

Rosenbrock, Rolf

**Book Part — Digitized Version**

Von der schwulen Selbsthilfe zum professionalisierten Akteur der Gesundheitsförderung und Wohlfahrtsverband: eine Erfolgsgeschichte mit ein paar Fragezeichen

**Provided in Cooperation with:**

WZB Berlin Social Science Center

*Suggested Citation:* Rosenbrock, Rolf (1993) : Von der schwulen Selbsthilfe zum professionalisierten Akteur der Gesundheitsförderung und Wohlfahrtsverband: eine Erfolgsgeschichte mit ein paar Fragezeichen, In: Deutsche AIDS-Hilfe (Berlin) (Ed.): 10 Jahre Deutsche AIDS-Hilfe: Geschichten und Geschichte, Deutsche AIDS-Hilfe, Berlin, pp. 14-19

This Version is available at:

<https://hdl.handle.net/10419/122399>

**Standard-Nutzungsbedingungen:**

Die Dokumente auf EconStor dürfen zu eigenen wissenschaftlichen Zwecken und zum Privatgebrauch gespeichert und kopiert werden.

Sie dürfen die Dokumente nicht für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, öffentlich zugänglich machen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Sofern die Verfasser die Dokumente unter Open-Content-Lizenzen (insbesondere CC-Lizenzen) zur Verfügung gestellt haben sollten, gelten abweichend von diesen Nutzungsbedingungen die in der dort genannten Lizenz gewährten Nutzungsrechte.

**Terms of use:**

*Documents in EconStor may be saved and copied for your personal and scholarly purposes.*

*You are not to copy documents for public or commercial purposes, to exhibit the documents publicly, to make them publicly available on the internet, or to distribute or otherwise use the documents in public.*

*If the documents have been made available under an Open Content Licence (especially Creative Commons Licences), you may exercise further usage rights as specified in the indicated licence.*



## WZB-Open Access Digitalisate

## WZB-Open Access digital copies

---

Das nachfolgende Dokument wurde zum Zweck der kostenfreien Onlinebereitstellung digitalisiert am Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung gGmbH (WZB). Das WZB verfügt über die entsprechenden Nutzungsrechte. Sollten Sie sich durch die Onlineveröffentlichung des Dokuments wider Erwarten dennoch in Ihren Rechten verletzt sehen, kontaktieren Sie bitte das WZB postalisch oder per E-Mail:

Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung gGmbH  
Bibliothek und wissenschaftliche Information  
Reichpietschufer 50  
D-10785 Berlin  
E-Mail: [bibliothek@wzb.eu](mailto:bibliothek@wzb.eu)

The following document was digitized at the Berlin Social Science Center (WZB) in order to make it publicly available online.

The WZB has the corresponding rights of use. If, against all possibility, you consider your rights to be violated by the online publication of this document, please contact the WZB by sending a letter or an e-mail to:

Berlin Social Science Center (WZB)  
Library and Scientific Information  
Reichpietschufer 50  
D-10785 Berlin  
e-mail: [bibliothek@wzb.eu](mailto:bibliothek@wzb.eu)

---

Digitalisierung und Bereitstellung dieser Publikation erfolgten im Rahmen des Retrodigitalisierungsprojektes **OA 1000+**. Weitere Informationen zum Projekt und eine Liste der ca. 1 500 digitalisierten Texte sind unter <http://www.wzb.eu/de/bibliothek/serviceangebote/open-access/oa-1000> verfügbar.

This text was digitizing and published online as part of the digitizing-project **OA 1000+**. More about the project as well as a list of all the digitized documents (ca. 1 500) can be found at <http://www.wzb.eu/en/library/services/open-access/oa-1000>.

## **DR. ROLF ROSENBROCK**

Gesundheits- und Sozialwissenschaftler, Leiter der Forschungsgruppe „Gesundheitsrisiken und Präventionspolitik“ am Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB), Mitglied der Enquête-Kommission „Gefahren von AIDS und wirksame Wege zu ihrer Eindämmung“ im 11. Deutschen Bundestag und in weiteren Beratungsgremien

### **Von der schwulen Selbsthilfe zum professionalisierten Akteur der Gesundheitsförderung und Wohlfahrtsverband – Eine Erfolgsgeschichte mit ein paar Fragezeichen**

Weil ich damals nicht dabei war, darf ich es so sagen: Die Gründung der D.A.H. im Herbst 1983 war eine gesundheits- und bürgerrechtspolitische Großtat.

Gesundheitspolitik: Während Selbsthilfegruppen und Selbsthilfebewegung bis zum Auftreten von AIDS fast ausschließlich um die psychische, soziale und medizinische Bewältigung bereits eingetretener Gesundheitsrisiken, also für Tertiärprävention, gewachsen waren (z.B. Alkoholismus, Krebs, epileptische Krankheiten, Rheuma), ist mit den AIDS-Hilfen eine Organisation entstanden, die sich von Anfang an mit gleichem Gewicht für die Infektionsverhütung, also für die Primärprävention einsetzte. Die von Gesundheitswissenschaftlern oft beschworene Vision des spontanen, solidarischen und selbstverwalteten Zusammenschlusses von Menschen, die von einem gemeinsamen Risiko bedroht sind, wurde in der AIDS-Hilfe Wirklichkeit und Erfolg: In den hauptsächlich vom HIV-Risiko betroffenen Gruppen haben sich Einstellungs- und Verhaltensänderungen ereignet, die in Ausmaß und Zeitstabilität alle Beispiele der bisherigen Geschichte von Public Health und Prävention übertreffen. Das zeigt sich im Vergleich mit der Durchsetzung der persönlichen Hygiene im Kampf gegen die alten Infektionskrankheiten, mit der Zahnhygiene, mit dem Rauchen, mit dem Gebrauch legaler und illegaler Drogen etc. Durch Mobilisierung kognitiver, sozialer und kreativer Ressourcen in den betroffenen Gruppen hat es sich als möglich erwiesen, durch öffentlich vermitteltes Lernen Verhalten auch in Tabu-, Scham- und Illegalitätsbereichen zu beeinflussen. Grundsätzlich scheint es möglich, diesen Erfolg zu halten und noch weiter auszubauen.

Konzept und Praxis der AIDS-Hilfe beruhten dabei auf einer Vorstellung von Gesundheit, welche die Zuständigkeit dafür nicht an die Medizin delegiert. Folgerichtig wurde das erste „Hilfs“-Angebot der Medizin, nämlich der therapeutisch konsequenzlose, aber lebensentscheidende HIV-Antikörpertest als das zurückgewiesen, was er ist: der untaugliche Versuch einer am Individuum ansetzenden Seuchenkontrolle. Seine Funktion hat der Test als Möglichkeit, potentiell Betroffenen diagnostische Sicherheit bei beunruhigenden Krankheitssymptomen zu geben. In Übereinstimmung mit den fortgeschrittenen gesundheitswissenschaftlichen Konzepten gehört zur Gesundheit nicht nur risikomeidendes Verhalten, sondern das möglichst autonome Leben in selbstgewählten Bezügen und Gemeinschaften. AIDS-Hilfe als politisches Subjekt richtet Forderungen zur Verbesserung der Bedingungen hierfür an Politik und gesellschaftliches Umfeld. AIDS-Hilfe

als sozialer Ort bietet denen, die dies suchen, Möglichkeiten der Realisierung im Rahmen dieser stets selbst zu erkämpfenden Bedingungen.

Die Deutsche AIDS-Hilfe ist nicht von Gesunden oder Kranken gegründet worden, sondern von schwulen Männern, die sich und ihre Lebenswelt von einer neuen, zusätzlichen Gefahr durch ein Virus und die daran hochzügelnde Repression einer (wenn auch oft nur noch latent) immer noch homophoben Umwelt bedroht sahen. Der oft mehr als nur formal-organisatorische Zusammenschluß mit Junkies und Prostituierten zu einer Koalition der von HIV und von HIV-Hysterie bedrohten Randgruppen der Gesellschaft war, so schwierig sich seine Umsetzung auch erwies, konsequent. Dieses Konzept schließt Ausgrenzung oder Ghettoisierung von Infizierten und Kranken aus. Auch im internationalen Vergleich schneidet die Deutsche AIDS-Hilfe in dieser Hinsicht gut ab: Die Förderung der Präsenz von HIV-positiven und AIDS-kranken Menschen in der Öffentlichkeit ist nicht nur diesen gegenüber das einzig faire Verhalten, sondern wirkt auch den Tendenzen zum Verdrängen und Abschieben entgegen.

Im Ergebnis ist AIDS-Hilfe damit freilich auch für eine gewaltige Vielfalt von Problemen zuständig geworden: Es geht um weit verstandene Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention für Gruppen, die außer ihren Gemeinsamkeiten der Bedrohung durch HIV und der gesellschaftlichen Randposition auch viele, organisatorisch schwer kompatible Eigenheiten aufweisen. Der Einfluß der Bedingungen für Gesundheit und Wohlbefinden für all diese Gruppen und Lebenslagen in die Ziele der AIDS-Hilfe macht sie zu einem Pionier bei der Erweiterung von Public health policy auf dem Weg zu einer Healthy public policy.

Bürgerrechte: Es war bis weit in die zweite Hälfte der 80er Jahre durchaus nicht klar, welchem Modell die Bundesrepublik Deutschland in der Bekämpfung von AIDS folgen würde: dem Modell der individuellen Suchstrategie (Leitfrage: Wie ermitteln wir möglichst schnell möglichst viele potentielle Infektionsquellen, und wie legen wir diese still?) oder dem Modell der gesellschaftlichen Lernstrategie (Leitfrage: Wie organisieren wir möglichst schnell, möglichst flächendeckend und möglichst zeitstabil die gesellschaftlichen Lernprozesse, mit denen sich Individuen, Institutionen und die gesamte Gesellschaft maximal präventiv auf das Leben mit dem Virus einstellen können?). Wie in fast allen industrialisierten Ländern, und getragen auch von der WHO, fiel die Entscheidung letztlich zugunsten der zumindest offiziell derzeit nicht in Frage gestellten Lernstrategie. Sie hat sich unter den Gesichtspunkten sowohl der Effizienz als auch der Zivilisation als richtig erwiesen. Die Entscheidung wurde in den meisten westeuropäischen Ländern und in Nordamerika im Dreieck Staat – Medizin- bzw. Gesundheitssystem – Schwulenbewegung ausgehandelt. Nur: in der Bundesrepublik gab es damals keine handlungsfähige „Gay community“. Die Gründer der Deutschen AIDS-Hilfe haben diese politische Leerstelle gerade noch rechtzeitig besetzt und damit auch wesentlichen Anteil am Bau haltbarer Dämme gegen Einbrüche in die Bürgerrechte von Schwulen, Junkies und Prostituierten. Im Ergebnis hat dies zum Abbau von Vorurteilen und zu mehr gesellschaftlicher Akzeptanz beigetragen. Die Orientierung der Prävention und generell des Um-

gangs mit HIV und AIDS an den Prinzipien der Sexualfreundlichkeit, des Akzeptierens und Förderns gewachsener Lebensweisen und der Minimierung staatlicher Eingriffe war für deutsche Verhältnisse eine große gesundheitspolitische Innovation und wäre ohne die AIDS-Hilfe gerade hierzulande schwer vorstellbar. AIDS-Hilfe ist damit Träger einer hoffentlich richtungsweisenden Modernisierung der Gesundheitspolitik.

Freilich hatte dies auch seine politischen Kosten. Die Übernahme öffentlicher Aufgaben der Prävention und Versorgung durch die AIDS-Hilfe machte sie auch abhängig vom Staat, minderte ihre Konfliktfähigkeit und beschnitt so manches hoffnungsvolle Politikkonzept, v.a. im Bereich der Drogenhilfe. Im internationalen Vergleich ist die Deutsche AIDS-Hilfe sicher im oberen Drittel der Staatsnähe und damit -abhängigkeit angesiedelt. Aber wer dies beklagt, muß materielle und politische Alternativen im Rahmen des gewachsenen Modells deutscher Sozialpolitik nennen. Gleiches gilt für die damit verbundenen Probleme beim Übergang von spontanen Arbeitsformen der Selbsthilfe zur Betriebsförmigkeit, des permanenten Spannungsverhältnisses zwischen ehrenamtlicher und beruflicher Tätigkeit und zwischen basisdemokratischem Anspruch und dem Zwang zur Effizienz, des Übergangs von Pionierarbeit zur Berufstätigkeit, des Auseinanderklaffens von sinnvoller Aufgabenerfüllung und bürokratischen Abrechnungsnotwendigkeiten etc. Dies sind kräftezehrende Dauerbelastungen, denen so gut wie alle spontan entstandenen und dann auf Dauer gestellten Organisationen im Gesundheits- und Sozialbereich ausge-

setzt sind und aus denen wohl auch kein Königsweg herausführt. Das Gleiche gilt für die Dauerkonfrontation mit Krankwerden, Kranksein und Sterben im Inneren und außerhalb der Organisationen. Manchem Kritiker der Arbeit der AIDS-Hilfen möchte man die Einsicht wünschen, daß Schwule und Fixer hinsichtlich der Häufigkeit kraß vorzeitigen Sterbens in der nahen und nächsten sozialen Umgebung heute in einer Realität leben, die in Deutschland zuletzt die Kriegsgeneration erlebt hat.

Trotzdem und gerade deshalb: Die Geschichte der AIDS-Hilfe in Deutschland ist bislang überwiegend eine Erfolgsgeschichte, einschließlich der Bewältigung der Folgen der staatlichen Vereinigung seit 1989. Ob dies auch für die Zukunft gelten wird, hängt nach meiner Einschätzung davon ab, wie die AIDS-Hilfe mit drei miteinander zusammenhängenden Tendenzen umgehen wird, die schon heute zu Defiziten führen:

1. AIDS sinkt in der öffentlichen und individuellen Aufmerksamkeit. Während Mitte der 80er Jahre die individuelle und politische Risikowahrnehmung aus dem Ruder gelaufen und AIDS zeitweise das wichtigste Gesundheitsproblem überhaupt zu sein schien, nimmt es politisch heute nur noch einen unteren Rangplatz ein. Daraus folgt für die AIDS-Hilfe die Aufgabe beständigen Gegensteuerns. Erschwert wird dies durch die gleichzeitig sehr restriktive Finanzpolitik im Sozialbereich, die – weil sie konservativ ist – zur professionellen Problemverwaltung und zur Individualisierung sozialer Probleme tendiert. Sie steht damit innovativen und solidarischen Ansätzen wie der AIDS-Hilfe aus haushaltstechnischen und ideologischen Gründen nicht gerade freundlich gegenüber. Diese Tendenzen werden sich in den nächsten Jahren eher noch verschärfen, und nach dem, was in der fröhlichen Journalistensprache „Abspecken“ heißt, wird es auch an die Substanz gehen. Daraus resultieren drei Aufgaben der AIDS-Hilfe, für die ich bislang erst Ansätze von Lösungen sehe:

1. In den kommenden sozialpolitischen Auseinandersetzungen kann AIDS-Hilfe keine Sonderrolle mehr beanspruchen. Sie kann nur überleben, wenn sie sich in Koalitionen und kreative Aktionsbündnisse mit anderen sozialpolitisch engagierten Organisationen begibt, die ebenfalls von Kürzungen und der Umverteilung von unten nach oben betroffen sind.
2. Der in den ersten Jahren reichliche Fluß von öffentlichen Geldern hat AIDS-Hilfen zu den am schnellsten wachsenden Organisationen im Gesundheits- und Sozialbereich gemacht. Wie bei jedem schnellen Wachstum hat dies nicht nur zu rationaler Mittelverwendung und Organisationsentwicklung geführt. AIDS-Hilfe wird die trotz aller Gegenwehr unvermeidlichen Schnitte nur dann ohne wesentlichen Substanzverlust überleben, wenn sie selbst politische Konzepte dazu entwickelt. Das ist bitter, aber realistisch.
3. Die nachlassende Öffentlichkeit hat auch zu einer Verminderung des in den letzten Jahren ohnehin nicht gewaltigen Spendenaufkommens geführt. Es müssen neue Quellen des Fund-raising erschlossen werden. Die Grenze der Schicklichkeit ist dabei der Erhalt der inhaltlichen Unabhängigkeit (s.u. III).

II. Die Stabilisierung der AIDS-Zahlen auf einem auch in Europa mittleren Niveau bedeutet nicht, daß die Aufgaben der Primärprävention gelöst sind. Die Differenz zwischen den Prognoserechnungen der 80er Jahre für die hauptsächlich betroffenen Gruppen und der heute meßbaren Realität ist auch nicht ausschließlich das Verdienst der von den AIDS-Hilfen organisierten Primärprävention, sondern erklärt sich zu einem erheblichen Teil auch aus den z.T. interessegeleiteten Fehlern dieser Rechnungen.

Im Hinblick auf die immer noch weit dominierende Gruppe der schwulen Männer sieht dies so aus: Ulrich Marcus vom AIDS-Zentrum im BGA schätzt nach sorgfältiger Abwägung der ihm zur Verfügung stehenden Informationen die Anzahl von Neuinfektionen unter homosexuellen Männern auf bis zu 2.000 pro Jahr. Es zeichnet sich ab, daß es neben den bekannten schwulen und Junkie-Szenen, für die und mit denen immer wieder neue Erinnerungs- und Auffrischaktionen zu organisieren sind, spezifische Zielgruppen und Situationen mit erhöhter Infektionsgefahr gibt, auf die es kreativ einzugehen gilt. Trotz Fehlens fundierter und detaillierter Untersuchungen lassen sich identifizieren:

- Männer, die (gelegentlich) Sex mit Männern haben, ohne sich als schwul zu identifizieren,
- Jugendliche im Prozeß der Identitätssuche bzw. im Coming out,
- Szenen schwuler Prostitution,
- schwule Männer, die von den mittelschichtorientierten Kampagnen der AIDS-Hilfe nicht erreicht werden und
- schwule verliebte Männer.

Es ist bislang nicht viel sichtbar geworden von darauf fokussierten Kampagnen oder Anstrengungen, um die dazu notwendige Unterstützung aus Politik, Wissenschaften und/oder Massenmedien zu erlangen. Das hier spürbare Defizit an Energien in den AIDS-Hilfen ist verständlich: Jede Organisation folgt zunächst einmal dem unmittelbaren Problemdruck. Da sind die drängenden Probleme der Betreuung von Infizierten und Kranken, der Sicherstellung integrierter Krankenversorgung einschließlich häuslicher Pflege und der Durchsetzung und Wahrung sozialer Rechte für Infizierte und Kranke allemal fühlbarer als die zunächst unsichtbaren Neuinfektionen. Der Aufgabenzuschnitt der AIDS-Hilfen entwickelt so aus sich selbst heraus eine Dynamik in Richtung Wohlfahrtsverband. Dies zieht tendenziell Aufmerksamkeit und Ressourcen von der Primärprävention ab. Zu begegnen ist dem durch nüchterne Zurkenntnisnahme dieses Sachverhalts und politisch bewußte Gegensteuerung – gegentendenzielles Management ist gefragt. Denn eins ist klar: Die Organisation der Primärprävention unter schwulen Männern und unter den Junkies kann der AIDS-Hilfe niemand abnehmen. Wenn sie es nicht leistet, tut es niemand sonst.

III. Selbsthilfeorganisationen von der Größe und Stabilität der AIDS-Hilfe können nicht aus uneigennütigen Spendenmitteln existieren. Die notwendige materielle Unterstützung können sie entweder beim Staat oder bei der privaten Wirtschaft erhalten. Beides stiftet spezifische Abhängigkeiten und Freiheitsgrade. Bei Anlehnung an den Staat

kommt es z.B. zur bürokratischen Gängelung und zu nicht unbedingt aufgabenadäquaten organisatorischen Anpassungsprozessen, gelegentlich zur Zensur und generell zur Abhängigkeit von Lobby und Haushaltslage, andererseits aber auch zur öffentlich-rechtlichen Anerkennung und relativer Sicherheit. Bei der Anlehnung an Sponsoren kommt es z.B. zur Nutzung als Werbeträger und zur generellen Abhängigkeit von noch kurzfristigeren Finanzentscheidungen, dafür aber – unter der Voraussetzung kluger Partnerwahl – zu größerer Dispositionsfreiheit in Form und Inhalt der Arbeit. Solange diese Vor- und Nachteile bedacht werden, ist gegen beide Quellen und auch Mischformen gleich viel und das heißt praktisch: nichts einzuwenden, Transparenz über die Finanzen immer vorausgesetzt. Das entscheidende Kriterium ist die größtmögliche Unabhängigkeit in der Interessenvertretung. Diese ist in dem Augenblick nicht mehr gewährleistet, wenn die Arbeit abhängig wird von Geld, das Firmen geben, die ihr Gewerbe im Umkreis von AIDS betreiben. Dies sind in erster Linie Hersteller und Vertrieber diagnostischer und therapeutischer Mittel, kommerzielle Betreiber von Krankenversorgung und -pflege etc. Wer ein wenig die Pharma-Politik der letzten Jahrzehnte verfolgt hat, weiß, wie oft und wieviel Geld gerade auf diesem Feld (nicht nur in Form großer und kleiner Bestechung von Ärzten) eingesetzt worden ist, um solche Abhängigkeiten zu stiften und zu stabilisieren – und zwar meist durch Belohnung und subtile Drohung mit dem Belohnungsverlust. Den Beeinflußten ist der Charakter der Situation oft nicht einmal klar, sie reagieren in der gewünschten Richtung durch stumme Anpassung, also Einverständnis-handeln. AIDS-Hilfe kann aber ihre identitätsstiftende Aufgabe der Interessenvertretung nur erfüllen, wenn sie gegenüber dem medizinischen Komplex völlig unbefangen auch die Rolle des Verbraucheranwalts vertreten kann. Gerade in so außerordentlich komplexen Entscheidungssituationen wie z.B. der Organisation und Finanzierung der Krankenversorgung und -pflege oder der Frage der medikamentösen Frühbehandlung oder gar des HIV-Antikörpertests als Eintrittspforte in diese Medikalisierung müssen sich Schwule und Junkies darauf verlassen können, daß es keine Beeinträchtigung der Unbefangenheit auf seiten der AIDS-Hilfe gibt.

AIDS-Hilfe ist kein abstraktes Subjekt. AIDS-Hilfe, das sind über 5.000 Aktivistinnen und ca. 500 Hauptamtliche, selbstverwaltet organisiert in ca. 140 lokalen und Dachorganisationen. In dem Maße, wie es diesem Organismus gelingt, die drei genannten (und vielleicht einige von mir übersehene) Probleme zu lösen, wird AIDS-Hilfe auch das nächste Jahrzehnt eine Erfolgsgeschichte schreiben können. AIDS als düsterer Grund, vor dem dies geschieht, wird während dieser Zeit nicht von uns genommen werden. In anderen Teilen der Welt findet diesbezüglich noch vielfach der freie Fall in gesundheitspolitische Katastrophen statt. Auch darüber wäre weiter nachzudenken.