenhang von Gesundheit und Gesellschaft dabei helfen, unsere Arbeit voranzubringen?

● Zuerst auf dem Felde der Prävention: Ungleicher Zugang zu Pflege, zu Bildung, zu Beschäftigung und zu einer Zukunft in Würde macht Gesellschaften für HIV verwundbar. Wenn wir verstanden haben, daß Aids die fundamentalen Schwachstellen der Gesellschaft – Ungerechtigkeit und Diskriminierung – ausnutzt, ist es dann für uns nicht unabdingbar, gegen diese Schwächen mobilzumachen – so tief verwurzelt und schwierig anzugehen sie auch sein mögen? Zusätzlich zu der Prävention, die auf Information beruht, müssen wir die kritischen Merkmale unserer sozialen Umwelt, die die Ausbreitung von HIV begünstigen, identifizieren und wir müssen uns mit anderen zusammentun, um sie zu verändern. Alles andere hieße dem, was wir in der HIV-Prävention erreichen können, eine strikte Beschränkung aufzuerlegen.

● Auf dem Felde nationaler Aids-Programme: wenn wir einmal die einem isolierten Ansatz eigenen Unzulänglichkeiten erkannt haben, dann ist es unbedingt erfor-

8. Aids-Konferenz in Amsterdam

derlich, praktische und strategische Vernetzungen mit anderen auf den Gebieten Aufklärung, Arbeitswelt und Frauenfragen zu schaffen und auf der Grundlage gemeinsamer Wertvorstellungen und Interessen mit anderen Programmen und Beschäftigten im Gesundheitsbereich klare Verbindungen einzugehen.

● Der Aids-Aktivismus kann sich erweitern und zwei Gesichtspunkte ins Visier nehmen: zum einen die grundlegenden sozialen Bedingungen, in denen Aids gedeiht und zum anderen in einem weiteren Sinne die Gesundheit allgemein, wobei Aids ein integraler und katalytischer Bestandteil ist.

● Im Bereich Forschung kann das Ziel vom Entwickeln eines Heilmittels oder eines Impfstoffes auf die Prävention der HIV-Infektion und die Pflege der Betroffenen erweitert werden.

Die kreative Erneuerung der globalen Anstrengungen gegen Aids – von der unsere gemeinsame Zukunft abhängt – beginnt zuerst in jedem einzelnen von uns. Unabhängig davon wo, in welchem Zusammenhang oder auf welcher Ebene wir uns befinden, können wir in unsere eigenen Herzen blicken, auf unsere eigene Arbeit, auf unser eigenes Leben. Wir können – wir müssen uns selbst fragen: „Reicht das, was wir machen, was ich mache für einen optimalen Beitrag aus?“ Und dann sollten wir uns weiter die Frage stellen: „Was wird dann benötigt – was wäre nötig?“

Information ist nicht genug, um Verhalten zu ändern: diese Ansicht trifft auch auf uns zu. Auf einer intellektuellen und konzeptionellen Ebene sind wir uns mittlerweile voll über die Grenzen der laufenden Anstrengungen, die begrenzte Fähigkeit vereinzelt arbeitender Disziplinen, Individuen und Gruppen und die Gefahren von Isolation und Zersplitterung im klaren.

Demgemäß befinden wir uns persönlich und kollektiv an einer Schwelle – dem Moment des Übergangs unseres Wissen und unserer Ideen in Änderung unseres Verhaltens und in Änderung der Art und Weise, wie wir gegen Aids arbeiten: als Individuen, in unseren Gemeinwesen und Nationen und für die gesamte Welt.

Bei der Vorbereitung dieser Konferenz waren Vielgestaltigkeit, Gesprächsmöglichkeiten und aktive Teilnahme zentrale Themen. Wir haben versucht, einen Rahmen der Toleranz, der gegenseitigen Achtung, der Vielfalt und der Solidarität zu schaffen, der es ermöglichen soll, über die Praxis und



„Nennen Sie Ungerechtigkeit offen beim Namen!“

die Ziele traditioneller Konferenzen hinauszugehen. Dieses grundlegende „technische“ Prinzip eines Treffens – ob um einen einzigen Tisch herum oder in einem kolossalen Konferenzzentrum – ist in gewisser Hinsicht sehr einfach: Wir legen große Strecken zurück, um zusammenzukommen. Das Ergebnis ist jedoch komplex und wirkungsvoll: Treffen, Konferenzen, Versammlungen können uns tief beeinflussen, bewegen und unser Denken verändern. Der springende Punkt besteht darin, dazusein für die persönliche Diskussion, für eine Art des Lernens, die nicht über Bücher funktioniert, für die persönliche Begegnung, darin, sich zu sehen, miteinander in Berührung zu kommen, sich wahrzunehmen und zu fühlen, was wir in einer Versammlung von 8.000 Menschen heute hier fühlen: alles Eigenschaften, die nicht durch Fax-Maschinen zu ersetzen sind.

Wenn wir dann in unsere Kliniken, Laboratorien, Schulen, Gemeinwesen, Nationen und nach Hause zurückkehren, können wir konkrete Schritte unternehmen:

● Wenn Sie noch nicht in einer breiten und interdisziplinären Sicht über Aids nachgedacht haben, mit wem könnten Sie sich aus-

tauschen und zusammenarbeiten? Zum Beispiel mit denjenigen, die schon an sozialen Fragen und dem Schutz der Menschenrechte arbeiten.

● Tun Sie den ersten Schritt, eine Allianz mit denjenigen zu bilden, die schon gegen andere Gesundheitsprobleme arbeiten; stärken Sie die Gesundheitsbewegung in Ihrem Gemeinwesen und Land; nennen Sie Ungerechtigkeit, Ungleichheit und Diskriminierung offen beim Namen.

Wir sind nicht gebunden – wir weigern uns, gebunden zu sein, warum sollten wir – an die Beschränkungen, die uns bestehende Organisationen, Abgrenzungen und Landesgrenzen auferlegen. Wir sind Tausende – aber wir repräsentieren Millionen: unsere lokalen Aktivitäten werden – von einer globalen Vision erfüllt – eine nicht mehr aufzuhaltende Bewegung initiieren hin zum Ziel der globalen Gesundheitsrevolution, die sich schon lange anbahnt.

Es ist dies eine Zeit für Erkundungen, für Pioniere. Wir entdecken eine neue Welt. Im Gegensatz zu den letzten fünfhundert Jahren sind unsere Erkundungen nicht geographischer Art; die Geographie hält für uns nur mehr wenige Geheimnisse bereit. Die große neue Welt vor uns ist menschlich und

unsere Erkundungen führen uns zu neuen Wegen, Individuen, Gemeinwesen und die Weltgemeinschaft zu verbinden; unsere Entdeckungen werden darin bestehen, die Menschenrechte bestmöglich zu schützen und die menschliche Würde bestmöglich vorzubringen.

Dies ist eine Konferenz der Hoffnung – nicht der Hoffnungslosigkeit. Lassen Sie uns eine Botschaft der Hoffnung und des Lebens in die Welt hinaus schicken – eine Botschaft der Zuversicht trotz der Gefahr. Es liegt in unserer Macht, an diesem Wendepunkt in der Geschichte von Aids aus unserem Wissen und unserem Realitätssinn, aus unserer Erfahrung, unserer Aufrichtigkeit und unseren Träumen heraus ein neues Verständnis von Aids zu schaffen: Aids als Teil einer neuen globalen Vision von Gesundheit. Das mag schon jetzt der wertvollste Beitrag sein, den wir leisten – eine Vision von Gesundheit, Solidarität, Recht und Frieden: Lassen wir diese Vision stark, weise und human genug werden, um unsere globale Zukunft zu schützen und zu sichern.

Foto: Torsten Schmidt

Übersetzung: Klaus-Dieter Beißwenger

Zurückhaltendes Agieren

Die WHO berät neue „Richtlinien“ für den Umgang mit HIV und Aids in Gefängnissen

HIV bereitet sich in rasanter Geschwindigkeit in Gefängnissen aus. Auch in Deutschland steigt die Zahl der Gefangenen, die während der Haft an Aids erkranken – eine Entwicklung, die etwa in den USA schon seit Jahren zu dramatischen und ungelösten Konflikten in den Haftanstalten führt. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) hat diese Probleme erkannt und lud für September zu einer Konsultation nach Genf, ihrem Hauptsitz.

Aufgabe des Treffens war es, Richtlinien zu HIV und Aids in Gefängnissen zu erarbeiten, die den Regierungen und Gefängnisadministrationen der Mitgliedsstaaten als „offizielles Dokument“ der WHO zugeleitet werden. Diese Richtlinien haben keinen völkerrechtlich verbindlichen Charakter. Wenn jedoch ein Mitgliedsstaat diese Richtlinien mißachtet oder verletzt, dann kann die WHO ihren großen Einfluß geltend machen, um bei amtlichen Stellen und Regierungen zu protestieren und sie zur Einhaltung aufzufordern.

Grundlage der Richtlinien ist die Forderung, HIV-positive Häftlinge nicht zu diskriminieren und ihnen eine menschenwürdige Behandlung zu gewähren. Die Vertreter von Justizministerien und Gefängnisadministrationen aus zwölf Ländern sowie mehrere Wissenschaftlern kamen überein, daß Häftlinge die gleiche Gesundheitsversorgung erhalten müssen, wie sie den Bürgern der jeweiligen Länder auch außerhalb der Gefängnisse zur Verfügung stehen. Ausdrücklich wurde betont, daß Länder, die Methadonbehandlungen für Drogenabhängige anbieten, dies auch in Haftanstalten tun sollen. Die Staaten werden aufgefordert, die tatsächlich vorhandenen Risikosituationen in Haftanstalten wahrzunehmen und ihre Anstrengungen zur Verhütung der Übertragung von HIV an den realistisch erreichbaren Verhaltensveränderungen zu orientieren.

In diese Aufgabe muß das Gefängnispersonal ebenso einbezogen werden wie Hilfsorganisationen von außen. Nach den Vorstellungen der Runde, in der erstmals mit dem DAH-Geschäftsführer Ilja Michels auch eine Nicht-Regierungs-Organisation vertreten war, müssen bereits an Aids erkrankte Häftlinge rechtzeitig aus der Haft entlassen werden, damit sie in Würde – also auch in Freiheit – sterben können. Forschungsprojekte sollen unabhängig vom Einfluß der Gefängnisadministrationen durchgeführt und veröffentlicht werden können. Einig war man sich auch darin, daß



Foto: Gertrud Vogler

Therapieangebote, die Alternativen zum Gefängnisaufenthalt darstellen, verstärkt werden sollten.

Erwartungsgemäß gab es den größten Widerstand gegen klare Formulierungen der Richtlinien bei der Vergabe steriler Spritzbestecke und Anleitungen zum risikoärmeren Drogengebrauch, wie sie von Ilja Michels und dem US-Forscher Theodore Hammett gefordert wurden. Insbesondere die französischen Vertreter blockten hier. Da in solchen Konsultationen nach dem Konsensprinzip – also einstimmig – entschieden wird, sind die Forderungen hier sehr schwammig. Auch in der grundsätzlichen Beurteilung, ob nicht erst die Inhaftierung von Drogengebern und die Politik der Prohibition die Probleme schaffe, die man jetzt reduzieren wolle, konnte Einigkeit nicht erzielt werden. Die WHO agiert hier sehr zurückhaltend.

Ein weiteres strukturelles Hindernis wirksamer Aids-Prävention in Gefängnissen ist die Tatsache, daß nach wie vor – vor allem in afrikanischen Ländern, aber auch in Asien – Homosexualität verboten ist und unter Strafe gestellt wird. So werden Kondome zur HIV-Prävention nicht ausgegeben, weil dies einer – oft ebenfalls strafbaren – Aufforderung zur Homosexualität gleichkäme. Ein immer größeres Problem vor allem in den USA und Afrika ist die zunehmende Zahl von offenen TBC-Fällen in Zusammenhang mit HIV und Aids in Gefängnissen. Die Vertreter aus Ländern der Dritten Welt wiesen auch darauf hin, daß die Forderung nach gleichen Behandlungsmöglichkeiten zwar prinzipiell richtig sei, ihnen aber wenig nütze, da solche Behandlungsmöglichkeiten oft auch außerhalb der Gefängnisse nicht zur Verfügung stünden.

Die verabschiedeten Richtlinien werden sicherlich wenig bewirken können, um das Risiko einer HIV-Infektion in Gefängnissen zu mindern. Hilfreich mögen sie dennoch sein: Bei der Verbesserung der Lebenssituation von positiven und aidskranken Häftlingen und bei der Durchsetzung ihrer grundlegenden Rechte.

Jürgen Neumann

Offener Brief

Magdeburg. – In einem offenen Brief an die Gesundheits- und Finanzminister der Neuen Länder und Berlin forderten die ostdeutschen Aids-Hilfen auch nach 1993 keine Mittelkürzung im Aids-Hilfe-Bereich. Desweiteren wird die Übernahme von auslaufenden AB-Maßnahmen in eine Festfinanzierung und die Erhaltung und Ausbau bereits bestehender Strukturen und Einrichtungen gefordert. Hintergrund ist, daß die AB-Maßnahmen in fast allen ostdeutschen Aids-Hilfen im Laufe des Jahres 1993 beendet werden und somit die Arbeitsfähigkeit stark gefährdet ist.

Engere Kooperation

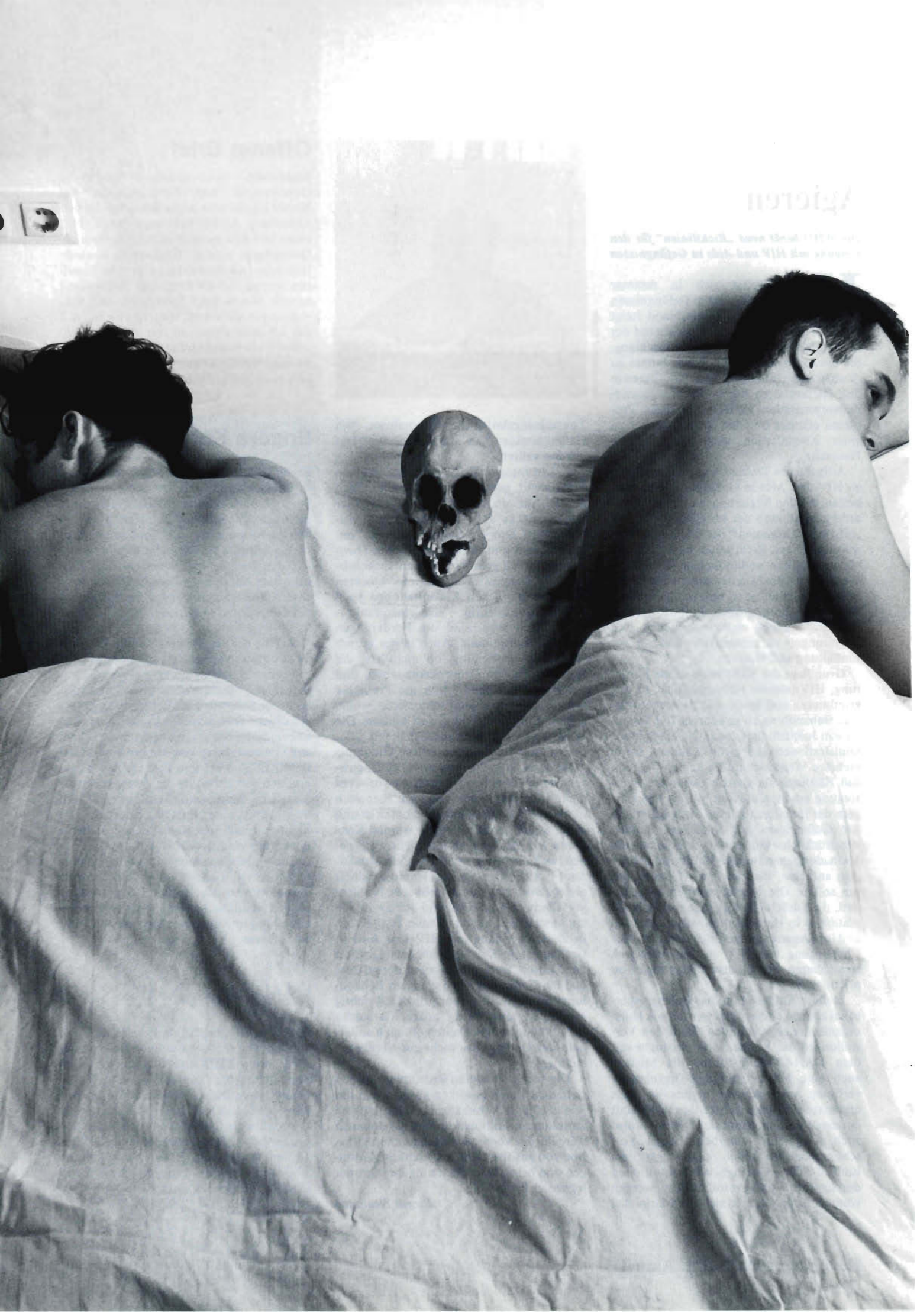
Berlin. – Die DAH, der Schwulenverband in Deutschland (SVD) und der Bundesverband Homosexualität (BVH) wollen trotz unterschiedlicher Auffassungen über die Strategien einer Antidiskriminierungspolitik für Schwule künftig beim Kampf für die sozialen Rechte von Menschen mit HIV und Aids enger kooperieren. Dies vereinbarten Vorstandsmitglieder Ende Oktober bei Gesprächen in Berlin.

Bereits vor der „Aktion Standesamt“ war es zu unterschiedlichen Auffassungen über die Auswirkungen dieser Aktion gekommen. Der SVD erkennt im Eheschließungsrecht für Schwule die Anerkennung gesellschaftlich erwachsenen Pluralismus von Lebensformen und sieht darin einen Schritt zur Gleichstellung von Homo- und Heterosexualität. BVH und DAH gehen davon aus, daß durch die Ehe die Zweisamkeit als moralisch höherwertig sanktioniert wird und damit eine Entsolidarisierung von Schwulen mit unterschiedlichen Lebensentwürfen vorangetrieben wird.

Die Verbände kamen nun überein, daß es unsinnig sei, Lebensformen für Schwule vorbestimmen zu wollen. Sie bejahen unterschiedliche Ansätze in der Schwulenzugewandlung und sprechen sich gegen Denkverbote aus.

Reisefieber

Berlin. – Eine medizinisch betreute Reise an den Nil bietet „Lernidee-Reisen“ für Menschen mit HIV und Aids an. Pharaonen und Pyramiden können in acht Tagen besichtigt werden. Die Reise ist von der Berliner Aids-Hilfe und dem AVK konzipiert und stellte die Bedürfnisse Positiver in den Vordergrund. Reisezeiten sind vom 5. bis 12. Januar und vom 2. bis zum 9. Februar 1993. Interessenten wenden sich an: Lernidee-Reisen GmbH, Dudenstr. 78, W-1000 Berlin 61, Tel.: 030 / 786 55 96.



SEX SEX

Aids wird durch Sex übertragen, in Deutschland hauptsächlich durch schwulen Sex. Die meisten Beiträge in unserem Schwerpunkt fragen danach, wie Schwule auf diese Bedrohung reagieren. Die Orgien sind vorbei, jetzt spielt die Orgel – so das Fazit von Matthias Frings. Verführung nur noch als rituelles Spiel für das Auge, ohne Berührung und Befriedigung. Gefragt ist Sex, der garantiert virenfrei ist. 60.000 Anrufe im Monat registrieren die Anbieter schwuler Telefon-hotlines.

Auch der Sexualwissenschaftler Michael Bochow kommt zu dem Ergebnis, daß es für Schwule kaum möglich ist, sich entsprechend schematischer Safer-Sex-Regeln zu schützen. Eher verzichten sie auf riskante Praktiken. Er stellt aber auch fest: Sex ist ein Trieb und Gefühle haben ihre eigene Macht – der Grund dafür, daß Schwule in vielen Situationen zum „Risikoverhalten“ neigen.

Damit stehen die Schwulen nicht allein. Eine neue Studie über Sextouristen zeigt erstaunliche Parallelen auf. Wenn Touristen, die wegen sexueller Kontakte in exotische Länder reisen, sich in eine Prostituierte verlieben, sind sie kaum noch in der Lage, sich und ihre Partnerin zu schützen. Hier tut sich ein neues Arbeitsfeld für die Aids-Hilfen auf. Bisher wurden Sextouristen sträflich vernachlässigt, was Präventionsbemühungen angeht.

Wenn eine Folgerung aus den Beiträgen zu ziehen ist, dann die: Safer Sex ist reduzierter Sex. Nicht jeder kann sich immer darauf einlassen. Wenn die professionellen Aufklärer das begreifen, können ihre Kampagnen nur besser werden.

Nein, ein Vergnügen war es nicht, sich vor etwa zehn Jahren publizistisch zu diesen merkwürdig beunruhigenden vier Buchstaben AIDS zu äußern. Dank intensiver Lektüre us-amerikanischer Schwulenzeitschriften war uns klar geworden, daß diese neue Krankheit nicht nur in den Medien beheimatet war, keine flotte „Lustseuche“ wie Herpes, aufgebauscht, um das Sommerloch ein wenig mit Schaudern zu füllen.

Daß hier eine Katastrophe rollte, war zwar längst noch kein Allgemeingut, doch die „taz“ immerhin bestellte bei mir eine Seite zum Thema (die sie zu meinem Entsetzen prompt mit einem riesigen apokalyptischen Drachen layoutete). Damals schrieb ich: „Ich wage folgende Prognose: In wenigen Jahren wird kein Schwuler mehr sein wie er war. Die schwule Öffentlichkeit wird sich grundlegend gewandelt haben. AIDS hat einen Prozeß in Gang gesetzt, der in kürzester Zeit schwule Lebensformen, politische Haltungen und die sogenannte öffentliche Meinung (d. h. die medienmäßige Aufbereitung von Tatsachen und Ideologie) fundamental verändern wird.“ (taz 1983). Ich habe mich noch nie mehr geärgert, recht behalten zu haben.

Doch dann ging es los: „Hysteriker!“ riefen die einen, „Angstmacher!“ schrieben die anderen. Die französische Schwulenzeitschrift „Gai Pied“ führte ein Interview mit mir, nur um hinterher einen Artikel voller Häme abzulassen. „Die Berliner Schmerzensmutter von AIDS“ wurde ich genannt und man amüsierte sich köstlich über diese Deutschen, die grundlos ständig die Apokalypse an die Wand malten. Und dies, obwohl schon damals Frankreich die höchste Zahl an AIDS-Erkrankungen in Europa aufzuweisen hatte.

Das öffentliche Warnen vor der AIDS-Gefahr war eine Sache, persönliche Konsequenzen eine andere. Für mich als schreibenden Menschen stellte sich diese Frage folgerichtig anhand eines Artikels. Alfred Holighaus vom Berliner Stadtmagazin „tip“ war einer der ersten, der sich (bis heute übrigens!) für eine kontinuierliche Berichterstattung zum Thema einsetzte. Auf die Frage, ob ich einen Kommentar zur ganz persönlichen AIDS-Vorsorge schreiben könnte, sagte ich ja – und saß prompt in der Patsche.

Es wäre ja so einfach gewesen: Ein bisserl Moral, eine Portion Verantwortung und eine Handvoll Safer-Sex – das hätte ich propagieren können und wäre des allgemeinen Nickens sicher gewesen. Doch da gab es die ersten „Aufklärungsbroschüren“ der AIDS-Hilfen, die im Befehlston Verbotslisten aufstellten, richtig zum Abhaken. Beim genauen Hinschauen war klar: Nichts war mehr erlaubt, noch nicht einmal küssen, lediglich gegenseitige Masturbation –



Foto: Friedrich Baumhauer

Nicht selten, aber immer weniger

Die Orgien sind vorbei, jetzt spielt die Orgel

von Matthias Frings

folgerichtig ebenso unbescheiden propagiert und probiert, was der kleinste gemeinsame Nenner der Homosexuellen ist: die Sexualität. Zurück etwa von einem Amsterdambesuch, wußte ich sehr wohl, daß die Frage „Wie war's denn?“ keinesfalls touristische Attraktionen meinte, sondern die Anzahl der Männer, mit denen ich in Bett und Busch gelegen hatte. Sexualekontakte unter 100 in toto galten als spießig und wer nicht mindestens eine Orgie und ein S/M-Erlebnis hinter sich gebracht hatte, war scheinot. Auf der Strecke blieben jene, die dem Schönheitsideal nicht entsprachen, die Sex als Leistungssport nicht akzeptierten, vor allem aber alle, die der Überzeugung waren, Promiskuität an sich sei kein Garant für guten Sex. Um es deutlich zu sagen: Ich habe diese Jahre der Hormonexplosionen in vollen Zügen genossen und möchte auch eine ganze Reihe kleiner, schmutziger Episoden keinesfalls missen. Doch als die Achtziger eingeläutet wurden, trat eine Art sexuelles Völlegefühl auf. Der Nachholbedarf war gestillt – Rülps! – und es wäre an der Zeit gewesen, gemeinsam die letzten zehn Jahre zu beschauen und zu besprechen, etwa über Beziehungsformen, die weder zwanghaft promisk, noch nach dem heterosexuellen Mamma-PappaMuster gebaut waren.

und die noch auf Sicherheitsabstand. „Wir werden mit dieser Krankheit in das nächste Jahrtausend gehen!“, hatte Prof. Koch vom Bundesgesundheitsamt kurz zuvor sehr überzeugend verkündet. Würde ich das aushalten? Bis in meine Fünziger keinen Mann mehr küssen und als Sex gegenseitiges Wichsen auf Abstand? Sicher, ich hätte die rigiden Safer-Sex-Regeln öffentlich unterstützen können und mich privat einen Scheiß darum kümmern, aber dies ist Berlin, also ein Dorf, und früher oder später wäre ich „ertappt“ worden beim Küssen (oder so) und zu recht hätte man gesagt: bigottes Ferkel!

Also schrieb ich die Wahrheit: Ich würde diese Form des reduzierten Sex nicht zwanzig Jahre lang ertragen. Die folgende Welle von Empörung und Beschimpfung habe ich (unter anderem mit Martin Dannecker) genutzt, die AIDS-Hilfen zu lebensnäheren Safer-Sex-Empfehlungen zu bewegen. Und wenn man die damaligen Broschüren mit den heutigen vergleicht, ist dies auch gelungen. Ein Dilemma blieb und bleibt: wie läßt sich der stärkste menschliche Trieb, die Sexualität, unter die Vormundschaft der Vorbeugung stellen? Und welche Gefahren liegen darin?

Besonders problematisch war dies, weil wir gerade ein Jahrzehnt des nettesten ausufernden Sex hinter uns hatten. Seit den frühen Siebzigern waren einige Schwule auf die Straße gegangen und hatten

Sex ist mehr, als einen Sicherheitsgurt anzulegen

von Michael Bochow



Wie die Safer-Sex-Empfehlungen umgesetzt werden, hängt von vielen sehr persönlichen Faktoren ab. Ebenso vielfältig sind die Gründe, die dazu führen, das Risiko einer Infektion in Kauf zu nehmen. Der Berliner Sexualwissenschaftler Michael Bochow stellt fest, daß eine soziologische Analyse allein diese Gründe nicht ausleuchten kann. Auf der Amsterdamer Aids-Konferenz hielt er einen weit beachteten Vortrag, den wir hier leicht gekürzt wiedergeben.

„Was sind die psychologischen und strukturell bestimmenden Größen sowohl für ein Verhalten, das Risiko in Kauf nimmt ('risk-taking behaviour') als auch für Verhaltensänderungen? Diese Frage wurde seit Mitte der 80er Jahre in hunderten Untersuchungen auf regionaler, nationaler und vergleichender transnationaler Ebene nachgegangen.

Da die große Mehrheit der Bevölkerung keinen intravenösen Drogenkonsum praktiziert und auch nicht zur Gruppe der Bluter gehört, ist der wahrscheinlichste Weg einer HIV-Übertragung der sexuelle Übertragungsweg. Die meisten Untersuchungen zum sexuellen Verhalten von bestimmten Bevölkerungsgruppen vor dem Hintergrund von Aids berücksichtigen nicht hinreichend die spezifische psychische und soziale Dynamik von sexuellen Interaktionen.

Dies ist kein Zufall. Obwohl Psychologie und Soziologie im Spektrum der Wissenschaften relativ junge Disziplinen sind, sind sie doch wesentlich etablierter und anerkannter als akademische Disziplinen wie die Sexualwissenschaft. Es ist im übrigen bemerkenswert, wie wenig Soziologie und Psychologie als Universitätsdisziplinen in Lehre und Forschung den Themenbereich Sexualität bearbeitet haben. Es überrascht daher auch nicht, daß eine interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen Psychologie und Soziologie auf der einen Seite und Sexualwissenschaft auf der anderen Seite kaum erfolgte; dies gilt jedenfalls für die Länder, in denen Englisch, Französisch oder Deutsch die Wissenschaftssprachen sind, und dies sind gleichzeitig die Länder, in denen die Sexualwissenschaft überhaupt ein entwickelteres Stadium erreicht hat.

Der unterschiedliche Entwicklungsstand und Durchsetzungsgrad der genannten akademischen Disziplinen hat zur Folge, daß die meisten Faktoren, die herangezogen werden, um ein spezifisches Risikoverhalten zu erklären, nicht sexueller Natur sind. Als Faktoren für „risk-taking behaviour“ werden in der Literatur genannt:

1. Mangelnde Kontrolle des Selbst beziehungsweise mangelnde kritische Ich-Stärke, die häufig auf den Gebrauch von Alkohol oder anderen Drogen zurückzuführen sind.
2. Mangelnde soziale Kompetenz und mangelnde Durchsetzungsfähigkeit in sexuellen Interaktionen; diese werden auf die Zugehörigkeit zu ethnischen Minderheiten, also auf mangelndes kulturelles Kapital in Hinblick auf die jeweilige hegemoniale Kultur zurückgeführt.
3. Mangel an ökonomischen Mitteln, also Armut und eine daraus resultierende soziale Schwäche.
4. Die drei Faktoren können zusammen auftreten und sich gegenseitig verstärken.

Würde ich auf Basis dieser vorliegenden Informationen idealtypisch den Menschen charakterisieren, der in meiner Heimatstadt Berlin mit besonders hoher Wahrscheinlichkeit früher oder später „risk-taking behaviour“ an den Tag legt, so würde ich annehmen, daß er einen angolanischen Vater und eine türkische Mutter hat, arbeitslos

Im Jahr '81 gingen Kraushaar und ich auf Lesereise. In „Männer-Liebe.“ hatten wir die oben angerissene Problematik ausgeführt; Kraushaar schrieb von der Liebe, ich vom Sex – und dieses Spannungsfeld wollten wir nach den Lesungen mit den Zuhörern diskutieren. Mit katastrophalem Erfolg. Das Publikum wollte nicht. Man forderte uns auf, die (Mini)Tantiemen der Schwulenbewegung zu spenden und man fand uns zu gut angezogen (das sind Kriterien!) – aber jedes Gespräch über Homosexualität wurde verweigert. In jeder Stadt.

Dann kam das Virus. In einem der ersten Artikel zu AIDS dachte ich noch, das Sprechen über gelebte Sexualität sei nun unvermeidbar – AIDS als Chance. Das war ein Fehler, denn AIDS war über uns hereingebrochen und fürderhin konnte keine sexuelle Verhaltensänderung selbstbestimmt sein. Von nun an hatte Sex immer etwas von Katastrophenschutz. Unter solchen Bedingungen läßt sich weder frei reden noch frei entscheiden.

Entschieden wurde trotzdem. Weil es sein mußte. Auch wenn im (gesundheits)politischen Bonn immer mal wieder der blöde Slogan „Treue ist der beste Schutz“ mit Weihrauch an den Himmel geschrieben wurde und fast alle über diese Weltfremdheit lachten, haben sich die Beziehungen dem althergebrachten Paar-Ideal angenähert, auf die biedere Spitze getrieben im Ringen um die letzten Weihungen dieser Gesellschaft, um die Ehe.

Untersuchungen bei hetero- wie bei homosexuellen Jugendlichen zeigen deutlich den Trend: Hoch im Kurs stehen Treue und die exklusive Zweierbeziehung. Natürlich ist Spott gegenüber Menschen unangebracht, die sich für eine monogame Beziehung starkmachen, doch es läßt sich nicht leugnen, daß viele der neuen, alten Überzeugungen eine ganz direkte Reaktion auf AIDS sind, im schlimmsten Fall verstehen schwule Partner sich gegenseitig als im wahrsten Wortsinn „Lebensversicherung“.

Auch der Sex außerhalb von Beziehungen hat sich verändert. Beim Blick auf die Homoszene der Neunziger scheint es fast, als ob der Sex – so flüchtig, so vorsichtig und so wenig sich einlassend – zunehmend als Druckentleerung betrieben werde. Es wird weniger geküßt und weniger gebumst. Recht sinnfällig passen in dieses Bild die neuen Körper. Beim urbanen Gay-Tea-Dance etwa triumphiert das Fleisch: Gestählte Körper und gestählte Blicke, Bizeps, Trizeps, Titten soweit das Auge reicht, „Knack-und-Back-Jungs“ auf der Tanzfläche und auf der Bühne, Haut, Sehnen, Muskeln – aber nur als Bild. Bitte nicht berühren! „Ach ja“, seufzt der Hetero-Barkeeper, „die Schwulen wissen Feste zu feiern!“ Aber ich spüre hinter der forcierten Ausgelassenheit nicht selten eine distanzierte, sehr unsexuelle Kühle. Kein Wunder, daß die Go-Go-Boys – die Spitze der Verführung ohne Befriedigung – gerade in diesen Zeiten zum Muß jeder erfolgreichen Party werden.

Klar, die Gegenbewegung ist auch vor Ort: Jack-Off-Treffen, öffentliche Sexparties, neueröffnete Dunkelräume, natürlich unter dem Motto „Gib safer-sex eine Chance“, wie auch sonst? Ich bin ganz froh, daß wenigstens bei diesen und durch diese Veranstaltungen eine Erinnerung wachgehalten wird an den Trieb, das Irrationale, an Spiel und Drama und Verwirrung.

Mag sein, die Verfechter der neuesten Homomode, der schwulen Ehe, die treu in jede Kamera säuseln, sie möchten sich zum Liebespartner öffentlich bekennen dürfen, mag sein, daß auch diese (Ehe-)Männer die alte Spannung spüren zwischen den ungleichen Brüdern Liebe und Sexualität. Nachdem ein Homofunktionär zum ich weiß nicht wievielten mal bei einer Talkshow seine Liebesgemeinschaft vom Staat abgesegnet haben wollte, nachdem herzlich und rührend und allerliebste diese Beziehung verbal mit Myrthenkränzchen bestreut wurde, konnte man den selben Mann etwas später in einer Bar beobachten. Der junge Herr, dem er dort die Zunge in den Hals steckte, war keineswegs sein Möchtegern-Angetrauter.

Mich interessiert hier nicht die Differenz zwischen Wirklichkeit und Medienwirklichkeit, auch Homos haben die Doppelmoral nicht erfunden. Ich empfand diesen Bruch eher als befreiend. Und wenn er nur zeigt, daß wir im Moment alle nicht so recht wissen, wie und wo es weitergeht. ■

ist und als intravenös-drogengebrauchender Alkoholiker auf den Strich geht.

Wie erkläre ich aber dann das Verhalten eines selbstbewußten Mittelschichtschwulen, der sein „coming out“ und „going public“ seit zehn Jahren erfolgreich absolviert hat, durch seine Integration in schwule Netzwerke bestens über Aids informiert ist und dennoch mehrere ungeschützte anal-genitale Kontakte im Laufe von drei Jahren hatte?

Oder wie erkläre ich das Verhalten einer seit vier Jahren geschiedenen Mutter von zwei Kindern, die einen neuen Liebhaber hat, und die sich nicht hinreichend über die gemeinsame „Serostatus-Kompatibilität“ Rechenschaft ablegt, sondern ihrem Verlangen nach einer ungehinderten sexuellen Vereinigung spontan und heftig nachgibt?

Anhand der von mir herangezogenen Beispiele wird deutlich, daß eine Erklärung von „risk taking behaviour“ über die bloße Berücksichtigung sozialstruktureller Faktoren nicht hinreichend erfolgen kann. Ich will dieser analytischen Dimension ihre Bedeutung keineswegs absprechen. Zu dem seit langem gesicherten medizinsoziologischen Wissensstand gehört, daß Personen in sozial benachteiligten Lebenslagen viel höhere Gesundheitsrisiken eingehen und ein geringeres Gesundheitsbewußtsein an den Tag legen als sozial weniger benachteiligte Menschen.

Michael Pollak hat die Auswirkungen von sozialen Disparitäten auf unterschiedliche Risikostrategien homosexueller Männer in Frankreich beispielhaft in seinem bedeutenden Werk „Les Homosexuels et le SIDA. Sociologie d'une epidemie“ (Pollak 1988) analysiert. Anik Prieur hat in ihrer norwegischen Studie wertvolle Ergänzungen hierzu geliefert (Prieur 1991).

Für sozioökonomisch besonders benachteiligte Menschen scheint das Problem allerdings in einem generellen Mangel an sozialen Chancen und sozialen Kompetenzen zu bestehen. Aufgrund defizitärer psychosozialer Kompetenzen ist dieser Personenkreis in geringerem Maße in der Lage, seine Interessen in sozialen Aushandlungsprozessen und Interaktionen durchzusetzen. Zu vermuten ist, daß für diese Personen die sozialstrukturell bedingten Defizite so groß sind, daß Maßnahmen, die sich lediglich auf den Bereich der Aids-Prävention beziehen, eine viel zu begrenzte Reichweite haben, um an der Lebenssituation der Betroffenen etwas zu ändern. Die beste Aids-Präventionspolitik in dieser Hinsicht ist, den Wohlfahrtsstaat auszubauen und die uneingelösten Verheißungen thatcheristischer



Foto: Jörn Hartmann

Die Art des „Safer Sex“, der beim Sex außerhalb fester Freundschaften von homosexuellen Männern praktiziert wird, geht weit über die von den Aids-Selbsthilfegruppen empfohlenen Vorsichtsregeln hinaus.

Homosexuelle Männer haben höchst individuelle Risikostrategien entwickelt, die stark abhängig sind vom gefühlsmäßigen Kontext sexueller Handlungen.

Wirtschaftspolitik einschließlich der verwandten US-amerikanischen Strategien als illusionär und sozial schädlich zurückzuweisen.

Übereinstimmend belegen viele Studien aus Nordamerika, Frankreich, Großbritannien und Deutschland, daß sich in sexuellen Interaktionen homosexueller Männer außerhalb fester Beziehungen die Normen des „Safer Sex“ durchgesetzt haben. Von einem allgemein abnehmenden Risikobewußtsein gegenüber Aids unter homosexuellen Männern kann keine Rede sein. Die traumatischen Auswirkungen von Aids haben jedoch bewirkt, daß Analverkehr außerhalb der festen Beziehungen von homosexuellen Männern eher selten vorkommt. Dies ist auch die Ursache dafür, daß ungeschützte risikoreiche anal-genitale Kontakte außerhalb fester Beziehungen lediglich sporadisch vorkommen. Bei sexuellen Interaktionen außerhalb fester Beziehungen dominieren eindeutig mutuelle Masturbation und – dies aber schon im geringeren Umfang – oral-genitale Kontakte. Bei oral-genitalen Kontakten kommt es ebenfalls lediglich sporadisch zur oralen Aufnahme von Sperma.

Das Kondom ist zweifellos ein Mittel der Infektionsvermeidung, es ist damit aber gleichzeitig ein ängstigendes Symbol der Präsenz von HIV und Aids. Martin Dannecker hat diesen Sachverhalt eindrucksvoll analysiert: „Widerstände gegen den Gebrauch des Kondoms auch beim Analverkehr erwachsen jedoch nicht nur aus der Einschränkung der sexuellen Empfindungen oder aus der Unfähigkeit der meisten homosexuellen Männer, ein Stück Gummi erotisch zu besetzen. Das Kondom schränkt das sexuelle Erleben auch dadurch ein, daß es auf das innigste mit Aids verschränkt ist. Für homosexuelle Männer hat das Kondom nur eine Bedeutung: es soll HIV-Infektionen verhindern. Zu kaum einem anderen Zweck wird das Kondom von homosexuellen Männern benutzt als dem, nicht eines Tages an Aids zu erkranken. Benutzen sie es aber, entfalten sich szenisch all jene ängstigenden Vorstellungen, von denen sie sich gerade durch den Gebrauch des Kondoms distanzieren möchten. Diesem Dilemma, durch den Gebrauch des Kondoms die Evokation von Aids auszulösen, entziehen sich wahrscheinlich nicht wenige homosexuelle Männer, indem sie sich bei sexuellen Interaktionen auf Praktiken beschränken, bei denen man, wenn schon nicht auf Vorsichtsmaßnahmen, so doch auf das Kondom und damit auf das zentrale Symbol der Präsenz von Aids verzichten kann.“ (Dannecker 1990, S. 107).



Foto: Jürgen Baldiga

Ein anderes wichtiges Ergebnis der Befragungen homosexueller Männer in den letzten Jahren ist, daß ein bedeutsamer Anteil von fest befreundeten Männern mit einer hohen Frequenz von anal-genitalen Kontakten angibt, diese gelegentlich oder häufiger in ungeschützter Form mit dem festen Freund zu haben, und ein kleiner Teil angibt, Kondome nie zu benutzen. Hervorgehoben werden muß, daß diese ungeschützten anal-genitalen Kontakte häufig sind zwischen fest befreundeten Männern mit unterschiedlichem Serostatus oder mit unbekanntem Serostatus darstellen.

Sexualkontakte innerhalb fester Beziehungen erlauben zwar ein ganz anderes „Risiko-Management“ als Sexualkontakte außerhalb fester Beziehungen, zu fragen bleibt jedoch, ob nicht häufig die Beziehungsdynamik eine Abklärung des Infektionsrisikos durch ungeschützte anal-genitale mit dem festen Freund verhindert. Ein Großteil der Neuinfektionen mit HIV bei homosexuellen Männern könnte in diesem Kontext erfolgen.

Feste Beziehungen sind immer begleitet von der Phantasie der Gemeinsamkeit der beiden Partner, unabhängig davon, ob sie in der Realität der festen Beziehung auch eingelöst wird. Das Gefühl der Liebe, das in festen Beziehungen hergestellt oder zumindest phantasiert wird, kann ein reflektiertes „Risiko-Management“, das in sexuellen Interaktionen außerhalb fester Beziehungen sehr viel leichter praktikabel ist, außer Kraft setzen. Für fest befreundete Männer kann das Kondom nicht nur die Präsenz von Aids symbolisieren, es kann auch als unerträgliche Trennung vom geliebten Partner erlebt werden. Beides, die Symbolisierung von Aids durch das Kondom wie auch das Gefühl, an der sexuellen und affektiven Vereinigung gehindert zu werden, kann den Verzicht auf den Gebrauch des Kondoms bewirken.

Das Verlangen nach Vertrauen und Intimität, wie auch das Verlangen, dem Diktat der Präventions-„Gebote“ zu entkommen, spielt demnach bei sexuellen Interaktionen innerhalb fester Beziehungen eine sehr viel größere Rolle. Das Gefühl des durch das Kondom Getrennt-Bleibens kann in sexuellen Interaktionen außerhalb fester Beziehungen sehr viel leichter ertragen werden als in Liebesbeziehungen.

Das Verliebtsein setzt kontrollierende Impulse zeitweise außer Kraft.

Die starke affektive Tönung von sexuellen Interaktionen in Liebesbeziehungen führt häufig zu anderen Verhaltensmustern als in sexuellen Interaktionen außerhalb fester Beziehungen, die weniger affektiv aufgeladen sind. Sexuelle Interaktionen außerhalb fester Beziehungen sind der bewußten Kontrolle und einem individuellen „Risiko-Management“ sehr viel zugänglicher.

Dies bedeutet nicht, daß gelegentliche sexuelle Kontakte ganz ohne Probleme wären, was ein bestimmtes Risikoverhalten anbelangt. Jede feste Beziehung entsteht im Kontext sozialer und sexueller Kontakte außerhalb fester Beziehungen. Die starke Emotionalisierung eines flüchtigen Kontaktes ist jederzeit möglich. Gelingende sexuelle Interaktionen enthalten die „promesse de bonheur“, das Versprechen einer festen Beziehung. Feste Beziehungen und gelegentliche Kontakte sind nicht durch eine chinesische Mauer getrennt. Die Phantasie ist immer ein potentiell handlungsbeeinflussender Faktor. Auch die phantasierte Beziehung kann auf ein Risikoverhalten während eines gelegentlichen sexuellen Kontaktes hinauslaufen. Die aufgrund von psychischen und physischen Bedürfnissen entwickelten sexuellen Phantasien müssen bei der Analyse von sexuellen Interaktionen ebenso berücksichtigt werden wie das Wirken von unbewußten Prozessen jenseits eines kontrollierenden Bewußtseins.

Ungeschützte anal-genitale Kontakte können deshalb auch bei sexuellen Interaktionen außerhalb fester Beziehungen bedeuten, daß die Distanzierung vom Partner, die eine Benutzung des Kondoms möglicherweise symbolisiert, vermieden wird. Das bisher Gesagte gilt im übrigen keineswegs lediglich für homosexuelle Männer, die nur als exemplarische Gruppe herangezogen wurden, es gilt ebenso für heterosexuelle Personen, die sexuelle Interaktionen innerhalb und außerhalb fester Beziehungen eingehen.

Diese Sichtweise hebt sich radikal ab vom Versuch, „risk-taking behaviour“ als „relapse-Situationen“ zu begreifen. Relapse (Rückfall) ist eine Kategorie, die starke Konnotationen zur Analyse von

Suchtverhalten hat. Sexualität ist aber keine Sucht, ungeschützter Analverkehr oder Vaginalverkehr ebenfalls nicht.

Die Suche nach der uneingeschränkten und das heißt auch ungeschützten Intimität sexueller Begegnungen ist psychologisch betrachtet ein höchst „gesundes“ Verhalten.

Ich möchte in diesem Zusammenhang nicht ausführlicher auf die „relapse-Diskussion“ der vergangenen zwei Jahre eingehen, sondern lediglich auf den gerade erschienenen sehr erhellenden Artikel von Hart u. a. im letzten Heft der „Sociology of Health and Illness“ (Hart et al. 1992) verweisen.

Die Autoren kommen zu einem ähnlichen Schluß, wie ihn Peter Davies und Peter Weatherburn schon 1991 gezogen haben: „... unserer Auffassung nach ist die Mehrheit von denen, die nach wie vor 'unsafes' Sex betreiben, weder verrückt noch bössartig...“ (Davies/Weatherburn 1991, S. 116). Dieser Einschätzung ist nichts hinzuzufügen. Allerdings folgt hieraus, daß die Erklärungsmuster, die Martin P. Levine und Karolynn Siegel in ihrem Artikel „Unprotected Sex: Understanding Gay Men's Participation“ (Levine/Siegel 1992) bemüht haben, in höchstem Maße ihren Gegenstand verfehlen. Die Autoren haben in New York über 100 Männer interviewt, die angaben, auch „Unsafe Sex“ zu praktizieren. Die Interviews ordneten sie dann nach dem Muster einer Gerichtsverhandlung unter der Rubrik „Rechtfertigungen“ oder „Entschuldigungen“: „Rechtfertigungen setzen die Verantwortlichkeit für den Akt voraus, aber verneinen, daß es ein ungehöriges oder fragwürdiges Verhalten war. Entschuldigungen gestehen ein, daß der Akt verwerflich und unangebracht ist, aber ziehen die Schuldgefühle für den Akt in Zweifel, entweder durch die Suche nach einem Sündenbock oder durch die Berufung auf Gründe wie Unfälle, Unmöglichkeit oder körperliche Triebe.“ (Levine/Siegel 1992, S. 50).

Verwunderlich ist, daß Sozialwissenschaftler, die ihre wissenschaftliche Sozialisation im größten und entwickeltsten Wissenschaftssystem der Welt erfahren haben, eine so seltsame Taxonomie entwickeln, die sie dazu führt, Schuldsprüche über ihre Probanden zu fällen. Wer sich dieser Terminologie bedient, verstößt zum einen gegen eine zentrale Kunstregel der empirischen Sozialforschung, die da lautet: „erklären und beurteilen, aber nicht verdammen und verurteilen“, zum anderen verfehlt er systematisch die Dynamik sexueller Interaktionen und die Motive, Phantasien, Sehnsüchte und Wünsche, die ihnen zugrunde liegen und die sie begleiten.

Eine sexuelle Interaktion mit einem Partner zu beginnen, bedeutet etwas anderes, als sich in ein Auto zu setzen und den Sicherheitsgurt anzulegen. Dabei wollen wir keinesfalls die erotischen Qualitäten, die das Fahren eines Autos mit hoher PS-Zahl für viele Männer hat, vernachlässigen. Risikoverhalten in sexuellen Interaktionen hat für die Beteiligten auch einen anderen Bedeutungsgehalt als die Benutzung oder Nichtbenutzung einer besonders guten Zahnpasta zur Vermeidung von Karies. Sexualität ist die intimste Kommunikationsform, die Menschen zur Verfügung steht. Ich habe große Zweifel, ob das begriffliche und theoretische Rüstzeug von Sozialepidemiologen ausreicht, um sexuelle Interaktionen zu verstehen und auf der Basis von sozialepidemiologischen Untersuchungsergebnissen angemessene Schlußfolgerungen für zielgruppenspezifische Strategien der Primärprävention zu ziehen.

Meine Argumentation liegt damit ganz auf der Linie der australischen Kollegen, die gefordert haben: „Die Forschung benötigt mehr anspruchsvolle Analysen über das Problem des Werbens für Safer Sex, um diese dann zu quantifizieren und in Wechselbeziehung zueinander zu bringen“ (Dowsett et. al. 1992, S. 7).

Wenn das Beispiel der homosexuellen Männer uns etwas lehrt, ist es, daß Risikostrategien und auch „risk reduction strategies“ sehr viel individueller gelebt werden als es die Empfehlungen der Selbsthilfegruppen zu Safer Sex zwischen 1986 und 1989 vermuten ließen. Das Risikoverhalten homosexueller Männer in Hinblick auf HIV und Aids wie auch das der heterosexuellen Bevölkerung ist in bedeutendem Maße abhängig von der affektiven Tönung der eingegangenen sexuellen Interaktionen und vom personalen und situativen Kontext dieser Interaktionen. Es ergeben sich zwangsläufig höchst individuelle Konstellationen, die nur mikrosoziologisch oder individualpsychologisch zu begreifen sind.

So wichtig es ist, den sozialstrukturellen Hintergrund der Adressaten von Präventionspolitik zu berücksichtigen und so unerlässlich es ist, die kulturellen Normen, die unter ihnen herrschen, zu verstehen, so zwingend ist es, zu begreifen, daß nur die Feinanalyse der psychischen Aspekte sexueller Interaktionen in der gegenwärtigen Phase der Aids-Epidemie neue aufschlußreiche Hinweise für die Gestaltung ausdifferenzierter Präventionsstrategien geben kann. Die weiter zu entwickelnden Informations- und Beratungsangebote und die szenorientierten Maßnahmen für alle möglichen Bevölkerungsgruppen müssen den angesprochenen Personen helfen, individuelle Lösungen für individuelle Probleme zu entwickeln. Dies betrifft vor allem das „Präventions-Dilemma“, das darin besteht, daß einerseits der angemessene Gebrauch eines Kondoms eine mögliche Übertragung des HI-Virus verhindert, daß aber andererseits das Kondom für viele Menschen schwer zu integrieren ist in den lustvollen Ablauf von sexuellen Interaktionen.

Von herausragender Bedeutung in diesem Zusammenhang ist es hervorzuheben, daß ein Verstehen von sexuellen Handlungsmustern im Nachvollzug der Dynamik sexueller Interaktionen und sexueller Phantasien gründet und nicht in der sozialen oder sozialwissenschaftlichen Konstruktion von Problempersonen mit Fehlverhalten. ■

Aktuell

Herausgeber: Deutsche AIDS-Hilfe e.V., Bundesverband der regionalen AIDS-Hilfen

Redaktion: Jürgen Neumann, Sönke Müller

Redaktionelle Mitarbeit: Annette Fink

V.i.S.d.P.: Michael Lenz

Redaktionsanschrift: Deutsche AIDS-Hilfe e.V., Redaktion Aktuell, Dieffenbachstr. 33, Postfach 61 01 49, 1000 Berlin 61

Telefon: 030 - 69 00 87 - 26

Telex: 06576 aids d

Telefax: 030 - 69 00 87 42

ISSN: 0937-1923

Autoren dieser Ausgabe: Herbert Beckmann; Holger Beckmann; Michael Bochow; Andreas Borchers; Christopher Bram; Michael Ewers; Claudia Fischer; Matthias Frings; Kalle Gerber; Hans Peter Hauschild; Werner Hermann; Dieter Kleiber; Tilman Krause; Dirk Ludigs; Mechthild Maurer; Anand Pant; Michael Rödger; Jörg Schulze; Beate Steven; Heino Stöver; Matthias Wienold; Martin Wilke

Übersetzungen: Klaus-Dieter Beißwenger, Sönke Müller

Layout: Carmen Janiesch

Titelgestaltung: Oliver Lehmann

Fotos: Jürgen Baldiga; Friedrich Baumhauer; Michael Bidner; Gai Pied Hebdo; Martin E. Kautter; Barbara Krumme; Sönke Müller; Sabine Sauer; Torsten Schmidt; Gertrud Vogler

Textfassung: Arnold Dörr; Margitta Kresin; Kim Müller

Satz: Reinhold Speckels und Thomas Kubitzky, Berlin

Druck: Oktober-Druck, Berlin

Auflage: 5.000

Aktuell erscheint fünfmal jährlich. Einzelexemplar: DM 5,00, im Jahresabonnement: DM 37,50. Abo-Coupon in diesem Heft - für D.A.H.-Mitglieder kostenlos. **Aktuell Nr. 5 1992** erscheint voraussichtlich im Dezember.

Beiträge, die namentlich gekennzeichnet sind, geben nicht unbedingt die Meinung der Redaktion wieder. Die Redaktion behält sich vor, Leserbriefe gekürzt zu veröffentlichen. Jeglicher Nachdruck von Beiträgen, auch auszugsweise, ist nur nach vorheriger Genehmigung durch den Herausgeber und nur mit Quellenangabe gestattet. Mitgliedern der Deutschen AIDS-Hilfe steht der Nachdruck der Beiträge mit Quellenangabe in Vereinspublikationen frei.

Eigentumsvorbehalt: Die Zeitschrift bleibt solange Eigentum des Absenders, bis sie dem Gefangenen persönlich ausgehändigt wird; auf § 31 Abs.3 StVollzG wird besonders hingewiesen. Hiernach kann der Anstaltsleiter Schreiben anhalten, wenn sie grobe, unrichtige oder erheblich entstellende Darstellungen von Anstaltsverhältnissen enthalten. Wird die Zeitschrift dem Gefangenen nicht persönlich ausgehändigt, wobei eine „Zurhabnahme“ keine persönliche Aushändigung im Sinne dieses Vorbehalts darstellt, ist sie dem Absender unter Angabe des Grundes zurückzusenden.

Spendenkonto Deutsche AIDS-Hilfe e.V.: 000 3500 500 **Deutsche Apotheker- und Ärztebank, BLZ 100 906 03**

Spendenbescheinigungen werden auf Wunsch zugesandt.

Frau Becker, Aids ist ein gesellschaftliches Thema geworden, politisch, publizistisch, auch kulturell. Hat sich dadurch auch die individuelle Verarbeitung verändert? Gibt es insbesondere für jemanden, der heute positiv wird, andere Möglichkeiten mit seiner Sexualität umzugehen, als für den, der vor acht Jahren positiv wurde?

Gut, einiges hat sich für Positive sicherlich geändert. Früher hatten viele stärker das Gefühl der Verfolgung durch die Gesellschaft. Vor einigen Jahren sah es ja so aus, als würden Positive, die das Virus weitergeben, drastisch verfolgt. Als in Nürnberg deswegen ein Mann verurteilt wurde, gab es fast keinen Patienten, für den das keine Rolle spielte. Ich kann mich nicht daran erinnern, in den letzten zwei Jahren etwas über einen solchen Prozeß gelesen zu haben. Die Angst vor der Verfolgung durch die Gesellschaft ist geringer geworden, weil diese Bedrohung geringer geworden ist. Diese Angst spielt in der individuellen Bearbeitung kaum noch eine Rolle, dafür andere, z. B. in Bezug auf die schwule Szene.

Die größte Veränderung ist wohl die, daß jemand, der vor acht Jahren positiv war, kaum einen anderen kannte, der ebenfalls betroffen war. Wer heute positiv oder krank wird, der ist in der Regel schon mit anderen konfrontiert gewesen, denen es auch so geht. Wenn man alle Stadien der Krankheit schon bei anderen Leuten erlebt hat, wird sich das auch auf das eigene Erleben stark auswirken.

Diese ständige Erfahrung von Sterben halte ich für das Einschneidendste für alle Bereiche des Erlebens. Das ist eine kollektive Erfahrung. Alles andere halte ich für individuell.

Das hieße, es hätte kaum einen Einfluß auf die eigene Verarbeitung, daß es heute weit mehr Leute gibt, die sich mit ihrem positiven Leben an die Öffentlichkeit begeben und ihre Erfahrungen äußern?

Ich kann mir das schwer vorstellen, es sind doch nur bestimmte Leute, denen es gut tut, sich zu veröffentlichen. Ich habe den Eindruck, daß es den meisten mehr hilft, für sich damit umzugehen, wenn sie die Erfahrung machen, daß jemand weiß, daß sie positiv sind und sie nicht auf diese eine Eigenschaft festlegt. Anfangs haben Sie nach der Sexualität gefragt. Von welcher Bedeutung kann es sein, wenn Sie jemanden hören oder sehen, der öffentlich sagt, er könne seine Sexualität leben? Da hören Sie doch nicht, wie Sie Ihre leben können. Viele haben ja noch nicht herausgefunden, welche Art von Sexualität sie wirklich wollen, sie haben sich aber schon infiziert.



Fotos: Sönke Müller

„Das ist voyeuristisch“

Ein Gespräch mit der Frankfurter Psychologin Sophinette Becker über die Auswirkungen der HIV-Infektion auf die Sexualität schwuler Männer.



Häufigkeit, an dem, was man konkret sexuell macht, nicht viel ändert – aber an der Bedeutung ändert sich vielleicht etwas, an der Funktion, die Sex bekommt. Sie finden die verschiedensten Reaktionen. Sie finden Leute, die das entwickeln, was wir schon vor vielen Jahren sexuelle Depressionen nannten, die erst einmal ein halbes Jahr mit überhaupt niemanden Sexualität haben. Dafür gibt es die unterschiedlichsten Gründe.

Jemand kann etwa die gesellschaftliche Aussage, er sei jetzt der Infizierter, der Täter, die Virusschleuder, so verinnerlichen, daß es deshalb nicht mehr geht. Jemand anderes kann in der Entwicklung dessen, was er sexuell will, eigentlich erst an so einem mittleren Punkt gewesen sein, das noch gar nicht richtig herausgefunden haben und plötzlich Angst vor dem bekommen, was da noch an Phantasien auftaucht. Das ist sicherlich abhängig von der unbewußten Einstellung gegenüber der eigenen Homosexualität. Und gegenüber der Sexualität überhaupt. Es gibt ja auch Homosexuelle, die haben akzeptiert, daß sie homosexuell sind, aber noch nicht, daß sie sexuell sind. Bei einem dritten hängt es von der Beziehungsdynamik ab, davon, ob er einen Freund hat oder nicht, wie die Beziehung ist, welche Rolle die Sexualität in ihr gespielt hat.

Das alles können Sie nicht verallgemeinern. Wie sich die Sexualität eines Positiven entwickelt, hängt von seiner persönlichen Biographie ab; und persönliche Biographien gibt es so viele, wie es Infizierte gibt. Sie scheinen aus diesem einen gemeinsamen Merkmal, nämlich positiv zu sein, noch mehr Gemeinsamkeiten ableiten zu wollen – ich glaube nicht, daß das möglich ist.

Die müssen erstmal wissen, welches ihre Sexualität ist und welches ihre unter den Bedingungen der Infektion und der Krankheit ist und in dem Milieu, in dem sie sich bewegen. Da tritt dann so ein selbstbewußter Ledermann auf und zeigt, daß er seine Sexualität gut leben kann. Was sagt das dem jungen Mann, doch erst mal nur, daß der es gut kann. Die Aids-Hilfe orientiert sich stark an den selbstbewußten Positiven. Ich glaube nicht, daß es da eine Möglichkeit zur Identifikation gibt.

Gerade die Schwulen haben sich durch Sex infiziert. Sex bekommt dadurch für viele eine andere Bedeutung, ist etwas, was nicht gut ist, was tötet. Viele reagieren so, daß sie für einen längeren Zeitraum keinen Sex mehr haben können oder wollen. Bei anderen scheint die Tatsache, daß sie positiv sind, keine sichtbaren Auswirkungen auf ihre Sexualität zu haben...

Natürlich gibt es Leute, bei denen sich erst einmal an der Praxis, an der

Es hat also auch keine kollektiven Rückwirkungen, daß Aids eine sexuelle Infektion ist?

Gut, da ist die Tatsache, daß man das Virus weitergeben kann. Das spielt natürlich für alle Positiven eine Rolle. Aber auch damit wird ja in sehr unterschiedlicher Weise umgegangen. Sagt man es seinem Sexualpartner oder nicht? Sagt man es nur seinem Freund oder auch dem Partner im Park oder der Sauna? Zu welchem Zeitpunkt? Hält man es überhaupt für richtig, darüber zu reden? Es gibt die durchaus berechnete Einstellung: „Da sollen die anderen sich drum kümmern. Die Aids-Hilfe macht so viel Prävention. Ich bin nicht alleine verantwortlich, aber ich halte mich an bestimmte Regeln, oder praktiziere bestimmte Dinge nicht.“ Und auch hier gibt es Unterschiede. Jemand, der sich an alle Regeln hält, kann trotzdem ständig in der Angst leben, seinen Partner zu infizieren, für andere ist die Einhaltung der Regeln eine große Entlastung.

Die Frage nach den Gemeinsamkeiten oder den Unterschieden in der Verarbeitung birgt eine Gefahr. Es wird ja jetzt auch wissenschaftlich geforscht, um herauszufinden, wer die „Bösen“ sind, die sich nicht immer schützen oder andere mal nicht schützen. Ich befürchte, daß bei solchen Forschungen herauskommt, daß jemand mit dieser oder jener Psychopathologie oder Charakterstruktur andere nicht genug schützt. Sagen wir es mal so: Einer, der depressiv ist und sowieso immer Angst hat, anderen Leuten etwas anzutun, der ist präventiv „optimal“ und ein anderer, der weniger depressiv ist, der wird auch weniger Wert auf den Schutz legen. Das ist alles Unsinn. Mein Eindruck ist, daß situative Bedingungen dafür ausschlaggebend sind. Was ich ganz gut kenne – das ist der Wunsch oder die Phantasie, nicht infiziert zu sein. Das kann zum Beispiel der Grund sein, warum man andere nicht schützt.

„Heute bin ich nicht infiziert“ ... das klingt komisch, das taucht aber oft auf. Das kann ich auch sehr gut nachvollziehen; wenn man mit all diesen Bedrohungen lebt, daß man auch mal den Wunsch hat, es nicht zu sein, ohne daß ich denjenigen gleich für einen verantwortungslosen Desperado halte. Gut – da können natürlich jetzt die Oberschützer kommen, – obwohl die zur Zeit damit beschäftigt sind, Ausländer zu verfolgen und Aidskranke deshalb in Ruhe lassen – und können sagen: Wenn das so ist, dann müssen wir es eben ganz verbieten, dann sollen die gar keine Sexualität mehr haben – wenn das jedem passieren kann. Und ich behaupte, daß das jedem passieren kann, außer er bleibt über Jahre hinweg depressiv.

Blieben wir noch etwas bei der Phantasie. Ein Freund hat mir erzählt, daß nicht nur sein sexuelles Verhalten sich nach seinem positiven Testergebnis verändert hätte, sondern auch seine Phantasien. Früher hatte



Diese ständige Erfahrung von Sterben halte ich für das Einschneidendste für alle Bereiche des Erlebens. Das ist eine kollektive Erfahrung. Alles andere halte ich für individuell.

er Analverkehr als etwas besonders Lustvolles erlebt, jetzt hat er überhaupt keinen Sex mehr mit anderen Männern. Und nicht einmal beim Onanieren kann er die Vorstellung von einem „geilen Fick“ als Wichsvorlage produzieren. Er hat es nicht mehr als Phantasie parat, es ist wie hinter einem Nebel verborgen. Wenn er es dennoch versucht, muß er das Onanieren abbrechen.

Das was Sie jetzt beschreiben, das kenne ich auch. Vor allem am Anfang, wenn das Wissen um die eigene Infektion noch frisch ist. Ich kenne es seltener, daß das dann wirklich über Jahre bleibt. Inzwischen haben wir ja mit Leuten zu tun, die schon bis zu acht Jahren positiv sind und sich möglicherweise ganz gut arrangiert haben. Aber auch das kann schwanken. Vielleicht gelingt es Ihrem Freund, halbwegs einen Einklang herzustellen zwischen seinen Wünschen und dem, was er konkret tut. Vielleicht verzichtet er auf den Analverkehr, weil er Angst hat, seinen Partner anzustecken – die Gefahr ist ja auch groß – und er kommt einigermaßen damit klar und muß sich gar nicht mehr dauernd damit beschäftigen. Und dann stirbt ein guter Freund, von dem er das nie gedacht hätte, das passiert ja immer wieder, und plötzlich gibt es einen Einbruch. Dann spielt das wieder für eine bestimmte Zeit eine viel größere Rolle in seinem Gesamterleben, aber auch in seinem sexuellen Erleben.

Oder es spielt eine Rolle, ob der Freund auch positiv oder ob er negativ ist, oder ob sie es nicht

wissen, oder ob man selber es schon ganz lange geahnt hat ... Die meisten Leute, die ich kenne, hatten ja vorher schon lange eine Ahnung und hatten sich zu einem bestimmten Zeitpunkt entschlossen, sich testen zu lassen. Dann hat es auch schon untergründig Auseinandersetzungen damit gegeben.

Einen solcher Einbruch kann auch durch eine Änderung in der Beziehungsdynamik hervorgerufen werden. In vielen schwulen Beziehungen gibt es die Vereinbarung: „Wir sind nicht eifersüchtig“ – was ja fast nie stimmt; meistens ist einer eifersüchtiger als der andere, aber die Vereinbarung ist so und man hat sich irgendwie daran gehalten. Jetzt wird einer von beiden positiv; derjenige, der der nicht-häusliche Typ war. Der andere hat ihm bisher nichts vorwerfen können, weil man ja vereinbart hatte: „Wir sind frei und nicht eifersüchtig“. Jetzt kriegt das eine andere Bedeutung, weil das heißt, er könnte andere anstecken. Vielleicht verzichtet er auf „Seitensprünge“, bekommt aber damit eine andere Rolle in der Beziehung. Er wird selber häuslicher, oder er muß sich konfrontieren mit seiner Schwäche, etwa weil er krank geworden ist. Dadurch werden an seinen Freund, der vorher scheinbar der Schwächere war, andere Anforderungen gestellt. Das verändert ja auch wieder die Sexualität untereinander.

Wie wird das denn gehandhabt in Beziehungen, wenn man immer ungeschützt miteinander geschlafen hat und nun ist ein Partner positiv?

Manche machen bestimmte Praktiken nicht mehr. Andere können erstmal überhaupt nichts mehr machen, wobei es nicht nur so ist, daß der Negative nun unbedingt derjenige ist, der dann sexuell kein Interesse mehr hat. Das kann genauso gut auch der Positive sein. Worauf Sie, glaube ich, hinauswollen ist, daß die Infektion natürlich im Kopf nie ganz weg ist – und sie könnte durchaus mal in bestimmten Momenten weg sein, gerade wenn man so lange positiv ist. Niemand hält es aus, immer irgendeine Katastrophe im Kopf zu haben. Das kennen Sie von sich selber.

Wir haben uns schon daran gewöhnt, daß nicht mehr alle drei Wochen, sondern jede Woche ein Ausländerwohnheim überfallen wird. Das erste Mal war man entsetzt, das zweite Mal immer noch entsetzt. Das ist man jetzt auch noch, aber man ist sozusagen auf Reserve entsetzt. Oder wir hören von Umweltkatastrophen und vom Krieg. Wenn Sie sich das alles immer auf einmal bewußt machen würden, könnten Sie nach jedem Anlaß in die Psychiatrie gehen.

So ist es auch bei jemandem, der mit solch einer Eventualkatastrophe wie dem Ausbruch der Aids-Erkrankung lebt, der kann auch nicht immer gleichmäßig daran denken. Aber es ist natürlich so, da er zum Beispiel durch das Erkranken von Freunden immer wieder daran erinnert wird. Letzlich gibt es keine Gewöhnung.

Haben Sie erlebt, daß Beziehungen zwischen einem Positiven und einem Negativen daran zerbrechen, weil beide nicht mit der Aussicht klarkommen, sich künftig immer und ohne Ausnahme schützen zu müssen?

Eher selten, zumindest in längeren Beziehungen. Aber es gibt auch das Umgekehrte. Es wäre sicher ein Irrtum zu glauben, daß es nur darum geht, wie sehr der Positive den Negativen schützt. Es gibt viele Beziehungen, in denen der Negative das Getrennt-sein durch den Schutz nicht aushält und darauf besteht, sich nicht mehr zu schützen.

Geht das? Kann sich ein Positiver darauf einlassen? Werden da nicht unglaubliche Ängste und Schuldgefühle in Gang gesetzt?

Nicht unbedingt. Manche Leute wissen relativ genau, daß sie vielleicht in den letzten zwei Jahre keine anderen Beziehungen hatten, der eine wird getestet aus irgend einem Zufall und ist positiv. Jetzt



Sie sehen aus allem, was ich sage: Ich verwahre mich wirklich – und je mehr Positive ich kenne, desto mehr – daß es irgend etwas gibt, daß man auf den Nenner bringen könnte: „So ist es bei den Positiven mit der Sexualität“.



gischen Forschung; ich denke, Positive haben genug zu tun mit ihrer Krankheit oder mit dem Sterben ihrer Freunde – jetzt werden sie auch noch von Hinz und Kunz erforscht. Ich habe dann eher den Impuls, man soll die Leute davor schützen, und ihnen möglichst viele Räume geben, oder dafür sorgen, daß sie sie haben. Ich erlebe auch Positive, die ganz erleichtert sind, wenn ich ihnen sage: „Sie brauchen gar keine Therapie. Es hat Ihnen jemand eingeredet, daß Sie sich jetzt mit dem Tod und mit Ihrer Sexualität auseinandersetzen müßten. Sie haben es bisher eigentlich ganz gut hingekriegt – wenn Sie mich wirklich brauchen, kommen Sie wieder.“

Aber dann bieten die Aids-Hilfen noch irgendeine Gruppe zur positiven Bewältigung des Positiveins an und noch dieses und jenes. Ich habe mich auch immer schon gegen diese Überversorgung gewandt. Da gibt es tausend überflüssige Untersuchungen, etwa wie man richtig trauert, wie man falsch trauert; das finde ich alles entsetzlich und manchmal habe ich das Gefühl, das einzige, was wirklich immer weiter geht, ist das Sterben von immer mehr Leuten.

Frau Becker, vielen Dank für das Gespräch.

Mit Sophinette Becker sprachen Sönke Müller und Jürgen Neumann

stellen sie fest, sie haben zwei Jahre miteinander Sex gehabt, ohne daß etwas passiert ist. Es ist nicht leicht, sich dann zu sagen, man sei trotzdem gefährdet. Da kann auch die Phantasie aufkommen: Zwei Jahre ist nichts passiert, warum sollte es jetzt.

Es gibt auch andere Vorstellungen, die ich nachvollziehen kann: Wenn ich mich nicht schütze, passiert auch meinem positiven Freund nichts. Dann wird er nicht krank. Das kann natürlich auch ein gewisser Sog sein mit fast magischen Vorstellungen: Wenn wir beide uns jetzt nicht schützen, sind wir entweder im Tod vereint, oder wir schaffen es – beide ...

Sie sehen aus allem, was ich sage: Ich verwahre mich wirklich – und je mehr Positive ich kenne, desto mehr – daß es da irgend etwas gibt, daß man auf den Nenner bringen könnte: „So ist es bei den Positiven mit der Sexualität“.

Das ist Ihr gutes Recht. Aber wenn man das zuende denkt, heißt das: Am besten nicht darüber reden und jedem seine individuelle Form überlassen. Vielleicht Therapeuten ausbilden wie Sie, die den Prozeß der eigenen Verarbeitung unterstützen können. Warum die Zurückhaltung?

Ich mag diesen Blickwinkel nicht. Warum schauen Sie auf die Sexualität der Positiven und Kranken? Da ist etwas voyeuristisches dabei, das mich stört. Ich könnte Ihnen am laufenden Band erzählen: Dieser Patient macht das, der andere jenes. Wozu? Ich wende mich seit Jahren gegen eine gewisse Form der psychologischen

Du warst einfach da

Von einem, der positiv ist, in einen „negativen“ verliebt und mit ihm Sex haben will.

An den „Augen“blick in Andreas Kneipe wirst du dich erinnern, als romantischerweise immer Arme, Bäuche, Rücken zwischen uns standen und wir untendurch, oben drüber, davor oder dahinter durchgucken mußten. Der zweite Abend war da schon erfolgreicher. Wir schafften es, uns anzusprechen und im New Action zu verabreden. Da war es nicht so verraucht, ruhiger und wir redeten und tranken, redeten und tranken ... wir hatten uns viel zu sagen.

Die Nacht bei dir war schön. Du hast es sogar mehr als ertragen, daß jemand in deinem Bett schlief. Unser Sex war, wie für mich typisch, in der ersten Nacht eher tastend, verhalten, jedenfalls safe.

Am Morgen danach, es war Pfingstsonntag, wir lagen wohligh faul, geil mit Kaffee auf deiner Couch, da sagte ich im Verlauf einfach so: „Naja, mein Sperma ist ja auch hochinfektiös.“ oder „Ich muß gleich aufs Podium zu einer Diskussion über Leben und Sterben mit Aids.“ oder „Nach der Veranstaltung geh ich ins Café Positiv, da arbeite ich ziemlich aktiv mit.“

Wir verbrachten den Tag so, wie wir uns das vor unserem Kennenlernen vorgenommen hatten und verabredeten uns für den Abend im New Action.

Da wurde es nun sehr schwierig. Du erschienst schon mit Sorgenfalten auf der Stirn und erzähltest mir, daß du ja keine Ahnung gehabt hättest, daß ich Aids habe. Ich bin fast vom Hocker gerutscht, denn ich war so fest davon ausgegangen, daß ich dir das am Vorabend erzählt habe, oder daß es zumindest durch meine



Schilderung meiner Lebensumstände klar geworden wäre.

Aber genauso bist du am Vormittag fast von der Couch gefallen, als ich so locker irgendwelche Aids-Geschichten erzählte. Da saßen wir uns nun auf Hockern im New Action gegenüber und waren ziemlich betroffen: Du von der Selbstverständlichkeit, mit der ich mit Aids umgehe und ich von deiner „Naivität“. Wie kann ein Mann, Mitte 40, seit vielen Jahren relativ offen schwul in Berlin lebend, glauben, daß er nur Nicht-Infizierte kennenlernt – und dann gerät er ausgerechnet an mich, einen Positiven, der politisch recht aktiv ist und selbstbewußt?

Eine ziemlich verfahrenere Situation.

Wir haben viel auf den Boden, die Gläser und die Plakate gestarrt. Was machen wir nur mit uns? Aber hin und wieder haben wir uns angesehen und es war klar, daß wir uns sympathisch, geil, interessant finden. Uns einfach lassen, wegen dieser Scheiß-Krankheit?

Das kann es doch nicht sein! Und wir unterhielten uns über Safer Sex und Hilfsangebote, die du alle nicht kanntest und wir wurden uns immer sicherer, wir lassen



Fotos: Jürgen Baldigo

uns nicht so einfach. Der Sex in der Nacht war, glaub ich, nicht so intensiv.

Am nächsten Morgen dann Regenbogenfrühstück für Positive in der Berliner Aids-Hilfe. Schon die großen Räume haben dich beeindruckt und dann die vielen Leute: „Sind die alle...?“ Du warst so gehemmt, daß du nicht mal aufstehen und ein neues Brötchen holen konntest, ich hab das dann getan. Zum Schluß dann Info-Prospekte sammeln.

Und das war es, was uns in den nächsten 14 Tagen beschäftigt hat. Dein großes Bedürfnis nach Information und Sicherheit. Die Prospekte („Nicht blasen ohne Kondom!“, Erscheinungsdatum 1988), die Gespräche mit deinem Arzt („Seien Sie vorsichtig!“) und die Gespräche mit deinen Freunden („Du müßtest doch noch was Besseres finden.“) haben dich eher verunsichert. Aber mit den zwei Goldenen Regeln (Bumsen nicht ohne Gummi, abspritzen nicht in den Mund) haben wir unseren Sex trotz allem ganz schön auf Trab gebracht und schlafen ja mittlerweile ganz lustvoll miteinander. Aber das alles haben wir nur überstanden, weil wir uns mögen, weil jeweils im anderen durch den anderen etwas zum Klingeln gebracht wird, daß ohne den anderen schweigen würde.

Ja, und dann kam, was mit 100 Helfer-Zellen zu erwarten ist, ich bekam meine nächste ernste Erkrankung, eine heftige Lungenentzündung. Bisher war ich sehr aktiv gewesen, hatte meinen Umzug organisiert, Dienst im Café Positiv gemacht (wo du mich mit Kuchenbacken unterstützt hast), war in die Szene gegangen, hatte meine Rentenangelegenheiten und sonstiges geregelt und plötzlich lag ich mit 39 Grad Fieber auf dem Rücken und krabbelte nicht mehr.

Was würdest du tun? Das war nun Aids-Alltag.

Du hast mir Süppchen gekocht, und nach vier Löffelchen wort- und vorwurfslos wieder abgeräumt, das Toast einfach weggeworfen, die halbe Bratwurst eingefroren. Und du hast mir immer wieder das gemacht, worauf ich Lust hatte, auch wenn du wußtest, daß ich nur picken werde, und du hast gespült und einfach meine schmutzige Wäsche in eine Tasche gepackt und sie gebügelt wiedergebracht und warst einfach da.

Und als du dann anriefst und mich fragtest, ob wir nicht einfach für drei Wochen wegfahren wollen? Meine Freude darüber ist dir, glaube ich, nie ganz klar geworden.

Und dann kam es schlimmer. Ich mußte ins Krankenhaus. Nach deinem Zehn-Stunden-Tag bist du nach Steglitz rausgefahren, über Flure mit schwerstkranken Menschen gelaufen, von denen du einige kanntest, hast neben meinem Bett gesessen, meine Hand gehalten. „Wo sind deine schmutzigen T-Shirts? Ich hab dir Bier mitgebracht.“

Dann müßtest du dich daran gewöhnen, daß fremde Menschen in meiner Wohnung, die ja zum Teil auch deine ist, sich bewegen: Krankenpflegekräfte und Haushaltshilfen einer ambulanten Krankenpflegestation. Und ich kriege immer noch Infusionen und du hast mir geholfen, die Anschlüsse zu verkabeln.

Es treibt mich einfach um: Dieser Unterschied zwischen den Positiven und Kranken und den Menschen, die mit der Gewißheit, nicht positiv zu sein, leben können – als wenn es Aids nicht gäbe. Für mich ist Perspektivlosigkeit tägliche Realität, ich bin an keinem Tag mehr sicher, was meine Gesundheit angeht, Sinnfragen bewegen mich ständig und Spontanität bestimmt mein Leben. Euer Leben ist so ganz anders (war meins früher auch). Ist das vereinbar?

Wir haben uns in einer sex- und fassadenorientierten Szene kennengelernt. Sex war nun über längere Zeit kaum möglich, weil ich keine Kraft hatte oder wegen der Umstände oder meiner seelichen Verfassung. Staat war, wie wir Niederrheiner sagen, mit mir auch nicht zu machen. Was hast du also noch von mir? Was habe ich dir noch zu bieten? Ich werde immer mehr auf deine Hilfe angewiesen sein. Kann das Grundlage einer Beziehung sein?

Ich hoffe, daß wir uns noch lange in die Augen gucken können und uns sympathisch, geil und interessant finden. ■

Confiteor, confiteor, Bataille – überschreitend

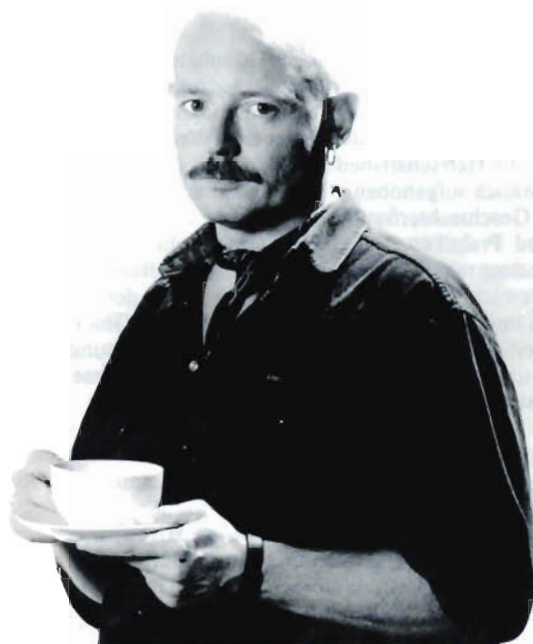
von Hans Peter Hauschild

Wir HIV-Infizierten seien nicht Täter, sondern Opfer, heißt es freundlich in einem Text des Hauptgesundheitsamtes Bremen. „Opfer“ kommt vom lateinischen „offerre“, gleichzeitig „darbringen“ und „offenbaren“. Das Wesen der Gottheit, die Schicksalsläufe oder schlicht der wahrscheinliche Ausgang eines Geschäftes werden in der Darbringung eines Tieres oder einer Speise von den anwesenden Mysterien „geschaut“.

Für das Christentum ist das Opfer Jesu Christi, seine Darbringung am Kreuz, zugleich die Selbstoffenbarung Gottes. In der Eucharistiefeier, der „unblutigen Vergegenwärtigung“ dieses Opfers, weist Gott den anwesenden Mysterien (sprich: Gottesdienstgemeinde) die österliche, himmlische Perspektive.

Es gibt bei den Opfern der Religionen im übrigen sehr große Differenzen, aber im Doppelcharakter von „offerre“ besteht ein Konsens. Die Offenbarungsinhalte bestehen im wesentlichen darin, der nächsten, ferneren oder „grundsätzlichen“ Zukunft (als Sinngabe für die Menschheitsgeschichte, das wahre Wesen des Kosmos oder ähnliches) eine Richtung zu weisen. Unheil von dieser Zukunft zu wenden und das, was aus dem Lot war, etwa Sünde, für diese offenbarte Zukunft wieder gutzumachen, zu versöhnen.

Der französische Philosoph *Georges Bataille* beschrieb 1963 in seinem geschriebenen zentralen Werk „Der heilige Eros“ das Wesen der sexuellen Verschmelzung als Opfer im Doppelsinn von offerre. Die Hingabe der Leiber aneinander offenbare zugleich den Zeitpunkt jeden individuellen Lebens, das über den Tod in den Strom des Seins zurück muß. Das Erregende im sexuellen Verlangen deutet er als den gefühlten Einbruch dieser bestürzenden Gewißheit, indem beide, sexuelle Gier und die Gewalt des hereinbrechenden Todes, der Bewußtheit des Individuums eine zunächst „animali-



Hans Peter Hauschild

Foto: Sabine Sauer

sche“, dahinter aber tödliche Grenze setzen. Das eigentliche ist für Bataille die Kontinuität des Seins, die individuelle Existenz hingegen ist diskontinuierlich, sie endet und strömt ins Eigentliche zurück. Während beim sexuellen Verlangen das angenehme Empfinden die Schrecken dieser Offenbarung des (kontinuierlichen und damit für das Individuum tödlichen) Seins dominiert, ist – jedenfalls für unsere Kultur – das Hereinbrechen des Todes das Schrecken per se, das alle anderen Ängste existentiell zusammenfaßt. Bataille macht jedoch auch im Todesschrecken den Triumph der Lust aus, zeigt ihn kunstgeschichtlich, in Dokumenten von Hinrichtungen und begründet dies mit der schaurigen Gewißheit für jedes diskontinuierliche Wesen, daß es diesem Transitus garantiert nicht wird enttrinnen können: die „geile“ Erwartung einer unbedingten, der Zustimmung entzogenen Offenlegung dessen, was auf dem Grund des Seins „gilt“, der innerste Kern der Lust.

Der Satz „Alle Lust will Ewigkeit“ – erhält so, neben der gefühlten Aufhebung zeitlicher Begrenzungen im Glück der Sinne, eine weitergehende Bedeutung: Die Lust „will“, sie erstrebt zutiefst, mit dem kontinuierlichen Sein an sich (wieder) eine zu werden.

Tod und Sexualität sind in dieser Offenbarungssicht Batailles nahezu *ein* Streben, im Verlangen des Leibes parzelliert in all die „kleinen Tode“, mit denen im Französischen der Höhepunkt der Lust umschrieben wird.

Ich sehe da noch eine weitere Offenbarungsdimension, die der sozialen Utopie nämlich, bei der die Bedürfnisse mit ihren Befriedigungsmöglichkeiten zu nahe zusammenrücken, wie kaum sonst zwischen Menschen unter den gegebenen Verhältnissen möglich. So können die Herrschaftsbedeutungen von „ficken“ und „gefickt werden“ sinnlich aufgehoben werden und einer tendenziell nachpatriarchalen Geschlechterfreundschaft Platz machen. Nicht nur Stellungen und Praktiken, die beiden Geschlechter selbst werden als Abgrenzung relativ bedeutungslos. Die Lust offenbart, daß inmitten der Verwechslungen jeder Handlung der Sinn in der Ausrichtung des Lebens und seiner Mühen auf ein zweckfreies Glück besteht. Die gegenseitige Beglückung gibt die sinnliche Richtung vor, für die Arbeit und Politik angesichts der grauen Verhältnisse sich lohnen: das Fest der freien Menschen.

Bataille ontologisiert dagegen den Geschlechtsgegensatz, der doch nur auf eine häßliche Gesichterschei­nung sein kann, die aus meiner Sicht die Lust sinnenfällig macht.

Dennoch ist Batailles Sexualitätsperspektive spannend, zeigt sie doch, daß sexuelle Praktiken und Verrichtungen gleichsam Türen sind, hinter denen ein endloser, „ewiger“ Gang der Erschließung harret. Die Geilheit, so Bataille, weiß um seine Vorhandenheit, auch wenn das bürgerliche oder schwule Bewußtsein an der blanken Verrichtung schon genug zu haben glaubt: Männer kriegen einen Stän-



Foto: Friedrich Baumhauer

der wegen eines Objektes der Begierde, stecken diesen in eine von drei möglichen Öffnungen, spritzen ihren Samen nach einigen Minuten Hin- und Herbewegens dort hinein, wischen den erschlaffenden Schwanz sauber und gehen von dannen. Für Sexualität ist Kondomgebrauch kein Problem.

Doch Bataille sagt, daß der Gang hinter der Tür erst spannend wird, die immer chaotischere Offenlegung des Seins im Exzess, dem „Herausgang“. Exzess von lat. *excedere*, herausgehen und *Exodus*, das griechische Wort für den Auszug, meinen dasselbe.

Der Exzess der Sinne schenkt so, nach Bataille in materialistisch Hausschild'scher Lesart, die Doppelloffenbarung der Lust, daß alles Leben dem Tod und dem Fest der freien Menschen zustrebt, als soziale Utopie, für die zu leben, zu arbeiten und zu lieben sich lohnt.

Für exzessive Lust kann nicht erworben werden, denn sie führt zum Sein selbst, zum Gegenteil der Zwecke. Der Markt mit seinen Werbe- und Warenmechanismen ist die immer perfektere Verwechslung bis zum schwarzen Loch der völligen Sinn(en)losigkeit. Aber erzählen darüber ist möglich, überliefern, die Kirche würde sagen: Zeugnis geben.

Der Exzess führt vor dem Tod nämlich zur Ekstase, zum „Draußenstehen“. Draußen, in einem Zustand der sinnlichen Zeitlosigkeit, kann das Bewußtsein die Schädlichkeit des Status quo wirksam kritisieren. Wirksam, weil dieses andere, glücklichere Sein tatsächlich stattfindet und nicht nur geträumt wird, wie in der Liturgie der Religionen. Die Einsicht der Sinnlichkeit ist es, daß hinter der „Tür Sexualität“ dem mutigen Höhlenforscher das große Versprechen antizipatorisch eingelöst wird.

Für die offenbarungsmächtige Sinnlichkeit „hinter der Tür“ gibt es weder safe noch safer. Sie „weiß“ um ihre Todes- und Festtendenz; denn sie läßt die anwesenden Mysterien „schauen“. Das „Geschaute“ fördert zwar die Verantwortlichkeit; denn in der erlebten Möglichkeit sozial-utopischer Realisierung steckt das umfassende Wohl aller Menschen zu wollen. Aber vernünftige Überlegungen läßt weder der Exzess als „Weg heraus“ noch Ekstase als zeitloser Sinnlichkeitszustand zu. Verhütungsdogmen verschütten den „Gang hinter der Tür“.

Wer ihn kennengelernt hat und nicht beim Schieben kurzer „Nummern“ stehengeblieben ist, entwickelt in der biographischen Realisierung exzessive Obsessionen an Vorlieben, die nicht ansteckungsrelevant sind. Der zieht nach Berlin, wo die „positive Gemeinde“ so zahlreich ist, daß ungeschützte Lustrealisationen möglich sind. Er setzt auch seine Gesundheit aufs Spiel, nein, er weiß um die innige Verquickung der *petis morts* mit dem individuellen Tod und wird ihm nicht um den Preis der Ekstase ausweichen. ■

Keine strikten Empfehlungen

von Matthias Wienold

Safer Sex zwischen Positiven: Die bisherigen Antworten auf die Frage: „Werde ich schneller an Aids erkranken, wenn ich mit anderen Positiven auf Safer Sex verzichte?“ deuten darauf hin, daß es nicht zwangsläufig zu einem schnelleren Fortschreiten des Immundefektes durch zusätzliche „Belastung des Körpers mit fremdem Virus“ kommt.

Großangelegte epidemiologische Untersuchungen wie etwa die auf der Aids-Konferenz vorgestellte Studie MACS, die seit 1985 über 5.000 homosexuelle Männer untersucht) zeigen ein statistisch erhöhtes Risiko des Fortschreitens von Aids, wenn die Infektion von einem Menschen erworben wurde, bei dem die Krankheit bereits ausgebrochen war. Das Risiko ist auch erhöht, wenn nach der Infektion ungeschützter Sex mit Menschen mit Aids praktiziert wurde.

Dagegen haben Einzelbeobachtungen innerhalb einer sehr kleinen Studie gezeigt, daß die Übertragung eines „harmlosen“ Virus von Positiven, die über eine lange Zeit keine Symptome zeigten, auf Menschen mit schwerem Immundefekt und diese künstliche, zweite Infektion möglicherweise zu einer zeitweiligen Überwindung eines aggressiven Krankheitsverlaufs führen kann.

Es kommt im Verlauf der HIV-Infektion in einem Menschen zur Entwicklung vieler Varianten von HIV, die sich möglicherweise auch in ihren krankheitsauslösenden Eigenschaften unterscheiden. Eine besonders aggressive Variante (die im Labor zur Bildung von Riesenzellen führt – ein „synzytieninduzierendes“ Virus) wird dabei im Zusammenhang mit einer schnellen Verschlechterung des Immundefektes beobachtet. Ob aber ein ursächlicher Zusammenhang zwischen diesen beiden Phänomenen besteht, ob nun dieses Virus auf andere schon HIV-infizierte Menschen übertragbar ist und wie diese Viren auf Therapien ansprechen, ist unbekannt.

Eine kleine Gruppe von Menschen mit HIV zeigt ein schnelles Fortschreiten des Immundefektes. Ob diese Menschen miteinander sexuelle Beziehungen hatten, ist noch nicht erforscht. Auch auf die Frage, ob äußerliche, etwa infektiöse, toxische, oder psychische Kofaktoren eine Rolle spielen oder gar eine erbliche Veranlagung, stehen nur zaghafte Antworten bereit.

Die Stimulation des Immunsystems durch HIV führt zu einer Abwehrreaktion, die zwar spezifisch ist, aber dennoch so variabel, das eigentlich keine zweite Infektion, die sogenannte „Superinfektion“ mehr erfolgen kann – so wird zumindest behauptet. Aber ob dies auch auf Menschen zutrifft, die im Fortschreiten ihres Immundefektes ihre schützenden Antikörper verlieren, läßt sich nicht sagen.

Aus rein medizinisch-naturwissenschaftlicher Sicht ergeben sich folgende Thesen:

- Menschen mit HIV und ohne Anzeichen eines Immundefektes sollten Safer Sex mit Menschen mit Aids praktizieren.
- Menschen mit Aids sollten Safer Sex praktizieren, um ihr Immunsystem vor einer weiteren Belastung zu schützen.
- Safer Sex ist die Möglichkeit, sich vor Syphilis und Feigwarzen zu schützen. Beide nehmen bei Menschen mit Immundefekt einen aggressiveren Verlauf.

Aus epidemiologischen Untersuchungen lassen sich persönliche Verhaltensänderungen nicht strikt ableiten. Das individuelle Verhalten richtet sich nach der Risikobereitschaft des einzelnen Menschen. Zweckoptimismus oder Fatalismus sind keine sinnvolle Basis sekundärpräventiver Botschaften. Eine sachliche Diskussion dieser Thesen scheint erforderlich. ■

Sich einrichten in der Idylle

von Jörg Schulze

Ist schwulen Jugendlichen beim Sex etwas abhanden gekommen?

„Ein Problem – nee, das isses eigentlich nicht“, erklärt Dirk auf die Frage, ob er sich denn in seiner Sexualität durch Aids eingeschränkt sehe. Dirk ist 20 und hat sein Coming Out vor zwei Jahren mehr oder weniger reibungslos hinter sich gebracht. Er hat jetzt eine durchaus pragmatische Art und Weise gefunden, mit dem Problem Infektionsrisiko umzugehen. Treue sei sicher nicht verkehrt, findet er, kann diesen hohen Anspruch aber nicht realisieren, weil die andere Hälfte zur Zeit fehlt. Also praktiziert er „safer sex“, und ist rundum informiert, was das an Geboten und Verboten mit sich bringt. Beim Ficken ein Kondom zu benutzen, das sei doch „ganz normal“, außerdem gebe es ja durchaus noch zahlreiche andere Möglichkeiten, sich sexuell auszuleben.

Die Fernsehspots zum Thema Aids findet er „beknackt“, obwohl sie wohl „irgendwie sein müssen“. Er hat sich jedenfalls anders informiert, durch Broschüren der Aids-Hilfe oder längere Artikel. Testen lassen will er sich vielleicht irgendwann mal, im Moment aber nicht. „Wenn ich mal einen festen Freund habe, dann machen wir das vielleicht“. Daß das nicht den erhofften Freibrief darstellt, weiß er, findet die Gewißheit – meint: die über den negativen HIV-AK-Status – aber „vom Gefühl her besser“. Die Chronisten wollen natürlich wissen, was anders geworden ist, welchen Einfluß Aids auf das Coming Out hat, welchen auf das schwule Leben danach. „Ich glaube nicht so viel“, meint Dirk. Obwohl er’s seiner Mutter bestimmt schon längst erzählt hätte, wenn es Aids nicht gäbe. „Das geht einfach nicht. Ich glaube, die Würde in Ohnmacht fallen – oder noch mehr. Außerdem – warum sollte ich? Dann würde für mich alles nur viel komplizierter.“

Der Chronist hingegen hat leichtes Spiel, schließlich weiß er noch, wie gut die alte Zeit war. „Als ich mein Verlangen buchstabieren lernte“, schreibt Matthias Frings, „hieß die Lösung des pubertären Rätsels: SCHWUL! Im tiefen Durchatmen befreite sich das Wort (die Idee, die Tat) von der Zunge, auf der es zu lange gelegen hatte. Das Leben in Anführungszeichen war vorbei. Endlich, denn die neue Wahrheit war Freispruch, nicht Verdikt.“ Und jetzt? Doch ein Verdikt? Oder ein Freispruch mit Auflagen? Nebensächlichkeiten oder Hauptsachen? Befreiung oder Gefangensein im neuen Technokratensex?

Daß der Nach-Aids-Sex noch etwas mit Befreiung zu tun hat, bestreitet Frank Rühmann jedenfalls: „Safer Sex ist keine neue kreative Form von Sexualität, sondern nüchterne Prävention einer Infektionskrankheit, die die sexuellen Erlebnis- und Ausdrucksmöglichkeiten auf ein armseliges Maß beschränkt. Es ist Präventionssex.“ Die konkreten Auswirkungen dieser Erkenntnis haben wir erlebt: Präventionssex hat zeitweise – im wahrsten Sinne des Wortes – auch zur Prävention von Sex beigetragen. Ein Zustand der Verunsicherung, der vor Jahren wieder aufbrach – und die unterschiedlichsten Formen des Umgangs mit dem „Problem“ hervorbrachte: Die Perfektion in der Handhabung notwendiger Hilfsmittel, die Verinnerlichung des Erlaubten und Unerlaubten, die bewußte Ablehnung oder Annahme dessen, wozu ein Infektionsrisiko uns zwingt. Mit dem Wissen vielleicht, daß da etwas abhanden gekommen ist. Die Krankheit, die Bedrohung, ist die gleiche – ob das Coming Out nun „davor“ oder „danach“ kam.

Die Konsequenzen sind es in der Regel auch. Gibt es den oft herbeigeredeten Unterschied also gar nicht? „Ich kann mir gar nicht vorstellen, was es heute heißt, ein schwuler Teenager zu sein“, schreibt Harvey Feinstein im New York Native. „Ich hatte meine Straßenkul-

tur. Damals war es ok, sich und sein Schwulsein auf der Straße raushängen zu lassen. Sex war damals gesellschaftlich, jetzt ist es eine gesellschaftliche Krankheit ... als ich jung war, hat Sex Spaß gemacht. Ich bin froh, daß ich jetzt kein Kid mehr bin.“ Endzeitstimmung eben. Und die hat sicher nicht nur mit objektiven Gegebenheiten, sondern auch mit der persönlichen Ratlosigkeit, eigenen Ängsten zu tun. Die Kids jedenfalls, die heute Kids sind, haben diese Sorge nicht, und das unterscheidet die Generation „davor“ von der „danach“.

Daß diese Sorgen auch gar nicht mehr auftauchen, dazu gibt es Autoren wie Thomas Grossmann, die das „neue Zeitalter“ für die Jugendlichen auch gleich aufbereiten – und damit eine eigene Positionsbestimmung überflüssig machen: „Aids verändert unsere Beziehungen, viele sprechen offener und einfühlsamer miteinander, genießen Freundschaft und Partnerschaft stärker als früher. (...) Hoffen wir, daß anschließend niemand vergißt, was wir im Kampf gegen diese schreckliche Krankheit gewonnen haben.“ Das ist es – Chancen begreifen, und schon ist das neue Zeitalter positiv definiert. Für die, die ihr Coming Out und die Zeit danach mit dieser Devise erleben, sind solche Sätze allenfalls „neutral“, den anderen bleibt der bittere Nachgeschmack einer herbeigeredeteten Idylle.

Das Ziel heißt nun: sich in der Idylle einzurichten – oder zur Altlast zu werden, möglicherweise zur Virusschleuder. Sich in der monogamen Idylle einrichten heißt jedenfalls nicht, Sex auf Klappen oder in Saunen zu suchen. Das ist hochgradig gefährlich, erklären Befragte schwuler Jugendgruppen in einer von Ortwin Passon

und Karin Sausen nicht repräsentativen und bereits 1986 veröffentlichten Erhebung. Daß durch Aids Kontaktmöglichkeiten eingeschränkt werden, findet in der gleichen Untersuchung kaum jemand. Ein erstaunliches Ergebnis. Werden die klassischen „Vor-Aids“-Kontaktmöglichkeiten also gar nicht mehr als solche wahrgenommen? Oder hat Idylle zwei Seiten – eine praktische und eine theoretische? Die Besucherzahlen in der Sauna legen zumindest letztere Möglichkeit nahe. Und Dirk findet, daß die sich ihm in Berlin nicht nur theoretisch bietenden Möglichkeiten durchaus idyllisch sind. „Oder kannst du dir vorstellen, daß ich in Posemuckel mit meinem Coming Out genauso gut zurande gekommen wäre?“ Kann ich mir nicht. Daran allerdings wird Aids wohl kaum schuld sein. ■

Literatur:

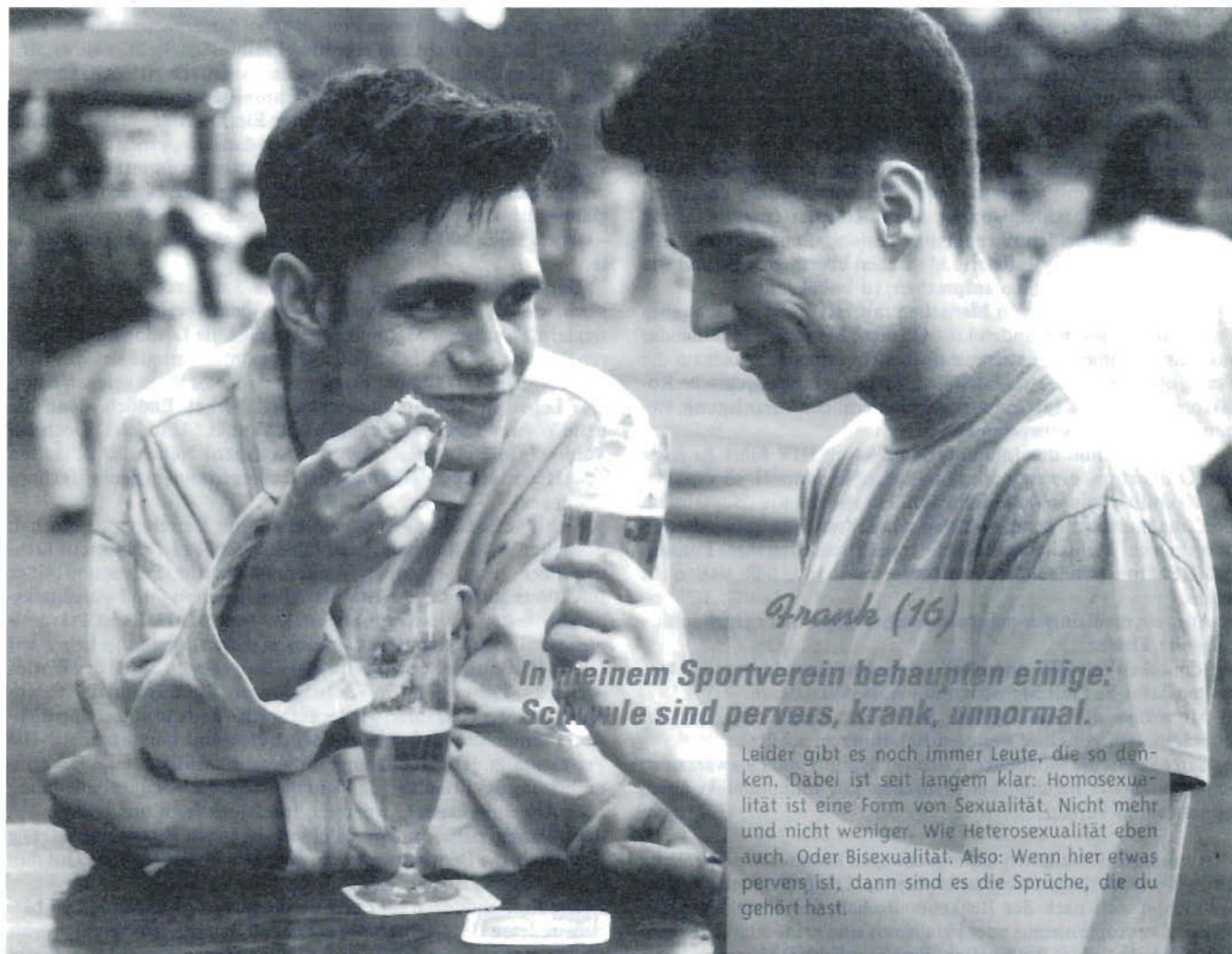
Matthias Frings: „Die Unterdrückungs-Arie“ in: Stefan Hinz (Hg): **AIDS – Die Lust an der Seuche**, Reinbek 1984, Seite 187.

Frank Rübmann: „Operation AIDS“ in: **Sexualität konkret**, 3/86, Seite 83.

Harvey Feinstein, in: „New York Native“, 19. Januar 1987 (Übersetzung J. S.)

Thomas Grossmann: „Eine Liebe wie jede andere. Mit homosexuellen Jugendlichen leben und umgehen“, Reinbek 1984.

Ortwin Passon, Karin Sausen: „Coming-Out-Probleme durch AIDS. Eine empirische Untersuchung“, Schwulerreferat im AStA/FU Berlin (Hg.), Berlin: Verlag rosa Winkel, 1986.



Frank (16)

In meinem Sportverein behaupten einige: Schwule sind pervers, krank, unnormal.

Leider gibt es noch immer Leute, die so denken. Dabei ist seit langem klar: Homosexualität ist eine Form von Sexualität. Nicht mehr und nicht weniger. Wie Heterosexualität eben auch. Oder Bisexualität. Also: Wenn hier etwas pervers ist, dann sind es die Sprüche, die du gehört hast.

Aus der DAH-Aufklärungsbroschüre „Verliebte Jungs“

Die Reaktion schwuler Männer auf Aids in Ost- und Westdeutschland – Ergebnisse einer Befragung über die schwule Presse im Auftrag der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BzgA).

Im November 1991 wurde ein vierseitiger Fragebogen mit 72 Fragen zum Informationsverhalten und Sexualverhalten von schwulen Männern vor dem Hintergrund von Aids in sieben westdeutschen und zwei ostdeutschen Schwulenzeitungen geschaltet. Der Rücklauf war deutlich höher als bei den beiden DAH-Befragungen von 1987 und 1988. Bis Ende Januar 1992 wurden 3.285 ausgefüllte Fragebogen zurückgesandt, 2.630 aus Westdeutschland und West-Berlin, 655 aus Ostdeutschland und Ost-Berlin. Der Anteil der ostdeutschen Schwulen an der Befragung beträgt 19,9 Prozent, damit ungefähr dem Anteil der ostdeutschen Bevölkerung an der Bevölkerung Gesamtdeutschlands.

Diese dritte Befragung schwuler Männer bestätigt die Haupttrends, die in den beiden Befragungen von 1987 und 1988 ermittelt wurden. Der Anteil der Männer, die in den alten Bundesländern das Kondom bei Analverkehr regelmäßig gebrauchen, nimmt stetig zu. Berücksichtigt man die Männer, die keinen Analverkehr praktizieren, und diejenigen, die regelmäßig ein Kondom bei Analverkehr benutzen, so steigt der Anteil der Männer, die für sich den bedeutsamsten Übertragungsweg von HIV ausgeschaltet haben, von 1987: 62% auf 1988: 66% und 1991: 72% (in den alten Bundesländern).

Für die DDR liegen Daten zum Sexualverhalten von schwulen Männern vor dem Hintergrund von Aids für die 80er Jahre nicht vor. Die Befragung von 1991 zeigt, daß der Anteil der schwulen Männer in den neuen Bundesländern, die den Kondomgebrauch zur Regel gemacht haben oder keinen Analverkehr praktizieren, 59% aller Befragten umfaßt. Dieser Anteil ist niedrig im Vergleich zu dem westdeutschen Wert, er ist jedoch relativ hoch, wenn die geringe Verbreitung von HIV in der DDR bis 1990 berücksichtigt wird.

Sowohl in Westdeutschland wie in Ostdeutschland ist der regelmäßige Kondomgebrauch am ausgeprägtesten bei Analverkehr außerhalb fester Beziehungen. Die traumatischen Auswirkungen von Aids haben jedoch bewirkt, daß Analverkehr außerhalb der festen Beziehungen von schwulen Männern eher selten vorkommt. Die Vorsichtsmaßnahmen, die in sexuellen Kontakten außerhalb fester Freundschaften von schwulen Männern ergriffen werden, gehen jedoch weit über die von den Aids-Hilfen empfohlenen Vorsichtsregeln des Safer Sex hinaus (siehe hierzu auch den Beitrag: „Sex ist mehr, als einen Sicherheitsgurt anzulegen“ auf Seite 21). Von einem allgemein abnehmenden Risikobewußtsein gegenüber Aids unter homosexuellen Männern kann daher keine Rede sein.

Eine Minderheit von fünf Prozent der ost- und westdeutschen Männer zeigt sich nach wie vor unzureichend informiert über die bedeutsamsten sexuellen Übertragungswege von HIV. Noch größer dürfte die Gruppe von Männern mit gleichgeschlechtlichen Sexualkontakten sein, denen zwar nicht das infektiösrelevante Wissen fehlt, die dieses aber nicht in ein risikominimierendes Sexualverhalten umsetzen.



Foto: Michael Böhner

Risikobewußtsein

von Michael Bochow



Bundesländern besonders notwendig. Mit Ausnahme von Ost-Berlin gibt es in Ostdeutschland keine mit westdeutschen Großstädten vergleichbare „Subkultur“ von Cafés, Buchläden, Bars, Discos, Lederkneipen und Saunen für homosexuelle Männer. Gerade diese Orte haben sich in Westdeutschland und West-Berlin als ideale Orte von Präventionsbemühungen erwiesen. Der Aufbau von Schwulengruppen und Schwulenzentren, die ebenfalls eine bestimmte Infrastruktur für Präventionsarbeit bieten können, wird in Ostdeutschland durch die gegenwärtige schwere ökonomische und soziale Krise behindert.

Von herausragender Bedeutung ist es deshalb, die in Ostdeutschland vorhandenen Aids-Hilfen materiell in besonderer Weise zu fördern, da die ostdeutschen Aids-Hilfen gegenwärtig einen Mangel an vorhandener Infrastruktur für schwule Männer kompensieren müssen.

Informationsarbeit meint weniger die Verbreitung von elementaren Informationen über HIV und Aids, die auch bei der großen Mehrheit der ostdeutschen Schwulen längst vorhanden sind. Informationsarbeit meint hier eher „Problemsensibilisierung“ und Stärkung eines Risikobewußtseins im Hinblick auf HIV und Aids. Die Aufrechterhaltung eines Risikobewußtseins und eine spezifische Form „erinnernder Informationsarbeit“ ist auch für Westdeutschland notwendig, da die bloße Existenz einer dichteren kommerziellen und kulturellen Infrastruktur für homosexuelle Männer keine hinreichende Bedingung für die Wirkung von kontinuierlicher Primärprävention bietet. Von besonderer Bedeutung werden hierbei regelmäßig wiederholte Kampagnen für die nachwachsenden Generationen schwuler Männer sein. ■

Zehn Jahre Aids haben die Sexualität von Schwulen grundlegend geändert – auch im Osten?

Es war wohl an einem der zahllosen, von ewigem Warten vor der Tür eingeläutetem Freitage in Berlins berühmter HO-Gaststätte „Schoppenstube“. Irgendjemand wollte mit mir über die neue Schwulenkrankheit reden, bei der ein Schnupfen tödlich sei. Ich hatte genug mit meinem gerade überstandenen Tripper zu tun und nicht im geringsten Lust, über irgendwelche von einem amerikanischen Wissenschaftler erfundenen Viren zu reden, die angeblich nur Schwule befallen würden. Ich hielt das ganze schlichtweg für ein Gerücht mit antischwulem Inhalt. Das war 1984 und für lange Zeit alles zum Thema Aids. Die

Krankheit wurde in der DDR einfach nicht publiziert. Warum auch, sie fand ja auch praktisch nicht statt.

Erst als in Karl-Eduards „Schwarzem Kanal“ der real existierende Kapitalismus mit Drogen und Aids gleichgesetzt wurde, kamen Informationen über die neue Seuche des dekadenten Westens. Langsam, ganz langsam organisierten sich unter dem Dach der schwulen Arbeitskreise bei der evangelischen Kirche Aids-Arbeitsgruppen, deren Arbeit ehrlich gesagt so gut wie niemand interessierte. Die Schwulen lebten ihr Leben à la DDR und kümmerten sich recht wenig um Viren jenseits des antifaschistischen Schutzwalls. Noch 1989 erntete der Autor entgeisterte Blicke, wenn er begann, unter der Matratze nach dem Kondom zu kramen. Und was war das Marken kondom „Mondos“ noch dazu angetan, den animalischen Akt des Beischlafs aufzulockern. Jedes zweite ungefähr überstand einen Analverkehr schadlos. Aber das war ja auch egal, solange das Marken kondom „Mauer“ hielt. Die paar afrikanischen Studenten und Arbeiter, die HIV-positiv waren, wurden kurzerhand abgeschoben. Doch dann kam ja bekanntlich alles anders.

Ein Tag im November und die Schwulen aus Ost und West stützten sich ins Babel der darkrooms, nicht allerdings ohne wichtige Verhaltensweisen, erteilt in der BZ am Abend, zu kennen: Schlafen Sie nicht bei Fremden, gehen Sie lieber zum DRK! Trinken Sie nicht aus fremden Gläsern, es könnten Drogen drin sein! Ich weiß nicht, was der gute Mensch, der das geschrieben hatte, sich so dachte, wahrscheinlich aber, daß der westgeldlose DDR-Bürger durch Bars zieht und die Reste aus fremden Gläsern abtrinkt. Diese Gefahr ist ja dank Treuhand immer noch nicht gebannt. Für das Gros der Leute sind die Bars im Westen des lieben Vaterlandes nach wie vor nicht recht bezahlbar. Aber da geht ja sowieso kaum noch jemand hin. In Berlin jedenfalls.

Die Neugier der ersten Monate, vielleicht des ersten Jahres deutsch-deutschen Beisammenseins, ist vorbei. Wie wars doch lustig in den Parkanlagen Berlins anno 90. Da meinte der Schwule Ost, doch mal in den Tiergarten zu müssen, um mit dem Schwulen West gar unsittliche Dinge zu tun. Das scheiterte nur leider daran, daß sich der gesuchte Westschwule gerade im Friedrichshain nach dem Ostler umtat, der dort natürlich auch nicht war. Heute sucht in dieser Stadt jeder den Kontakt mit dem fremdartigen Wesen aus dem anderen Kulturkreis zu vermeiden. Aber das ist wohl mehr ein



Foto: Michael Taubenheim

Zehn Jahre ohne Aids, oder das Leben danach

von Michael Rödger

scheint sich die „Szene“ noch mehr aus der Öffentlichkeit zurückgezogen zu haben. Was Wunder in einem Städtchen, wo der Baseballschläger zum scheinbar selbstverständlichen Accessoir der hoffnungsvollen Jugend gehört. In dieser Situation von grenzenloser Intoleranz haben die Aids-Hilfen, die es inzwischen in jeder größeren Stadt gibt, mehr oder zumindest gleichzeitig die Rolle schwuler Emanzipationsgruppen. Wie will man mit Schwulen ins Gespräch kommen, wenn der einzige Treffpunkt das Bahnhofsklo ist? Indem man sich dort stundenlang einschließt oder irgendwo einen anderen Treffpunkt schafft. Aids ist nach wie vor statistisch kein Problem für den Osten. Aids wird langsam ein persönliches Problem für so manchen, bei dem das Virus in den Freundeskreis eingedrungen ist.

Die Ausbreitung der Krankheit wird aber voranschreiten, ehe sich die Erkenntnis durchgesetzt hat, das das Virus kein Phänomen ist, das ausschließlich jenseits des ehemaligen Grenzstreifens wütet. Inwieweit die offensichtlich fast aller moralischen Werte beraubte Gesellschaft in den sechs östlichen Bundesländern mit Aids-Kranken umgehen kann, bleibt abzuwarten. Nach der zur alltäglichen Erfahrung gewordenen Arbeitslosigkeit, scheint Obdachlosigkeit das nächste Übel zu sein, das den Osten „heimsucht“.

Wie üblich trifft es zunächst die Schwächsten. Und das sind neben den Alten die Kranken. Bezahlbarer Wohnraum mit zumutbarer Sanitärausstattung bleibt wohl in den weiter verfallenden Städten ein Traum. Nicht nur für Aids-Kranke. Nur, daß die meist nicht mehr allzuviel Zeit zum träumen haben.

Es ist schwer festzustellen, ob sich das Sexualverhalten der Leute im Osten grundlegend verändert hat. Das der meisten Schwulen wohl. Ob zeitig genug wird sich in den nächsten Jahren zeigen. Was sich allerdings sehr geändert hat, ist der Umgang miteinander. Ob im gegenwärtigen gesellschaftlichen Klima jemandem ernsthaft zugemutet werden kann, in Suhl, Gera, Leipzig oder Rostock offen schwul zu leben, ist für mich zweifelhaft. Wenn da wirklich etwas unterentwickelt sein sollte beim gebürtigen DDR-Bürger, dann scheint es die Toleranz zu sein. Die friedliche Koexistenz von Ideen und Lebensweisen, ohne Anspruch auf die absolute Wahrheit der eigenen Lehre. Das Jahr Zehn von Aids ist für den Osten immer noch das Jahr Null im Zeitunnel. So vieles ist nicht vergleichbar in dieser Republik und sei es denn die Ost-Berliner Schoppenstube mit Toms Bar in West-Berlin. ■

Wie partylines und telefonische Kontaktanzeigen den schwulen Sex verändern.

Von ferne quietscht eine Tür, schwere Schritte nähern sich, dann Geraschel und Klappern. „Da bin ich wieder“, sagt die Stimme am anderen Ende der Leitung. Uwe hat offenbar tatsächlich einen Spiegel und Gleitmittel ans Bett geholt, so wie ich es ihm aufgetragen habe. Langsam kreisen seine feuchten Finger um Schwanz und Arsch. Der Anblick seines eigenen Unterkörpers bringt ihn in Stimmung. Oder er spielt es nur gut. Für unseren Sex bleibt das letztlich so unwichtig wie sein wahres Alter, sein echter Name oder die wirkliche Größe seines Penis. Was einzig zählt, ist die Imagination.

Wir bestätigen uns, wie geil es ist mit uns, atmen schwerer, reden kaum noch, atmen stoßweise, stöhnen. Schließlich: Stille. Wieder dringt ein Rascheln durch den Hörer. „Bist Du auch gekommen?“, fragt Uwe. Eine nette Geste, andere legen einfach auf, wenn sie fertig sind. Auch von ihm werde ich nie wieder etwas hören. Warum auch? Die Leitungen sind voll von sexhungrigen Männern.

Kennengelernt haben Uwe und ich uns auf den Niederländischen Antillen, genauer gesagt in einer kleinen Computerbox, die eine ganze Reihe von sogenannten Chatlines (*to chat: plaudern, quatschen*) bereithält und von Europa und den USA aus angewählt werden kann. Für 3,12 DM die Minute stehen zwei Telefonnummern rund um die Uhr für den deutschsprachigen Dienst einer US-amerikanischen Anbieterfirma zur Verfügung. Mit anderen Endziffern, für die in Deutschland allerdings nicht geworben wird, lassen sich auch Männer aus New York oder Wisconsin aus dem internationalen Telefonnetz fischen: wellhung and horny. Doch das ist bereits Telefonsex für Fortgeschrittene.

Der Anfänger hingegen beißt sich mit angstvollem Blick auf den Gebührenzähler durch die schmierigen Ergüsse einer männlichen Stimme undefinierbaren Akzents: „... du wirst gleich an einärr intimen Unterhaltung teilnahmen und Männärr mit hübschen Körpern, Männärrn, die einsam sind...“

Her mit den Männern, mag der Anfänger denken, doch die chipgesteuerte Einführung nimmt kein Ende in der Lobpreisung des digitalen Geschlechtsverkehrs. Knappe zehn DM rauschen locker quer durch den Atlantik, sammeln sich paritätisch in den Geldbeuteln des Privatansbieters und der Antillen-Post, bis sich endlich das Tele-Eldorado öffnet.

Dann jedoch verweilt kaum jemand lange in den party-lines. Mehr als der Vorname, der Wohnort und die Telefonnummer werden nicht ausgetauscht. Der Rückruf nach Garmisch-Partenkirchen, Mönchengladbach oder Annaberg kommt teuer genug. Wer glaubt, daß einsame Herzen sich auf diese Art locker in den Ruin telefonieren, hat vermutlich recht.

Denn Telefonsex via chatline macht süchtig. Ob angetrunken nach dem Barbesuch, notgeil an einsamen Abenden, sonntäglich gelangweilt oder gestreßt in der Arbeitspause: Der Griff zum Telefonhörer geht einfach und schnell. Die meisten Männer sind Stammkunden auf ihrer Leitung. Die Telefonrechnung von Tino aus

Gefunden in „magnus“

Auf die Antillen fischen gehen

von Dirk Ludigs



schen konnten fünf Jahre später erstmals via Australien mit dem Papst telefonieren. Aus einem gekühlten High-Tech-Raum grüßte der digital gespeicherte Wojtila sein gläubiges Volk telefonisch für 3,12 DM die Minute, live aus dem Computer. Mit der katholischen Kirche ging es seitdem nur bergab, mit audiotex steil nach oben. Knapp die Hälfte des Umsatzes der Branche entfällt heute auf den Sexbereich, ein Fünftel auf rein Schwules. Darüber hinaus bieten audiotex-Firmen wie etwa die britische „Legion Telecommunication“ Lebensberatung, Sport-Infos und Gewinnspiele per Telefon an.

Hersteller aller Branchen, TV-Stationen und Medienkonzerne nutzen die Dienste der neuen Serviceleister, um vor allem an die Adressen ihrer Klientel heranzukommen. Das System ist einfach: Der Telefonkunde zahlt hohe Gebühren, Telefongesellschaft und Privatansbieter teilen sich die Gewinne. Rabatte und Verträge regeln das Geschäft mit dem digital gespeicherten Blabla. 1992 wird der Umsatz der Branche allein in Europa rund 2,1 Milliarden DM betragen, in zwei Jahren rechnen die Anbieter mit dem doppelten Betrag. Der amerikanische Chatlines-Anbieter, der fast im Monopol den deutschen Markt via Antillen bedient, gibt einen fast siebenstelligen Betrag nur für Werbung aus. In der britischen Schwulenzeitschrift „Gay-Times“ machen die Telefonsexanbieter mittlerweile das Gros der Anzeigenkunden aus. Auf über zwanzig Seiten bieten Dutzende von Telefonsexfirmen ihre Dienste an. Vier verschiedene Arten lassen sich unterscheiden:

1. Einfache Aufsager. Erotische Kurzgeschichten mit zum Teil kuriosen Themen (die Auswahl reicht vom Pizzalieferanten über

Berlin schnellte von durchschnittlich 100 auf über 700 Mark pro Monat, sein Kalifornienurlaub fiel den Antillen zum Opfer. Ralf aus Düsseldorf war sogar mit 3.800 Mark dabei. Ungläubig beauftragte er die Telekom, seine Rechnung zu überprüfen. Eine bestimmte Nummer auf den Niederländischen Antillen, bemerkte spitz das Fräulein vom Amt, sei von ihm besonders häufig angewählt worden. Jetzt knabbert er an den Raten eines Privatkredits.

Fortgeschrittene benutzen deshalb einen Trick, um die Computerstimme zu überlisten: Mit Hilfe eines Fernabfragegerätes werfen sie den Groschengräber einfach aus der Leitung. Wer geschickt und skrupellos genug ist, ruft einfach auf Verdacht seine Nummer in die Stille der karibischen Finsternis, legt auf und wartet, bis es klingelt. Die Erfolgsquote des Telequickies, behaupten chat-setter, tendiere gegen hundert Prozent.

Das Geschäft blüht. Zu den seltsamsten Uhrzeiten wird in der Republik gleich leitungs-bündelweise fernonaniert: keimfrei, folgenlos, jederzeit verfügbar. Eine Horravorstellung für Soziologen und Kneipiers, Moralapostel und Kulturpessimisten, aber auch für die rarer werdenden Anhänger fleischlicher Genüsse. Und das ist erst der Anfang.

Fast unbemerkt hat sich nach den USA auch über Europa ein dichter werdendes Netz von privaten Informationsdiensten gelegt, eine neue Branche ist entstanden: audiotex. Das System wurde Anfang der achtziger Jahre in den USA entwickelt, die Deut-

den Fernfahrer bis zum Skinhead). Sie sind digital gespeichert und starten bei jedem Anruf neu.

2. Telefonische Kontaktanzeigen. Mittels Ja/Nein-Entscheidungen per Wahlstatustastatur oder Stimmerkennung wird der Benutzer durch ein Computersystem geschleust, wobei er Anzeigen aufsprechen oder abhören sowie Nachrichten hinterlassen kann. In Großbritannien sind solche „Partnertreffs per Telefon“ meist regional gegliedert. Zum Teil werden sie bereits mit schriftlichen Anzeigen in Schwulenblättern gekoppelt.

3. Chatlines oder party-lines: In der Regel von internationalen Anbietern via Antillen oder Australien. Nach einem Einführungstext wird der Benutzer in eine Live-Konferenzschaltung eingeschleust.

4. Man to Man-Service. Hier hat der Kunde die Möglichkeit, sich mit einem professionellen Animateur am anderen Ende live – von Mensch zu Mensch – zu unterhalten.

In Deutschland hat die Telekom die Entwicklung lange verschlafen. Bis auf fünf Konferenzschaltungen im Kölner Probeversuch überließ sie das Feld den Internationalen, die mit markigen Sprüchen (Außer den Telefongebühren fallen Ihnen keine weiteren Kosten an!) „den Ruf des neuen Mediums ruinierten, bevor es überhaupt losging“, wie ein kleiner deutscher Anbieter heute bedauert.

Seit genau einem Jahr nun probt die Telekom in Nordrhein-Westfalen audiotex unter der Service-Nummer 0190. Die 600 Leitungen wurden unter acht Anbietern aufgeteilt, darunter RTL plus, der Axel-Springer-Verlag, TeleShop und ein niederländischer Sexanbieter. Marktführer in NRW ist „Legion Telecom“. Das internationale Unternehmen mit einem Jahresumsatz von 92 Mio. DM versorgt NRW zur Zeit mit einer Flirtline, einem Partnertreff, einem Partytreff und dem rein schwulen BoysClub – alles telefonische Pinnwände, denn chatten untersagt die Telekom in ihrem Netz. Überhaupt legt man beim Netzbetreiber Wert auf Seriosität. In den Verträgen zwischen Telekom und den Anbietern ist festgelegt, daß Gewaltverherrlichung, Aufforderung zu Straftaten und (sic!) Obszönitäten im neuen 0190-Service nichts zu suchen haben.

Dehnbare Begriffe. Als Legion den BoysClub einführte, um den Run der Schwulen auf die heterosexuellen Angebote einzudämmen, bekam die Firma prompt Ärger. Der Name rufe zur Verführung Minderjähriger auf, glaubten die Telefonbeamten und ließen sich nur schwerlich davon überzeugen, daß Schwule bis ins hohe Alter durchaus als „boys“ gelten. Quasi als Untermieter funkt auch die Schwulenpostille „magnus“ mit ihrer „magnus-line“ auf den Leitungen der Legion-Telecommunication. Dort sucht jetzt „Boy, 25, einen verständnisvollen Mann mit Spaß am Sex, für heute abend. Ruf mich bitte schnell an.“ und eine freundliche Stimme bittet nach jedem einzelnen Angebot gebührenschnellend, „wenn Sie weitere Anzeigen abhören möchten, sagen Sie „ja“. Die Niederländer von „Harrys Partner Service“, die mit verschiedenen Angeboten die homosexuelle Klientel – mittlerweile etwa 60.000 monatliche Anrufe – umgarnen, mußten bereits eine Abmahnung wegen zu freizügiger Werbung hinnehmen. Sittenwächter Telekom droht im Wiederholungsfall mit dem Entzug der Lizenz.

600.000 Anrufer pro Monat zah-

len in NRW gerne die erhöhte Gebühr von 1,15 DM pro Minute, um die Ergebnisse ihres Eishockeyclubs abzufragen, Witze oder schwule Kontaktanzeigen abzuhören. Kein Wunder, daß alle Mitverdiener (Telekom 54%, Anbieter 46% der anfallenden Telefongebühren) von einem Erfolg sprechen und die baldige Ausweitung von Service 0190 in Aussicht stellen.

Kritikern, die eine weitere Vereinsamung der Menschen befürchten und die hohen Tarife schlicht als Nepp bezeichnen, hält Telekom-Sprecher Lothar Neubauer entgegen, daß der Fernsprechmonopolist per Gesetz verpflichtet sei, die technischen Möglichkeiten der Telekommunikation auch anzubieten. Ein Ausschuß der freiwilligen Selbstkontrolle der Anbieter ist eingerichtet, überall werden die Anzeigen abgehört, bevor sie in das System eingespeist werden. Täglich fliegen Anzeigen hinten raus, die nach Telekom begriffen zu obszön sind. Darüber hinaus wurde eine Verträglichkeitsstudie erstellt und der Service weitgehend nach den Vorgaben dieser Studie eingerichtet. Bis spätestens Ostern 1993 wird Service 0190, bis auf ein paar Flecken in der Ex-DDR bundesweit abrufbar sein. Schon jetzt hat ein schier unglaublicher Run auf die neuen Leitungskapazitäten eingesetzt. Die Verteilung auf neue Anbieter könnte bundesweit zu einem Hauen und Stechen werden, zu viele riechen das große Geld.

Wenig wissen dagegen die Anbieter der Telefondienste über ihre Kundschaft. Bei Legion vermutet man, sie sei „eher jünger, als älter und eher single als gebunden.“ Das Klischee vom einsamen Herzen allein trifft jedoch sicher nicht die Realität. Auch die Befürchtungen, der neue Telefonmarkt führe zu einem Sterben der Kneipenkultur, hat sich in Ländern wie Großbritannien oder den USA nicht bestätigt. Wie bei jeder neuen Technik tritt auch bei audiotex nach der ersten Euphorie die schnelle Ernüchterung ein. Die Faszination anonymer Intimität kann wirklichen Kontakt auf Dauer nicht ersetzen.

Der Berliner Tino überlegt sich mittlerweile sehr bewußt, wann er zum Hörer greift und wann er lieber Freunde in der Kneipe trifft. Sicher war die Telefonrechnung dabei ein heilsamer Schock. Ganz verzichten will er auf die neuen Möglichkeiten aber nicht. Und auch

Ralf aus Düsseldorf nutzt weiter chatlines und Partnertreffs. „Es ist halt faszinierend, Leute aus ganz unterschiedlichen Ecken kennenzulernen, Typen, mit denen ich sonst nie etwas zu tun hätte.“ Manchmal stößt er im Netz tatsächlich auf Sorgenkinder. Zum Beispiel auf Gero aus Bad Oeynhausen, der meist nachts „auf die Antillen fischen geht.“ Mit ihm hat er schon mehrfach telefoniert, der 23jährige hat schwere Coming-Out-Probleme und niemanden, mit dem er darüber sprechen kann. Stundenlang unterhalten sie sich nun häufiger und ohne den transatlantischen Umweg übers Schwulsein und tönnen sich gegenseitig an. „Ich bin fast schon zum Seelendoktor geworden.“, grinst Ralf verlegen. Persönlich kennenlernen will er seinen Telefonfreund jedoch nicht. „Ich habe ziemlich viele schlechte Erfahrungen gemacht. Wenn du die Menschen dann siehst, bricht oft die ganze Phantase in sich zusammen. Der Reiz, intimste Dinge zu erfahren, ohne jemanden wirklich zu kennen, das ist das eigentlich Spannende.“ Der 69er ist out, es lebe der 0190er. ■



NEU ERÖFFNET!

MÄNNER FÜR MÄNNER!

GEILE VERBINDUNGEN NUR FÜR MÄNNER

DIREKTE KONTAKTE MIT GAYS

HEISSE PARTYAKTION ODER PRIVATE TREFFEN

LIVE GESPRÄCHE 24 STUNDEN 7 TAGE

WÄHLE 00-599-2473

DM 3,12 PRO MINUTE. EIN SERVICE FÜR ERWACHSENE.

Gefunden in „Du & Ich“

Die Jugendlichen haben die Nase voll davon“, sagt Nursen Zeytinoglu und meint das Thema Aids. Die meist 14- bis 17jährigen, die in Schulklassen – getrennt nach Jungen und Mädchen – zu der sexualpädagogischen Beraterin in einer Berliner pro familia-Stelle kommen, sind mit dem Problem groß geworden und kennen sich anscheinend aus. Bei dem andert-halb Stunden dauernden Treffen kommen kaum noch Fragen zu Aids, und wenn, ruft oft jemand dazwischen: „Mensch, haste das nicht in Bravo gelesen?“

„Vor zwei, drei Jahren war das noch anders“, erzählt Nursen. „Da war die Unsicherheit noch größer. Zum Beispiel sollten wir schon mal erklären, wie man ein Kondom benutzt.“ Doch obwohl die Teenager heute offenbar mehr wissen, stellt Nursen eine gewisse Naivität fest: „Die Mädchen halten sich oft an das Treueprinzip und glauben, wenn ich ihm treu bin, ist er mir auch treu. Die Jungen denken, daß sie nach einem Monat ein Mädchen gut genug kennen, um auf das Kondom verzichten zu können. Viele meinen auch noch, das betrifft sie alles nicht, das kriegen nur Schule und Junkies.“

Auf die Frage, ob sie immer ein Kondom dabei hätten, antworten die meisten Schüler mit ja. Nursen: „Das ist ein Zeichen dafür, daß man sexuell aktiv ist.“ Daß all diese herumgetragenen Kondome auch benutzt werden, wenn



Foto: Sönke Müller

Teenagerängste

Jugendliche fühlen sich genügend über Aids aufgeklärt. Dennoch scheint es eine „gewisse Naivität“ im Umgang zu geben.

von Annette Fink

es darauf ankommt, bezweifelt Nursen. Daran zweifelt auch Michael Cantacuzene von der Leserberatung des Jugendmagazins „Bravo“: „Die Zuschriften zum Thema ‘Das erste Mal’ ergeben, daß nur jeder fünfte oder sechste überhaupt an Verhütung gedacht hat.“ Die Tendenz „Nase voll“ bestätigt Cantacuzene, denn: „Alles, was man ständig bringt, langweilt. Wir bringen lieber mal ein Schlaglicht.“ Das heißt, wenn mal jemand Prominentes an Aids gestorben ist...

Fragen zu Aids kämen aber doch noch, und die seien sehr viel spezifischer als vor einigen Jahren, etwa: Kann das Virus über Mückenstiche übertragen werden? Welche Sexpraktiken sind gefährlich, welche ungefährlich? Wie lange kann sich das Virus an der Luft halten? Kann es im Badewasser übertragen werden? „Manche Jugendliche entwickeln eine regelrechte Aidsphobie“, berichtet Cantacuzene. „Sie wollen wissen, ob beim Zungenkuß oder Zahnfleischbluten etwas passieren kann.“ Fragen, die zeigen, daß der Informationsbedarf der jungen Menschen noch nicht ganz gedeckt ist und sie sich unsicher fühlen. Der Leserberater macht dafür die unterschiedliche Behandlung des Themas in den Medien verantwortlich: Die einen behaupteten dies, die anderen das Gegenteil, die einen machten Panik, die anderen verharmlosten. Cantacuzenes Fazit: „Wissenschaftlich fundierte Aufklärung tut not.“ ■

ABONNEMENT D.A.H.-AKTUELL

An die
Deutsche
AIDS-Hilfe e.V.

Ich möchte D.A.H.-Aktuell für ein Jahr abonnieren. Danach läuft das Abonnement weiter, wenn es nicht ausdrücklich drei Monate vor Ablauf gekündigt wird.
Rechtshinweis: Diese Bestellung kann innerhalb einer Woche (Datum des Poststempels) widerrufen werden.

– Abonnement –

Von diesem Rechtshinweis habe ich Kenntnis genommen

Unterschrift _____

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

Dieffenbachstr. 33
1000 Berlin 61

Name, Vorname _____

Organisation _____

Straße/Postfach _____

PLZ, Ort _____

Telefon: _____

Auf jeden Fall die Zahlungsweise angeben:

5 Ausgaben jährlich für DM 37,50

bis auf Widerruf kostenlos (nur für Schulen, Krankenhäuser, Gesundheitsämter, Redaktionen und vergleichbare Institutionen)

Den Gesamtbetrag für das Abonnement habe ich heute bezahlt:

mit beiliegendem Verrechnungsscheck

durch Überweisung an die Deutsche AIDS-Hilfe e.V. auf das Konto 020 3 500 500 bei der Deutschen Apotheker- und Ärztebank eG, Berlin (BLZ 100 906 03)

Datum: _____

Unterschrift _____

In das Zimmer von Frau W. zu gehen, heißt – besonders für die weiblichen Pflegekräfte – sich auf vieles gefaßt zu machen. Frau W., eine beinahe vollständig gelähmte und kaum noch zum Schlucken fähige junge Frau, verfügt über eine Vielzahl an Methoden, der Pflege ihrer Person einen eigenen Stempel aufzudrücken: Mehr als einmal bedeutet sie den Schwestern, noch einmal „die Stelle“ zu berühren – beim Waschen und beim Eincremen; und sie bittet auch direkt um Hilfe, um sich selber streicheln und anfassen zu können. Sie, die um alles bitten muß, deren Leben in die vollständige Abhängigkeit von anderen gerückt ist, bezieht auch bei der Befriedigung ihrer erotischen und sexuellen Bedürfnisse scheinbar natürlich und selbstverständlich die mit ein, die ansonsten für das Füttern, die Beseitigung ihres Stuhlgangs, das Wechseln ihrer Binden und das Lagern ihrer Beine verantwortlich sind.

Doch mit diesem Wunsch kann sie nicht auf ein individuelles und ganzheitliches Pflegeangebot zurückgreifen. Die Pflege wird problematisiert und Frau W. eine sogenannte „schwierige Pflege“. Wegen der vermeintlichen „Verwöhnungstendenz“ der Patientin verkürzt sich die Verweildauer der Pflegekräfte im Zimmer. Das Eingehen auf ihre Wünsche muß „im Rahmen des Möglichen“ im Team abgesprochen werden. Offiziell lautet das Pflegeziel, der Patientin ihre Anspruchshaltung abzugewöhnen – inoffiziell wird ihr beigebracht, daß der Spaß in der Pflege da aufhört, wo er möglicherweise für Frau W. begonnen hätte: mit der Akzeptanz ihrer Sexualität.

Laut der im deutschsprachigen Raum bekannten Pflege-theoretikerin Schwester Liliane Juchli gehört die Auseinandersetzung der Pflegenden mit Sexualität zwar zum Aufgabengebiet der Pflege: „Unterstützung und stellvertretende Übernahme der Aktivitäten



Kalten Waschlappen drauf

von Beate Steven

Pflegekräfte erfahren die sexuellen Bedürfnisse ihrer Patienten hautnah. Viele reagieren mit Scham, Ekel und Verwirrung darauf – Gefühle, die letztlich die Arbeit belasten. Ein entspannter Umgang mit „peinlichen Situationen“ setzt die Auseinandersetzung mit eigenen Begierden voraus. Im Lehrplan für künftige Pflegende steht hiervon jedoch nicht viel.

ner älterer Berufskolleginnen statt, und da heißt es: „kalten Waschlappen drauflegen, wenn er hochkommt“.

Sexualität hat keinen Platz in der Pflege. Dennoch ist sie immer präsent: Bei nahezu jeder pflegerischen Handlung wird ein anderer Mensch angefaßt und berührt. Intimität hört dort auf, wo Pflege anfängt. Die Gratwanderung der Pflegekraft beginnt da, wo die persönliche Ablehnung beim Entdecken der Pornohefte im Nachttischchen wächst, wo die Rasur im Genitalbereich zur Peinlichkeit wird und die Scham beim Einführen des Einlaufschlauches in den Anus

des täglichen Lebens (ATL)“, heißt der Arbeitsauftrag im intimsten Bereich menschlicher Begegnung. Aber er bleibt im Rahmen professioneller Distanz und ist bei allen Bemühungen des Lehrbuchs, dem pflegerischen Körperkontakt so etwas wie Zärtlichkeit und Sinnlichkeit zu unterlegen, bestrebt, „Mißverständnisse“ wie etwa das verbale oder nonverbale Herantragen unerwünschter Erwartungen zu vermeiden.

Stattdessen lernen Pflegewillige in der Ausbildung unter dem Aspekt „Kind, Frau, Mann sein“ eine Definition von Sexualität, die auch eine „gesunde Geschlechtlichkeit“ zum Inhalt hat. Dem scheint zwar die „Sexualität als Lebensausdruck“ in seiner ungebrochen vitalen und individuellen Form entgenzustehen, jedoch erschöpft sich die für die Praxis notwendige Handlungskompetenz im Erkennen von Merkmalen, die zur Situationseinschätzung genügen müssen: Geschlechtsverhalten, Geschlechtsreife, Leiblichkeit sowie Sexualität im kindlichen und im Seniorenalter. Eine Aktivität des täglichen Lebens ist Sexualität laut Pflegeplan also nicht – der vorgeschlagenen Umgang etwa mit Aidskranken sieht Sexualität weder als Bedürfnis noch als Ebene der Auseinandersetzung vor – und von einer „Unterstützung“ kann erst recht keine Rede sein. Im Gegenteil, der eigentliche, nämlich heimliche Lehrplan findet für die Auszubildenden in der Pflege auf der Station unter Anleitung erfahrener

zu einem Mangel an Einfühlungsvermögen und somit zu Schmerzen bei Patienten führt.

Sie beginnt dort, wo trotz der eigenen Unzulänglichkeit die Professionalität einen aufgeklärten und toleranten Umgang mit schamhaften und sexuellen Bedürfnissen von Patienten voraussetzen muß und Fachlichkeit verlangt. Und dazu gehört ebenfalls die Reflexion eigener Sexualität, ihrer Bedeutung und ihrer Lebendigkeit wie ihrer Tabus.

Es ist ein Irrtum zu meinen, daß sich die Sinnlichkeit der Wahrnehmung und die Phantasie mit dem Anlegen der Dienstuniform wirklich ausklammern läßt, und selbstverständlich gilt dies auch für die Patienten. So wenig das Tragen von Eheringen gegen Ehebruch schützt, verhindert die hierarchische Uniformierung gegenseitige Anziehung und Ablehnung bis hin zum Ekel.

Doch Krankheit mit Sexualität zu verknüpfen, das erscheint bestenfalls seit dem „Zauberberg“ – literarisch gesehen – als dekadent und morbide. Was passiert erst bei der Betrachtung sexuell übertragbarer Krankheiten, etwa Syphilis oder Aids? Was geschieht mit Patienten, die sich offensichtlich infizierten, egal ob mit Gonorrhoe, Hepatitis B, Feigwarzen oder Krätze? Alle Krankheiten haben mit dem Körper eines anderen zu tun, vermitteln den Eindruck der Unsauberkeit, der Promiskuität und eines unstillbaren Lebenswandels.

Dies ist, was assoziiert wird und reizt in einem reizlosen, weitgehend sterilen Raum wie der Institution Krankenhaus. Sexualität mit seinen verschiedenen Spielarten stellt noch immer das Fremde und Andersartige dar und vermittelt zumindest die Illusion eines Alltagsabenteuers oder die bekannte Erfahrung alltäglichen „Spießbrutenlaufens“ (wer kennt sie nicht, die Fünf-Bett-Zimmer mit nur spöttisch-anzüglichen jungen Männern, deren Arme oder Beine in Gips gelegt sind, denen aber sonst nichts fehlt?) – wo kommt denn dann der kalte Waschlappen hin?

Also doch eine Aktivität des alltäglichen Lebens? Wohl kaum. Sexualität in der Pflege scheint eher eine Bürde zu sein. Die Betrachtung eines anderen, weitgehend fremden Menschen auch als sexuelles Wesen verschafft beides: den Anreiz zur Annäherung wie auch die Macht zur Isolierung und zur Sanktionierung. Da Patienten und Pflegenden in der Hierarchie ihrer Beziehung nicht auf einer Ebene stehen, ist die Gefahr gegenseitiger Verwirrung und Verletzlichkeit bei der Wahrnehmung sexueller Bedürfnisse besonders groß. Sexualität im Kontext von Pflege und Medizin findet demzufolge vor allem in Arztromanen statt. Ansonsten gilt das Motto: Es kann nicht sein, was nicht sein darf. Doch was darf eigentlich nicht sein? Wo sind die Grenzen, was ist noch erlaubt? Dürfen Transsexuelle beispielsweise auf Frauenstationen liegen, oder ist dann bereits der gute Ton überschritten?

Wo fängt Sexualität und zum Beispiel der Mißbrauch in der Pflege an, und ab wann werden Pflegenden auch von Patienten zur Befriedigung ihrer Bedürfnisse benutzt?

Vieles wäre möglicherweise schon erreicht, wenn Sexualität in der Pflege als Thema weniger verschlüsselt behandelt werden würde. Doch lassen sich dafür keine Ansätze in Deutschland finden. Der von der eingangs erwähnten Pflege theoretikern angestrebte offenere Umgang mit Körperlichkeit und Sexualität in der Pflege bleibt ein Appell, solange auch hier beides nur mit der therapeutisch-heilenden Berührung verbrämt wird.

Es gibt in der Bundesrepublik keine „STD-clinic“ (sexual-transmitted-diseases-clinic), Polikliniken, in denen ausschließlich Menschen mit sexuell übertragenen Krankheiten beraten, diagnostiziert und behandelt werden. Hier finden in einer Atmosphäre des Vertrauens ebenso selbstverständlich Gespräche über sexuelle Praktiken und Probleme statt wie pragmatische Unterweisungen und Beratungen durch das Personal zum Schutz vor Infektionen wie auch zur möglichst schadenfreien Verwirklichung eigener Phantasien.

Sexualität als reale Grundlage menschlichen Daseins wird hier zum Ausgangspunkt vielfältiger Diskussionen, aber sie gerät auch zu einem Vehikel für Gespräche, Berührungen und so etwas wie Zuwendung und Schutz. Das scheint eine wünschenswerte Zukunft für den Pflegealltag in Deutschland zu sein. ■

Im Urlaub alles vergessen?

von Dieter Kleiber und Martin Wilke

Zu einem überraschenden Ergebnis kommt eine Befragung von Sextouristen: Über die Gefahren einer HIV-Infektion wissen Urlauber, die in Thailand sexuelle Abenteuer suchen, Bescheid. Wenn sie dennoch kein Kondom verwenden, dann oft deswegen, weil Gefühle von Liebe oder Verliebtsein in die Prostituierte ihre Risikobereitschaft erhöhen.

„S ex im Urlaub“, „Thailand – das war's wohl“, „Höllisch verseucht“; mit solchen oder ähnlichen Schlagzeilen berichtet die Presse immer wieder über ein Thema, das im Verlauf der öffentlichen Diskussion über Aids zunehmend stärker an Beachtung gewinnt: Sextourismus. Assoziiert werden mit diesem Begriff in der Regel weiße, bierbäuchige, tätowierte Touristen an exotischen Palmenstränden oder Strandbars, die, umgeben von jungen, attraktiven, anschniegenden asiatischen Frauen ihre Bierkrüge schwenken, bevor sie zur Sache kommen.

Ob solche Klischees, die ein Ergebnis der massenmedialen „Berichterstattung“ sein dürften, die Realität wirklich abbilden oder ob sie eine Realität konstruierten, kann zunächst nicht entschieden werden. Unzweifelhaft bewirkt diese Art von Berichterstattung eine Mischung aus Abscheu, moralischer Empörung, Unverständnis, aber auch fasziniertem Hinsehen und Voyeurismus. Auf Fragen aber, was für Menschen die sogenannten Sextouristen wirklich sind, welche Motive sie haben, was sie in die Ferne treibt, ob sie überhaupt und in welchem Umfang sie zur internationalen Ausbreitung von HIV beitragen, werden zumeist keine Antworten gegeben und nur wenig konkrete Informationen geliefert. Statt solider sozial- und sexualwissenschaftlich abgesicherter Wissensbestände dominieren deshalb Gerüchte, Vorurteile, Eindrücke und Ideologien.

In feministischer Perspektive beispielsweise spiegeln Sextouristen „das gesamte Spektrum unserer westlichen Zivilisationsneurosen“ wider (Laza 1987, S. 195). Müheles wird „nachgewiesen“, daß nicht nur „Biertischgrößen“, sondern „Männer aller Altersstufen, ohne Unterschied im Einkommen, Bildungsstand oder auch Aussehen“ (Maurer 1990, S. 54), Hilfsarbeiter wie Unternehmer oder Angestellte zwischen 17 und 75 Jahren als Freier oder Sextouristen aktiv sind. Kurz: Es wird das Bild des Herrn Jedermann, des Mannes von nebenan entworfen, „dem wir alltäglich begegnen“ (Lipka 1989, S. 84).



Wegen Buddha nach Asien?

Sextouristen – verfettet, verhärtet, seelisch verarmt?

Der „männliche Blick“ dagegen produziert eine ganz andere Wirklichkeit. Folgt man beispielsweise Fleischer (1989), den die Zeitschrift Medical Tribune in einem Beitrag zur Frage „Sextouristen – Was sind das für Männer?“ als Gewährsmann nahm, dann handelt es sich bei Sextouristen um „einsame, innerlich beziehungslose Kreaturen, was die Partnerbindung zu Hause angeht. Dazu ein Schuß rassistischer Grundeinstellung, eine Prise Machotyp und ein Fingerhut voll Verunsicherung über die Emanzipation der Frauen daheim“. Demselben Tenor folgt auch Wawerzonnek (1989, S. 9) für den Sextouristen dies sind: „eine unvorstellbare Ansammlung von häßlichen Menschen – verfettete, intellektuell, emotional und körperlich verarmte, tätowierte, laute, selbstherrliche Männer, die seit Jahrzehnten, nichts mehr für ihren Körper gemacht haben, im Gesicht verhärtet von Frust und Alkohol oder aber scheue, kontaktarme häßliche Männer und bodygebildete, die vor lauter Narzißmus ihrem Körper gegenüber den Kopf vernachlässigen und ihr Ideal an Schönheit in der BRD nur selten bekommen, da sich Frauen hier auch gerne unterhalten wollen.“

Die Ausbeutung akzeptieren?

Da in den letzten Jahren insbesondere bei Prostituierten in Thailand die HIV-Prävalenzraten explosionsartig angestiegen sind (vgl. Kleiber 1990) und dieser Anstieg – vorsichtig ausgedrückt – mit dem Sextourismus, also mit dem konkreten Verhalten der Männer in Zusammenhang stehen könnte, erscheint es dringend geboten, das tatsächliche Verhalten von Sextouristen zu untersuchen. Hierzu bekamen wir Gelegenheit im Rahmen einer Studie zum Thema „Aids und Sextourismus – Eine Untersuchung zu sozialen und psychologischen Charakteristika deutscher Sextouristen“ (gefördert vom Wissenschaftssenat Berlin), die wir 1990/91 am Sozialpädagogischen Institut Berlin (spi) in Zusammenarbeit mit dem Institut für Tourismus der Freien Universität Berlin durchgeführt haben.

Ein erstes Ziel unserer Untersuchung bestand darin herauszufinden, ob es überhaupt möglich ist, die sogenannten Sextouristen hinsichtlich ihres Sexualverhaltens, ihres Risiko oder Schutzverhaltens sowie psychologischer und sozialer Merkmale zu befragen. Da die betroffenen Männer im jeweiligen Heimatland aufgrund ihres Verhaltens eher geächtet als bewundert werden, mußte davon ausgegangen werden, daß es nicht leicht sein dürfte, überhaupt Informationen zu bekommen. Bestärkt wird diese Befürchtung auch dadurch, daß wohl kaum bestritten werden kann, daß es sich bei dieser Art des Tourismus um eine Variante der Ausbeutung der Dritten Welt durch die Erste handelt, und zwar um Ausbeutung in doppelter Weise: Ausbeutung im ökonomischen Sinn und Ausbeutung von Frauen durch Männer. An diesen strukturellen Bedingungen ist nichts zu beschönigen.

Das Verhalten dieser Männer mag ethisch und moralisch zweifelhaft sein; es mag aus sozialen und politischen Gründen durchaus abzulehnen sein. Aber: Für die Erfordernisse Aids-präventiver Strategien und ihr zugeordneter Forschungen ergibt sich unvermeidbar eine andere Akzentsetzung. Verhaltensänderungen lassen sich nicht



Foto: Sönke Müller

gegen den Willen und gegen die Bedürfnisse der Menschen durchsetzen, die sich ändern sollen. Die Gespräche sind nur mit einer prinzipiell akzeptierenden – wenn auch die Probleme nicht verwischenden – Grundhaltung zu führen. Dem Virus ist es ja in der Tat egal, ob er bei einem bezahlten oder unbezahlten ungeschützten Geschlechtsverkehr übertragen wird, ob er zwischen hetero- oder homosexuellen Partnern, von einer infizierten Frau auf einen infizierten Mann oder umgekehrt, von einem infizierten Reisenden oder von einer infizierten Prostituierten übertragen wird.

Aids-Prävention muß an den Verhaltensgewohnheiten, Motiven, Zielsetzungen und Lebensweisen der jeweiligen Zielgruppen der Aids-Prävention ansetzen, um die Akzeptanz von „Safer Sex“ zu erhöhen und dadurch das Risiko der Ausbreitung von HIV in Zusammenhang mit Reisen zu senken.

Von diesen Grundüberlegungen ausgehend wurden Ende 1990 mehrere Interviews in Thailand mit deutschsprachigen männlichen Urlaubern geführt, die sexuelle Kontakte mit einheimischen Frauen hatten. Thailand ist gegenwärtig das bevorzugte Zielland des Sextourismus. Neben Thailand gel-

ten aber auch die Philippinen, Kenia, Brasilien und die Dominikanische Republik zu den Hauptreiseländern für Sextouristen.

Risikofaktor Liebe

Wider Erwarten war es keineswegs besonders schwierig, mit einschlägig aktiven Männern zu reden. Etwa jeder zweite Versuch, jemanden mit Hilfe eines strukturierten Gesprächsleitfadens („Männerfragebogen“) zu befragen, verlief erfolgreich. Die Alltäglichkeit der in den Touristenzentren Thailands angebotenen sexuellen Dienstleistungen produzierte eine Art „Normalität der Abweichung“, brachte es aber auch mit sich, daß die Männer sehr offen über ihre Erfahrungen und sexuellen Aktivitäten sprachen. Das Thema Aids erzeugte zusätzlich Aufmerksamkeit, Interesse und Bereitschaft zu offenem Antwortverhalten. So war es möglich, innerhalb weniger Wochen insgesamt 152 Sextouristen zu befragen. Darunter waren Männer aller Einkommens- und Bildungsstufen im Alter von 20 bis 76 Jahren. Die Hauptgruppe stellten 30- bis 40jährige überwiegend ledige oder geschiedene Männer. Bei zwei Drittel der Befragten handelte es sich um sextourismuserfahrene Männer, die bereits in Thailand oder in anderen Zielländern des Sextourismus waren und dort auch sexuelle Kontakte zu einheimischen Frauen hatten.

In knapp zwei Wochen hatten die befragten Männer im Schnitt mit drei Frauen 18 sexuelle Kontakte gehabt. Bedenkt man, daß die Reisen im Mittel mindestens drei Wochen dauern, und daß es keinen Grund zu der Annahme gibt, daß die Männer gegen Ende der Reise weniger sexaktiv sind, wären faktisch um etwa ein Drittel höhere Partnerinnen- und Sex-Frequenz-Zahlen pro Urlauber anzunehmen. Unter Aids-präventiven Gesichtspunkten wäre das nur dann zu kommentieren, wenn gleichzeitig nach dem Ausmaß von „Safer Sex“ gefragt wird. Die diesbezüglichen Ergebnisse waren leider erschreckend: Nicht einmal 30 Prozent der Männer haben bei ihren Sexkontakten in Thailand konsequent Kondome benutzt. Die Hälfte der Sextouristen hat sogar niemals Kondome benutzt. Das Wissen um das Risiko einer HIV-Infektion, um eigene Aids-bezogene Ängste, ja nicht einmal die drastisch überschätzten Vermutun-

gen über die weite Verbreitung von HIV in Thailand und unter thailändischen Prostituierten hatten einen nachweisbaren Einfluß auf das Aids-bezogene Risikoverhalten.

Analysiert man die Hauptursachen für die niedrigen Kondombenutzungsraten, so sind „emotionale und psychologische Widerstände“ gegen Kondome, geringe Kondombenutzungserfahrungen der (verheirateten und älteren) Männer, „Setting-Faktoren“, „die spezifische Struktur der Prostitution in Thailand“, die „Wahrnehmung der Frauen als emotionale, gebende Partnerinnen“, eine „mangelnde Professionalität und Durchsetzungsfähigkeit der Frauen“ zu benennen.

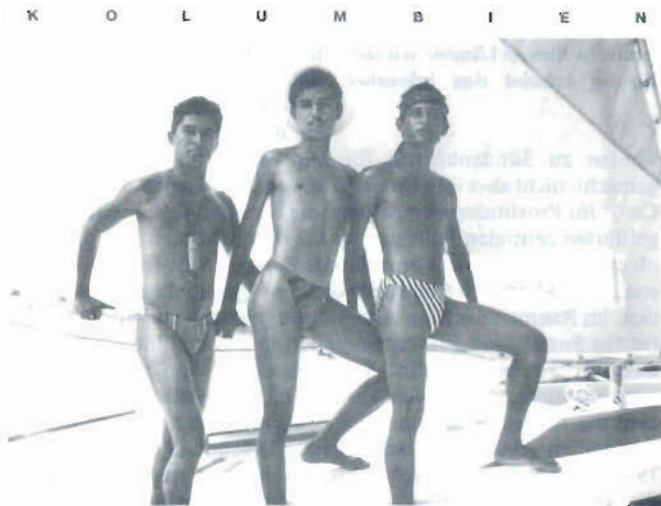
Das Durchschnittsalter der Thailänderinnen lag mit ungefähr 24 Jahren (Schätzung) immerhin 14 Jahre unter dem Durchschnittsalter der Männer und signalisiert bereits, wie die Machtverhältnisse verteilt sein dürften. Die Frauen (über 60 Prozent von ihnen) waren – ganz anders als in Deutschland, wo Prostitutionskontakte in der Regel in dreißig bis sechzig Minuten abgewickelt werden – im allgemeinen mehrere Tage mit ihren Freiern zusammen. Folglich entstanden nicht selten emotionale Beziehungen, die nicht nur dazu führten, daß über 40 Prozent der Männer sich verliebt haben, über ein Drittel der Männer ein Wiedersehen plant oder gar daran dachte, eine thailändische Frau zu heiraten, sondern auch dazu, daß weniger Kondome verwendet wurden.

Mit wachsender Intimität, wachsender emotionaler Engagiertheit und größerer Privatheit und Unprofessionalität des Prostitutionssettings sanken die Kondombenutzungsraten und stieg die Risikobereitschaft. Die Bedeutsamkeit von Setting-Faktoren wird deutlich, wenn man die Kondombenutzungsraten in Abhängigkeit vom Ort, wo der Geschlechtsverkehr stattgefunden hat, betrachtet. In Massage-salons, wo professionellere Frauen arbeiten, wurde in stärkerem Maße „Safer Sex“ praktiziert, als bei Kontakten, die im Hotel der

Männer stattfanden. Es scheint so zu sein, daß professionellere Frauen häufiger Kondombenutzung durchsetzen können und andererseits ein privates Setting die Benutzung von Kondomen unwahrscheinlicher macht.

Viele der hier angeführten Ergebnisse weisen in die gleiche Richtung. Man kann von einem „Risikofaktor Liebe“ sprechen. Je stärker sich die Männer an Leitbildern traditioneller Beziehungen orientierten, je mehr sie mit einem „romantischen Liebesideal“ identifiziert waren, umso geringer war ihre Bereitschaft und Fähigkeit, ein Kondom zu benutzen und sich Aids-präventiv zu verhalten. Die Frauen wurden oft nicht mehr als Prostituierte wahrgenommen, die ihrem Job nachgehen, sondern als ihnen emotional nahestehende Partnerinnen. Die im Interview noch abrufbare rationale Einsicht in die Notwendigkeit Aids-präventiven Verhaltens war in der konkreten Situation zumeist nicht mehr handlungsleitend. Die Mehrzahl der Männer sah sich denn auch nicht (mehr) als Sextouristen, obwohl sexuelle Kontaktwünsche bereits das Reiseziel und die Reiseplanung beherrscht haben. All dies wird die Aids-Prävention zu berücksichtigen haben. Doch viele Fragen sind offen. Deshalb begrüßen wir, daß sowohl international als auch national verstärkt die Notwendigkeit gesehen wird, sich mit dem Thema wissenschaftlich zu beschäftigen.

Als wichtige Ergebnisse dieser Einsichten ist zu sehen, daß das Bundesministerium für Gesundheit seit 1991 ein breit angelegtes Forschungsprojekt zum Thema „Aids und (Sex)Tourismus“ fördert. Ebenso beschäftigt sich die BzGA mit diesem Thema. In einigen Zielländern des Sextourismus findet endlich ein Umdenken statt, in dessen Folge die Risiken und Nebenwirkungen des Sextourismus in den Blick geraten und nicht nur der ökonomische Gewinn der Tourismusbranche das politische Handeln bestimmt. ■



Antonio, Alvaro und Rafael am Strand von Cartagena: Die Position muß stimmen!

DIE BOYS VON CARTAGENA

Wer an Kolumbien denkt, kommt immer gleich auf Drogen oder Terror. Der Hamburger Hobby-Fotograf Günter Runge, der gerade von einer Kolumbien-Tour kommt, kann anderes berichten und gibt Entwarnung: „Der Drogenboß sitzt nämlich im selbstgebauten Knast in Medellín, die ehemaligen Undergroundkämpfer haben sich mit der Regierung versöhnt“, berichtet uns Runge stolz. Mit seinem kolumbianischen Freund hat er alle sehenswerten Plätze besucht und war besonders von der freundlichen Menschen beeindruckt. Die Boys von Cartagena, eine alte Kolonialstadt an der Westküste, haben es ihm aber wohl besonders angetan: Jairo, Rafael, Alvaro, Frank und Antonio rissen sich Yörmiech um den Hobby-Fotografen. Bei strahlender Sonne war sein Kamera-Objektiv immer von den

feurigen Boys umlagert, wie man diesen Seiten wohl entnehmen kann. Jetzt freuen sie sich auf die Veröffentlichung ihrer Fotos in DU&ICH! Klar, daß alle Boys von uns ein Heiß erhalten! Wer jetzt aber glaubt, daß es sich hier um Jungs handelt, die sich für Geld anbieten, der irrt sich gewaltig. Runge: „Knabenprostitution gibt es in Kolumbien sehr selten. Die Boys - ob schwul oder nicht - sind sehr kontaktfreudig, besonders, wenn es sich um Europäer handelt.“ Hier noch einige Tips, die uns Runge gab: Da

feurigen Boys umlagert, wie man diesen Seiten wohl entnehmen kann. Jetzt freuen sie sich auf die Veröffentlichung ihrer Fotos in DU&ICH! Klar, daß alle Boys von uns ein Heiß erhalten! Wer jetzt aber glaubt, daß es sich hier um Jungs handelt, die sich für Geld anbieten, der irrt sich gewaltig. Runge: „Knabenprostitution gibt es in Kolumbien sehr selten. Die Boys - ob schwul oder nicht - sind sehr kontaktfreudig, besonders, wenn es sich um Europäer handelt.“ Hier noch einige Tips, die uns Runge gab: Da



Alvaro in seinem Zimmer: Wie wärs denn mal mit Pin Up?

Gruppenbild für Hobby-Fotograf Runge: Bitte recht freundlich...



Auch Schwule sind Sex-Touristen. Gefunden in „Du & Ich“.

Entgegen anfänglicher Be-
teuerungen von seiten der
Behörden und der Reise-
branche hat das Aids-Risiko den
Sextourismus nicht zum Erliegen
gebracht. Im Gegenteil, das Rei-
sen in die einschlägigen Ziellän-
der verzeichnet weiterhin stei-
gende, zum Teil sehr hohe
Zuwachsraten. So verbrachten
1991 annähernd 140.000 Deut-
sche ihre Ferien in Kenia, reisten
gar 218.000 nach Thailand, dem
beliebtesten Fernreiseland der
hiesigen Bevölkerung. Rund zwei
Drittel der in Thailand ankomen-
den deutschen Reisenden
sind Männer. Die unzähligen
Vergnügungseinrichtungen in
den Tourismuszentren verdeutli-
chen, daß Sextouristen nicht nur
eine unbedeutende Minderheit
darstellen, obwohl in keinem der
einschlägig bekannten Fernreise-
länder Prostitution uneinge-
schränkt erlaubt ist.

Der Tourismus, insbesondere
der Sextourismus, ist ein solch
lukratives Geschäft, daß das
Aids-Risiko in diesem Zusam-
menhang immer wieder verharm-
lost und eine sachliche Aufklä-
rung weitgehend verhindert wird,
um ja keine Einbußen zu riskie-
ren. Auf dem Anfang September
1992 in Zürich alljährlich stattfin-
denden Asia-Pacific-Workshop
hat die Thailändische Tourismus-
behörde TAT, einer der Sponsoren der Tagung, einen Informations-
beitrag über Aids gekippt, weil das Thema „Aids und Tourismus“
imageschädigend für die Branche sei.

Viele Länder der sogenannten Dritten Welt fördern den Touris-
mus als Ausweg aus ihrer Wirtschaftskrise – oftmals durch IWF-
und Weltbank-Programme empfohlen –, wobei Prostitution in vie-
len Fällen offen als Aushängeschild für die Tourismuswerbung
dient. Doch die zur Bekämpfung der Verschuldungssituation ange-
wandten Strategien bewirken eine zunehmende Verarmung breiter
Bevölkerungsschichten. Frauen, Jugendliche und Kinder sind von
der Verschlechterung der Lebensbedingungen am härtesten betrof-
fen. Prostitution ist für sie oft die einzige Möglichkeit, sich selbst
und ihre Familien zu erhalten. Gleichzeitig wird auch bewußt
sexuelle Ausbeutung von den Verantwortlichen in Kauf genommen,
um sich für den internationalen Tourismus zu öffnen. So versuchte
im letzten Jahr Prinz Sihanouk die Tourismusindustrie mit sexuel-
len Angeboten nach Kambodscha zu locken: „Der Tourismus ist im
Kommen. Ich habe Massagesalons und willige Mädchen gesehen.
Das ist gut so.“

Auch wenn viele Frauen und Jugendliche die Prostitution als
Überlebensstrategie gewählt haben, kann von freiwilliger Prostitu-
tion nur schwerlich gesprochen werden. Das Schicksal von Prapai,
einem 17jährigen Mädchen aus einer Provinz nördlich von Bangkok,
steht stellvertretend für das Los vieler junger Thailänderinnen: In
der Hoffnung auf ein besseres Leben reiste Prapai nach Bangkok und
versuchte dort, Arbeit zu finden. Sie lernte einen Mann kennen, der
sie vergewaltigte und anschließend für 6000 Baht an ein Bordell ver-
kaufte. Die meisten der in diesem Bordell arbeitenden Mädchen
wurden zur Prostitution gezwungen. Als der Bordellbesitzer nach
einiger Zeit feststellte, daß Prapai schwanger war, schickte er sie mit
100 Baht auf die Straße. In einem Frauenschutzzentrum fand sie vor-



Jungfrauen oder Kondome?

von Mechthild Maurer

**Auch wenn das Risiko, sich mit HIV zu infizieren, für die meist jun-
gen Prostituierten in Ländern der Dritten Welt wie für deren Kunden
enorm groß ist, floriert der Sextourismus in diesen Länder weiter-
hin. Eine umfassende Aids-Aufklärung scheint das lukrative
Geschäft zu verderben.**

werden zu Sündenböcken für die Verbreitung der Epidemien
gemacht, nicht aber ihre Kunden. So wurde in Thailand eine „Green
Card“ für Prostituierte eingeführt, die über den dafür extra neu
eingeführten zentralen Polizeicomputer den Behörden Auskunft gibt,
ob eine im Sexbusiness beschäftigte Person „Aids-frei“ ist. Mit die-
sen „Green Cards“ werben auch die Massagesalonbesitzer ihre Kun-
den. Im Rahmen der Stop-Aids-Kampagne Schweiz wurde im Insti-
tut für Sozial- und Präventivmedizin in Zürich eine Umfrage bei
Sextouristen durchgeführt. Sie erwie, daß die Tropenreisenden
zwar ausreichend über Aids-Risiken informiert wären, rund 30 Pro-
zent der befragten Sextouristen sich jedoch nicht konsequent mit
Kondomen schützten. Erschreckende Ergebnisse enthält auch die
1990 am Sozialpädagogischen Institut in Berlin durchgeführte Stu-
die über Sexualverhalten von Touristen in Thailand. (siehe dazu
auch den Beitrag von Dieter Kleiber und Martin Wilke: „Im Urlaub alles
vergessen?“ in diesem Heft).

Flüchtige sexuelle Kontakte auf Reisen tragen wesentlich zur
Ausbreitung des HIV-Virus beziehungsweise Aids-Epidemie bei.
Doch nicht das Reisen als solches ist für die Verbreitung verantwort-
lich, sondern das Verhalten der Reisenden. Demzufolge sind (Ein-
)Reisebeschränkungen von Menschen völlig falsche Mittel zur Ein-
dämmung von Aids, die letztlich zur Diskriminierung ganzer Bevöl-
kerungsgruppen, den sogenannten Risikogruppen, beitragen.
Wirksame Aids-Prävention im Zusammenhang mit dem Tourismus
strebt Verhaltensänderungen an und zeigt klar die Hintergründe auf,
die risikoreiches Verhalten im Fernreiseland erst möglich machen.
Das bedeutet aber auch, daß Aids-Prävention nicht von einer ethi-
schen Infragestellung des Sextourismus loszulösen ist. Zumal die
Sextouristen sich immer öfter noch jüngeren Prostituierten und
Jungfrauen zuwenden, um ihr eigenes Aids-Risiko „geringer zu hal-
ten“, wie sie sich ausdrücken. ■

läufigen Unterschlupf. Als sie
wegen ihrer Schwangerschaft
medizinisch untersucht wurde,
erfuhr Prapai, daß sie sich mit
HIV infiziert hatte. Einer ihrer
Kunden hatte sie angesteckt. Pra-
pai erzählt verbittert, sie habe
keine Ahnung gehabt, was Aids
bedeute und wie sie sich davor
hätte schützen können. Wie es
nun weitergeht, weiß sie nicht, da
sie auf Dauer nicht im Frauen-
schutzzentrum bleiben kann.
Ihre Familie zeigt keinerlei Inter-
esse, sich ihrer und des Babies
anzunehmen. Die Angst vor
Ansteckung ist bei der Bevölke-
rung immer noch so groß, daß sie
die Begegnung mit HIV-infizier-
ten Menschen meiden.

Durch das Aids-Risiko hat sich
die Situation der Prostituierten,
die in den Fernreiseländern
schon bisher durch Repression
und Kriminalisierung gekenn-
zeichnet war, zusätzlich ver-
schärft. Sie erhalten nur schwer
Zugang zu Informationen über
Aids und Prävention. Die Durch-
setzung konkreter Schutzmaß-
nahmen, wie der Gebrauch von
Kondomen, ist für sie oft gänz-
lich unmöglich. Durch die
Bekanntgabe hoher Infektionsra-
ten bei Prostituierten, die oftmals
die einzige systematisch getes-
tete Gruppe darstellen, werden
sie öffentlich gebrandmarkt. Sie

Ruth, 32 Jahre, hat von ihrer HIV-Infektion erst erfahren, als sie wegen einer schweren Unterleibsentzündung im Krankenhaus lag. Das ist fast sechs Jahre her. Zwar war sie von 1978 bis 1980 drogenabhängig, doch sie vermutet, daß sie sich bei ihrem damaligen Partner, den sie vor sieben Jahren im Sommer kennengelernt hatte, angesteckt hat. Dessen Ex-Freundin war aidskrank, hatte es ihm aber verschwiegen. Aus dem Krankenhaus entlassen, stand Ruth vor der Wahl, Halt im Heroin oder im Partner zu suchen. Sie hat sich für das Heroin entschieden, beschaffte sich das Geld mit Wohnungseinbrüchen und auf dem Strich. Das konnte der Freund nicht ertragen, die Beziehung ging in die Brüche.

Ein Jahr später lernt Ruth im Anti-Drogen-Verein einen neuen Mann kennen. Obwohl er selbst nicht positiv ist und weiß, daß sie krank ist, ist Sex kein Problem: „Es klappte wunderbar.“ Mit Kondom. „So'n Gummi ist gar nicht so'n Problem. Es muß nicht stören, wenn man's geschickt macht.“ Und doch war der Neue „ein kleiner, doofer Idiot“, der Ruth als „sauber“ empfand, dem nicht bewußt war, was diese Krankheit bedeutet. Mit ihm ist es aus, als Ruth rückfällig wird und er sie zum Anschaffen schickt. Der Strich – das ist eine andere Sache. Mit 40 bis 50 Männern hatte Ruth in der Zeit Kontakt, einige davon kamen regelmäßig nur zu ihr. Daß sie krank ist, hat sie höchstens angedeutet; auf das Kondom hat sie nicht bestanden, konnte aber manchem unbemerkt eines überrollen. Jetzt hofft Ruth, „daß nichts passiert ist.“

Heute will Ruth nichts mehr von einer Beziehung wissen. „Dafür haben die Typen zu viel Scheiß mit mir gemacht.“ Einen Freund sucht sie, das ja, „aber ohne Bett“. Und welcher Mann läßt sich schon auf eine Frau ein, die Aids hat? Auf eine Frau, die sich nicht mehr attraktiv findet? „Ich bin so dünn, ich habe überhaupt keinen Hintern mehr. Im Urlaub hat mich kein einziger Typ angemacht.“

Vor drei Jahren hat Ruth zum letzten Mal mit einem Mann geschlafen. Das Thema Sex ist für sie abgeschlossen. Trotz der



Da läuft nix mehr

von Annette Fink



Seit ihrer Infizierung mit HIV hat bei Ruth und Maria* das Interesse an Sex nachgelassen. Menschliche Zuwendung und Zärtlichkeiten sind für sie erheblich wichtiger.



Foto: Friedrich Baumhauer

Prostitution war ihr sexuelles Leben aber okay, sagt sie, sie hat sich ausgetobt. Und es gibt wichtigeres als Sex. Da sind ihre engsten Freunde, ein Paar mit einem kleinen Kind. Von denen bekommt sie Streicheleinheiten. Da sind die zwei Wochen Tage Griechenland, von denen sie zehren kann. Oder einfach die Möglichkeit, noch ein paar gute Tage zu haben „und die Schönheiten, die das Leben bietet, mitzunehmen“. Marias Situation ist etwas anders. Die 44jährige lebt seit acht Jahren mit ihrem Freund Thomas*, 36, zusammen. 1987 ließen sich beide auf HIV-Antikörper testen, denn Maria hatte vor Thomas einen Partner, der inzwischen an Aids gestorben ist. Ihr Testergebnis: positiv. Bei Thomas gab das Krankenhaus einen negativen Befund an.

Maria hat damals ihr Sexualleben sofort eingestellt. Sie wollte „erstmal mit der Situation klarkommen“ und wies Thomas' Annäherungsversuche ab. Kondome mochten weder sie noch er. Es wäre nicht mehr dasselbe gewesen. Zwei Wochen nach dem Test kommt ein Anruf aus dem Krankenhaus: Es hat eine Verwechslung gegeben. Thomas ist doch positiv. „Aber bei mir war da schon so'ne Sperre da“, erzählt Maria, „und nachdem ich Thomas ein paar Mal abgewiesen hatte, hat er sich nicht mehr getraut.“ Manchmal würde Maria schon gerne mit Thomas schlafen, aber jetzt zieht er sich zurück. „Er kann mich nicht einmal in den Arm nehmen, weil er sich dann unter dem Druck fühlt, daß ich mehr erwarte.“ Kuschneln können sie nur mal im Urlaub, im Alltag zuhause geht das nicht: „Da sind die Probleme zu nahe.“

Inzwischen haben sich beide mit einem Leben ohne Sex abgefunden. Durch die Krankheit hat das Verlangen danach auch abgenommen. Für Maria ist die Arbeit in der Berliner AIDS-Hilfe sehr wichtig geworden. Da hat sie Kontakte zu anderen, kann sie in den Arm nehmen – ohne sexuellen Anspruch. Dennoch: Ersatz für Sex hat sie nicht gefunden. ■

* Die Namen wurden von der Redaktion geändert

Fixerinnen und Fixer haben Sex, sie werden jedoch weder als „Risikogruppe“ noch als „Zielgruppe“ über ihre Sexualität definiert. Eine gewisse Ausnahme stellen in dieser Hinsicht die Drogenprostituierten dar. Nachdem rasch klar wurde, daß professionelle Prostituierte nicht im angenommenen Ausmaß von HIV betroffen waren und im übrigen als die Gruppe mit der konsequentesten Kondomverwendung gelten konnten, konzentrierte sich die epidemiologische und seuchenpolitische Aufmerksamkeit auf den Drogenstrich. Hier wurde das entscheidende epidemiologische Fenster, die Brücke der HIV-Ausbreitung in die übrige „Normalbevölkerung“ geortet (1).

Zur Schätzung des Umfangs von Drogenprostitution

Verschiedene Untersuchungen zeigen übereinstimmend, daß die Hälfte bis drei Viertel der Fixerinnen sich zumindest zeitweise prostituieren. Als Hauptquelle dienen die Ergebnisse einer am SPI Berlin durchgeführten Studie zu HIV-Prävalenz und Risikoverhalten bei Fixern und Fixerinnen. Seit 1988 wurden knapp 2.000 i.v.-Drogenkonsumenten, darunter 480 mit Prostitutionserfahrung interviewt und anonym auf HIV getestet (2).

Nach Drogenverkauf und -vermittlung stellt der Drogenstrich für Frauen die zweitwichtigste Einnahmequelle zur Finanzierung der Sucht dar, die zudem prinzipiell legal ist (4). Nicht wenige Frauen finanzieren außerdem auf diesem Wege den Rauschmittelbedarf ihrer Partner mit (3). Dagegen berichtet nur knapp jeder fünfte Mann über eigene Prostitution, die zur Geldbeschaffung hinter Dealern sowie verschiedenen Diebstahls-,



Foto: Jürgen Baldigo

Raub- und Einbruchdelikten lediglich den dreizehnten Rang bei Fixern einnimmt. Der Anteil verringert sich bei Männern nochmals drastisch auf ca. 5%, wenn nach aktueller Prostitutionstätigkeit gefragt wird. Dieser Geschlechterunterschied im Beschaffungsmuster erklärt sich vor allem dadurch, daß für Männer der Kundenmarkt prinzipiell viel begrenzter ist als für Frauen, daß bei Männern die Altersobergrenze, bis zu der Prostitution als Einnahmequelle lukrativ ist, erheblich niedriger liegt, und daß starker Opiatkonsum die Erektions- und Ejakulationsfunktion und damit die Konkurrenzfähigkeit auf dem Prostitutionsmarkt beeinträchtigt. Hinzu kommt, daß die meisten der heterosexuellen Fixer aus Abneigung oder Stigmatisierungsangst grundsätzlich nicht zu homosexuellen Kontakten bereit sein dürften.

Die geschätzte Gesamtzahl der i.v.-Drogenkonsumenten in der Bundesrepublik schwankt zwischen 30.000 und 300.000 (5), mit einem geschätzten Frauenanteil von einem Drittel. Legt man die oben genannten Zahlen zu Grunde, muß man demnach zur Zeit von 5.000-50.000 aktiven weiblichen Beschaffungsprostituierten und 1.000-10.000 Drogenstrichern in Deutschland ausgehen.

Sex und HIV auf dem Drogenstrich

von Anand Pant und Dieter Kleiber

Fixerinnen und Fixer haben Sex. Die Banalität dieser Aussage steht in erstaunlichem Widerspruch zu der Nichtbeachtung, mit der Aidspräventive Bemühungen diese Tatsache lange Jahre sowohl in der Wissenschaft als auch in der Praxis vernachlässigt haben. Während schwule Männer (auch im Auftrag der DAH) schon früh und im Detail zu ihren sexuellen Vorlieben und Praktiken befragt wurden, gab es bis vor zwei Jahren praktisch keine vergleichbaren empirischen Informationen über intravenös Drogen Konsumierende.

Partnermuster, Praktiken und Präservative

In Berlin wurden im vergangenen Jahr 120 aktive Drogenprostituierte ausführlicher zu ihrem Sexualverhalten auf und außerhalb des Strichs befragt. Durchschnittlich „machten“ diese Frauen vier Freier am Tag, wobei die Angaben zwischen 8 und 300 Kunden pro Monat variierten. Etwa 40% hatten in den zurückliegenden sechs Monaten

keine sexuellen Kontakte außer mit Freiern, ebenso viele Frauen jedoch lebten gleichzeitig mit festen Partnern zusammen und 28 % hatten neben Sex mit Kunden auch unbezahlte Spontankontakte. Vaginale, orale und manuelle Praktiken wurden von fast allen Befragten angeboten, vaginal- und Oralverkehr dabei von 80 % täglich mit Freiern praktiziert. Analverkehr mit Kunden wurde von knapp einem Drittel der Frauen berichtet und kam damit auf dem Strich fast doppelt so häufig vor wie in den Privatbeziehungen der Drogenprostituierten.

Jeweils mehr als ein Drittel der Frauen mit Anal- oder Oralkontakten mußte bei diesen Praktiken ungeschützten Verkehr zulassen, bei den Vaginalkontakten war es ein Viertel der Drogenprostituierten. Damit verwenden Drogenprostituierte zwar in deutlich höherem Maß Kondome als Fixerinnen, die nicht auf den Strich gehen; dennoch liegt der Anteil konsequenter Kondomverwenderinnen niedriger als im Bereich professioneller Prostitution. Die Zahlen müssen zudem als untere Schätzung für das Vorkommen von „unsafe sex“ angesehen werden, da ein unbekannter Anteil der Befragten sozial erwünschte Angaben gemacht haben dürfte. Die Initiative zu unsicherem Verhalten dürfte dabei in fast allen Fällen von den Freiern ausgehen.

Für den Bereich der Drogenstricher wurde bereits in früheren Untersuchungen festgestellt (2), daß insbesondere Stricher mit heterosexueller Selbstdefinition häufig ungeschützten Verkehr haben. Diese Gruppe wird weder von schwulen Aufklärungsmedien erreicht noch sind ihre Bedürfnisse in drogenspezifischen Ansätzen angemessen repräsentiert.

HIV-Infektion auf dem Drogenstrich

Das Ergebnis, daß gut ein Viertel der Drogenprostituierten ungeschützten Verkehr mit Kunden hat, wäre weit weniger beunruhigend, wenn nicht nach wie vor diese Gruppe die am stärksten von HIV betroffene unter allen Junkies wäre. Jede dritte bis vierte aktive Drogenprostituierte ist nach den Ergebnissen unserer Prävalenzstudie derzeit HIV-positiv und jeder vierte bis fünfte Drogenstricher. Diese Prävalenzraten liegen doppelt so hoch wie bei Junkies ohne Prostitutionstätigkeit und legen damit den (Kurz-)Schluß nahe, diese Frauen und Männer würden auf dem Strich durch ihre Freier infiziert. Während diese Auslegung für die Stricher noch einige Plausibilität beanspruchen mag, greift sie bei Fixerinnen kaum: Es gibt keine empirischen Anhaltspunkte dafür, daß heterosexuelle Freier, die zu Drogenprostituierten gehen, in einem Maße HIV-infiziert sind, das die gefundenen Prävalenzraten epidemiologisch begründen könnte.

Prostitutionstätigkeit ist vielmehr verbunden mit einer Reihe drogenbezogener und alltäglicher sozialer Belastungen. So fixen Prostituierte doppelt so häufig täglich mehr als eine harte Droge wie Nicht-Prostituierte, wobei der massive Beikonsum von Barbituraten – ein Viertel injizierte sie täglich – besonders auffällig ist. Hier entsteht in vielen Fällen ein Teufelskreis, bei dem die Gefühle von Ekel und Scham beim Anschaffen mittels vermehrtem Drogen(bei-)konsum bekämpft werden. Die dadurch erzeugten politoxikomanen Abhängigkeitsmuster bedingen ihrerseits einen höheren Finanzbedarf, der wiederum über vermehrte Prostitutionstätigkeit gedeckt werden muß. Die spezifische Wirkung von Barbituraten und Tranquilizern senkt möglicherweise zusätzlich die Schwelle, sich auf unsichere Sexual- und Injektionspraktiken einzulassen.

Daneben zeigt sich, daß Drogenprostituierte doppelt so häufig wohnungslos sind oder in instabilen Verhältnissen leben wie Fixerinnen, die nicht anschaffen. Drogenprostitution muß daher in erster Linie als ein Indikator für massive Abhängigkeitsmuster, hohe Alltagsbelastung und Verelendung gelten und weniger als ein unmittelbarer Indikator für sexuelles Risikoverhalten.

Kofaktoren wie ein allgemein beeinträchtigter Gesundheits- und Immunstatus dürften daher die eigentlichen Erklärungsmomente für die immer wieder festgestellte starke HIV-Betroffenheit von Drogenprostituierten darstellen.

Konsequenzen

Nach über sieben Jahren Aids-Präventionsarbeit kann es nicht zufriedenstellen, wenn im Bereich der Drogenprostitution nahezu unverändert hohe HIV-Prävalenzraten festgestellt werden und weiterhin gleichzeitig übertragungsrelevante Sexualkontakte in nicht unerheblichem Ausmaß stattfinden. Ein Grund für die offensichtliche Stagnation und Ratlosigkeit in diesem Feld mag gerade darin zu suchen sein, daß die Eindämmung des Risikoverhaltens auf dem Strich kaum etwas mit der HIV-Ausbreitung unter Drogenprostituierten zu tun hat. Hier existieren grundlegend andere Bedingungen als für die Durchsetzung von Kondombenutzung bei Schwulen oder „safer use“ bei Fixern. Dort können sich jeweils relativ einheitliche Präventionsbotschaften über die gleichen Medien an eine relativ homogene Zielgruppe richten, die sich zumeist auch noch über das in Frage stehende Verhalten (schwuler Sex, Fixen) selbst identifiziert. Am infektionsrelevanten Geschehen sind hier in der Regel Personen einer sozialen Gruppe beteiligt.

Das HIV-Risiko auf dem Drogenstrich läßt sich dagegen nur situationspezifisch definieren – mit Freiern und Prostituierten kommen Angehörige gänzlich verschiedener sozialer Gruppen kurzfristig zusammen. Dieser Umstand führt dazu, daß ganz verschiedene Instanzen sich für Prävention auf dem Drogenstrich zuständig fühlen können oder müßten: Staatliche Stellen wie etwa die BzGA für die Ansprache der Freier als Teil der heterosexuellen Allgemeinbevölkerung, das Drogenhilfssystem, da es sich um Junkies handelt, Aids-Hilfen vor allem für positive Drogenprostituierte sowie Selbsthilfeorganisationen aus dem Prostitutionsbereich. In dieser Gemengelage von Zuständigkeiten und Anwaltschaften lag bisher ein Grund für das Ausbleiben von durchschlagenden Präventionserfolgen auf dem Drogenstrich. Hierin liegt aber zukünftig auch die Chance, wenn es gelingt, Partialinteressen zugunsten von kooperativen Projekten und abgestimmten Einzelmaßnahmen zurückzustellen.

Praktisch könnte dies bedeuten: Eindeutige und nicht-moralisierende Thematisierung von Prostitutionsbesuchen im Rahmen massenmedialer Präventionsbotschaften, intensiviertes Streetwork mit Freiern, Modellprogramme zur Fortbildung von Fachkräften des Drogenhilfssystems zu Sexualität und Prostitution, Aufbau von besonderen Selbsthilfestrukturen für Drogenprostituierte innerhalb der Hurenbewegungen.

Gelingt dies mittelfristig nicht, wird es den Vertretern ordnungspolitischer Kontrollstrategien immer mehr erleichtert, den Drogenstrich als den Ansatzpunkt par excellence für repressive Aids-Präventionskonzepte im Drogen- und Prostitutionsbereich zu nutzen. ■

Literatur:

- (1) Mielck, A. (1990) Intravenös-Drogenabhängige und HIV/AIDS-Diskussion der epidemiologischen Erkenntnisse. AIDS-Forschung, 4, 406-410.
- (2) Kleiber, D. & Pant, A. (1992). Verhaltensänderungen bei i.v. Drogenabhängigen in der Bundesrepublik Deutschland. psychomed, 4, 191-197.
- (3) Kreuzer, A., Römer-Klees, R. & Schneider, H. (1991). Beschaffungskriminalität Drogenabhängiger. Wiesbaden: BKA-Forschungsreihe.
- (4) Hedrich, D. (1989). Drogenabhängige Frauen und Männer. In: W. Kindermann u.a. (Hrsg.), Drogenabhängig. Lebenswelten zwischen Szene, Justiz, Therapie und Drogenfreiheit (S. 193-234), Freiburg: Lambertus-Verlag.
- (5) Kleiber, D., Pant, A. & Beerlage, I. (1992). Probleme der medizinisch-psychosozialen Versorgung (HIV-positiver) i.v.-Drogenabhängiger in der Bundesrepublik Deutschland. In: D. Schaeffer, M. Moers & R. Rosenbrock (Hrsg.), AIDS-Krankenversorgung (S. 44-61). Berlin: Edition Sigma.

Was heißt hier normal?

von Michael Ewers

AIDS-Hilfen arbeiten im Bereich der Sexualpädagogik – ein fundiertes Konzept dafür fehlt jedoch. Ein Kongreß in Berlin beschäftigte sich mit „Lebensformen und Sexualität“.

„Wie sag ich es meinem Kinde?“ – Eine Frage, die Eltern und Erziehende seit Jahrhunderten beschäftigt und im Bereich der Sexualerziehung nicht selten zu äußerst peinlichen Ratschlägen und Hinweisen Anlaß gegeben hat, ist heute aktueller denn je und war nicht zuletzt Herausforderung für eine Vielzahl von Pädagogen und Pädagoginnen, zu einem Erfahrungsaustausch zu Fragen der Sexualpädagogik nach Berlin zu reisen.

Konnte man sich früher scheinbar auf das beschränken, was gemeinhin als „normal“ bezeichnet und anhand von Biene und Blume anschaulich gemacht wurde, verlangt unsere differenzierte und an den individuellen Bedürfnissen des Einzelnen orientierte Gesellschaft neue und angemessene Antworten auf die Fragen von Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen nach menschlicher Sexualität und Beziehungsfähigkeit.

Schon der Auftakt des dreitägigen pädagogischen Kongresses „Lebensformen und Sexualität“, der vom 16. bis 18. September unter der Federführung des Referates für gleichgeschlechtliche Lebensweisen, der Gewerkschaft Erziehung und Wissenschaft und der Diesterweg Hochschule in Berlin durchgeführt wurde, machte dann auch einige der Konfliktpunkte der derzeitigen sexualpädagogischen Diskussion deutlich:

Während die Sexualwissenschaft seit Magnus Hirschfeld fest in (schwuler) Männerhand zu sein scheint und auch heute forschende Frauen wie die Amerikanerin Evelyn Hooker eher die Ausnahme denn die Regel darstellen, wird die konkrete pädagogische Alltagsarbeit traditionell den Frauen überlassen. Daß Frauen – insbesondere solche aus feministischen oder lesbischen Bezügen – auf diesem Kongreß daher zahlenmäßig stärker vertreten waren als ihre männlichen Kollegen, löste keine Verwunderung mehr aus. Es konnte auch nicht überraschen, daß über die vielfältigen Mädchen- und Frauenprojekte deutlich mehr Erfahrungen vorliegen als über die wenigen Versuche, eine Bildungsarbeit für Jungen oder Männer zu installieren. Offensichtlich fällt es den Männern noch immer leichter, über Gefühle zu schreiben oder nachzudenken als im konkreten pädagogischen Alltag mit ihnen zu agieren.

Der Versuch, geschlechtsstereotype Rollendefinitionen und die mit ihnen verbundenen Konflikte für eine aufklärerische Bildungsarbeit zu entlarven, beanspruchte daher auch einen breiten Raum auf diesem bundesweiten Erfahrungsaustausch von Pädagogen jeglicher sexueller Orientierung und Lebensweise.

In intensiven Diskussionen widmete man und frau sich unter anderem dem sozialen Konstrukt der „Zwangsheterosexualität“, das für die sexualpädagogische Arbeit ein Grundproblem darstellt. Deutlich wurde dies unter anderem an der Aussage einer Grundschullehrerin, die berichtete, daß ihre Schüler bereits bei Schuleintritt gelernt haben, daß die Beziehungsstruktur Mann, Frau und Kind „richtig“, die Kombination Frau, Frau und Kind oder Mann, Mann und Kind dagegen „falsch“ sein muß. Monogam heterosexuell zu sein wird als „normal“ oder „natürlich“ empfunden und verlangt von dem Jugendlichen oder Erwachsenen keine bewußte Entscheidung für oder gegen diese Lebensform. Schwule und Lesben, aber auch promisk heterosexuell lebende Jugendliche und Erwachsene werden dagegen gezwungen, ihre Identität in ständiger Selbstbehauptung gegen diese gesellschaftlich favorisierte Lebensform zu entwickeln. Diese frühzeitige Prägung aufzulösen dürfte – wenn es denn überhaupt möglich ist – Jahre dauern und den vollen pädagogischen Einsatz verlangen.

Der bewußt oder unterschwellig – etwa durch Fernsehsendungen oder Werbebotschaften – vermittelte gesellschaftliche Zwang zu monogamen heterosexuellem Verhalten wurde daher auch heftig kritisiert und es wurde deutlich gemacht, daß menschliche Sexualität und Beziehungsfähigkeit ihren Ausdruck in vielfältigen, nicht normierbaren Formen findet. Als gemeinsames Anliegen wurde auf dem Kongreß deutlich, daß neben das auf allen Ebenen gesellschaftlicher Wirklichkeit vorherrschende Bild der klassischen Kleinfamilie mindestens gleichwertig die vielfältigen tatsächlichen Lebensformen menschlicher Sexualität und Beziehungsfähigkeit gestellt werden müssen. Diese Tatsache sollte demnach auch in den Rahmenlehrplänen und in den in der Bildungsarbeit verwendeten Medien ihren Niederschlag finden.

Die Pädagogen und Pädagoginnen haben daraufhin den spannenden Versuch unternommen, konzeptionelle Überlegungen zu einer multisexuellen und Lebensweisen-orientierten Bildungsarbeit mit Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen anzustellen. Die freie Wahl der Sexualpartner und Beziehungsformen als eine individuelle, im Laufe einer biographischen Entwicklung auch wandelbare und lediglich von eigenen Bedürfnissen abhängige Entscheidung wurde dabei besonders betont.

Lebensweisen-orientierte Bildungsarbeit will zu identitätsstiftenden Lernprozessen anregen, in denen die verschiedenen Lebensweisen als Ausdruck sexueller und emotionaler Bedürfnisse geprüft und für den eigenen Lebensvollzug erprobt werden können. Um diese Prozesse zu ermöglichen, stand der zumindest zeitweilige Abschied von koedukativen Ansätzen in der Sexualpädagogik als methodische Forderung an erster Stelle. Daneben wurde die Bildungsarbeit mit Multiplikatoren als ein wichtiger Ansatzpunkt für mögliche Veränderungen benannt.

Unsinnige, auf Verführungshypothesen beruhende Werbeverbote für homosexuelle Lebensformen, wie sie derzeit noch auf alle – zumindest öffentlich finanzierten – Medien angewendet werden, erschweren derzeit nach wie vor den pädagogischen Alltag. Es fehlt überall an Konzepten und Medien, welche die vielfältigen Formen menschlicher sexueller Wirklichkeit in identitätsstiftenden Zusammenhängen vermitteln könnten.

AIDS-Hilfen haben sich seit geraumer Zeit neben den klassischen Anbietern sexualpädagogischer Arbeit etabliert. Sie sind im Rahmen ihrer Präventionsarbeit gewollt oder ungewollt in sexualpädagogischen Arbeitsfeldern wie schulischer und außerschulischer Jugendarbeit und Erwachsenenbildung tätig und können auf einen breiten Schatz praktischer Erfahrungen zurückblicken. Insbesondere in Gebieten, in denen es keine Schwulen- oder Lesbenberatungsstellen gibt, kommt der AIDS-Hilfe eine wichtige Funktion in der Darstellung von Lebensweisen außerhalb des heterosexuellen „Normalfalles“ zu.

Umso bedauerlicher ist es, daß die AIDS-Hilfe bislang keine fundierten pädagogischen Konzepte für diesen Bereich entwickelt hat. Dies betrifft sowohl den konkreten pädagogischen Rahmen der Präventionsarbeit vor Ort, als auch die Schulung von haupt- und ehrenamtlichen Mitarbeitern. Dadurch entsteht der Eindruck, als sei die Sexualpädagogik das Stiefkind im Chor der durch AIDS-Hilfe Arbeit abzudeckenden Bedürfnisse.

Es ist an der Zeit, daß AIDS-Hilfe ihren pädagogischen Auftrag ernst nimmt und erkennt, daß Primärprävention ohne Kenntnis ihrer sexualpädagogischen Gesetzmäßigkeiten schwerlich die Zielgruppen erreichen kann, um die es in Zukunft vermehrt gehen wird. Nicht zuletzt durch die wachsenden Aufgaben, denen sich die AIDS-Hilfe künftig stellen muß, wird eine fundierte sexualpädagogische Konzept- und Schulungsarbeit unabdingbar. ■

Länderspiegel



Fotos: Sänke Müller

Das Ritual ist eingespielt: Vertreibung von Junkies aus den Frankfurter Taunusanlagen

Zweimal täglich Jagd auf Junkies

Auflösung der Frankfurter Drogenszene – nur Wahlkampfgeschrei?

Wie ein Theaterstück mit lustlosen Schauspielern wirkt das, was die Passanten in der Frankfurter Innenstadt mit ansehen können. Zweimal täglich wird es aufgeführt, zu Ehren des Stadtvaters, der sich allerdings nie unter den Zuschauern befindet. Auch die Frankfurter schauen kaum noch hin; lediglich einige Touristen zücken ihre Videokameras, eine gelungene Abwechslung zur Äpfelwoi-Kulisse.

Das Stück heißt „Junkie-Hatz“. Einige Polizeiautos fahren langsam in die Taunusanlage, eine parkähnliche Ansammlung von Rasenflächen, Bäumen und Skulpturen zwischen den Wolkenkratzen von Commerz-, Deutscher und Dresdner Bank. Kurz hinter dem Goethe-Denkmal halten sie. Die Beamten lassen sich viel Zeit beim Aussteigen. Einige herumstehende jungen Männer, fast ebenso schick gekleidet wie die Bankangestellten, meist Marokkaner, sind sofort spurlos verschwunden, wie vom Theaterboden geschluckt. Die anderen Akteure schaffen das nicht so schnell. Lang-

sam rappeln sie sich hoch und wanken Richtung Schiller-Denkmal, müssen eine Straße überqueren, achten sehr zum Ärger der Autofahrer nicht darauf, daß die Fußgängerampel rot zeigt. Manche stützen sich gegenseitig, einige halten beim Laufen noch die Spritze in ihrer Armbeuge fest. Einer stürzt, eine Polizistin hilft ihm wieder auf die Beine.

„Mittags jagen wir sie von der einen Seite, nachmittags von der anderen,“ erklärt ein Polizist lakonisch. Der tiefere Sinn dieses Spiels hat sich ihm nicht erschlossen. Mit seiner Kritik an der Vertreibungspolitik des Oberbürgermeisters Andreas von Schoeler (SPD) hält er nicht hinter dem Berg. „Mit den Junkies haben wir keine Probleme. Was wir hier tun, hat überhaupt keinen Sinn. Wenn wir sie aus der Anlage treiben, sind sie zehn Minuten später wieder da. Irgendwo müssen sie ja schließlich bleiben.“

Zwei Kollegen kontrollieren die Ausweise von ein paar Marokkanern, die gerade auf dem Weg Richtung Mittelpunkt der Taunusanlage sind: Ein amphitheaterähnliches Rondel, in dem noch einige Fixer auf irgend etwas warten. „Die Marokkaner machen uns zur Zeit die größten Sorgen“, sagt einer der Polizisten. Sie seien zur Zeit die größten Dealer. Doch die Gesetzeshüter finden nichts Verdächtiges an ihren Papieren. „Wir können hier eh nur noch stehen und für einen Junkie mal den Notarzt rufen, wenn er keine Luft mehr kriegt.“ Für ihn ist

der Polizeidienst in zwei Tagen endgültig vorbei. Aus der hessischen Provinz wurde er vor einem Jahr nach Frankfurt versetzt. „Mein Kopf macht das nicht länger mit, dieses Elend, diese Ausweglosigkeit ziehen dich einfach runter.“ Manchmal, sagt er, sei er sich eher wie ein Sozialarbeiter vorgekommen.

Das allerdings hält Werner Schneider, Leiter des Drogenreferates der Stadt Frankfurt, für polizeiliche Träumereien. Denn Anfang Juni hatte Frankfurts OB angekündigt, die offene Drogenszene in der Taunusanlage aufzulösen. Sein Plan: Die Anlaufstellen für Drogenabhängige sollten schrittweise ausgebaut, das Methadonprogramm erweitert werden. Gleichzeitig sollte die Polizeipräsenz in der Taunusanlage massiv wachsen, um den Fixern nach und nach den Weg aus der freundlichen Grünanlage im Herzen Frankfurts zu weisen. „Der nächste Schritt der Hilfsangebote rechtfertigt die nächste Stufe der polizeilichen Repression“, erklärte der Oberbürgermeister im Juni. Eine „etwas unglückliche Formulierung“, findet Drogenreferatsleiter Schneider. Denn bis jetzt ist zwar mehr Polizei vor Ort, doch mehr Hilfe gibt es kaum. Die Folge: Während früher an lauen Sommertagen oft 800 Junkies in der Taunusanlage waren, sind es heute gerade noch zwischen 150 und 250. Der Rest treibt sich durch Frankfurts Innenstadt. Ein vom Magistrat vorgesehener Ausweis, mit dem die knappen Hilfsangebote in Anspruch genommen

werden können, wird nur an in Frankfurt beheimatete Junkies ausgegeben.

250 Junkies werden derzeit in Frankfurt mit der Ersatzdroge Methadon behandelt. Frank Mennicke vom Netzwerk Rhein-Main schätzt den tatsächlichen Bedarf auf 650 Substitutionsplätze. Daß diese Plätze in absehbarer Zeit eingerichtet werden können, glaubt Mennicke nicht. Außerdem befürchtet er, daß durch die harten Zwangsmaßnahmen auch die Bereitschaft der Junkies sinke, sich behandeln zu lassen: „Für wirkungsvolle Hilfsangebote brauchen wir eine Atmosphäre des Vertrauens. Eine Substitution kann nur erfolgreich sein, wenn ein Junkie sich aus freien Stücken dazu entscheidet.“ Mit welcher Verunsicherung die Szene reagiert, läßt sich bereits erkennen. Wurden bisher am „Spritzenbus“ täglich 3.000 sterile Spritzbestecke ausgegeben, so ist diese Zahl seit Juni auf 1.500 gesunken.

Drei Anlaufstellen können die Fixer in der Nähe der Taunusanlage aufsuchen, eine davon betreibt die AIDS-Hilfe. Doch diese „Krisenzentren“, wie Schneider sie bezeichnet, gibt es bereits seit 1990. Knapp 40 Mitarbeiter insgesamt kümmern sich um die Fixer. Für 150 Drogenkonsumenten ist Platz. Sie können Kleider, frische Spritzen und eine warme Dusche bekommen. Fünf Ärzte haben in den Anlaufstellen regelmäßig Dienst, bis zum Oktober sollen es sieben werden.

Das freilich ist nicht genug. Weder für die Drogenkonsumenten, noch für die anderen Frankfurter, denen die Anwesenheit der Fixer in der Taunusanlage nicht nur Ärgeris, sondern oft genug auch Bedrohung ist. Tatsächlich registriert die Polizei eine zunehmende Gewaltbereitschaft in der Drogenszene. Polizeisprecher Karl-Heinz Reinstädt: „Die Fixer verelenden immer mehr.“ Der Druck, unbedingt an den Stoff kommen zu müssen, schrecke sie immer seltener davon ab, schon mal einen Passanten zu überfallen. Und so ist es in Frankfurt zu einer Kontroverse mit verhärteten Fronten gekommen, wie dem Drogenproblem beizukommen sei.

Es hat Unruhe ausgelöst, daß die Junkies diesmal die Maßnahmen gegen sie nicht ohne Gegenwehr hinnehmen. Im Juli verteilten sie in der Innenstadt Flugblätter, in denen sie den Geschäftsleuten ankündigten, künftig auf ihre Ladenräume und Toiletten ausweichen zu müssen, um ihre Drogen zu konsumieren. Flugs titelte die Bildzeitung, die Junkieszene hätte den Bürgern den Krieg erklärt. Doch längst nicht alle Geschäftsleute unterstützen die Politik des Oberbürgermeisters — sie tragen die Folgen des Versuches, die Szene aufzulösen, ohne ihnen gleichzeitig Alternativen anzubieten.

Das Netzwerk Rhein-Main — ein Zusammenschluß von 30 so verschiedenen Gruppen wie Jusos, Grüne, Act UP oder Akzept, ein Verein für akzeptierende Drogenarbeit — sieht hinter dem übereilten und unabgestimmten Vorgehen des Magistrats wahltak-

tische Gründe. Bis zum Wahltag am 3. März nächsten Jahres will von Schoeler das Problem vom Tisch haben und den Bürgern eine saubere, prosperierende Stadt präsentieren.

Mit seinem Gerede über die Auflösung der offenen Drogenszene habe der Oberbürgermeister zu einer Verschärfung der Situation beigetragen, wirft auch „JES“, Verein der Junkies, Ex-User und Substituierten, dem Frankfurter Stadtoberhaupt vor. Monika Herbert vom JES Frankfurt-Hessen: „Verkündet wurde, daß mit der Zerschlagung der Szene gewartet wird, bis die Hilfsangebote stehen. Doch werden bereits jetzt kranke und obdachlose Menschen von einem Ort zum anderen gejagt oder rechtswidrig in Autos geladen und vor die Tore der Stadt gefahren.“ Daß solche Aktionen die Probleme nicht lösen, zeigt sich bereits jetzt. Bislang hatten die Junkies in der Taunusanlage einen festen Treffpunkt. In der übrigen Innenstadt oder den Frankfurter Nachbarorten hielten sie sich kaum auf. Das ist mittlerweile anders.

Der Hessische Städterrat hat bereits eine übermäßig starke Abwanderung der Rauschgiftkonsumenten ins Umland registriert, etwa nach Hanau oder Offenbach. „Irgendwo müssen die Menschen ja bleiben“, sagt auch Drogenreferatsleiter Werner Schneider. In der aktuellen Diskussion sieht er auch weniger ein ordnungspolitisches als vielmehr ein gesundheitspolitisches Problem. „Deswegen können wir langfristig nur versuchen, die Sucht zu akzeptieren und die Zustände in der Szene zu verbessern.“ Schließlich müsse man bedenken, daß über die Hälfte der Fixer HIV-infiziert seien: „Das ist auf Dauer eine viel größere Bedrohung als die Anwesenheit der Junkies in der Stadt.“

Holger Beckmann und Jürgen Neumann



Frankfurter Skyline

Eine gute Seele namens Wanda

Mit ihren 70 Jahren steht sie noch jede Nacht hinter dem Tresen ihres Lokals „Kleine Philharmonie“, einem Treffpunkt für Berliner Schwule. In ihrer Freizeit legt sie die Füße nicht hoch. Seit das HI-Virus unter ihren Gästen grassiert, kümmert sich die gebürtige Litauerin Wanda Vrubliauskaite mit allerlei Mitteln um Aids-Kranke.

Wanda reicht den meisten ihrer Gäste bis zur Brustwarze. Ihre Figur ist mütterlich-üppig, die grauen, kinnlangen Haare sind an der Seite gescheitelt, die funkelnden, braunen Augen hat sie mit schwarzem Kajal umrahmt. Wanda trägt eine Hemdbluse aus weich fallendem Stoff und weite Hosen.

Wanda besitzt eine Kneipe — und keine gewöhnliche. Die Volantgardinen und die Geranien am Fenster neben dem Eingang der „Kleinen Philharmonie“ lassen eher ein bürgerliches Wohnzimmer vermuten. Im vorderen Raum der Gaststätte hängt so manches von der Decke und den Wänden: ein antiker, mit Spitzen besetzter Sonnenschirm, eine Ziehharmonika, ein paar Teddybären, Bierkrüge, eingerahmte Danksagungen für Spenden, ausgeschnittene Zeitungsartikel. Auf dem Tresen steht ein riesiges Cognacglas voller Kondome, Qualität „extra stark“, garniert mit einem Plastikblumenstrauß. Im hinteren Raum hängen zahllose aufgespannte Regenschirme in allen Farben — mal mit großen, mal mit kleinen Karos, mal geblümt — an der Decke. Nur der blaue, mit den weißen Wölkchen sticht heraus. Als Wanda sie aufhängte, stellte sie sich vor, daß die Schirme schaukeln, wenn der Wind durch die offene Eingangstür weht. „Wissen Sie, ich spinn' ein bißchen“, erklärt sie und lacht. Es gibt kein Fenster in diesem Raum, und die dunkelroten Tapeten verstärken den düsteren Eindruck.

Wanda legt Wert darauf, daß ihr Publikum gemischt ist. In erster Linie ist ihr Lokal aber ein Treffpunkt für Homosexuelle — für Wanda überhaupt kein Problem: „Hab' ich nicht Recht zu fragen, bist du schwul, lesbisch oder sonstwas“. Ihr Respekt vor anderen Lebensformen geht so weit, daß sie Frauen aus dem vorderen Raum in den hinteren verbannt.

Früher ist es schon vorgekommen, daß Frauen sich über küssende Männer mokierten, oder versuchten, einen Homosexuellen zu verführen. Das hat die Gäste gestört, und da sich Wanda als Gastgeberin für das Wohlbefinden ihrer Gäste beziehungsweise Freunde des Hauses (die Beziehung gilt für diejenigen, die schon seit längerer Zeit kommen) verantwortlich fühlt, hat sie das ungeschriebene Gesetz: „Frauen nach hinten“ eingeführt.



Fotos: Sönke Müller

Wanda in ihrer Kleinen Philharmonie: „Der liebe Gott soll mir geben Gesundheit, und wenn ich sterbe hinter der Theke, ist auch gut.“

Woher die offene Einstellung der 70jährigen Frau zu Schwulen kommt, aus welchen Verhältnissen sie stammt, wie sie erzogen worden ist – darüber redet sie nicht. Nur soviel verrät sie: Sie kam vor dem Krieg als 13jährige allein aus Litauen nach Berlin, um die Schule zu besuchen. Später lernte sie technisches Zeichnen und war im Flugzeugbau beschäftigt. 1961 übernahm sie die „Kleine Philharmonie“ und führte sie zunächst als Speiselokal. Schon zu der Zeit war die Kneipe ein Geheimtip in der Homoszene. 1970 mußte Wanda ins Krankenhaus. Sie hatte Krebs. Nach eineinhalb Jahren wurde sie entlassen, führte die Kneipe als reines Trinklokal weiter. Seitdem kommen immer mehr Schwule zu ihr.

Weitere Fragen zu ihrer Person verbittet sich Wanda; denn: „Es geht hier nicht um mich, es geht um die Sache.“ Damit meint sie Hilfe für Aids-Kranke und den Kampf gegen die weitere Ausbreitung der Krankheit. Schon immer hat es in Wandas Lokal Benefiz-Veranstaltungen gegeben. Früher ging der Erlös an Wohlfahrtsverbände, heute kommt er Aids-Kranken zu Gute.

Wanda erzählt, wie ihr Engagement in Sachen Aids begann: Eines Tages brachten Freunde des Hauses einen hübschen Jungen namens Peter mit. Wanda mochte ihn. Später erfuhr sie, daß er HIV-infiziert war. Sie sah zu, wie er mehr und mehr abbaute. Sie wollte, daß er zu Hause in seinem bayerischen Dorf stirbt, bei seiner Mutter. Sie

gab ihm 2000 Mark, damit zwei Freunde ihn begleiten konnten. Er könne es ja zurückzahlen, wenn er wieder gesund sei, sagte sie, obwohl sie wußte, daß er nicht gesund werden würde.

Drei Wochen später starb Peter, „im Mutterarm“. Kurz nach seinem Tod überredete ein benachbarter Kioskbesitzer Wanda, ihr Glück doch mal im Bingospiel zu probieren. Sie lehnte ab, versuchte es dann aber doch – und gewann auf Anhieb 5000 Mark. Für Wanda war das ein Zeichen von Gott, daß sie gut gehandelt hatte und weitermachen sollte.

Und so machte sie weiter. Jeden Sonntag gibt sie zusammen mit einer Gruppe der Berliner Aids-Hilfe ein Kaffeekränzchen im Auguste Viktoria Krankenhaus, auf den Aids-Stationen 30 b und 30 c. Sie bringt Kuchen mit, den sie dem besten und teuersten Konditor für ihre guten Zwecke zum halben Preis abschwatzt. Jedes Jahr im Advent beschenkt sie die Patienten, mal mit Schmusekissen, mal mit Kuschtieren.

In diesem Jahr werden es Sitzkissen sein, weil sie gesehen hat, daß die meisten Kranken kaum noch Sitzfleisch haben. Sie sammelt von jedem Kneipengast Pfennigstücke ein und legt ein Spendenbuch aus. Das Geld ermöglicht es vielen Patienten, ein Telefon am Bett zu haben. Sie stellt in der „Kleinen Philharmonie“ Malerei von HIV-Positiven aus und fordert Ärzte und Apotheker auf, die Bilder zu kaufen. Sie läßt sich immer

etwas Neues einfallen, um den kranken Menschen eine Freude zu machen.

Trotz all dieser Selbstlosigkeit bezeichnet sich Wanda als einen egoistischen Menschen. Sie gibt Liebe und heimst selbst Liebe und Kraft ein. Sie freut sich daran, daß sie an ihren Gästen Abend für Abend „lauter Herzen“ vor Augen hat. Sie schätzt es, daß sich nie jemand im Rausch daneben benimmt und meint: „Ist schon eine komische Kneipe, wo Alkohol ausgeschenkt wird und nie jemand besoffen ist.“

Wanda träumt von einem großen Haus auf dem Land, wo Menschen mit HIV in Ruhe leben und sterben können und wo sich die Stärkeren um die Schwächeren kümmern. Sie hätte gern viel Geld, um den Grundstein für das Haus legen zu können. Vorerst wird Wanda weiter in ihrer Kneipe stehen, jeden Abend von fünf bis nachts um drei. „Der liebe Gott soll mir geben Gesundheit, und wenn ich sterbe hinter der Theke, ist auch gut.“

Wanda ist klein, aber ihr Herz ist groß wie ein Scheunentor und bei der Wärme, die sie gibt, könnte sie glatt auf den Ofen in der „Kleinen Philharmonie“ verzichten. Sie selbst sagt von sich wegen der burschikosen Art, die sie sich im ständigen Umgang mit Männern angewöhnt hat: „Ich bin Seele von Kamel“. Ein paar mehr von solchen Kamel-seelen könnte nicht schaden.

Annette Fink



Fotos: BAH-Archiv

Regenbogenfrühstück in der Berliner Aids-Hilfe

BAH sponsored by PSI

Seit einem halben Jahr wird die Berliner Aids-Hilfe von dem Software- Haus PSI gesponsort. Doch die Freude über den neuen Geldgeber ist getrübt – der Senat verlangt, daß die BAH bis zu 46 Prozent Körperschaftsteuer an den Fiskus abzuführen hat.

Jeder denkt natürlich sofort an Zigarettenfirmen, die Aschenbecher, Schirmständer und andere Dinge mit ihrem Logo versehen und damit Kneipen und Cafés flächendeckend bestücken. Oder an Sportlertrikots, die die Firmenemblem großer Marken mehr oder weniger gleichberechtigt neben dem Vereinsnamen zieren. Daß die Berliner Aids-Hilfe (BAH) seit einem knappen halben Jahr gesponsort wird, ist hingegen neu.

Ein Mißverständnis gilt es hier zunächst aufzuklären: Sponsoring hat wenig mit dem Mäzenatentum vergangener Tage zu tun. Es gibt auch kaum eine Verbindung zum Spendenwesen unserer Zeit. Da ist kein großzügiger, selbstloser, allein dem Großen, Schönen, Guten und Wahren verpflichteter Gönner am Werk. Sponsoring ist ein Geschäft. Leistung gibt's da nur für Gegenleistung – auf vertraglicher Basis, Werbung inklusive. Hier wird nicht allein des guten Zweckes wegen gespendet. „Tue Gutes – und rede darüber!“, das Credo jeder public relation, gilt umso mehr für das Sponsoring. Das Firmen-Image wird dadurch aufgebessert oder verändert.

Das Berliner Software-Haus PSI, Gesellschaft für Prozeßsteuerungs- und Informationssysteme, hat den ersten Schritt in diese Richtung getan. Nachdem sie sich bereits jahrelang durch eine Unternehmenskultur hervorgetan hat, die aus der 68er-Generation herrührt – die Firma gehört zu 100 Pro-

zent den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern –, will sie nun der BAH mit 300.000 DM jährlich unter die Arme greifen. Als Wirtschaftsunternehmen will PSI nicht mehr nur an Dritte-Welt-Projekte spenden, sondern sich auch am Firmensitz Berlin engagieren.

Dafür begleitet die BAH die Computerfirma auf Messen und druckt die Zeile „Dieses Projekt wird gesponsort von der Firma PSI“ samt Firmenlogo auf Korrespondenzen und Werbematerial. Und die Rechnung geht auf: Auf der CeBit stand die Branche staunend vor der BAH-Ecke des PSI-Standes, oder lief – verstohlene Blicke werfend – daran vorbei. Ganz zu schweigen vom Interesse der Fachpresse.

Eine schöne Sache, wird sich so mancher denken. Und das ist es allemal, fördert die PSI doch genau den Bereich, der den Berliner Senat bislang nicht oder kaum interessierte, nämlich die sogenannten Begegnungsangebote. Und damit kommen die Gelder direkt den Positiven und Aids-Kranken zugute. Seien es die Selbsthilfeprojekte wie das „Café Viktoria“, das Patientencafé in der Schwerpunktambulanz Auguste-Viktoria-Krankenhaus, oder das „Regenbogenfrühstück“ jeden Montag in der Aids-Hilfe. Oder die Seminare und Workshops, die schon immer überlaufen waren und nun endlich so oft angeboten werden können, wie der Bedarf es verlangt. Das jüngste Projekt wurde erst kürzlich angegangen: Mitte September fuhr eine Gruppe von Patienten, zum Teil bereits schwer erkrankt, samt Arzt,

Pflegern, Masseur und Psychologe in Urlaub.

Alles wäre bestens, wenn es nicht auch noch staatliche Stellen gäbe, die der Ansicht sind, auch sie müßten sich vom großen Kuchen etwas abschneiden. Da war zunächst die Senatsgesundheitsverwaltung, die schon 1991 meinte, die BAH könne über die Hälfte ihrer Eigenmittel in den Anwendungsbereich stecken, um auf diese Weise staatliche Gelder einzusparen. Angesichts der 300.000 DM, die den Sponsoring-Etat ausmachen, liefen den Damen und Herren schier die Augen über, mit dem Effekt, daß die BAH ihre ganze Überzeugungskraft einsetzen mußte, um nicht eine Senatsmittelkürzung in entsprechender Höhe hinnehmen zu müssen. Gesundheitssenator Dr. Luther blieb es vorbehalten, hier ein klarstellendes Wort an seine Verwaltung zu richten.

Damit war die Sache jedoch nicht ausgestanden. Weil das Sozio-Sponsoring so neu ist, mußte die Berliner Senatsverwaltung für Finanzen ebenfalls konsultiert werden. Nach einem halben Jahr der Prüfung im Juni 1992 entschied man sich dort, die PSI nicht steuerlich zu belasten, da heutzutage Imagepflege-Kosten den Werbekosten gleichzusetzen seien. Dafür fand man weitere drei Monate später heraus, daß die BAH durch die oben erwähnte Nennung und Begleitung ihrer Sponsoring-Partnerin eine Leistung verkaufe, die steuerpflichtig sei. Zur Zeit soll die BAH 27 Prozent, nach Ablauf der Berlin-Präferenz im Jahre 1995 bis zu 46 Prozent als Körperschaftsteuer an den Fiskus abführen.

Finanzsenator Pieroth feiert dies als großen Erfolg; ein gleiches Gefühl will sich sowohl bei der PSI als auch bei der BAH nicht einstellen. Ist es doch letztlich unerheblich, an welcher Stelle abkassiert wird. Bleibt nur zu hoffen, daß der Berliner Senat wirklich etwas Richtungweisendes unternimmt und beispielsweise eine Bundesratsinitiative zur Änderung der entsprechenden Gesetze einbringt.

Kalle Gerber



Frank Lehmann (BAH) nimmt den Bus von der PSI in Empfang

bild u n d **wort**

Arschgesicht

In einer Ausstellung in der Hochschule der Künste mit dem einprägsamen Titel „Erst mal was aufs Maul“ beschäftigten sich neun Kunststudenten mit der zunehmenden Gewalt gegen Schwule.

Die beiden Organisatoren der Ausstellung, Stefan Thiel und Roland Münzer, selber schwul, erklären im Presstext, daß sie an das Problem herangegangen seien „als sei es das unsrige“. Im weiteren Verlauf jedoch stellte sich für sie heraus, daß es sich vielmehr um ein Problem der heterosexuellen Mehrheit handelt. Aus den überkommenen Machtstrukturen zwischen Mann und Frau ergibt sich auch die Stellung des „Halbmannes“, dem Homosexuellen. Begriffe wie Macht und Stolz werden in der Ausstellung von einigen Künstlern mit Witz und Ironie kolportiert. Die übliche Täter-Opfer-Beziehung geht nicht mehr auf, da auch die Homosexuellen in dem gleichen heterosexuellen Kontext leben.

„Arschgesicht“, „Arschficker“, „Ich reiß dir den Arsch auf“ schreit einem eine männliche Fratze penetrant entgegen. Regina Frank nahm sich gleich einer obszönen, deftigen Ausdrucksweise an, um die Gewalt gegen Schwule in den vulgären und proletarischen Kontext zu stellen, in dem sie am meisten zu finden ist. Der Wortschatz bezieht sich dabei ausschließlich auf das Hinterteil. Im Presstext der Ausstellung ist zu lesen: „Dreh- und Angelpunkt dieser Problematik ist weniger der Schwanz als der Schließmuskel des Mannes.“ Die Beschimpfungen und Beleidigungen sind in Vaseline (oft beim Analverkehr gebräuchlich) auf Glasrahmen geschrieben, unter denen ein verschwommenes, aufgedunsenes männliches Gesicht zu erkennen ist. Erst wenn man näher herantritt, kann man auf den zwanzig Bildern die verschiedenen Unflätigkeiten lesen. Die schmierige Vaseline ergibt mit der nur diffus zu erkennenden, abstoßenden und wabbelnden Physiognomie eine eklige Mélange.

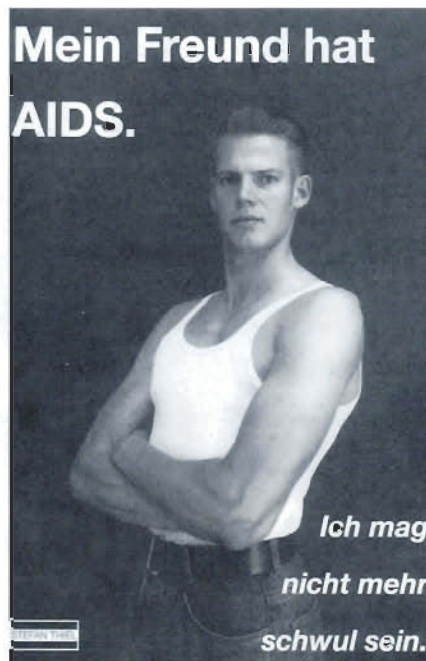


Der Betrachter empfindet Ekel, aber nicht vor dem vermeintlich perversen Schwulen, dem die aggressiven Beschimpfungen gelten, sondern vor der haßerfüllten und abstoßenden Visage. Die Bilderreihe von Regina Frank ist die mit Abstand grellste Arbeit, die der Gewalt sinnfälligen Ausdruck verleiht.

Die anderen Künstler bevorzugten ästhetisch unterkühlte Ausdrucksmittel, die eine größere Distanz zu der Gewalt und den Gewalttättern aufzeigen. Harry Hauck und Roland Münzer bedienen sich den Mitteln der ironischen Persiflage: Der Nazi-Skulptur von Josef Thorak von 1937 nachempfunden, posieren sie selbst im Adamskostüm vor der Kamera. Während aber die muskulösen Germanen von Thorak Kraft und den „eisernen Willen“ des stolzen Ariers ausdrücken sollen, führt die Einnahme der gleichen Haltung durch die beiden Künstler mit ihren schwächtigen Körpern zur Umkehrung. Der entschlossene Blick, das energisch vorgeschobene Kinn mit aufgeworfener Unterlippe und der kräftige Händedruck, der die Venen hervortreten läßt, passen so gar nicht zu den zierlichen Körpern. Die ganze Attitüde soll lächerlich wirken und entlarvt so das großkotzige Gehabe der „wirklichen“ Männer.

Stefan Hayn plazierte auf einem Laufsteg einen alten offenen Herrenmantel und hängt ihn im Inneren mit etlichen Stoffpennissen voll – ein „Kinderschänder“. Auf dem hinteren Teil des Laufsteges befindet sich eine kleine beengte Kabine in schummerigem Rotlicht, wo eine Diaprojektion die Herstellung des Mantels dokumentiert. Eingezwängt sitzt man vor der Diaprojektion und fühlt sich wie ein Voyeur in der Peepshow. Jeder Schritt, das Suchen eines alten Herrenmantels bei einem Altwarenhändler, das Herausstrennen des Futters und Einsetzen von männlichen Geschlechtsteilen aus Stoff in das Innere des Mantels sind minutiös in den Diapositiven festgehalten. Dazwischen Kinderfotos, Fotos von klebrigen Bonbons in Kinderhänden und Porträts der Stoffverkäuferinnen. Während draußen der offene Mantel mit den durch die Penisse symbolisierten Sexabenteuer für das Bild der Gesellschaft vom „Kinderschänder“ steht, scheint die enge Tuchkabine einen Einblick in das Innere des vermeintlich Perversen zu geben. Die klebrigen Bonbons in den kleinen Patschehänden zeigen, daß die Jungen die Bonbons vom „bösen Onkel“, vor dem jede fürsorgliche Mutter warnt, angenommen haben. Dem Betrachter schauen die geschändeten Kinder unschuldig in die Augen. Auch wenn man sich als Zeuge der Verführungen wähnt, gelingt es nur schwerlich, eine eindeutige Position dazu zu beziehen.

Julie Becker zeigt die Fotografie einer Wohnungsecke, tapeziert mit einer kitschigen Blumentapete. „Cornered“ der Titel dieser Arbeit: Symbol für den in die Ecke gedrängten Schwulen – ausgegrenzt und



Stefan Thiels Persiflage...



... auf das Plakat der Deutschen Aids-Hilfe

Der Katalog mit einem Text von Katrin Velder ist weiterhin erhältlich in der Buchhandlung „Eisenherz“, Bleibtreustr. 52 in 1000 Berlin 52, Tel.: 0 30 / 3 13 99 36 zu einem Preis von DM 17 Mark; 10 Mark davon gehen an das Projekt „Schwule Wut“. Das Poster von Stefan Thiel „Mein Freund hat AIDS. Ich mag nicht mehr schwul sein.“ ist in der „Allgirls Gallery“, Kleine Hamburger Str. 16 in 1040 Berlin-Mitte für den Preis von 30 Mark zu bekommen. Öffnungszeiten täglich 16–19 Uhr.

abgelehnt. Die Symbolkraft der Arbeit ist aber eher gering.

Ganz anders wirkt die Arbeit von Stefan Thiel: Weder anklagend noch Mitleid erregend schaut einem ein junger knackiger Mann im strahlend weißen Unterhemd überlegen in die Augen. Der Text scheint nicht zu dem dargestellten selbstbewußten Mann zu gehören: „Mein Freund hat AIDS. Ich mag nicht mehr schwul sein.“ Thiel konkretisiert hier ein Poster der Deutschen Aids-Hilfe: „Mein Freund ist positiv. Ich liebe ihn.“ Zwei sich umarmende Leder-Schwule mit kurzrasierten Haaren und Schnauzbart sind abgebildet, die bei dem Betrachter mit ihrem Dackelblick Mitleid erzeugen sollen. Ein gutgemeintes Plakat, um in der homosexuellen Szene Solidarität zu erzeugen und zu zeigen, daß schwuler Sex und Liebe auch in Zeiten mit Aids weiterhin möglich sind. Thiel stellt hier mit Recht die Botschaft des Posters in Frage. Zerstört Aids die Liebe?

Der gutgebaute Held des Plakates von Thiel birgt jedoch eine ganz andere Aussage: Sein Freund hat Aids. Er mag nicht mehr schwul sein. Selbstbewußt, vielleicht auch ein bißchen arrogant, nennt er sich schwul, als emanzipierter Schwuler spielen gesellschaftliche Ressentiments für ihn keine Rolle: Er hat einfach Bock mehr schwul zu sein. Die Auseinandersetzung mit Aids nervt, wird einem zu viel und macht unkomplizierten Sex unmöglich. Zum ersten Mal in ihrem Leben wünschen sich selbstbewußte Schwule die ihnen fremde Heterosexualität, nicht nur der repressalienfreien Pirscht und des gedankenlosen Sexes wegen, sondern vor allem, um nicht fortwährend an Aids denken zu müssen. Thiel will nicht missionieren. Für viele schwule Paare bedeutet Aids sicher nicht, daß die Liebe aufhört, sondern, daß der Sex immer schwieriger wird. Und da wär's doch so schön einfach, wenn man ganz simpel heterosexuell wäre...

Gösta Röver kehrt das Opfer-Täter-Verhältnis völlig um: Von einem Kinoplakat streckt ein wild entschlossen dreinblickender Mann hinter der Windschutzscheibe seines Autos dem Betrachter einen Revolver macho-mäßig entgegen. „Bullet for a GAY“ der Titel des Films. Hier ist der Homosexuelle mit Ohrring der tatkräftige Held, der Rache durch Gewalt fordert, weit weg vom gängigen schwulen Opfer-Klischee.

Aids ist bei vielen auch heute noch vor allem als „Schwulenkrankheit“ verschrien, für Heterosexuelle ist schwuler Sex eklig und zudem höchst „infektiös“. Seitdem die Schwulen schnell als Sündenböcke für die Ausbreitung von Aids ausgemacht worden sind, hat sich auch die Gewalt gegen sie verstärkt – ein Aspekt, der von der Ausstellung leider nicht weiter verfolgt wurde. Deutlich wurde aber auch: Der Homosexuelle ist nicht nur Opfer, sondern auch Täter.

Sönke Müller

Wo bleibt der deutsche Aids-Roman?

Von der Schwierigkeit,
„Zeugnisse des veränderten Lebens“
zu liefern

Tilman Krause



Foto: Morfin E. Kauffer

cher Durchschnittsbürger, gar nicht „anmerkt“.

Aids hat eine Kulturrevolution ausgelöst, deren Ausmaße wir noch gar nicht abschätzen können. Seit der Umwälzung von Lebensformen in den sechziger Jahren haben wir vermutlich nichts in gleichem Maße Einschneidendes erlebt. Wie reagieren nun Künstler und Intellektuelle in diesem Lande darauf? Die Antwort muß kurz und bündig lauten: Überhaupt nicht.

Neue literarische Gattung in Frankreich

Aids hat das Leben in der westlichen Welt verändert. Nicht nur, daß die Medizin einen Autoritätsverlust erlebt, den man angesichts der fortgeschrittenen Möglichkeiten dieser Disziplin nicht für möglich gehalten hätte. Auch körperliches Leiden, körperlicher Verfall in der brutalsten und offensichtlichsten Form haben wieder Einzug in eine Gesellschaft gehalten, die geglaubt hatte, Schmerz und Hinfälligkeiten des Menschen zu beherrschen, das Kreatürliche unter Kontrolle halten zu können. Diese entstellende Krankheit jedoch ist in aufdringlicher Weise sichtbar. Die ausgemergelten Gestalten derer, die von ihr befallen sind, ihre schreckensgeweiteten Augen, ihre wie leprös gefleckten Gliedmaßen sprechen ein so unmißverständliches „memento mori“, daß noch dem Gesundesten aufgeht, wie er mitten im Leben dem Tode anheimgegeben sein kann.

Noch tiefgreifender sind aber die mentalen Auswirkungen von Aids, weil sie nicht nur die Kranken und deren nächste Umgebung betreffen: Sexuelle Revolution, das Ausleben der eigenen Triebwünsche, Hedonismus und Single-Mentalität, sexuelle Unverbindlichkeit und erotische Verantwortungslosigkeit – alle diese Verhaltensformen und -normen postmoderner Permissivität haben ihre Gültigkeit verloren oder sind zumindest in Frage gestellt. Hier scheinen Grenzen erreicht, die auch dem wirtschaftlichen Wachstum, dem Glauben an garantierten Wohlstand für alle Zeiten sowie der Überzeugung von der vollständigen Verfügbarkeit der Welt und ihrer Ressourcen gesetzt wurden. Insofern paßt die tödliche Immunschwäche zur allgemeinen Krisenstimmung am Ende des Jahrtausends. Doch gleichzeitig hat sich durch die Warnungen vor Aids, durch eine für niemanden zu ignorierende Aufklärungskampagne in Wort und Bild ein neues Reden über Sexualität etabliert, ohne daß die Konsequenzen noch voll erfaßt wären.

Aber sind hier nicht selbst die kühnsten Träume von Befürwortern eines „transparenten Diskurses“ Wirklichkeit geworden? Seit in Talkshows und Podiumsdiskussionen zahlreiche medizinische oder psychologische Sachverständige im Verein mit Aids-Patienten in allen Details über riskante und „safe“ Sexualpraktiken sprechen, fielen nicht nur innerhalb kürzester Zeit jahrhundertalte Barrieren der Scham. Erstmals in der abendländischen Geschichte erfährt nun auch der sexuelle Normalbürger in unverblühtem Klartext, was Menschen untereinander so alles treiben und welche Möglichkeiten der Lustgewinnung menschliche Körper überhaupt bergen. Die vielen prominenten Aids-Opfer und die fragwürdige Strategie des „Outing“ wiederum sorgen dafür, daß Unzählige jetzt bewußt wird, wie viele Bisexuelle und Homosexuelle eigentlich unter uns leben, von denen man es zahlreichen Vertretern im übrigen, zur großen Verwirrung man-

In Frankreich hat sich eine neue literarische Gattung herausgebildet, der Aids-Roman. Die USA kennen seit Jahren den Begriff Aids-Theater. Inzwischen spielt das Thema auch eine zunehmend wichtige Rolle im amerikanischen Film. Selbst Komponisten klassischer Musik und Choreographen greifen in diesem Land, wo Aids die meisten Opfer fordert, das Thema auf. Nur in Deutschland bestimmt Zurückhaltung das Bild, regieren Berührungsscheu oder simples Desinteresse.

Doch ist das verwunderlich? Fügt sich diese Unterlassungssünde nicht nahtlos in die Unfähigkeit deutscher Autoren, „Zeugnisse des veränderten Lebens“ zu schaffen, einen Übelstand, den in den fünfziger Jahren schon Friedrich Sieburg als typisch für die deutsche Literatur anprangerte? Die Auseinandersetzung mit der gesellschaftlichen Wirklichkeit ist von altersher eine Schwachstelle deutscher Geistigkeit. Das mühsame Trachten nach Tiefsinn, der Ehrgeiz, um jeden Preis sinnstiftend oder formal innovativ zu wirken, kurz, das Streben nach „Höherem“ und überzeitlicher Bedeutung, die schneidende Verachtung gegenüber der angeblichen Banalität des Beobachtens sind Mentalitätsmuster, die sich hierzulande beharrlich über Jahrzehnte halten.

Frankreich, du hast es besser. Westlich des Rheins fühlen sich die meisten Autoren noch immer jener Tradition der Moralistik verpflichtet, die der Romanist Jürgen von Stackelberg als dominierende Strömung der französischen Literatur ansieht. Die Moralistik stellt die skeptische Variante der optimistischen Aufklärung dar. Sie beschreibt den Menschen in der Gesellschaft, befaßt sich mit dem zoon politicon. Die illusionslose Psychologie der Moralisten, die schönen Schein auf unschönes Sein zurückführt und vor allem den Blick für die egoistischen Antriebe sogenannter Tugenden schärft, führt aber nicht zur Abwendung von einer Gesellschaft, in der jeder jeden täuscht und nicht zuletzt sich selbst. Wenn etwa La Rochefoucauld die Heuchelei als „Huldigung“ definiert, „die das Laster der Tugend darbringt“, zeigt dies, daß sich beim Moralisten stets Skepsis mit Akzeptanz mischt. Daß Laster sich tugendhaft drapieren, entrüstet ihn nicht. Vielmehr liest er daran ab, wieweit die Ausstrahlung des Guten immerhin reicht.

Niemals wird man in Frankreich daher jene radikalen Bannflüche gegen „die Gesellschaft“ oder „das Bürgertum“ hören, die in Deutschland so beliebt sind und doch nur von Naivität zeugen und davon, daß man nicht begriffen hat, wie menschliches Zusammenleben funktioniert. Dem Moralisten ist daher auch jene gesellschaftsfeindliche Verweigerungshaltung fremd, die in Deutschland philosophische Weihen genießt, obgleich sie meist in antipolitische Innerlichkeit mündet.

Die französische Einstellung kennzeichnet demgegenüber das Bedürfnis nach Einbindung in die Gesellschaft. Darüber hinaus gilt



die Aufmerksamkeit der Moralisten nicht so sehr der Seele des Menschen als vielmehr seinen Sitten. Nicht Sinn soll gestiftet, sondern pragmatische Lehren der Lebensführung vermittelt werden. Es geht nicht darum, Tiefen auszuloten, sondern Triviales möglichst exakt zu beschreiben. Diese bewußte Beschränkung auf das terre a terre der Existenz hat den Menschen zum Kristallisationspunkt, nicht irgendwelche aufgestülpten Vorstellungen von richtigem oder falschem Bewußtsein. Damit befähigt sie die Literatur in hohem Grade, „Zeugnis des veränderten Lebens“ abzuleben.

In dieser Tradition steht auch der französische Aids-Roman, der so unterschiedliche Produkte wie Dominique Fernandez „La gloire de Paria“ (1985), Hervé Guibert „Dem Freund, der mir das Leben nicht gerettet hat“ (1990, deutsch 1991) und sein „Mitleidsprotokoll“ (1991, deutsch 1992), aber auch Guy Hocquenghem „Eva“ (1987, deutsch 1991) hervorgebracht hat. Während Guibert es im Minimalismus seiner Kurzkapitel bei protokollartigen Notizen über krankheitsbedingte Veränderungen an Leib und Seele beläßt, holt der um eine halbe Generation ältere Hocquenghem so weit aus, wie es ihm sein Zustand noch erlaubt. Er reist, holt die Welt in seine verlöschende Existenz hinein, bietet das Wissen der verschiedensten Zeiten und Kulturen auf gegen die immer schmalere Basis seines Seins.

Im einen Fall sind es die kreatürlichen, im anderen Fall die spirituellen Bedürfnisse angesichts des nahenden Todes, welche die beiden Autoren in so präzisen wie plastischen Episoden schildern. Beide sparen nicht an schonungsloser Offenheit. Dies gilt sowohl für die Verfallserscheinungen des Körpers, als auch für mentale Auflösungs-symptome. Wenn Guibert beim Anblick eines muskulösen, halbnackten Bauarbeiters imaginiert, wie er, der vom Fleisch Gefallene mit den Kinderarmen und -beinen, es am liebsten essen würde, dieses „rohe, zuckende Fleisch, das warme, süße und verruchte“, dann beobachtet er egoistische Tendenzen an sich mit der Klarsicht des Moralisten, der sich in erster Linie mit emotionsloser Neugier begegnet.

Überhaupt hält Guibert, von Selbstmitleid weit entfernt, bei aller Verzweiflung seine Affekte stets im Zaum einer meisterhaft zugespitzten Form sentenzhafter Reflexion, die einem höheren Ziel untergeordnet ist: Sterben lernen und lehren. Ja, bei Hocquenghem und Guibert geraten die Lebenslehren der Moralisten zu Sterbehilfen und schlagen damit den Bogen zurück zur Weisheit der Antike, derzufolge Leben nichts anderes bedeutet als sterben lernen. Der schrumpfenden Lebensspanne antwortet die Überdehnung an Introspektion bei Guibert, an intellektueller Weltaneignung bei Hocquenghem. Auf das Rezept, rastlos weiter zu schreiben und sich unablässig im Akt des Produzierens zu versichern, daß sie noch da sind, darauf können sich beide einigen.

Auf völlig anderem Wege nähert sich der Goncourt-Preisträger von 1982, Dominique Fernandez, dem Thema Aids in seinem Roman „La gloire de Paria“. Hier verschweigt der Protagonist seinem älteren, an Aids sterbenden Freund die Wahrheit, daß er sich durch eine Bluttransfusion infiziert hat und also keineswegs, wie dieser vermutet, seinem promiskuitiven Sexualkonsum erliegt. Damit will er ihm ermöglichen, sich auch im Tode noch als Paria zu fühlen, wie es sein Lebensentwurf vorsieht. Fernandez diskutiert hier auf originelle Weise das programmatische Außenseitertum, aus dem viele Homosexuelle Westeuropas im Zuge der Emanzipationsbestrebungen der sechziger und siebziger Jahre ihre „Identität“ ableiteten. Moralist, der auch Fernandez ist, legt er dabei das Illusionäre am Selbstbild seines Helden bloß und stellt ein immer noch aktuelles Konzept homosexueller Selbstfindung in Frage.



In den Vereinigten Staaten befaßte sich zunächst das Theater mit Aids, wo unter Stücker-schreibern, Schauspielern, Bühnenbildnern und Ausstattern die Epidemie besonders gewütet hat. Die künstlerische Umsetzung der Aids-Problematik bereitete in diesem Bereich offenkundig die wenigsten Schwierigkeiten. Seit sich in den zwanziger und dreißiger Jahren mit Eugene O'Neill und Maxwell Anderson der soziale und psychologische Realismus im amerikanischen Theater etablierte, gibt es hier Konventionen, die es erlauben, gleichsam spontan auf gesellschaftliche Phänomene zu reagieren. Obnein spielt der Gegenwartsbezug in der dramatischen Produktion dieses Landes eine denkbar große Rolle, wo jährlich allein in New York mehr Stücke uraufgeführt werden als in der gesamten Bundesrepublik.

Erstaunlicherweise gelang es dem Aids-Theater schon bald, die vergleichsweise verborgenen Winkel der Off-Szene zu verlassen, wo noch das erste Stück, Jeff Hagedorns szenischer Monolog „One“ 1983 herauskam, und zu den größeren Häusern am Broadway vorzudringen. Als ausgesprochen erfolgreich erwies sich beispielsweise das von vielen Bühnen im In- und Ausland nachgespielte, mit verschiedenen Preisen ausgezeichnete Stück „As is“ von William Hoffmann, das 1985 uraufgeführt

wurde. Es schildert, dramaturgisch durchaus komplex, das langsame Sterben des New Yorker Schriftstellers Rich, sein Schwanken zwischen Ergebenheit und Auflehnung, die fassungslose Reaktion von Freunden und Angehörigen. Dazwischen werden immer wieder Reminiszenzen aus dem früheren Leben des Kranken eingeblendet, die den Autor als Kenner der Gay Scene am Hudson-River ausweisen. Dabei kommt, wie es die strengen Gesetze des Broadway erfordern, auch der Humor nicht zu kurz. Virtuos beherrscht Hoffmann die Wechselbäder von Schicksalsdrama und Komödie. Auch der Aspekt moralistischer Sterbehilfe ist vorhanden: Als Rich seinen Freund Saul in einem Anfall von Verzweiflung anfleht, ihm Medikamente zum Selbstmord zu beschaffen, lehnt Saul unter Berufung auf christliche Grundsätze ab: „Du bist nicht der einzige Mensch, der leidet. Man muß das Leben nehmen, as is – wie es ist.“

Während deutsche Schriftsteller also das Thema verdrängen oder aber gewunden ihrer Hilflosigkeit gegenüber den Schrecken von Aids Ausdruck geben und sich in ergebnislose Debatten flüchten, ob diese Krankheit überhaupt literarisch gestaltet werden könne, hat die amerikanische Unbefangenheit der Sache gegenüber ein breites Spektrum an künstlerischen Verarbeitungsformen erzeugt. Als primärer Antrieb mag dabei gewirkt haben, daß man einfach das Leiden und den Mut von Betroffenen festhalten, verstorbenen Freunden und Liebhabern ein Denkmal setzen wollte. Die Frage nach literarischem Rang war sekundär. Muß das ein Einwand sein? Dem Kritiker der New York Times, David Richards, zufolge nicht: „Wenn man nach Kunst sucht, die Bestand hat, wird man bei Aids-Stücken zumeist nicht auf seine Kosten kommen“, schreibt er, doch betont: „Was nicht heißen soll, daß diese Stücke nicht doch einem Zweck dienen. Sie sagen uns, wie die gegenwärtige Temperatur beschaffen ist und fangen den aktuellen Stand unserer Ängste und Vorurteile ein.“

Diese Informationen sind nützlich. Als aneckende soziologische Dokumente können Aids-Stücke durchaus etwas bewirken. Wenn die Wissenschaft dann eines Tages endlich eine wirksame Behandlung ermögliche, würden allerdings die meisten von ihnen als überholt erscheinen.

Doch wie variabel die soziologische Temperaturabnahme sein kann, lehrt ein Blick auf die amerikanischen Spielpläne der vergangenen Jahre. Dort führte nämlich der Weg von der mitunter erschütternden, intellektuell jedoch nicht immer anspruchsvollen Trauerar-

beit schon bald zu differenzierten Ausdrucksformen. Vom politischen Thesenstück „The normal heart“, mit dem der militante „Gay Movement“-Vertreter Larry Kramer 1985 Politiker und die unpolitischen Angehörigen der „gay community“ aufrütteln wollte, über das Dokumentartheater eines Joe Pintauro, der 1991 in „Raft off the Medusa“ die wöchentliche Therapiesitzung einer Gruppe von PWA-Personen mit Aids – vorführt, zu der Homosexuelle ebenso wie Heterosexuelle gehören, reicht die Palette bis zu den surrealen Verfremdungen Harry Kondelons („Zero Positive“, 1988) oder bis zu satirischen Darstellungen der aktuellen Aids-Paranoia bei Hervey Fierstein in seinem Zwei-Personen-Stück „Safe Sex“, das 1987 uraufgeführt wurde.

In den Vereinigten Staaten entsteht, wie in Frankreich, jahraus jahrein jene „Gebrauchsliteratur“, für die sich deutsche Schriftsteller zu schade sind, weil sie sich immer noch in der vormodernen Rolle des Dichters, wenn nicht gar Sehers erblicken. „Kein Ort. Nirgends“, das ist ihre Welt, und sonst gar nichts. Das Land Utopie besiedeln die phantasievolleren unter ihnen mit beeindruckenden Menschen und Gesellschaftsentwürfen für eine bessere Welt. Wie man sich in den gemischten Verhältnissen des Hier und Jetzt zurechtfindet, vermag sie

jedoch weit weniger zu interessieren. Entsprechend sind die literarischen Antworten auf Aids, die es bei uns gibt. Ein gewisses Echo hat der Lebensbericht des Berliner Schwulenaktivisten Napoleon Seyfarth, „Schweine müssen nackt sein“, gefunden. Jetzt ist ein weiterer autobiographischer Text hinzugekommen: „Es ist spät. Ich kann nicht atmen“ von Mario Wirz. Doch abgesehen von radikaler Selbstentblößung und – im Falle Wirz – von quälendem Selbsthaß eines Homosexuellen, haben diese Ego-Dokumente wenig zu bieten.

Wo bleiben also die professionellen Schriftsteller, die uns den autonomen Aids-Roman präsentieren und damit ein Zeugnis des veränderten sozialen, emotionalen und sexuellen Lebens?

Aids ist – zumindest in der westlichen Welt – ein Großstadtphänomen, und genau daran hapert es in unseren Breiten: an der Figur des urbanen Schriftstellers, an der Großstadtliteratur. Das war während eines kurzen Zeitraums anders.

Zwischen 1871 und 1933 kannte auch Deutschland den Zivilisationsliteraten, der sich Veränderungen der gesellschaftlichen Wirklichkeit widmete und zwar von der Metropole aus. Das Absinken in Provinzialismus und die wohlige Wärme der Kiez-Kultur gibt jedoch seither den Ton an. Daran haben Zäsuren wie der Zusammenbruch des Nazi-Regimes, das Ende der Adenauer-Ära oder die Kulturrevolution von 1968 – von der Wiedervereinigung ganz zu schweigen – wenig geändert. Noch immer gilt, was Friedrich Sieburg Mitte der fünfziger Jahre konstatierte: „Der 'Asphalt' und was damit zusammenhängt, ist in unheilvollem Ausmaß aus unserem geistigen Leben verschwunden und das Vertrocknen unserer Literatur mag mit diesem Vorgang eng zusammenhängen.“

Meditation statt direkter Konfrontation

Heinrich Mann und Alfred Döblin, Joseph Roth und Gottfried Benn, die großen Feuilletonisten der zwanziger Jahre, diese Wanderer zwischen den Welten von Fiktion und Reportage: Franz Hessel, Kurt Tucholsky, Bernhard von Brentano, Siegfried Kracauer: Wo bleiben ihre Nachfolger? Es ist nichts und niemand in Sicht. Wer es immerhin wagt, sich mit dem Phänomen Berlin zu beschäftigen, versichert sich ängstlich der Autorität französischer Strukturalisten und meditiert, anstatt sich direkter Konfrontation zu stellen, über die „Berliner Simulation“ – so geschehen in einer größeren Erzählung zu Beginn der achtziger Jahre.



Noch etwas anderes freilich spielt eine Rolle: die Berührungängste deutscher Intellektueller gegenüber der Homosexualität, denn natürlich ist Aids noch immer am stärksten unter männlichen Schwulen verbreitet, wenn auch andere Gruppen der Bevölkerung – und nicht nur Minderheiten – zunehmend betroffen sind. Für diese Distanz mögen nicht zuletzt die Schwulen selbst gesorgt haben, die sich von schrillen Hysterikern als Pausenclowns in den Medien vertreten lassen und sich auch ein halbes Jahrhundert nach Hitler noch immer als Opfer gerieren, sich mit den fremden Federn rosafarbener Winkel schmücken und nach bester deutscher Tradition an die Schuldgefühle ihrer Nächsten appellieren. Und die sogenannte Normalbevölkerung? Sie ist in einem Lande, das nichts so gerne tut wie Ganzheitlichkeit zu predigen und das Privatleben von Individuen als Maßstab ihrer sozialen oder intellektuellen Kompetenz heranzuziehen, homophob wie nirgends sonst in Westeuropa. Wenn der nicht ganz unbekannte Theaterkritiker einer bedeutenden Tageszeitung in der wöchentlichen Blattkritik moniert, in den letzten sieben Tagen hätten wieder drei Beiträge über Schwule im Feuilleton gestanden und das ginge so nicht weiter, dann zeigt das einen zivilisatorischen Rückstand an, der etwa in Frank-

reich undenkbar wäre. Dort würden sich solche Bemerkungen im übrigen allein aus Taktgründen verbieten, weil der Anteil homosexueller Kollegen ein anderer beziehungsweise ihr Selbstbewußtsein ein ausgeprägteres wäre und sie gelernt hätten, sich gegen Schwulenfeindlichkeit zu wehren.

Sollte sich jedoch am Ende vielleicht herausstellen, daß alle diese Gegebenheiten: Homophobie der deutschen Intellektuellen, ihre Großstadtferne, das Fehlen einer moralistischen Tradition, die Abneigung gegen eine gegenwartsbezogene „Gebrauchsliteratur“, dem Puls der Zeit folgt – sollten alle diese Faktoren, die bisher die Entstehung einer angemessenen künstlerischen Reaktion auf Aids bei uns verhindern, letztlich darauf zurückzuführen sein, daß Künstler und Intellektuelle hierzulande sich nicht genügend für den Menschen interessieren? Sind sie vielleicht auch hier wieder Opfer ihrer Anfälligkeit für theoretische Systeme und beten insgeheim noch immer die große Plattitüde der siebziger Jahre vom „Tod des Subjekts“ nach?

Damals wehte allerdings noch ein lindes Lüftchen, mancher hatte sich behaglich eingerichtet in seinen Wohlstandsneurosen und mochte sich den Kopf zerbrechen, was bei aller Fremdbestimmung er wohl noch sein Eigen nennen könne. Doch der Wind hat gedreht, und wer sich um das Tägliche zu sorgen hat, wer gar mit dem Tode ringt, der pfeift auf die angebliche Simulation, die doch alles nur sein soll; der kämpft um sein Ich, von dem man ihm lange eingeredet hat, es existiere gar nicht.

Unter existentiellen Zwängen wird auch auf einmal die Frage nach der stilistischen „Adäquanz“ von Literatur zweitrangig. Niemand hat das so klar gesehen und so einfach ausgedrückt, wie der ungarische Schriftsteller Peter Nádas. Mit seinem großartigen Roman „Buch der Erinnerung“ hat er nicht nur bewiesen, daß man in der Bedrängnis ganz von selbst zum Erzählen vom Menschen in seiner Umgebung zurückfindet. Er, dem man – natürlich nur in Deutschland – formale Innovationslosigkeit vorgeworfen hat, bekennt sich unmißverständlich zu den großen „Charaktererfindern“ des 19. Jahrhunderts, die von den „Stilisten“ des 20. Jahrhunderts verdrängt worden seien. Wer den Menschen in den Mittelpunkt stellen will, so Nádas, der müsse vor allem von seiner Liebe, seiner Sexualität handeln. Zur Liebe und Sexualität aber gehört heute Aids. Leute wie Nádas sollten darüber schreiben.

Tilman Krause



Was ist Trauer?

Christopher Bram: Trauern um Angel Clare. Roman. Aus dem amerikanischen Englisch von Jim Baker und Arno Schmidt, 311 Seiten, 32 Mark. Verlag rosa Winkel, Berlin 1992, ISBN 3-921495-41-5

„Michael stand im Louvre und sah sich Gemälde an...“ — so beginnt der Roman von Christopher Bram. Vor dem „Floß der Medusa“, einem Gemälde von Théodore Géricault, lernt Michael einen anderen Mann kennen. Mit dieser Anspielung beweist der Autor Sinn fürs Dramatische. Als die „Medusa“, ein französisches Flaggschiff, vor der afrikanischen Küste sank, erkämpften sich der Kapitän, die höheren Offiziere und die großbürgerlichen Passagiere gewaltsam Platz in den Rettungsbooten. Sie kappten die Taue zu einem notdürftig aus den Teilen des Wracks gezimmerten Floß, daß sie ziehen sollten. Die Rettungsboote fanden nach einem Tag den rettenden Hafen, doch niemand veranlaßte die Suche nach dem Floß. Hundertfünfzig Menschen trieben auf dem Meer, ohne Wasser und Brot. Nach zwölf Tagen waren nur noch fünfzehn am Leben.

Wer Sinn für Metaphern hat, mag hier eine finden. Die menschlichen Abgründe, die Bram beschreibt, sind weniger spektakulär. Michaels Liebhaber Clarence ist an Aids gestorben. Die Trauer um diesen Verlust ist auch nach einem Jahr noch der Lebensinhalt von Michael. Er bewegt sich auf den Spuren seines toten Freundes und tut alles, um die Erinnerung an ihn wachzuhalten. Die Vorstellung ist ihm unerträglich, daß andere, etwa Clarence alten Freunde, seine Trauer für unecht halten könnten.

Clarence war sein erster Liebhaber. Als er stirbt, ist Michael gerade zweiundzwanzig. Seinen Freund in der Krankheit zu begleiten, ihn zu pflegen und richtig zu lieben, das schafft Michael nicht. Eine Zeitlang vermeidet er panisch jede Berührung mit Clarence. Seine Angst, sich anzustecken, ist übermächtig, obwohl er genau weiß, daß sie unbegründet ist. Nach dem Tod des Freundes ist niemand da, der ihn tröstet.

Das alles ist grau und düster — eine Atmosphäre, die das Buch selten verläßt. Keine der Personen will einem so recht sympathisch werden. Der spätpubertierende, unreife Michael nicht, der in der Trauer verharrt, um seine Leere zu überdecken. Die Freunde von Clarence nicht, die Michael nicht beistehen können, weil doch das Leben weitergeht und sie genervt sind von der Attitüde des Jungen, am stärksten unter dem Verlust von Clarence zu leiden.

Kein schönes Buch. Es geht um die egoistischen Motive der Trauer. Jemandem nicht gerecht werden können aus Eitelkeit und Gleichgültigkeit. Die quälenden Zweifel an sich selbst, wenn die Trauer allmählich abhanden kommt, die Michael glaubt noch empfinden zu müssen. Seine Erstarrung in einer Rolle, die er aus Hilflosigkeit eingenommen hat und die ihm schließlich keinen anderen Ausweg als den Selbstmord bietet. Das ist von großer Eindringlichkeit. Michael zieht mit einigen Bekannten durch Bars und Discos, betrinkt sich und erlebt einen Zusammen-

bruch, der ihm den letzten Rest des eigenen Wertes raubt. Den kann er nur wieder herstellen, wenn er sich das Leben nimmt. Bram schildert diesen Abstieg minutiös; den Kauf der Rasierklingen, das letzte Frühstück, den Abschiedsbrief, bis Michael sich in der Badewanne eines langjährigen Freundes von Clarence die Pulsadern aufschneidet: Der Tod als Rache an denen, die ihn nicht ernst nahmen. Das Buch löst hier das Versprechen von Spannung und Dramatik ein, daß es mit dem Verweis auf das Floß der Medusa eingegangen ist.

Doch bis es dazu kommt, braucht es hundertfünfzig Seiten. Die Geschichte windet sich sehr langsam aus ihren belanglosen Anfängen und kann sich nicht entscheiden, wohin sie will — das macht ungeduldig beim Lesen, auch wenn man nach der Lektüre zugestehen muß, daß der Roman mit innerer Logik ausgestattet und mit einiger Raffinesse aufgebaut ist. Auch der Schluß ist nicht recht überzeugend. Ein vorsichtiges Happy-End: Michael wird gerettet und ist dabei, seinen Platz im Kreise der alten Freunde von Clarence zu finden — versöhnt.

Die Übersetzung hält sich eng an das Original, was der ohnehin spröden und unaufwendigen Sprache Brams einiges an Ironie nimmt. Etwas mehr Wagemut hätte hier gut getan, besonders die Übertragung des Umgangstons in der wörtlichen Rede wirkt gewollt und bemüht.

Jürgen Neumann

Ein Kapitel aus dem Buch: „Trauern um Angel Clare“:

Michael verbringt ein Wochenende bei zwei Freunden seines an Aids gestorbenen Liebhabers. Er will dort Briefe seines Freundes Clarence lesen. Aber die Briefe, zum Teil älter als zehn Jahre und geschrieben zu einer Zeit, als sich Clarence und Michael noch nicht kannten, bleiben ihm fremd. Und auch im Haus der beiden Freunde fühlt er sich nicht wohl. In der Nacht entladen sich die Spannungen.

Als er so allein in der Dunkelheit lag, das Damals mit dem Heute verglich und rund um sich nur das leere Bett spürte, wurde Michael nervös und bang. Das gelegentliche Papierrascheln und Flüstern aus dem Nebenzimmer tat ihm weh, und er fühlte sich verlorenere denn je, einsam und verlassen. Unter der unregelmäßig handgearbeiteten Tür kam ein breiter Lichtstreifen durch. Er wollte in dieser Nacht, wo Freunde so nahe waren, nicht allein schlafen.

Er stand auf und ging zur Tür. Michael schlief seit einiger Zeit in seiner Unterwäsche, mit ordentlich in die Unterhose gestecktem T-Shirt, und um sicherzugehen, daß er auch wirklich angezogen war, rückte er noch einmal alles zurecht, bevor er leise klopfte.

„Herein. Oder eigentlich heraus. Wir sind salonfähig.“

Er öffnete die Tür und stand im Licht. Ben und Danny sahen ihn an, zuerst ruhig, dann mit Interesse. Michael sagte schließlich: „Ist es euch recht, wenn ich heute nacht bei euch schlafe?“ Er wollte nicht um ihr Mitgefühl betteln, aber er mußte die Wahrheit sagen, damit sie ihn nicht mißverstanden. „Allein zu schlafen, kommt mir heute komisch vor. Das sind wahrscheinlich seine Briefe.“

Ben und Danny blickten sich an. Ben





Théodore Géricault: „Das Floß der Medusa“ (1819)

zuckte mit den Schultern. Danny drehte sich um und sagte: „Klar.“ „Ich hol’ noch ein Kopfkissen“, sagte Michael, als er bemerkte, daß nur zwei da waren. Als er zurückkam, rückte Ben rasch auf seine Seite des Bettes, Danny in die Mitte, so daß Michael neben Danny zu liegen kam. „Laßt euch durch mich von nichts abhalten“, sagte er zu den beiden. „Das Licht stört mich nicht.“ Er legte sein Kissen neben das von Danny und stieg ohne sie anzusehen ins Bett. Er legte sich auf den Bauch, drehte das Gesicht zur Wand, vergrub den Kopf im Kissen und sagte: „Gute Nacht.“

Ben räusperte sich, und Danny summte vor sich hin – Geräusche, die wie Ausschnitte einer früheren Unterhaltung klangen. Die Zeitung raschelte, eine Buchseite wurde umgeschlagen und alles schien in bester Ordnung. Michael fühlte sich wohler. Durch die Gegenwart anderer Beine, die unter der Decke Wärme ausstrahlten, beruhigt, wurde er langsam schläfrig. Es knisterte stärker, als Michael erwartet hatte.

Tim in Paris kam ihm wieder in den Sinn, und wie gut er sich dabei gefühlt hatte. Aber jetzt, das waren Freunde. Sie kannten Michaels andere Freunde, und, was hier geschah, würde zu den anderen durchdringen und sie glauben machen, Michael habe Clarence vergessen. Seit Michaels Ankunft gab es ständig sexuelle Signale, doch Ben und Danny gaben immer merkwürdige Signale ab. Sie hatten angeboten, ihn mit einem neuen Typen bekannt zu machen, aber vielleicht stellten sie nur Michaels Treue auf die Probe. Tim war so unsicher gewesen, was safe ist und was nicht, daß sie jede Kleinigkeit, die sie in Michaels Hotelzimmer vollzogen, aushandeln mußten. So etwas wäre mit Ben und Danny nicht nötig.

Ein warmer Körper drückte sich gegen ihn. Doch Danny legte nur das Buch und die Brille auf dem Nachttisch ab. Es folgte das feuchte Pflietschen eines Kusses zwischen zwei Männern, und einer von beiden flüsterte: „Gute Nacht, Michael.“

„Nacht“, murmelte Michael in sein Kissen.

Das Licht wurde ausgemacht. Das Bett wackelte, als die anderen Körper sich zurechtlegten. Ein Fuß streifte Michaels Fuß, als Beine hin und her geschoben wurden. Dann kehrte wieder Ruhe ein.

Lange lagen alle drei reglos da. Michael hörte Atmen hinter sich, konnte aber die Atmung der beiden nicht voneinander unterscheiden, konnte nicht ausmachen, ob sie schon schliefen. Er hob den Kopf und drehte sich auf die Seite, um nachzusehen. Anders als in der Stadt drang kein Licht von der Straße herein. Drinnen war es so dunkel, als wären seine Augen noch geschlossen. Michael glaubte, zwei verschwommene Gesichter zu sehen, die wie Flecken auf seiner Netzhaut schwammen.

„Können wir was für dich tun, Mikey?“

Eine Hand legte sich sanft auf seine Schulter, und Michael wurde klar, wie nahe Dannys Gesicht bei seinem war. Die Hand hielt Michaels Nacken und strich mit den Fingern durch den feinen, nicht ausrasierten Flaum unterhalb seiner Haare. Michael öffnete seinen Mund an einem anderen Mund und wurde geküßt.

Es war ein langsamer, leiser Kuß, der ihm zu viel Zeit zum Denken ließ. Er hielt Danny Kopf mit einer Hand, während er überlegte, wer schuld daran war. Sie sollten das nicht machen: zwei Zungen in Michaels Mund. Was würde Ben denken? Vielleicht wär es ihm recht. Doch das würde es nicht richtiger machen, Michael drückte eine Hand gegen Dannys Brust und beendete den Kuß. Er spürte die Rundung von Dannys Brust an seiner Hand. Er legte sich für einen Moment auf den Rücken. Mit einem Ruck von Schultern und Hüften zog Michael sein Unterhemd über den Kopf und ließ die Unterhose ans Fußende gleiten, so leicht, wie die Socken oder das Gewissen, und schmierte sich an den Körper neben ihm.

Wieder fühlte er sich geküßt, gestreichelt und gehalten. Arme schlangen sich um Schultern und Arsch, er wurde über einen Körper gerollt und lag zwischen zweien, in einem Gewirr aus Armen und Beinen. Niemand sprach, und das war gut so. Er konnte so tun, als habe er vergessen, daß es Ben und Danny waren, konnte so tun, als könne er sie ohne Kleider nicht auseinanderhalten; doch er unterschied einen vertrauteren älteren Körper mit weichem Bauch und muskulösen Beinen von einem Körper wie aus einem Guß. Auch war Bens Körper haarig rau, und beim Küssen stieß er mit der Zunge zu. Obwohl Danny angefangen hatte, schien Ben das Gesche-

hen zu genießen. Der Schwanz unterhalb einer leichten Speckrolle war ebenso hart wie der von Michael, während der andere, längere, noch biegsam blieb. Doch im Dunkeln schien alle Individualität nur kopfig.

Er küßte einen Hals und eine prickelnde Brust, als es im Bett plötzlich weniger eng war. Er hoffte, Danny würde nichts Komisches holen. Das Licht in der Küche ging an, und aus der dunklen Leere traten plötzlich eine tapezierte Wand, eine Kommode und Schatten hervor. Michael blickte nach unten und sah lange weiße Beine verstrickt mit dunkleren, stämmigen, doch ihre Körper sahen nicht so unterschiedlich aus, wie er es sich vorgestellt hatte. Sie machten es gegenseitig mit der Hand. Er küßte wieder den Mund, so daß alles, was er von Ben sah, ein Close-up eines riesigen verschwommenen Augapfels war, der hin und her glitt, als würde er nach jemand Ausschau halten. Michael hoffte, daß Danny nicht vorhatte, das Licht anzulassen, damit sie sich dabei zusehen könnten.

Bens Hand wurde langsamer, als wäre sie müde. Michael hörte auf zu küssen. Durch Zeichen gab Ben ihm zu verstehen, er solle warten, dann drehte er sich um und schaute zum Licht in der Küche.

„Bin gleich zurück“, flüsterte er. „Ich seh’besser nach, was mit Danny ist.“

Er stand auf und trat in den Lichtschein, der von der Küche heraufkam. Es war wirklich Ben, dessen Mund und Schwanz Michael eben berührt hatte, Ben Slover, der auf Kundgebungen sprach und sich mit seinem Liebhaber zankte, der Ratschläge erteilte und über die Vergangenheit redete wie ein älterer Bruder. Wie er so im Licht stand und in der Küche jemanden ärgerlich anschaute, sah er kleiner und massiger aus, als er sich im Bett angefühlt hatte. Ein Schwanz wirkte an ihm unpassend. Er stieg die kleine Treppe hinunter, die zum Bett quer verlief, und verschwand; von da, wo Michael lag, konnte er die Küche nicht sehen.

Er hörte Ben flüstern: „Wir haben uns gefragt, was mit dir los ist.“

Dannys Stimme antwortete: „Nichts. Macht einfach ohne mich weiter.“

Was folgte, war nicht zu verstehen, dann: „Du hast doch die ganze Zeit davon gesprochen.“ „Ich weiß. Wahrscheinlich bin ich heute nacht bloß nicht in Stimmung. Aber macht ruhig weiter. Ich will nur, daß er zurück in sein Bett geht, wenn ihr fertig seid.“

„Aber will ich nicht ohne dich.“

„Du bist doch gerade ganz gut zurecht gekommen.“ Michael fragte sich, ob es seine Schuld war, ob er sein Augenmerk zu sehr auf Ben gerichtet hatte. Ein Körper wie der von Ben war für ihn einfach vertrauter. „Ich habe es getan, weil ich dachte, du wolltest es“, flüsterte Ben. „Vergiß es. Ich mach’ dir keine Vorwürfe. Geh einfach zurück und bring die Sache zu Ende, bitte.“ Doch das vage Gefühl, was Unrechtes zu tun, das Michael in der Dunkelheit verdrängen konnte, kam jetzt, da er allein im Bett lag, zurück. Er setzte sich langsam auf, zog die Knie an die Brust und legte seine Arme um die Beine. Er glaubte, daß er bei Bens Rückkehr nicht weitermachen könne. Ein Stuhl wurde kratzend über den Boden gezogen, jemand setzte sich darauf. Das Geflüster wurde unverständlich, doch schien Ben Danny nach dem Grund zu fragen. Mehrmals war von „es“ die Rede. Danny war so ärgerlich, daß man ihn wieder verstehen konnte. „Glaubst du wirklich, daß ich das nicht wüßte? Wo ich es Tag für Tag von dir höre? Ich hab davor keine Angst. Mein Gott, du und ich sind wahrscheinlich schon... Mir ist’s halt unheimlich. Dir denn nicht? Er ist der Freund deines besten Freundes. Ich weiß nicht. Es ist nichts Rationales. Es ist ein Gefühl wie damals, als ich den Mantel meines toten Großvaters angezogen hatte.“

Michael verstand endlich. Wieder nur Geflüster; Gedanken schwirrten ihm durch den Kopf; was sagten sie wohl über ihn. Daß das nicht recht war, hatte er die ganze Zeit gefühlt, doch er war zu egoistisch, dem nachzugehen oder innezuhalten und seinen Verdacht zu verstehen: er betrog Clarence.

Mit jemandem schlafen, war schlimm genug – mit Clarences Freunden hieß es: hinauszuposaunen, daß Clarence nicht mehr zählte, daß Michael schon über seinen Tod hinweggekommen war, daß Michael ihn von Anfang an nicht richtig geliebt hatte.

Aber er hatte ihn geliebt! Er liebte ihn noch immer. Jedoch seine eigene Herzlosigkeit entsetzte ihn; er machte sich krank mit der Vorstellung, wie er auf die anderen wirkte. Sein Körper ekelte ihn an. Rasch wühlte er im Bett nach seinen Sachen. Das Unterhemd lag auf dem Boden. Sein Slip war unter der zurückgestoßenen Bettdecke wie ein Lappen zusammengeknüllt. Er zog beides an, doch das genügte nicht. Die Treppe knarrte, und Ben tauchte wieder auf, gefolgt von Danny. Ben sah verlegen aus, Danny angewidert und unfähig, Michael anzusehen. Ihre Nacktheit wirkte sonderbar und geschlechtslos, wie die Nacktheit von Leichen in der Anatomie. Michael saß am entferntesten Ende des Bettes, die Füße auf dem Boden. Am liebsten wäre er in sein Zimmer gerannt und hätte die Tür hinter sich zugeschlagen. Ben stützte sich auf das Fußende und sagte: „Tut uns leid, Michael. Es war nicht fair von uns, dich scharf zu machen und mittendrin aufzuhören. Es ist etwas zwischen Danny und mir. Tut mir leid, daß wir dich da reingezogen haben.“

Danny zerrte sein T-Shirt vom Bett und streifte es eilig über. Er zog es so weit wie möglich nach unten, doch sein Schwanz war immer noch zu sehen.

„Es hat nichts mit dir zu tun, Michael. Ich finde dich immer noch attraktiv. Ich bin jetzt einfach nicht in der Stimmung.“

„Kannst du uns verzeihen?“ sagte Ben. Sie waren höflich, sie waren feige, und sie sagten Michael nicht, was sie wirklich dachten. Ihre Lügen paßten nicht einmal zusammen. Michael schniefte: „Es gibt nichts zu verzeihen. Ich hätte gar nicht erst zu euch ins Bett steigen dürfen.“ „Er sagte es anklagend, anklagend gegen sich selbst. Ben warf Danny einen Blick zu; Danny senkte den Kopf. „Sag so was nicht“, erwiderte Ben. „Es hätte Spaß machen können. Unter anderen Umständen. Es ist doch nicht unrecht, wenn Freunde miteinander Spaß haben. Es hat halt nicht sollen sein heute nacht.“

Michael schloß die Augen und nickte. Es tat weh, daß sie ihn nicht so weit achteten, ihm zu sagen, wie egoistisch, illoyal und falsch er sich verhielt. Sie hatten dabei mitgemacht, doch Clarence war nur ihr Freund, während er Michaels Liebhaber war, und die beiden hatten früh genug aufgehört.

„Nimm’s nicht persönlich“, sagte Ben. „So was kommt vor. Ich erinnere mich, wie Danny einmal einen Tänzer mit nach Hause brachte und ich derjenige war, der nicht so recht...“

Danny setzte sich auf das Bett und schaute weg, während Ben redete, beschämt über Bens Lügen, über Michaels Anwesenheit oder vielleicht sogar über sich selbst. „Kann ich was machen zum Ausgleich für unsere Taktlosigkeit“, bot Ben an. „Du kannst gerne bei uns schlafen. Bei uns, wohlgemerkt. Falls dir das weiterhilft.“

Das konnte er nicht ernst meinen. Er wollte Michael sicher nur daran erinnern, daß er angefangen hatte, daß er hereingekommen war und gegreint hatte, er wolle nicht allein schlafen. „Nein, danke“, sagte Michael hart. „Ich sollte wohl allein schlafen.“

„Das ist wohl das Klügste“, sagte Ben. „Unter den Umständen. Nochmals, es tut mir leid, daß es nicht geklappt hat. Aber es ist ja nichts Schlimmes passiert. Oder?“

Michael nickte erneut und stand auf. „Gute Nacht“, sagte er, zum hundertstenmal in dieser Nacht, wie es ihm vorkam. „Bis morgen dann.“ Ben ging auf ihn zu, bevor Michael weg war. Zaghaft berührte er Michael am Arm, umarmte ihn dann plötzlich. Schon das Gefühl von Haut war obszön. „Morgen früh werden wir darüber lachen“, behauptete er.

„Soll ich dich morgen zum Bahnhof fahren?“ sagte Danny. Aus Freundlichkeit? Oder weil er ihn loswerden wollte? Danny war immer ehrlicher als Ben.

„Ja“, sagte Michael. „Gerne.“ Er ging um Ben herum ins Nebenzimmer. Er achtete darauf, die Tür nicht zuzuschlagen, als er sie hinter sich schloß. Er fand in der Dunkelheit das leere Bett und vergrub sich darin. Weinen konnte er nicht. Er haßte sich zu sehr, um Mitleid zu spüren.

Die leere Dunkelheit seines Bettes und seines Zimmers waren der richtige Platz für ihn. Wo niemand ihm Lügen erzählen konnte, die er zu glauben versucht war. Wo es nichts gab, was seine Konzentration auf die Leere stören konnte, die der eigentliche Mittelpunkt seines Lebens war.

Apokalyptische Visionen

Sarah Schulman:
Leben am Rande, Roman.
edition ariadne,
Hamburg 1992.
261 Seiten, DM 25,-

Amerikanische Originalausgabe: People in Trouble.
E. P. Dutton,
New York 1990,
228 Seiten. DM 21,80



„Es war der Anfang vom Ende der Welt, aber nicht alle Leute merkten es sofort. Manche starben. Manche waren beschäftigt. Manche waren beim Hausputz, während im Fernsehen der Kriegsfilm lief.“

Leben am Rande“ ist ein Roman über Aids, der über die Beschreibung individueller Betroffenheit und die Analyse gesellschaftlicher Unterlassungen in diesem Zusammenhang weit hinausgeht. Der Roman bietet eine Verknüpfung dieser unterschiedlichen Ebenen. Er ist ein Bericht über die Beziehungen, Sicht und Lebensweisen dreier Menschen von deren jeweiligem Standpunkt aus. Trotz dieser subjektiv gefärbten Sichtweisen gelingt es, Aids nicht als *das* einzige derzeit auf „Lösung“ drängende Problem zu sehen.

Statt dessen gelingt es Sarah Schulman Parallelen zu anderen Symptomen (wie Armut und Obdachlosigkeit) des gesellschaftlichen Verfalls zu ziehen, indem sie die Fragwürdigkeit der herrschenden Moral beispielhaft an der Funktionalisierung von Aids aufzeigt. In der scheinbaren Normalität des täglichen Lebens wird über Aids geschwiegen, Hilfe unterlassen, Politik gemacht.

„Leben am Rande“ zeigt und fordert eine ebenso aktive wie radikale Antwort auf Aids.

Die drei Hauptpersonen – Kate, Molly und Peter – leben, lieben und arbeiten in New York. Durch eine Dreiecksgeschichte zufällig miteinander verknüpft, werden alle drei mit Lebensrealitäten und Situationen konfrontiert, die sie aus ihrem bisherigen Leben problemlos ausklammern konnten. Da ist zum einen die Lesbe Molly, umgeben von ihren lesbischen und schwulen FreundInnen, von TrinkerInnen, von DrogengebraucherInnen, Obdachlosen. Kurz: Menschen, die gesellschaftlich überflüssig gemacht wurden und werden.

Kate, ihre Geliebte, ist verheiratet mit Peter. Auch wenn sie als Künstlerin für sich immer in Anspruch nahm, ihre Umwelt und das bestehende System kritisch zu betrachten, so wird sie durch Molly immer mehr mit Aids, mit Krankheit und Sterben, mit Verelendung konfrontiert. Und schließlich Peter. Er symbolisiert die scheinbar bestehende Normalität, bestehende Vorurteile und vor allem die Ignoranz, mit der Menschen mit HIV und Aids immer wieder begegnet wird. Die Affäre seiner Frau und die Veränderungen, die sie durchlebt, führen nicht zu einem Hinterfragen seines eigenen Lebensstils. Frühere homosexuelle Erfahrungen werden verdrängt. Allein durch Intellektualisieren und eine heterosexuelle Affäre seinerseits kann Peter seine Ängste in den Griff bekommen und sein Weltbild vor dem Zusammenbrechen bewahren. Sarah Schulman trägt der Brutalität des Lebens durch eine klare, direkte Sprache Rechnung, die auch in der deutschen Übersetzung erhalten bleibt.

Schonungslos beschreibt sie, wie alltäglich das Leben mit Aids und der Kampf ums Überleben in den USA geworden ist. Erst wenn eine (äußere) Gefahr unerträglich groß geworden ist, schließen sich Menschen zusammen, um so das Gefühl zu haben, einander nahe und doch nicht ganz allein zu sein. Aber selbst in einer solchen extremen Situation – geprägt durch Krankheit, Arbeitslosigkeit, Obdachlosigkeit, ohne jegliche soziale Absicherung und Unterstützung – sind nur diejenigen zum Handeln bereit, die glauben, nichts mehr zu verlieren zu haben. Ein solcher Zusammenschluß ist *Justice*, dem sich auch Molly und Kate anschließen.

Glaubt die LeserIn im ersten Moment Parallelen zwischen *Justice* und ACT UP entdecken zu können, so wird schnell deutlich, daß *Justice* in ihren Aktionen wesentlich radikaler und kompromißloser sind.

„Das Leiden kann beendet werden. Aber es kann niemals gerecht werden, also sehen die Überlebenden fern. Männer sterben, ihre Geliebten warten darauf, daß sie krank werden. Leute essen Abfälle oder machen sich Sorgen um ihre Karriere. Manche Leben sind wichtiger als andere. Manche Tode sind ein Schock, manche sind unsichtbar. Wir leben am Rande. Wir handeln nicht.“

Barbara Wieler

Wege aus dem Teufelskreis

Jürgen Neumeyer, Gudrun Schaich-Walch (Hrsg.): Zwischen Legalisierung und Normalisierung – Ausstiegsszenarien aus der repressiven Drogenpolitik. Schüren Presseverlag, Marburg 1992. ISBN 3-89172-249-5, Preis: 19,80 DM

Die repressive deutsche Drogenpolitik ist gescheitert – das ist der Ausgangspunkt des kürzlich erschienenen Bandes „Zwischen Legalisierung und Normalisierung“, zu dem der Hamburger Bürgermeister Henning Voscherau das Vorwort geschrieben hat.

In 14 Beiträgen von Fachleuten aus den Bereichen Medizin, Recht, Sozialwissenschaften, Kriminologie, Politik und Ökonomie wird erklärt, warum eine Politik, die für abschreckende, auf Abstinenz ausgerichtete Aufklärung steht und die Hilfsangebote nur für verelendete Süchtige bereitstellt, fehlschlagen muß. Die Autoren zeigen dann auf, wie die Drogenszene unter entkriminalisierten Umständen aussehen könnte:

Das Bild von Drogenkonsumenten in der Öffentlichkeit würde sich ändern; er würde nicht mehr als Krimineller oder Opfer angesehen, sondern als selbstbestimmter Mensch, der mit Kokain oder Heroin umgehen kann. Im Gegenzug dazu gäbe es für ihn keine Narrenfreiheit mehr; er müßte die Droge verantwortlich sich selbst und anderen gegenüber gebrauchen. Wer gesundheitliche Probleme hat, könnte ohne Angst vor strafrechtlicher Verfolgung zum Arzt gehen, und die Drogenberatung könnte im Sinne des Wortes arbeiten – indem sie über gute und schlechte Seiten und die richtige Dosierung einer Droge informiert.

Die Autoren spielen verschiedene Modelle einer entkriminalisierten Drogenpolitik durch und beleuchten Vor- und Nachteile einer Totallegalisierung, einer Abgabe über den Arzt oder der Möglichkeit, niedrigprozentige Stoffe in Drogerien und hochprozentige auf Rezept zu erhalten. Sie machen deutlich, daß Modelle, die in anderen Ländern funktionieren, nicht einfach auf die Bundesrepublik übertragbar sind und daß man sie nicht von heute auf morgen, sondern nur Schritt für Schritt einführen kann.

Die Beiträge sind gründlich recherchiert und schlüssig dargestellt; es wirkt jedoch ermüdend, daß sich einige Thesen und Argumente häufig wiederholen. Ärgerlich ist es, daß zum Teil auch längere englische Passagen nicht übersetzt werden oder daß die Lektüre einiger Texte das große Lateinum („ubiquitär“) erfordert.

Annette Fink

Umfassender Überblick

Heckmann, W.; Jäger, H.; Kleiber, D.; Rosenbrock, R. (Hrsg.): „Ergebnisse sozialwissenschaftlicher Aids-Forschung“ (Band 1–8), edition sigma rainer bohn verlag, Berlin 1990-92

Sozialwissenschaften besitzen eine zentrale Bedeutung in der Aids-Forschung, denn es geht vorrangig immer noch um die Vermeidung weiterer Neuinfektionen mit HIV. Programmatisch wird diese Aufgabe der Sozialwissenschaften von Rosenbrock in dem von ihm und Andreas Salmen herausgegebenen ersten Band der Schriftenreihe: „Aids-Prävention“ (1990) formuliert: „Wie organisieren wir möglichst schnell, möglichst flächendeckend und möglichst zeitstabil den gesellschaftlichen Lernprozeß, mit dem sich die Individuen, die Institutionen und die gesamte Gesellschaft auf ein Leben mit dem vorläufig wohl unausrottbaren Virus einstellen können? Dabei ist ein Maximum an präventivem Verhalten das oberste Ziel, während Ausgrenzung, Diskriminierung und andere gravierende Zivilisationsschäden – im Interesse der Prävention und der gesellschaftlichen Lebensqualität – so gering wie möglich gehalten werden müssen“ (S. 20). Dieser gesellschaftliche Lernprozeß kann nur durch das Zusammenwirken verschiedener Disziplinen untereinander und einen Austausch mit Betroffenen realisiert werden.

Der erste Band der Schriftenreihe beschäftigt sich also konsequenterweise mit Aids-Prävention. Er vereinigt Übersichtsarbeiten kompetenter Autoren zum Verhältnis von Gesundheitspolitik und Aids-Prävention, zu Ergebnissen der Aids-Prävention in der BRD, ihren Konzepten und Instrumenten, gemeindebezogener Gesundheitsförderung, sexualwissenschaftliche Aspekte, politische Rahmenbedingungen und soziale Voraussetzungen der Aids-Prävention. Überdeutlich wird beim Lesen dieser Beiträge vor allem, daß Prävention eine Mischung sein muß aus „(individuell bezogener) Verhaltens- und (kollektiv bezogener) Verhältnisprävention“ (Salmen, 87). Mehrere Autoren bestätigen, daß die infektionsgefährdenden Verhältnisse der Illegalisierung und Stigmatisierung von Drogenkonsumenten und Homosexuellen verändert werden müssen, um glaubwürdige Appelle an individuelle Verhaltensänderungen stellen zu können. Ein geradezu klassisches Beispiel für diese infektionsgefährdenden Umstände wird von Kleiber (55 ff.) in seiner Untersuchung von HIV-Prävalenzraten bei 630 befragten Konsumenten von intravenös aufgenommenen Drogen herausgearbeitet: „Während 'nur' 13 Prozent derjenigen HIV-Antikörper aufwiesen, die bisher nicht im Knast waren, lag der Anteil der Infizierten in der Gruppe der Knasterfahrenen bei 24 Prozent und jener, die angegeben haben, im Knast auch gefixt zu haben, sogar bei 32 Prozent“ (59).

Der zweite Band „Aids, Recht und Gesundheitspolitik“ (1990) wurde von Pritt-witz herausgegeben und faßt rechtswissenschaftliche Beiträge zu Aids und HIV-Infektion zusammen: Verfassungs- Datenschutz-, Seuchenrecht, Straf- und Strafvollzugsrecht, Ausländerrecht, Arbeits-, Jugend-, Sozial- und öffentliches Dienstrecht. Kreuzer (171ff) arbeitet grundsätzliche Konflikte zwischen Straf- und Prozeßrecht und Präventionspolitik am Beispiel von Aids und Drogenabhängigkeit heraus. Es zeigt sich, daß (durch eine Änderung des BtmG mittlerweile ausgeräumte) strafrechtliche Drohungen einer auf Verhaltensänderung abzielenden Präventionsbotschaft zuwiderlaufen – und dies besonders deutlich im Gefängnis: Gerade hier verhin-

dert die Verfolgung von Drogengebrauchern und die Beschlagnahmung aufgefundenen Spritzen gesundheitsbewußtes Verhalten im Sinne eines „safer use“.

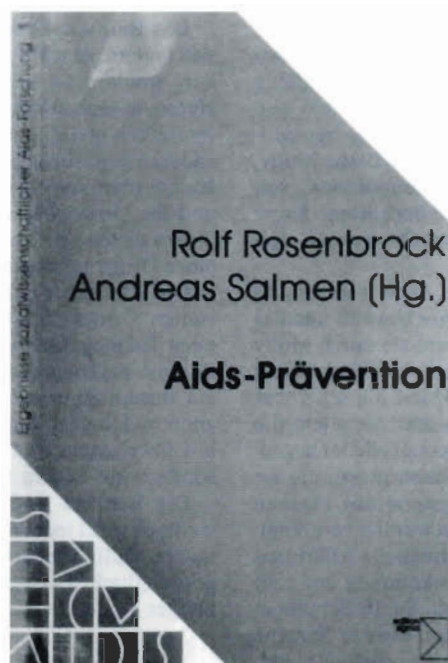
Die Deutsche Aids-Stiftung „Positiv Leben“ hat 1990 den Sammelband „Aids und Psyche: Zum Einfluß von Psyche und Immunsystem auf den Verlauf der HIV-Infektion“ als dritten Band der Buchreihe herausgegeben. Er vereinigt die Ergebnisse des ersten internationalen Workshops in der Bundesrepublik zu „Psychoneuroimmunologie und HIV-Infektion“ im Juni 1988 und einige neuerer Studien. Dank einer sehr grundsätzlichen Einleitung von Schiefer-Hofmann erfährt auch der nicht informierte Leser etwas über diesen neuen Forschungsansatz, der in einer ganzheitlichen Betrachtung von Körper und Seele die Wechselwirkungen von Psyche, Immunsystem und Umwelt thematisiert und die Entstehung und den Verlauf von Krankheiten am Beispiel Aids verdeutlicht. Dabei werden folgende Schlußfolgerungen gezogen: „1. Gesundheit respektive Krankheit sind das Resultat des ganzheitlichen Prozesses wechselseitiger Beeinflussung von Zentralnervensystem, Immunsystem und endokrinem System, 2. Betrachtung und Behandlung von Krankheit auf der Basis nur einer Wirklichkeit, z. B. eines Virus oder eines Bakteriums, verneint die menschliche Realität, 3. Die Integration dieser Ergebnisse in die eigene Lebensweise und gesundheitspolitische Konzeptionen erhöht die Chancen für das ‚Mehr‘ an Gesundheit jetzt und in Zukunft“ (Schiefer-Hofmann, 31).

Die Impulse, die von diesem ganzheitlichen Ansatz ausgehen, hinterfragen die medizinisch-dominante Sichtweise im Umgang mit der Erkrankung. Die Thematisierung von Aids, Psyche und Umwelt hat dazu geführt, daß dieser Komplex in den Kanon förderungsfähiger Bereiche der Aids-Forschung des Bundesministerium für Forschung und Technik aufgenommen wurde.

Mit diesem dritten Band steht der fünfte von Gabriele Helga Franke „Die psychosoziale Situation von HIV-Positiven“ im engen Zusammenhang. In ihrer empirischen Untersuchung geht es um die Gesamtschau von medizinischen und psychosozialen Erkenntnissen bei der Untersuchung HIV-positiver Patienten. Das Ziel ist dabei, die Bedeutung der psychischen Verfassung von Positiven und Erkrankten, ihres sozialen und sexuellen Daseins für eine verbesserte psychosoziale Versorgung dieses Personenkreises zu untersuchen. Damit könnte eine Verlangsamung des Infektionsverlaufs erreicht werden.

Für den ersten Teil ihrer Studie wertete die Autorin 491 Fragebogendaten HIV-positiver Patienten einer Schwabinger Aids-Ambulanz auf psychologische Implikationen aus. Neben interessanten demographischen Unterschieden fällt in Hinblick auf den Untersuchungszweck auf, daß alle Patienten psychisch belastet sind: sie „... leiden vor allem unter Ängsten und Depressivität, sie sind beunruhigt, haben unbestimmte körperliche Beschwerden und Schlafstörungen. Die Patienten fühlen sich durch Gedanken an den Tod und das Sterben belastet – ein Drittel leidet unter Selbstmordgedanken ... Die Drogenabhängigen, vor allem die Frauen, sind die deutlich am stärksten belastete Gruppe“ (91 u. 187).

Im zweiten Teil des Buches werden diese Ergebnisse anhand ausführlicher und sensibler Darstellung der individuellen Bewältigungsstrategien von neun Befragten aus unterschiedlichen Betroffenen- und Belastungsgruppen vertieft. Ein wichtiges Ergebnis dabei ist die Wichtigkeit der Aids-Hilfen für die Bewältigung des positiven Tests, eine Unterstützung, die aus dem

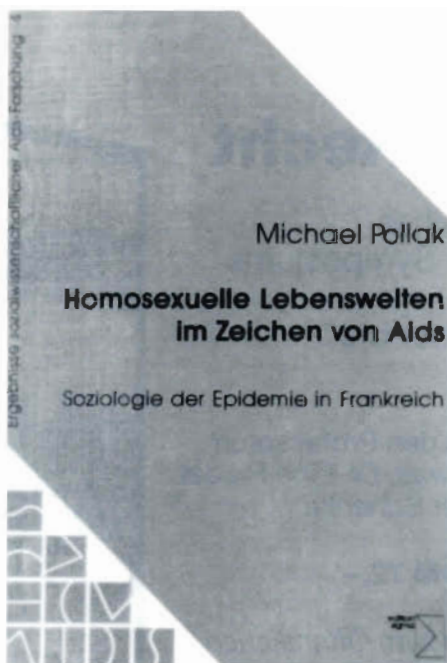


sozialen Umfeld meist nicht geleistet wird. „Die HIV-Infektion als neue Krankheit kann offensichtlich nur bewältigt werden, wenn die Betroffenen Unterstützung durch Freunde bekommen. Gelingt es ihnen nicht, sich ein neues soziales Umfeld zu suchen, wenn ihres sie nicht auffangen kann, dann führt die HIV-Infektion zur Isolation und Vereinsamung“ (199).

Michael Pollak hat mit seinem Buch „Homosexuelle Lebenswelten im Zeichen von Aids. Soziologie der Epidemie in Frankreich“ den 4. Band der Schriftenreihe verfaßt (1990). Pollak untersucht – ähnlich wie etwa Bochow im Auftrag der Deutschen Aids-Hilfe, oder Prieur zum Sexualverhalten norwegischer homosexueller Männer – den Umgang schwuler Männer mit Aids und der sozialen, medizinischen und politischen Reaktion darauf. Grundlage bildet eine jährliche Umfrage der Homosexuellen-Wochenzeitschrift „Gai Pied Hebdo“ über Risikoumgang und -einschätzung, sowie ergänzende Tiefeninterviews und intensive Gespräche mit Kranken und Positiven, ihren Liebhabern, Freunden, Eltern und Ärzten. Dabei wird deutlich, daß Schwule alters-, schicht- und bildungsspezifisch und abhängig von der Nähe oder Ferne zum Risikophänomen sehr unterschiedlich in Einstellungen, Verhaltensänderungen und Ängsten reagieren.

Im zweiten Teil des Buches wird Aids im sozialen und politischen Kontext diskutiert. Deutlich wird auch hier, daß Aids zu ideologischen und moralischen Zwecken mißbraucht wird. Die rechte „Front National“ etwa instrumentalisiert die Immunschwächekrankheit und stigmatisiert die Kranken als „sidaïque“, was antisemitische Assoziationen mit „judaique“ hervorrufen soll. Es läßt sich auch hier eine Polarisierung zwischen normalisierender Krankheitsperspektive und Schuldzuweisung feststellen. Insbesondere der letzte Aspekt gewinnt an Wichtigkeit: „Je länger die Epidemie anhält, desto nachhaltiger wandelt sich auch das Bild des Kranken. Da die genaue und immer stärker verbreitete Aufklärung über die Übertragungswege Aids als eine Krankheit erscheinen läßt, die der einzelne vermeiden kann, so könnte sie auf Dauer zu einer anderen Einstellung gegenüber den Kranken führen. Denn mochten die Kranken der ersten Generation unwissentlich Virusträger gewesen sein, so erkrankt jeder, der sich nunmehr infiziert, trotz prophylaktischer Mittel, die er eigentlich kennen und anwenden sollte. Diese neu hinzugekommene Patienten, die viel eher für ihr Schicksal verantwortlich gemacht werden, könnten mithin auf weniger Verständnis und Mitgefühl stoßen als ihre früheren Leidensgenossen“ (184).

Der lebhafteste Beitrag zur Buchreihe wurde von Rasche/Ritter 1991 geschrieben: „Eine Großstadt lebt mit Aids. Strategien der Prävention und Hilfe am Beispiel Hamburgs“. Die Studie bilanziert vier Jahre Aids-Prävention und -Hilfe in Hamburg. Erfahrungen von Mitarbeitern einschlägiger Hilfe-Institutionen wie auch von Betroffenen selbst wurden auf den Umgang mit der Infektion und Krankheit hin untersucht. Herausgekommen ist eine sozial- und gesundheitspolitische Inventur, in der klar und deutlich Defizite und überflüssige erzwungene Maßnahmen stehen. Dies wird beispielhaft deutlich im Kapitel über Aidsprävention in den Haftanstalten. Immer noch wird mit zweierlei Maß gemessen: wie die allgemein schlechteren Chancen eines Infektionsschutzes für Drogengebraucher, da es keine instrumentellen Präventionsangebote wie Spritzen oder Desinfektionsmittel gibt. Dies wird auch deutlich bei der aus Aids-präventiver Sicht sinnlosen HIV-Regeltestung aller Neuinhaftierten, die doch nur Scheinsicherheiten für Bedienstete produziert



und von den Gefangenen ein anderes Testverhalten verlangt, als von der übrigen Bevölkerung.

Reimann/Bardeleben untersuchen in ihrem Band „Permissive Sexualität und präventives Verhalten“ (1992) inwieweit sich studentische Sexualverhaltensweisen und -einstellungen im Zeitalter von Aids verändert haben. Die Basis dafür bildet die exzellente Analyse von Stellenwert, Bedeutung und Veränderung von Sexualität im gesellschaftlichen Wandlungsprozeß. Dabei ist der sozial- und sexualwissenschaftliche Diskurs spannender zu lesen als die harten empirischen Forschungsergebnisse über die Befragung von 1201 Studenten der Gießener Universität im zweiten Teil des Buches – diese gerät in der Darstellung etwas leserunfreundlich. Erfrischend ist der Ansatz der Autoren, wichtige Aspekte des Sexualitäts- und Liebesgeschehens mit der Theorie des „rational choice“ zu konzeptualisieren: also die Allgegenwart des Prinzips der „Rechenhaftigkeit“ auch in scheinbar privatessten und intimsten Angelegenheiten zum zentralen Ansatz zu machen. Inner-

halb dieses Modells werden Chancen gesehen, wichtige Komponenten eines präventiven Handlungsmodells zu formulieren (37): „Man sollte keine übertriebenen Erwartungen an das Konzept stellen, aber die schärfere Kalkulation von Kosten und Nutzen von Wahlen unter ungeklärten Voraussetzungen könnte die Chancen für präventives Handeln erhöhen.“ (38).

Interessant in der Analyse verschiedener sexualwissenschaftlicher Studien ist, daß sich liberale Einstellungen (geprägt durch die „Enttabuisierung“ Ende der 60er Jahre) und entsprechende Verhaltensweisen erst im Verlauf von zehn bis zwanzig Jahren decken: Ähnliches kann man auch von Aids-präventiven Einstellungen und Handlungen erwarten. Denn Aids führt zwar zu einer ganzen Reihe von Verhaltensänderungen, doch vorherrschend bleibt gegenwärtig noch die Diskrepanz zwischen der Intention, Kondome zu verwenden, und dem tatsächlichen Sexualverhalten.

Eine im Grunde längst überfällige Zusammenstellung haben Schaeffer/Moers/Rosenbrock geleistet: „Aids-Krankenversorgung“ (1992). Nach einem Überblicksbeitrag der Herausgeber „Aids-Krankenversorgung zwischen Modellstatus und Übergang in die Regelversorgung“ und der Beschreibung besonderer Lebenslagen und zielgruppenspezifischer Versorgungsprobleme werden von einer ganzen Reihe von Autoren sich allmählich herauskristallisierende Strukturen ambulanter medizinischer/pflegerischer Versorgung und Modelle stationärer und teilstationärer Versorgung beschrieben. Aids hat auch in der Krankenversorgung viele Fragen aufgeworfen und Innovationen, neue Kooperationen ermöglicht – gleichzeitig aber auch Grenzen traditioneller Versorgungsstrukturen aufgezeigt. Ein Grundlagenband für alle, die sich einen Überblick über Krankenversorgung verschaffen wollen.

Insgesamt vereinigt die Buchreihe ohne Zweifel grundsätzliche, und teilweise richtungsweisende Arbeiten sozialwissenschaftlicher Aidsforschung von kompetenten Autoren. Was fehlte, war die Präsenz „alternativer“ Forschungsmethodologie, die bemüht ist, die Objektivierung des Untersuchten aufzuheben: Aktionsforschung, ethnographischer Ansatz, „community based research“ sollen hier als Schlagwörter genannt werden. Also eine Sicht auf erklärungs-würdige Phänomene, die die Wahrnehmung der vermeintlich Betroffenen stärker integriert. Aber dafür ist in der Schriftenreihe bestimmt noch Platz.

Heino Stöver

Aids und Recht

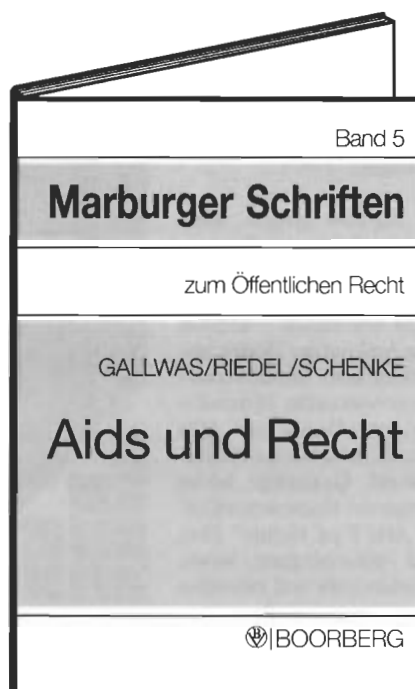
Dokumentation eines
interdisziplinären Symposiums
in Marburg
vom 29. September bis
1. Oktober 1989

herausgegeben von den Professoren
Dr. Hans Ulrich Gallwas, Dr. Eibe Riedel
und Dr. Wolf-Rüdiger Schenke

1992, 244 Seiten, DM 72,-

*Marburger Schriften zum Öffentlichen
Recht, Band 5*

ISBN 3-415-01722-2



Das Problembewußtsein zum Thema Aids ist in der Öffentlichkeit nach den ersten Schockwirkungen der 80er Jahre fast völlig verschwunden. Die Infektionsgefahr wird verharmlost, die Probleme der Aids-Kranken werden kaum wahrgenommen. Aids gilt noch immer als eine Krankheit der Homosexuellen und Drogensüchtigen, obwohl die Wirklichkeit dieses Vorurteil längst Lügen gestraft hat. Häufig werden an Aids Erkrankte an den Rand der Gesellschaft gedrängt.

Deshalb erschien es den Herausgebern sinnvoll, die Ergebnisse des Marburger Symposiums einer breiteren Öffentlichkeit vorzustellen.

Die Beiträge befassen sich mit Themen im Schnittpunkt von Medizin und Recht. Zwei einführende Artikel betrachten die Problematik aus verfassungs- und verwaltungsrechtlicher Perspektive. Die bislang wenig erörterten Probleme von Aids im Strafrecht und Strafvollzug stel-

len Praktiker vor einschneidende und schwerwiegende Entscheidungen. Diesen Komplex behandeln mehrere Beiträge. Die Auswirkungen von Aids auf das Arbeits- und Sozialrecht werden unter anderem am Beispiel der Behandlung durch die gesetzliche Krankenversicherung aufgezeigt.

Berichte aus anderen Ländern der EG ermöglichen einen Vergleich der Rechtslage in den verschiedenen Staaten. Abschließend kommen internationale und europarechtliche Aspekte zur Sprache.

Dieses Buch verdient nicht nur die Aufmerksamkeit des Fachpublikums. Es ist auch für jeden wichtig, der von Aids mittelbar oder unmittelbar betroffen ist.

Zu beziehen bei Ihrer Buchhandlung
oder beim RICHARD BOORBERG VERLAG
Scharrstraße 2 · 7000 Stuttgart 80

positiv negativ



Foto Sönke Müller

Andreas und Christian wollen heiraten

Gleiche Rechte im Familienpack

Ganz normale Schwule wollen heiraten – wie ganz normale Heterosexuelle

Soviel Aufmerksamkeit wie die beiden hat nur selten ein junges Paar, das das Aufgebot bestellen will: Im Standesamt drängen sich Journalisten mit Kamera und Mikrofon. Der Standesbeamte lächelt – wenn auch nicht ganz überzeugend – ins Blitzlichtgewitter und erklärt den beiden, daß er ihr Gesuch aufgrund dieser und jener Gerichtsurteile leider ablehnen muß, daß sie dagegen aber Widerspruch einlegen und durch die Instanzen bis zum Bundesverfassungsgericht ziehen könnten, „und wenn dann das Gesetz geändert wird, sehen wir uns wieder.“ Zum Schluß ein warmer Händedruck, das Angebot, bei Rückfragen zur Verfügung zu stehen, „und viel Erfolg bei Ihrem Vorhaben!“

Der Grund für die ganze Aufregung: Das Paar, das da das Aufgebot begehrt, entspricht nicht den gängigen Vorstellungen von zwei Menschen, die sich das Ja-Wort geben wollen. Vor dem Standesbeamten stehen nicht Mann und Frau, sondern Mann und Mann. Andreas (32) und Christian (37) sind eines von 90 schwulen und lesbischen Berliner Paaren, die sich am 19. August an der „Aktion Standesamt“ beteiligten und das Aufgebot beantragten. Im gesamten Bundesgebiet waren es über 200 Paare.

Andreas und Christian teilen seit neun Jahren Tisch und Bett. Zusammen mit zwei Katzen und zwei Schildkröten leben sie in einem besseren Berliner Stadtteil in einer Zweizimmerwohnung, die sie mit geerbten Jugendstilmöbeln eingerichtet haben. An den Wänden hängen alte Bilder, in einer Vase stehen frische Blumen. Andreas arbeitet als Abteilungsleiter in einem Kaufhaus, Christian ist Schauspieler, Tanzlehrer und Synchronsprecher.

Das klingt nach einem beschaulichen, ganz „normalen“ Leben, und das soll es auch sein. Die beiden sich liebenden Männer wollen weder betont bürgerlich leben, noch betrachten sie sich

als exotisch und wollen bewußt außerhalb der Gesellschaft stehen. Der Trauschein soll für sie kein Mittel sein, um Anerkennung zu erlangen und sich gegen die vermeintlich bösen, promisk lebenden Schwulen abzugrenzen. Christian glaubt nicht, daß eine Heirat Homosexuelle in ein besseres Licht rücken würde: „Geredet wird so oder so. Aber mir ist es auch egal, was Lieschen Müller von uns denkt.“ Mit der trauten, monogamen Zweisamkeit halten es die beiden auch nicht so streng; sie gehen hin und wieder zu Jack-off-Parties und gönnen dem Partner die Lust mit einem anderen. „Die Treue sitzt hier“, sagt Christian und deutet auf sein Herz. Deshalb ist die Angst vor Aids und der Slogan „Treue ist der beste Schutz“ für ihn und Christian kein Grund zu heiraten. Seit das HI-Virus bekannt ist, gibt es für sie nur noch safer sex.

Die zwei Männer machen klar, daß sie für ihre Beziehung weder staatlichen noch kirchlichen Segen brauchen. Warum dann die Forderung nach dem Trauschein, warum die Aktion Standesamt? Ganz einfach: „Wir sehen uns als ganz normale Menschen und wollen deshalb die gleichen Rechte.“ Die bringt der Trauschein quasi im praktischen Familienpack: da muß man nicht jedes Recht – sei es das Recht, dem Partner alles zu vererben, ihn im Krankenhaus zu besuchen, vor Gericht eine ihn belastende Aussage zu verweigern oder steuerliche Vorteile zu genießen – mühsam einzeln durchsetzen.

Die Aktion Standesamt war für die beiden ein geeignetes Mittel, um auf die Ungleichbehandlung von Schwulen aufmerksam zu machen und Solidarität zu demonstrieren. Und die Reaktion einiger Politiker hätte gezeigt, daß man die Belange der Schwulen ernst nimmt – anders als bei den Demos zum Christopher-Street-Day. Christian ärgert es, daß die oft zu Karnevalveranstaltungen werden. Da habe das Volk etwas zu gaffen, da würden die Schwulen zu skurilen Figuren. „Das schadet, wenn man für gleiche Rechte kämpfen will.“

Die Ehe bringt jedoch nicht nur gleiche Rechte, sondern auch Pflichten. Zum Beispiel die, sich um den Partner zu kümmern, „bis daß der Tod uns scheidet.“ Die kostenintensive Pflege eines Aidskranken würde dann erstmal auf den Ehemann gewälzt werden. Das könnte den Kampf um finanzielle Unterstützung für den, der einen aidskranken Freund pflegt, zurückwerfen. Andreas und Christian geben zu, daß sie sich darüber noch keine Gedanken gemacht haben. Dann sagen sie: „Wir wollen mit unserer Forderung nach dem Trauschein niemandem schaden.“ Aber schließlich sei das Thema Pflege nicht nur ein Problem von Schwulen und Aidskranken. Sie halten ihren Weg schon für den besten und wollen ihren Lebensstil durchsetzen – auch wenn andere Schwule das mit ihrem Begriff von Schwulsein nicht vereinbaren können.

Annette Fink



Foto: Sönke Müller

Mehr Journalisten als Heiratswillige: Aktion Standesamt im Berliner Rathaus Schöneberg

Der Test

Bisher stand die Deutsche AIDS-Hilfe dem Test auf HIV-Antikörper eher ablehnend gegenüber. Doch in einigen Bereichen haben sich die Gegebenheiten verändert, die zu dieser Ablehnung führten. Der Vorstand der DAH hat jetzt seine Haltung zum Test überdacht und seine Position neu festgelegt.

Der Stand der Dinge

1. Das Nachweisverfahren für HIV-Antikörper im Blut („Test“) ist heute neben dem Kondom einer der beiden zentralen Ansatzpunkte für die gesellschaftliche Auseinandersetzung mit AIDS – ob wir wollen oder nicht.

Die von AIDS unmittelbar Betroffenen nehmen für eine breite Öffentlichkeit demgegenüber bestenfalls Platz drei ein.

Allen Männern und Frauen, die Sex haben, stellt sich jedoch im Zuge der öffentlichen AIDS-Debatte mit unterschiedlicher Dringlichkeit die Frage, ob eine Testung sinnvoll oder in welchen Situationen die Verwendung von Kondomen ratsam ist.

2. Die immer wieder vernehmbare Forderung nach „Prävention durch Testung“ mag populär klingen, ist bei AIDS jedoch nutzlos.

Der vermeintliche „AIDS-Test“ hat vielfach den Ruf bekommen, ähnlich wie andere Tests im medizinischen Bereich der Prävention von Krankheit zu dienen, was häufig fälschlicherweise als Verhinderung der Ausbreitung von AIDS (Primärprävention) verstanden wird. Da der Hauptübertragungsweg für HIV der Sexualverkehr ist, folgt aus einer solchen falschen Funktionsbeschreibung eine ebenso falsche Botschaft: „Nur wer seinen Serostatus kennt, kann seine Partner oder Partnerinnen schützen.“

Der HIV-Antikörpertest unterscheidet sich in Funktion und Auswirkungen in vielerlei Hinsicht von anderen medizinischen Tests und Nachweisverfahren:

- Der HIV-Antikörpertest ist für sich genommen kein Diagnose-Instrument. Er weist keine Erkrankung nach – die Bezeichnung „AIDS-Test“ ist also falsch. Er zeigt an, daß ein Virus im Körper ist, das nach derzeitigem Kenntnisstand in einem ungewissen Zeitraum zwischen 2 und 20 Jahren mit einiger Wahrscheinlichkeit zu Erkrankungen führt, die als AIDS bezeichnet werden.

- Die Konfrontation mit einer drohenden, derzeit potentiell immer noch unheilbaren Krankheit und das Fehlen eines sicheren kausalen Therapeutikums schaffen bei Betroffenen häufig eine psychische Ausnahmesituation, die allein nicht zu bewältigen ist.

Erfolgreicher als Präventionsstrategien, die weitgehend auf dem Wissen um den Serostatus aufbauen, sind solche, die den Menschen als handelndes soziales Wesen in den Mittelpunkt stellen. Der Test kann in einem solchen sozialen Ansatz – etwa im Konzept der „strukturellen“ Prävention der Deutschen AIDS-Hilfe – im Einzelfall durchaus einen präventiven Baustein darstellen.

Zwar können bei einem (positiven) Nachweis von HIV-Antikörpern im Blut generell gesprochen noch keine gesicherten therapeutischen Maßnahmen ergriffen werden. Bis heute fehlt *das* kausale Therapeutikum, also ein Heilmittel, das die HIV-Infektion rückgängig machen oder mit Sicherheit folgenlos „im Körper schlummernd“ halten könnte. Es hat jedoch Fortschritte gegeben: Der häufigsten Infektionskrankheit, von der Menschen mit HIV bedroht sind, der PCP-Lungenentzündung, kann inzwischen erfolgreich vorgebeugt werden. Andere opportunistische Infektionen können – früh erkannt – erfolgreich therapiert werden. Auch Medikamente, die zeitweise das Fortschreiten der HIV-Infektion verhindern oder verzögern, werden mittlerweile eingesetzt (AZT, ddI, DDG). Für Menschen mit einem positiven HIV-Antikörpertest können deshalb regelmäßige Laboruntersuchungen und gegebenenfalls die Einnahme dieser Medikamente die symptomlose Zeit verlängern oder die Lebensqualität erhöhen. In diesen Fällen ist der HIV-Antikörpertest Teil von sekundärpräventiven Maßnahmen und Prophylaxe.

3. Der HIV-Antikörpertest hat in der Hauptbetroffenengruppe der schwulen Männer eine hohe Akzeptanz erfahren.

Viele schwule Männer wollen ihren Serostatus kennen. Das kann verschiedene Gründe haben:

Sie wollen quasi Bilanz ihres bisherigen Lebens ziehen.

Sie wollen die Prophylaxemöglichkeiten nutzen.

Sie brauchen einen „Persilschein“.

Sie wollen Gewißheit über eine mögliche Infektion.

Häufig findet der Test ohne Beratung und ohne Reflexion des persönlichen Lebensstils statt. Die jahrelangen Erfahrungen der Deutschen AIDS-Hilfe legen nahe, daß eine „präventive Wirkung“ des HIV-Antikörpertests im Einzelfall dann vorhanden sein kann, wenn er aufgrund einer intensiven Auseinandersetzung mit dem (eigenen) Leben und der (eigenen) Sexualität und auf der Basis eines hohen Informations- und Wissensstandes durchgeführt wird. Nur dann und niemals isoliert kann das mögliche Testergebnis auch im Wortsinn „positiv“ verarbeitet und akzeptiert werden, so daß die möglichen Prophylaxen genutzt werden und mit Sexualität verantwortlich umgegangen werden kann. Für die Deutsche AIDS-Hilfe ist dieses Eingebettetsein in einen Selbstreflexionsprozeß und ein umfassendes Beratungsangebot unabdingbare Voraussetzung für eine mögliche primärpräventive Dimension des Tests im Einzelfall. Außerdem wird ein mögliches „negatives“ Testergebnis nur dann nicht als „Persilschein“ mißverstanden.

4. SpritzdrogengebraucherInnen als zweite Hauptbetroffenengruppe werden meist unfreiwillig getestet, oft im Zuge einer Einweisung in den Strafvollzug.

Die Lebensumstände von i.v. DrogengebraucherInnen sind größtenteils von Verelendung und Kriminalisierung geprägt. Leben auf der Drogenszene unter solchen Bedingungen läßt kaum Raum für Risikoabwägung, für die Inanspruchnahme von Beratung und die Nutzung bestehender Hilfsangebote. Die bewußte Entscheidung für oder gegen den Test muß als unerreichbarer „Luxus“ anmuten, wo es um das unmittelbare Überleben unter den Zwängen von Gesellschaft und Sucht geht. Fällt der unfreiwillige oder nahegelegte Test etwa bei der Haftaufnahme positiv aus, sind immer noch in manchen Bundesländern vielfältige Sondermaßnahmen an der Tagesordnung. Fällt er negativ aus, droht die Infizierung mangels Schutzmaßnahmen wie sterilen Spritzen oder auch oftmals Kondomen.

5. Die Betroffenen selbst sind deswegen nach Test und Kondom erst das dritte Thema in der AIDS-Debatte, weil in Deutschland zum ganz überwiegenden Teil schwule Männer und i.v. DrogengebraucherInnen von AIDS betroffen sind.

Etwa 90 Prozent der rund 50.000 bisher gemeldeten positiven Menschen sind schwul oder DrogengebraucherInnen (derzeit 70 Prozent Männer, die mit Männern Sex haben, 15 Prozent i.v. DrogengebraucherInnen und 5 Prozent deren SexualpartnerInnen). Daß die Zahlen der Infizierten in Deutschland nicht höher liegen, ist zu einem guten Teil der differenzierten Präventionsarbeit der Deutschen AIDS-Hilfe zuzuschreiben.

Für 79 Millionen BundesbürgerInnen dürfte es recht schwer sein, eine HIV-infizierte Person kennenzulernen, die nicht schwul ist und keine Spritzdrogen konsumiert(e). Die äußerst minimale Verbreitung von HIV in der Allgemeinbevölkerung steht auf ausreichend gesicherten epidemiologischen Füßen. Diese Aussagen sind so sicher, weil hierzulande im gesamten Medizinbetrieb jährlich millionenfach getestet wird, oftmals sogar ohne zu fragen. Neben den freiwilligen Testungen in den Gesundheitsämtern, bei den niedergelassenen Ärzten und den Infektionsambulanzen der Universitätskliniken wird in fast allen Krankenhäusern getestet, ob mit oder ohne Einwilligung der Patienten, bei allen Blutbanken ohnehin obligatorisch.

Allein die Blutspendedienste des Deutschen Roten Kreuzes haben vom dritten Quartal 1985 bis zum dritten Quartal 1990 bei 12.464.948 BlutspenderInnen lediglich 302 Personen mit HIV-Antikörpern festgestellt (Quellen: Dr. Dorothea Glück, Abt. Transfusionsmedizin der Universität Ulm und DRK-Blutspendezentrale).

Der vom DRK festgestellte Trend ist sogar drastisch rückläufig: Waren es zu Beginn der Testungen noch 55 HIV-Nachweise pro Quartal, so sind es seit einiger Zeit nur noch durchschnittlich sieben bei rund 600.000 Blutproben pro Quartal. Die Vergleichszahlen der Krankenhäuser und Universitätskliniken bewegen sich in denselben Dimensionen.

Es gibt daher keinerlei epidemiologisch begründeten Hinweis auf eine weitere Verbreitung von HIV-Infektionen in der deutschen Bevölkerung. Die genannten Testungen sind umfangreich und statistisch gesehen zufällig genug, um solides Datenmaterial zu liefern (schließlich hängt die Häufigkeit etwa von Krankenhausbesuchen nicht von der Zahl der SexualpartnerInnen ab). Die epidemiologischen Fakten erlauben keinen Zweifel an der geringen Verbreitung von HIV unter heterosexuellen Menschen in Deutschland.

Zur Ethik des HIV-Antikörpertests

6. Die Deutsche AIDS-Hilfe stellt bei allen Fragen und Problemen, die um AIDS herum die Menschen bewegen, den individuellen Einzelfall und die jeweilige Situation in den Mittelpunkt.

Jede einzelne HIV-Infektion und jede einzelne AIDS-Erkrankung ist ein persönliches Drama. Entsprechend individuell müssen auch die Angebote für die vielen Fragen und Probleme zugeschnitten sein, die hier unterstützend und präventiv wirken können. Pauschallösungen sind im AIDS-Bereich totalitäre Hirngespinnste, ganz gleich ob wir über Primärprävention, Krankenpflege, den Lebensstil der Betroffenen oder, wie hier, über den HIV-Antikörpertest sprechen.

7. Die meisten Tests werden durchgeführt, ohne darüber zu informieren, leichtfertig, oder gar gegen den Willen der Getesteten.

Das dabei zum Vorschein kommende Verständnis von der „Wirkung“ einer Testung orientiert sich offenbar am Vorbild einer Autoinspektion vor dem Urlaub oder der Suche nach einem Computervirus: das angestrebte Ergebnis ist die Entdeckung und gegebenenfalls Reparatur eines Schadens im Getriebe einer Maschine. Ein derart mechanistisches Bild wird den physischen, psychischen und sozialen Dimensionen des Tests nicht gerecht: Menschen sind differenzierter. Dies gilt ganz besonders im Zusammenhang mit Sexualität und Lust, denn sie bilden gewissermaßen „die Handschrift unserer Seele“. Nichts ist vergleichsweise so privat und intim; darum auch sind die Auswirkungen des Nachweisverfahrens eines vor allem sexuell übertragbaren Virus ebenso zutiefst persönlich. Die Entscheidung für oder gegen den Test ist daher eine individuelle und hat als solche respektiert zu werden. Wo dies nicht geschieht, fordert die Deutsche AIDS-Hilfe eine Durchsetzung des geltenden Rechts, das unfreiwillige Testungen unter Strafe stellt.

Ein rein formales Einverständnis zum Test, etwa als Unterschrift unter ein nahezu wortlos in die Hand gedrücktes Formblatt vor der Operation im Krankenhaus, genügt dabei keinesfalls. Ohne umfassende Beratung kann von „Freiwilligkeit“ keine Rede sein. Ein unerwartetes positives Testergebnis kann suizidale Folgen haben. Auch die telefonische Mitteilung von Testergebnissen muß juristisch unterbunden werden. In ihrer Helsinki-Erklärung von 1957 schrieb die Weltgesundheitsorganisation (WHO) bereits für wissenschaftliche Studien die Voraussetzung der Einwilligung jeder Testperson fest. Diese Einwilligung muß nach Ansicht der WHO aufgrund umfangreicher Information sowie mit der Möglichkeit, erschöpfend Rückfragen stellen zu können, erteilt werden. Anderenfalls ist das Einverständnis im Falle eines Rechtsstreits gegen den Wissenschaftler juristisch wertlos.

8. Der Test ist mit abwertendem Ballast beschwert, weil mit ihm meist auch Verhaltensweisen nachgewiesen werden, die gesellschaftlich „anrüchig“ sind, die tabuisiert oder von vielen Menschen nicht akzeptiert werden. Ohne eine flankierende Einbettung in Beratung und lebenspraktische Unterstützung ist die Durchführung eines Tests deshalb ein medizinisch-psychosozialer Kunstfehler.

Ein positives Testergebnis wird „zwangsläufig“ mit Homosexualität, mit Promiskuität oder mit Drogengebrauch in Verbindung gebracht. Weil über 90 Prozent der Betroffenen in Deutschland schwule Männer und SpritzdrogengebraucherInnen sind, fallen in diesem Fall Etikettierung von Seiten der Gesellschaft und Selbstoffenbarung der Testperson zusammen. Ein positives Testergebnis bewertet eine betroffene Person als „unmoralisch genießend“ im Sinne eines gesellschaftlichen Normenkodex, ob das in ihrem Leben Praxis wurde oder nicht. Die meisten Menschen, die den Test durchführen lassen, empfinden sich deshalb wie vor den Schranken eines moralischen Gerichts. Niemand ist völlig frei davon.

Die Deutsche AIDS-Hilfe besteht darum für die Umstände des HIV-Antikörpertests auf denselben Standards, die auch für eine Psychotherapieentscheidung allgemeine Anerkennung gefunden haben: Nur die selbst getroffene Entscheidung aufgrund gesicherter Informationen und unter Einbeziehung von sozialen Gesichtspunkten wie der Tragfähigkeit des sozialen Netzes ist verantwortlich. Selbstbewußtsein und psychische Stabilität lassen sich nicht verordnen.

9. „Totale“ Lösungsvorschläge für die AIDS-Problematik, wie sie Politiker in Form von Massentestungen, Sexverbot für Infizierte oder gar Internierung „Uneinsichtiger“ immer wieder in den Medien fordern, schüren unvernünftige Ängste in der Bevölkerung.

„Totale“ Lösungsphantasien mögen tiefsitzenden Ängsten vor Chaos und Verderben durch „regelwidrigen“ Sex und Drogengebrauch entspringen, sie tragen aber nur zur Verunsicherung der Öffentlichkeit bei, vor allem jenes Teils, der über besonders wenig präzise Informationen – auch über Schutzmöglichkeiten – verfügt. Damit wird ein unheilvoller Teufelskreis in Gang gesetzt, der die Verbreitung von HIV letztlich beschleunigt: irrationale Ängste behindern eine vernunftgeleitete Auseinandersetzung mit den Fakten und ein angemessenes Verhalten in Risikosituationen.

Fazit: Deutsche AIDS-Hilfe: für oder gegen den Test?

10. Als eine vielfältige Mischung von Menschen mit und ohne HIV und AIDS, von Menschen aus den Hauptbetroffengruppen, von Angehörigen und Freunden und von Engagierten aus allen Bevölkerungsgruppen versteht sich die Deutsche AIDS-Hilfe als ein Lehrbeispiel für den gesamtgesellschaftlichen Umgang mit AIDS – 130 mal in Deutschland.

Unter den MitarbeiterInnen der 130 AIDS-Hilfe-Institutionen in Deutschland sind viele HIV-infizierte Männer und Frauen. Sie haben sich für das Leben mit dem Wissen um das Virus im Körper entschieden, weil

- sie die sekundärpräventiven Möglichkeiten, etwa die PCP-Prophylaxe durch Pentamidin-Inhalation nutzen wollen;
- aufgrund ihres Lebensstils ihr Verdacht berechtigt war und ihnen die Gewißheit um ihre HIV-Infektion lieber ist als die Ungewißheit von Vermutungen;
- in den großen deutschen Städten inzwischen überall Netzwerke Betroffener entstanden sind, die gemeinsam den Umgang mit der Lebenssituation als Infizierte/r erleichtern;
- Sexualität unter infizierten Menschen vielfach befreiter erlebt werden kann;
- sie für sich entschieden haben, auf diese Weise verantwortungsvoll mit denen umzugehen, die sie begehren, mögen oder lieben.

Es gibt auch viele nichtgetestete Männer und Frauen in den AIDS-Hilfen. Ihnen fällt der Umgang mit der Ungewißheit leichter, weil

- ein Testergebnis für sie in Verhütungsfragen keine Bedeutung hätte;
- sie sich ihre Zukunft nicht einschneidender durch ein Virus diktieren lassen möchten, als absolut unvermeidbar;
- sie sich eine Lebensperspektive als schwerkranker Mensch nicht denken mögen;
- sie realistisch betrachtet kein Infektionsrisiko hatten und haben;

- sie für sich die Sonderrolle der „Positiven“ in Gesellschaft und subkulturellen Lebenszusammenhängen nicht wollen;
- sie den gesellschaftlichen, rechtlichen und psychosozialen Folgen eines HIV-positiven Testergebnisses aus dem Weg gehen wollen.

Auch viele negativ getestete AIDS-HelferInnen gibt es. Schwule, SpritzdrogengebraucherInnen, viele Frauen und wenige heterosexuelle Männer mit negativem Testergebnis leben und arbeiten in einem gesellschaftlichen Umfeld, das sich in den letzten Jahren intensiv mit AIDS auseinandersetzt, weil Angst, Leid, Abschiednehmen und Tod grassieren. Im Engagement finden sie ihren Weg, Verantwortung zu übernehmen.

11. Ein weniger verkrampfter Umgang mit dem HIV-Antikörpertest wäre dann möglich, wenn seine gesamtgesellschaftlichen Rahmenbedingungen geändert würden. Die Deutsche AIDS-Hilfe fordert daher, daß alle Emanzipationsbestrebungen der Hauptbetroffenen ideell, personell und finanziell unterstützt werden. Sie fordert speziell vom Gesetzgeber die notwendigen Änderungen im Sozial-, Familien- und Strafrecht.

Wenn die hauptsächlich von HIV und AIDS betroffenen Bevölkerungsgruppen mit ihren Lebensstilen gesellschaftlich akzeptiert und entkriminalisiert wären und wenn HIV und AIDS aus dem Strafrecht herausgenommen würden, dann würde manche Hürde fallen, die es heute noch angeraten erscheinen läßt, skeptisch zum Test zu stehen. Heute ist er für Menschen mit realem Infektionsrisiko vor allem in Verbindung mit den Prophylaxemöglichkeiten in Erwägung zu ziehen. Er wird aber immer eine individuelle Entscheidung bleiben müssen.

12. Die Prophylaxemöglichkeiten, die es heute bereits gibt und die sich hoffentlich erweitern, können zu mehr Lebensqualität führen. Darum rät die Deutsche AIDS-Hilfe Menschen aus den Hauptbetroffenen Gruppen mit realem Infektionsrisiko, ihre möglicherweise ablehnende Haltung zum Test zu überdenken.

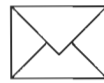
Ein Grundsatzargument gegen den Test war bis 1988, daß keinerlei sekundärprophylaktischen Hilfen seitens der Medizin bereitstünden. Inzwischen gibt es für einige von der Immunschwäche begünstigte, häufig auftretende Krankheiten eine Reihe von Vorbeugemaßnahmen und Behandlungen.

Der Zugang zu diesen Vorbeugemaßnahmen erfolgt in der Regel über den Test plus das Erreichen gewisser Grenzwerte bei anderen Blutuntersuchungen (sog. Immunstatus). Wer den Test nicht machen möchte, aber aufgrund seines Lebensstils vermuten muß, infiziert zu sein, sollte den behandelnden Arzt auf jeden Fall so informieren, daß gegebenenfalls prophylaktisch oder therapeutisch geeignete Maßnahmen erwogen werden können.

Zahlreiche aktuelle Studien (Literaturangaben können bei der Deutschen AIDS-Hilfe abgefordert werden) belegen, daß die symptomfreie Zeit HIV-infizierter Menschen deutlich verlängert werden kann. Auch wenn der wissenschaftliche Beweis einer absoluten Lebensverlängerung aus ethischen und methodologischen Gründen nicht gegeben werden kann, rechtfertigt die Vergrößerung der Lebensqualität durch ein hinausgezögertes Eintreten in ein Vollbild AIDS die Sekundärprophylaxe vor einer subjektiv erkennbaren Symptomatik.

Die Deutsche AIDS-Hilfe fordert von den Behörden und dem Gesetzgeber, die Umstände der Anwendung des HIV-Antikörpertests der Intimität der von AIDS berührten Lebens- und Sterbefragen entsprechend anzupassen: ein umfassendes persönliches Beratungsangebot, strafrechtliche Verfolgung unfreiwilliger oder leichtfertig herbeigeredeter Testungen und eine umfangreiche öffentliche Förderung der 130 AIDS-Hilfen und ihres Bundesverbandes, damit die Lebenswelten der Betroffenen durch Beratung, Sozialarbeit und ambulante Pflege alle erdenkliche Unterstützung erfahren und das Leben und Sterben mit AIDS in Würde möglich ist.

*Hans Peter Hauschild; Reinhard Heikamp;
Mischa Hübner; Olaf Leser; Guido Vael*



Herrinnen der Situation

Die Zweite Seite, Aktuell Nr. 3, September 1992

Das Thema „Frauen und Aids“ und Ihre wundervolle Berichtigung in Ihrer letzten Ausgabe dazu geht mir nicht mehr aus dem Kopf! Ich habe dadurch wieder einmal zu spüren bekommen, wie schwierig es doch ist, die Frauenproblematik in den Griff zu bekommen.

Auch bin ich traurig darüber, immer wieder feststellen zu müssen, wie „gesunde Frauen“ einen Platz einnehmen, von dem sie absolut nichts wissen. Diese Frauen erschweren in meinen Augen die ganze Arbeit erheblich. Sie machen immer wieder das Vertrauen kaputt und wissen einfach nicht, wovon gesprochen wird, und um was es geht. Es ist eine Schande, solchen Frauen auch noch Arbeitsplätze in dne Aids-Hilfen zu geben. Sie geben sich als „Herrinnen der Situation“ aus und meinen obendrein auch noch, nur sie hätten den totalen Durchblick. Doch kommt es dann hart auf hart, ziehen sie sich zurück, haben sogar noch die Frechheit, sich öffentlich zu distanzieren. Von ihrer Arbeit und den betroffenen Frauen – und das ist nicht nur traurig, sondern eine absolute Sauerei!

Ich kann eine nicht betroffene Frau, die in einer Aids-Hilfe tätig ist, nicht akzeptieren, geschweige denn ernst nehmen, wenn sie immer wieder zeigt, wie wichtig es doch ist, selbst als *Nichtbetroffene* gesehen zu werden. In meinen Augen sind es genau solche Frauen, die dazu beitragen, daß man *uns* belächelt und auch garnicht erst ernst nehmen kann. Das Spielchen zu spielen, sei es nun, auf veröffentlichten Fotos zu erscheinen mit der Angst im Nacken vielleicht sogar *selbst* als Positive gesehen zu werden – das geht mir zu weit!

Solche Frauen haben einfach nichts in der Aids-Problematik verloren. Sie machen die ganze Sache zu Hohn aller betroffenen Frauen, die doch wirklich alles dran setzen, endlich ernst genommen zu werden. Sie bringen nicht nur Verwirrung und Verunsicherung, sondern bestätigen noch positive Frauen darin, daß sie gut daran täten, nicht an die Öffentlichkeit zu gehen.

Es fehlt an positiven Frauen, die solche Plätze einnehmen sollten. Man kann einfach nicht von Betroffenen verlangen, daß sie so nebenbei – unentgeltlich und freiwillig – eine solche harte und schwere Arbeit leisten, obwohl sie schon selbst genug Schwierigkeiten haben. Nur eine betroffene Frau kann diese Arbeit sinnvoll und mit weniger Verwirrung durchführen. Nur sie ist in der Lage, mehr Vertrauen aufzubauen und eine einigermaßen solide Grundbasis in der Frauen-Aids-Problematik zu schaffen.

Bettina, ehrenamtliches Mitglied der Aids-Hilfe Düsseldorf

Grammatikalische Schwierigkeiten

Die Beiträge und Gestaltung von D.A.H. Aktuell finde ich immer wieder sehr interessant. Zunehmend habe ich jedoch beim Lesen Schwierigkeiten: grammatikalische Stolperstellen müssen übersprungen werden, fehlende Worte müssen ergänzt werden, unterschlagene Teilsätze müssen ersinnt werden. Kann dem Abhilfe geschaffen werden?

Bernd Antoni, Siemens AG – Sozialberatung, Karlsruhe

Platter geht's nicht

„Gibt es eine Aids-Kunst“?, Aktuell Nr. 3, September 1992

Dem Autor ist die Hand beim Tippen ein bißchen zu sehr vom Willen zum radikalen Urteil geführt worden. Was er bietet, ist eine Ansammlung von unausgegoren Geschmacksurteilen, abgemischt mit stereotypen Vorurteilen über die USA.

Ausgerechnet für das Werk von Donald Moffet findet der Autor lobende Worte, da es sich an die Abbildung von Sex „wagt“. Nun ist aber dieses Werk das aller-chic-ste in der ganzen Ausstellung, geradezu eine Zierde für jede Yuppiebar zwischen Flensburg und Konstanz.

Nan Goldins berührende Fotos finden – außer in einem Halbsatz – keine Erwähnung und dürfen wohl auch keine finden, damit der Schlußhalbsatz des Artikels noch stimmt: „... platter geht's nicht.“ Was will uns der Autor sagen mit der Feststellung, daß nach der

ersten Impfung gegen Aids das Interesse des Künstlers am Thema sinken wird? Ist das ein Vorwurf? Warum soll ein Künstler durch Aids nicht einen Sinn für seine Arbeit bekommen? Was ist das Problem? Was ist gegen eine „aktionistische“ Kunst einzuwenden, die eben nicht für die Ewigkeit der Kunsthallen produziert wird?

Ganz bescheuert ist in diesem Zusammenhang die Unterscheidung von – der Künstler als Künstler (kunsthistorischer Ansatz) und – der Künstler als Privatperson – (aktivistischer Ansatz). Warum soll nicht „die Fahne der Ethik“ geschwungen werden? Es ist ein Mißverständnis aus den 70er Jahren, daß Ethik und Moral automatisch an moralische Instanzen wie Kirche und Staat und deren Gebote gekoppelt sind. Aids zwingt geradezu die Frage auf: Wie lebe ich, und wie will ich leben – und das ist die Frage nach der Ethik. Daß gegen das „Virus“ eine „größere Portion Verantwortungslosigkeit“ „verlangt“ ist, klingt nett und *keck*, aber das ist es denn auch.

Mit den besten Wünschen für Eure Arbeit

Dirk Cieslak, Bremen

Hommage an Michael Pollak

Michael Pollak wurde im Juli 1948 in Wien geboren. Er studierte Soziologie in Linz und kam 1971 nach Paris. Dann setzte er seine Studien an der „Ecole pratique des hautes études“ fort. Einen wichtigen intellektuellen Einfluß übte die Arbeit von Pierre Bourdieu auf ihn aus.

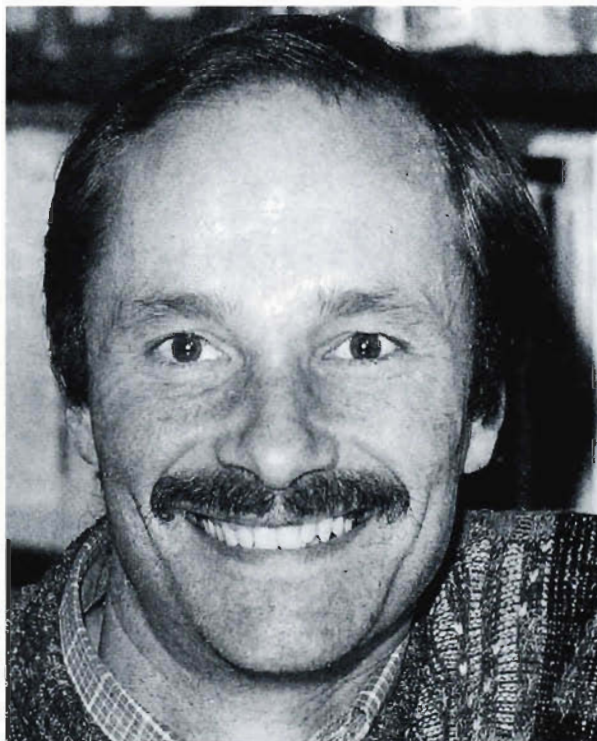
Ebenso wie in der deutsch-österreichischen war Michael Pollak auch in der französischen und angloamerikanischen Kultur beheimatet. Immer strebte er nach persönlichem Engagement und einer kritischen Blickweise. Viele Jahre widmete er sich, so wie er selbst es nannte, der Bewältigung gebrochener Identität in Extremsituationen.

Drei Themen kennzeichnen die Arbeit von Michael Pollak:

– eine vergleichende soziologische Analyse der Geschichte der Sozialwissenschaft,

– eine sorgfältige Rekonstruktion der Biographien von Frauen, die nach Auschwitz und Birkenau deportiert wurden, welche er ausführlich in seinem mitfühlenden Buch „L'Expérience Concentrationnaire“ beschreibt, 1990 in Paris erschienen,

– Mitte der 80er Jahre, immer bereit, sich mit sozialen Nöten auseinanderzusetzen, begann Michael Pollak eine Studie über die sozialen Aspekte von Aids. Dabei konzentrierte er sich auf die Situation von homosexuellen Männern in Frankreich und Westeuropa. Mit der daraus folgenden Publikation „Les Homosexuels et le SIDA: Sociologie d'une épidémie“, die 1988 erschien, wurde er als internationale Autorität auf diesem Gebiet anerkannt.



Michael Pollak war ein Pionier, sowohl was seine Studien über Homosexualität in Frankreich betrifft, als auch durch die von ihm eingeleitete Kooperation zwischen öffentlichen Institutionen und der schwulen Gemeinschaft in Frankreich. Seine engste Mitarbeiterin, Marie-Ange Schiltz, brachte es auf folgenden Nenner: „Mit seinem soziologischen Wissen hat er bevorzugt, einen Dialog zwischen Hasen und Karpfen zu betreiben: der schwulen Gemeinschaft nämlich und den öffentlichen Institutionen.“

Ebenso war Michael Pollak ein Pionier, indem er Sozialwissenschaftler auf Aids aufmerksam machte und sie ermutigte, sich in ihrer Arbeit diesem Thema anzunehmen, eine der größten Herausforderungen der 80er und 90er Jahre an das Gesundheitswesen in den meisten Ländern dieser Welt.

Michael Pollak verband intellektuelle Brillanz mit einer bescheidenen und unprätentiösen Persönlichkeit. Ihm lag viel an der Kooperation mit seinen Kollegen in Frankreich, im weiteren Europa und Nordamerika, immer den Austausch suchend und seine eigenen Kenntnisse weitergebend.

Michael Pollak starb am 7. Juni 1992 an den Folgen von Aids.

Michael Bochow

Michael Bochow hat diesen Nachruf auf der 8. Internationalen Aids-Konferenz am 23. Juli 1992 in Amsterdam in englischer Sprache vorgetragen.

14. 11.
Bonn

**Verteidigt
Artikel 16 des
Grundgesetzes!
Für eine humane,
demokratische
Gesellschaft!**

12 Uhr Sternmarsch – Treffpunkte:

Bonn Nord: An der Joesethöhe/Sportpark
Bonn Beuel: Am Wasserwerk/Fisa-Brandström-Straße
Bonn Süd: Nahum-Goldmann-Allee/
Landesbehördenhaus

Trägerkreis 14. 11.,
c/o Büro Friedenskooperative,
Römerstr. 88, 53000 Bonn 1,
Tel: 02 28 - 69 29 04,
Fax: 69 29 06

„Aber daß man mit purer Beliebigkeit und maßstabloser Tändelei einen Nationalpopulismus nicht aufhalten, der Geschichtsvergessenheit nicht widersprechen und den Ruf nach dem starken Staat als Antwort auf das chaotische Hier und Jetzt nicht unterbinden kann, das liegt auf der Hand.“

Mehr noch: Den rechten Zeitgeist aufhalten zu wollen, indem man nach rechts rückt, haben schon andere vorexerziert. Vergeblich. Die Republik rückt nicht gezielt nach rechts, sie wird auch nicht dorthin gesteuert, sie läßt sich einfach treiben.“

Günter Hofmann: Die Radikalität kommt aus der Mitte, Die Zeit, 16. Oktober 1992