

Herrn, Rainer

Working Paper

Vereinigung ist nicht Vereinheitlichung - Aids-Prävention für schwule Männer in den neuen Ländern: Befunde, Erfordernisse, Vorschläge

WZB Discussion Paper, No. P 99-203

Provided in Cooperation with:

WZB Berlin Social Science Center

Suggested Citation: Herrn, Rainer (1999) : Vereinigung ist nicht Vereinheitlichung - Aids-Prävention für schwule Männer in den neuen Ländern: Befunde, Erfordernisse, Vorschläge, WZB Discussion Paper, No. P 99-203, Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB), Berlin

This Version is available at:

<https://hdl.handle.net/10419/47361>

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.

Veröffentlichungsreihe der Arbeitsgruppe Public Health
Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung
ISSN-0948-048X

P99-203

**„Vereinigung ist nicht Vereinheitlichung“
Aids-Prävention für schwule Männer
in den neuen Ländern:
Befunde, Erfordernisse, Vorschläge**

von

Rainer Herrn

Berlin, August 1999

Publications series of the research unit Public Health Policy
Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung
D-10785 Berlin, Reichpietschufer 50
Tel.: 030/25491-577

Abstract

In dem vom Bundesministerium für Gesundheit finanzierten Forschungsprojekt (GZ.:321-44761/2) „Kommunikationsstrukturen, Gesellungsstile und Lebensweisen schwuler Männer in den neuen Bundesländern“ wurden präventionsrelevante Besonderheiten individuellen und kollektiven Lebens der Zielgruppe untersucht. Die Ergebnisse verweisen auf die Notwendigkeit, die Aids-Präventionsstrategie für schwule Männer in den neuen Ländern zu modifizieren.

In Weiterführung des Forschungsprojektes geht es im vorliegenden Konzept darum, Vorschläge für die Gestaltung der zukünftigen praktischen Arbeit zu unterbreiten. Das Konzept wurde im Auftrag der Deutschen Aids-Hilfe erstellt. Darin wird zunächst ein kurz gefaßter Überblick über die Entwicklung der zielgruppenspezifischen Prävention vor und nach der ‚Wende‘ gegeben. Es folgt die Analyse der aktuellen Probleme der zielgruppenspezifischen Prävention. Danach werden auf den drei Ebenen - Inhalte, Methoden und Vermittler - der Prävention gezielte Maßnahmen zu deren Verbesserung vorgeschlagen.

- Inhaltlich sollten in Zukunft die Widersprüche zwischen Präventionsbotschaften vor und nach 1989 thematisiert sowie die Lebensbedingungen von Angehörigen der Zielgruppe im Sinne der Authentizität stärker als bisher berücksichtigt werden.
- Methodisch richten sich die Vorschläge auf die Betonung personalkommunikativer Präventionsangebote durch die Verstärkung von Streetwork und die Einführung von Peer-group-involvement.
- Im Hinblick auf die Vermittler wird die Ausweitung zielgruppenspezifischer Angebote durch die Einbeziehung der Gesundheitsämter und Schwulengruppen empfohlen.

Inhalt

1. EINLEITUNG	5
2. EPIDEMIOLOGISCHE ENTWICKLUNGEN UND PRÄVENTIVE ERFORDERNISSE	8
3. AIDS-HILFE IN DEN NEUEN LÄNDERN	13
3.1 Die Entwicklung der Aids-Hilfe und der zielgruppenspezifischen Prävention	13
3.2 Aktuelle Präventionsangebote der Aids-Hilfen für schwule Männer	17
3.3 Schwule Subkultur in den neuen Ländern als Basis für die Aids- Prävention	21
4. AIDS-PRÄVENTION IN DEN NEUEN LÄNDERN: INHALTE, METHODEN, ORTE UND VERMITTLER DER PRÄVENTION	28
4.1 Strukturelle Prävention und Zielgruppenspezifik	28
4.2 Inhalte der Prävention	31
4.3 Methoden der Prävention	39
4.3.1 Aids-Hilfe-Angebote als Teil schwuler Lebenskultur	39
4.3.2 Personalkommunikative Methoden	43
4.3.3 Verhaltensorientierte Lernmethoden	51
4.3.4 Animationen und Inszenierungen	52
4.3.5 Aufklärungsveranstaltungen	54
4.3.6 Präventionsmaterialien	56
4.3.7 Weitere Medien	57
4.3.8 Sekundär- und Tertiärprävention	58
4.4. Orte und Vermittler der Prävention	61
4.4.1 Prävention im öffentlicher Raum	64
4.4.2 Prävention im privaten Raum	71
4.4.3 Vermittler der Prävention	74
5. ANMERKUNGEN	78

1. Einleitung

Die mit dem Aufkommen der Aids-Epidemie und mit dem Bekanntwerden der Infektionswege in der DDR und der BRD eingeschlagenen Präventionsstrategien unterschieden sich grundsätzlich. Während in der Bundesrepublik - im Bewußtsein, daß bestimmte Gruppen der Bevölkerung von Aids stärker betroffen sind - die lernorientierte zielgruppenspezifische Aufklärung in die Verantwortung der Selbsthilfestrukturen gelegt wurde, war für die Wahl der Präventionsstrategie in der DDR das Instrumentarium der Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten ausschlaggebend. In der DDR stand die Kontrolle und mögliche Ausschaltung der Infektionswege im Mittelpunkt, eine zielgruppenspezifische Prävention gab es nicht.

Nach der Vereinigung wurde in den neuen Ländern - wie im allgemeinen - so auch im Hinblick auf die Aids-Präventionsstrategie, das bundesdeutsche Modell umstandslos von den neuen Ländern übernommen. Dieses Vorgehen hätte zumindest im Hinblick auf die Zielgruppe schwule Männer eine weitgehende Übereinstimmung der Präventionsbedingungen in Ost und West, d.h. der Subkulturformen und Lebensstile, vorausgesetzt.

Aufgrund der in sozialwissenschaftlichen Untersuchungen festgestellten Unterschiede wurde daher in den Jahren nach der ‚Wende‘ wiederholt die besondere Berücksichtigung der neuen Ländern bei der Prävention gefordert¹, was jedoch ohne Wirkung blieb. Die Mitte der 90er Jahre zwischen Rolf Rosenbrock und dem Autor geführte Diskussion über die Unterschiede zwischen den alten und den neuen Ländern in den Präventionsbedingungen für die Zielgruppe schwule Männer mündete in ein am Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung, Arbeitsgruppe Public Health, durchgeführtes und vom Bundesministerium für Gesundheit finanziertes Forschungsprojekt: „Kommunikationsstrukturen, Gesellungsstile und Lebensweisen schwuler Männer in den neuen Bundesländern. Qualitative Recherche zur Identifikation von Ansatzpunkten zur Verbesserung der strukturellen Aids-Prävention.“²

Die Ergebnisse dieser Untersuchung machten - zu einem Zeitpunkt als die Differenzen kaum mehr Thema öffentlicher und wissenschaftlicher Diskussion waren - deutlich, daß es auf verschiedenen präventionsrelevanten Ebenen zahlreiche, aus den

40 Jahren getrennter Entwicklungen gewachsene Eigenheiten gibt. So erklärt sich, daß 1999, also fast zehn Jahre nach der ‚Wende‘, nochmals über ein Präventionskonzept für schwule Männer in den neuen Länder nachgedacht wird. Es verweist darauf, daß die Anpassungsprozesse der Lebenswelten Ost und West mehr Zeit in Anspruch nehmen als ursprünglich angenommen. Die für die Prävention bedeutenden Unterschiede leiten sich aus der Zeit und dem Kontext ihrer Entstehung in der DDR ab und bestehen bis in die Gegenwart zumindest teilweise fort. Neben dem typischen epidemiologischen Ost-West Gefälle sind für die Revision der Prävention für schwule Männer folgende ausschlaggebende Aspekte zu nennen:

- die Stagnation der Etablierung und Verbreitung der Aids-Selbsthilfebewegung seit 1990³;
- die bisher weitgehend ausgebliebene Entwicklung einer kommerziellen schwulen Subkultur, die als Verteilerstruktur der Prävention nutzbar wäre;
- die nach wie vor mangelnde Bereitschaft ehrenamtlicher Mitarbeiter im zielgruppenspezifischen Bereich präventiv aktiv zu werden;
- der Rückgang der Annahme von bisherigen Präventionsangeboten der Aids-Hilfen von schwulen Männern;
- die Migration schwuler Männer, insbesondere jener mit HIV und Aids, auch aus den Großstädten der neuen Länder nach Berlin bzw. in die Metropolen der alten Länder.

Zu dieser Aufzählung kommt ein in seinem Einfluß schwer zu quantifizierender Aspekt, nämlich die aus der DDR-Sozialisierung herrührenden biographischen Eigenheiten, die insbesondere bei schwulen Männern mit DDR-Coming-out auch noch heute auf Lebensorientierungen und Werthaltungen nachwirken. Im Unterschied zu diesen schwulen Männern, orientieren sich jene, die ihr Coming-out nach 1990 hatten, stärker an westlichen Lebensstilen.

Aufgrund der Ost-West-Unterschiede in den Lebenswelten schwuler Männer besteht die Notwendigkeit die Aids-Präventionsstrategie in Ostdeutschland zu modifizieren, im Hinblick auf die Vermittler der Prävention, die Präventionsmethoden, aber auch auf die Inhalte der Prävention.⁴ Nur damit wird es möglich sein, die im Vergleich zu schwulen Männern aus den alten Ländern weniger häufige Umsetzung präventiven

Wissens zu verbessern und das niedrige epidemiologische Niveau in Ostdeutschland zu stabilisieren.

Aus den Ergebnissen und der Kenntnis der lokalen Präventionsbedingungen und -potentiale ergeben sich zahlreiche über den Rahmen des Forschungsberichtes hinausgehende Anregungen und Vorschläge. Diese leicht verständlich vorzustellen ist Gegenstand der vorliegenden Veröffentlichung. Es ist ein Konzept zur Umsetzung der wissenschaftlicher Befunde und wurde im Auftrag der Deutschen Aids-Hilfe (D.A.H.) für die praxisorientierte Arbeit erstellt.

Die Konzeption richtet sich vor allem, aber nicht nur an Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von Aids-Hilfen, von Einrichtungen der Gesundheitsfürsorge, insbesondere der Gesundheitsämter und Kliniken, in denen der HIV-Ak-Test durchgeführt wird. Außerdem soll das Konzept Angehörige von Schwulengruppen motivieren, sich für die Prävention unter schwulen Männern zu engagieren. Nicht zuletzt richtet es sich an schwule Männer selbst. Es ist als Einladung und Aufforderung zu verstehen, sich in die Präventionsarbeit einzubringen.

Im Kapitel 2 wird die epidemiologische Entwicklung in den neuen Ländern seit der ‚Wende‘ analysiert und daraus die Notwendigkeit der besonderen Berücksichtigung schwuler Männer bei der Prävention abgeleitet. Kapitel 3 beschreibt den Prozeß der Gründung und des Ausbaus der Aids-Selbsthilfebewegung in den neuen Ländern sowie die hemmenden Faktoren, die zu deren Stagnation führten. Weiterhin wird die schwule Subkultur als Bedingungsgefüge für die zielgruppenspezifische Prävention skizziert. Im Kapitel 4 geht es um die Entfaltung und Modifikation des Konzeptes der strukturellen Prävention für die neuen Länder sowie - differenziert nach Inhalten, Methoden und Vermittlern der Prävention - um konzeptuelle und praktische Vorschläge zu deren Verbesserung.

2. Epidemiologische Entwicklungen und präventive Erfordernisse

Seit dem Auftreten der ersten HIV-Infektion in der DDR 1985 stieg die Zahl der Neuinfektionen bis zur ‚Wende‘ nur unwesentlich. Während in den Jahren vor der ‚Wende‘ die Neuinfektionen weniger als 30 pro Jahr betrug, ist in den Jahren nach 1989 ein stetiger Anstieg der HIV-Neuinfektionen in den neuen Ländern zu verzeichnen. Doch trotz dieses Anstiegs liegt das Niveau in den neuen Ländern noch heute wesentlich unter dem der alten Länder.

Tabelle 1

HIV in Deutschland⁵

Als Erstuntersuchungen gemeldete positive HIV-Antikörper-Tests nach Jahr der Diagnose und Region (Alte/Neue Länder) Angaben in absoluten Zahlen und Prozent

Jahr \ Region	1993		1994		1995		1996		1997		1998	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Alte Länder	2318; 95,9		2164; 92,7		2104; 92,4		1723; 90,4		1891; 90,2		1566; 92,8	
Neue Länder	98; 4,1		170; 7,3		173; 7,6		183; 9,6		205; 9,8		122; 7,2	
Gesamt	2416		2334		2277		1906		2096		1688 ⁶	

Die aufgeführten „Erstmeldungen“ positiv bestätigter HIV-Antikörper-Tests (HIV-Ak-Tests) befinden sich im Einklang mit den von den Mitarbeitern des Robert Koch Instituts vorgenommenen Schätzungen von ca. 2.000 Neuinfektionen pro Jahr. Festzuhalten ist weiterhin, daß sowohl die absolute Anzahl als auch der Anteil der Erstinfektionen in den neuen Ländern an der Gesamtzahl der Erstinfektionen in Deutschland einen kontinuierlichen leichten Anstieg erkennen läßt. Dabei muß noch für 1997 und 1998 mit einem durch den Meldeverzug bedingten Anstieg gerechnet werden. Demgegenüber ist in den alten Ländern eine ständige Abnahme der Zahl der Erstinfektionen zu verzeichnen.

Während in der DDR vor der ‚Wende‘ der Anteil schwuler Männer an den Neuinfektionen über 80% betrug - intravenös zu applizierende Drogen waren nicht verbreitet und HIV-positive Personen aus Pattern II-Ländern wurden in der Regel zurückge-

schickt⁷ -, war er nach der ‚Wende‘ zunächst rückläufig. Diese Abnahme dürfte auch auf erste Erfolge der zielgruppenspezifischen Prävention in den neuen Ländern nach der ‚Wende‘ zurückzuführen sein, die in der DDR sträflich vernachlässigt worden war, aber auch auf die Verbreitung des Drogengebrauches nach der ‚Wende‘ und die nunmehr auch statistische Berücksichtigung von Menschen aus den Pattern II-Ländern.

Doch nicht nur in den neuen Ländern sank der Anteil schwuler Männer an den Erstinfektionen, sondern auch in den alten Ländern, aber hier in erster Linie aufgrund der intensiven Bemühungen der Aids-Hilfen im Bereich der Primärprävention.

Tabelle 2

HIV in Deutschland, als Erstuntersuchung gemeldete positive HIV-Antikörper-Tests nach Jahr der Diagnose, Risikogruppe und Bereich
Bereich 1 West-Berlin, Hamburg (inkl. - und Pinneberg), Düsseldorf, Köln (inkl. Leverkusen und Bergisch Gladbach), Frankfurt/M. (inkl. Offenbach) und München

Jahr der Diagnose	Risikogruppen									Gesamt N
	Homo/bi n %	IVDA n %	Hämo n %	Trans n %	Hetero n %	Patt II n %	PPI n %	k.A. n %		
1993	307; 27,5	120;		10; 0,9	90; 8,1	29; 2,6	27; 2,4	534; 47,8	1117	
1994	315; 37,9	10,7		3; 0,4	67; 8,1	32; 3,9	40; 4,8	279; 33,5	832	
1995	339; 34,7	96; 11,5		2; 0,2	71; 7,3	40; 4,1	25; 2,6	412; 42,1	978	
1996	363; 47,3	89; 9,1		1; 0,1	71; 9,3	41; 5,4	24; 3,1	191; 24,9	767	
1997	375; 49,1	76; 9,9	6; 0,8	1; 0,1	71; 9,2	61; 8,0	5; 0,7	168; 22,0	764	
1998	305; 50,8	77; 10,1		1; 0,2	70; 11,7	66; 11,0	3; 0,5	110; 18,3	600	
Gesamt	2004; 39,6	45; 7,5 503; 9,9	6; 0,1	18; 0,4	440; 8,7	269; 5,3	124; 2,5	1694; 33,5	5058	

Tabelle 3

Bereich 2 Alte Bundesländer ohne Bereich 1

Jahr der Diagnose	Risikogruppen									Ge- samt n
	Homo/ bi n %	IVDA n %	Hämo n %	Trans n %	Hetero n %	Patt II n %	PPI n %	k.A. n %		
1993	312; 26,0	126; 10,5	2; 0,2	36; 3,0	164; 13,6	84; 7,0	35; 2,9	443; 36,9	1201	
1994	331; 24,9	164; 12,3	1; 0,1	14; 1,1	160; 12,0	115; 8,6	34; 2,6	513; 38,5	1332	
1995	319; 28,3	137; 12,2		8; 0,7	150; 13,3	140; 12,4	25; 2,2	347; 30,8	1126	
1996	290; 30,3	104; 10,9		4; 0,4	119; 12,5	140; 14,6	27; 2,8	272; 28,5	956	
1997	318; 28,2	158; 14,0		5; 0,4	170; 15,1	183; 16,2	28; 2,5	265; 23,5	1127	
1998	304; 31,5	113; 11,7		5; 0,5	184; 19,0	179; 18,5	22; 2,3	159; 16,5	966	
Gesamt	1874; 27,9	802; 11,9	3; 0,0	72; 1,1	947; 14,1	841; 12,5	171; 2,6	1999; 29,8	6709	

Tabelle 4
Bereich 3 Neue Bundesländer (inkl. Ost-Berlin)

Jahr der Diagnose	Risikogruppen									Gesamt n
	Homo/bi n %	IVDA N %	Hämo n %	Trans n %	Hetero n %	Patt II N %	PPI N %	k.A. n %		
1993	37; 37,8	3; 3,1			12; 12,2	26; 26,5	1; 1,0	19; 19,4	98	
1994	49; 28,8	22; 12,9		1; 0,6	17; 10,0	45; 26,5		36; 21,2	170	
1995	65; 37,6	12; 6,9		1; 0,6	21; 12,1	42; 24,3	2; 1,2	30; 17,3	173	
1996	69; 37,7	9; 4,9		1; 0,6	9; 4,9	60; 32,8	1; 0,6	34; 18,6	183	
1997	69; 33,7	10; 4,9			24; 11,7	65; 31,7		37; 18,1	205	
1998	60; 49,2	4; 3,3		1; 0,8	15; 12,3	23; 18,9		19; 15,6	122	
Gesamt	349; 36,7	60; 6,3		4; 0,4	98; 10,3	261; 27,4	4; 0,4	175; 18,4	951	

Homo/bi : Homo- oder bisexuelle Männer
 IVDA : i.v. Drogenabhängige
 Hämo : Hämophile
 Trans : Empfänger von Bluttransfusionen und Blutprodukten
 Hetero : Heterosexuelle Kontakte (ausgenommen Patienten aus Pattern II-Ländern)
 Patt II : Patienten aus Pattern II-Ländern, in denen HIV endemisch ist und überwiegend heterosexuell übertragen wird (z.B. Karibik, Zentral- und Westafrika)
 PPI : Prä- oder perinatale Infektion
 k.A. : keine Angaben

Festzuhalten ist: In den neuen Ländern sind - wie in der DDR-Zeit - schwule Männer die am stärksten von der Krankheit betroffene Bevölkerungsgruppe (vgl. Tabelle 4). 30 - 50% der Erstinfektionen in den neuen Ländern betreffen schwule Männer, wobei zu berücksichtigen ist, daß ein weiterer, nicht exakt zu ermittelnder Teil homo- und bisexueller Männer keine Angaben über die der Zugehörigkeit zu einer „Risikogruppe“ gemacht hat und somit in der Rubrik „keine Angaben“ (k.A.) geführt wird. Unterstellt, daß die Verteilung der „Risikogruppen“ in der Rubrik „keine Angaben“ der Verteilung entspricht, die diese Angaben machten, dann erhöht sich der Anteil homo- und bisexueller Männer auf 40 - 60%.⁸

Beim Vergleich von Tabelle 4 (neue Länder) mit den Tabellen 2 (Metropolen, alte Länder) und 3 (Gebiete außerhalb der Metropolen, alte Länder) zeigt das Muster der Zusammensetzung der „Risikogruppen“ in den neuen Ländern größere Ähnlichkeiten mit dem Bereich 1 (Tabelle 2). Im Unterschied zu den Bereichen 1 und 2, in denen der Anteil Heterosexueller an den Erstinfektionen leicht im Ansteigen begriffen ist, bleibt im Bereich 3, den neuen Ländern, der Anteil Heterosexueller an den Erstinfektionen auf unverändertem Niveau. Im Unterschied zu den alten Ländern nehmen in den neuen Ländern nach der Statistik Menschen aus Pattern II-Ländern die zweite

Stelle bei den Hauptbetroffenengruppen ein, gefolgt von Erstinfektionen Heterosexueller. Eine HIV-Meßstudie von 1990-1996 belegt weiterhin, daß es sich bei 93% der Neuinfektionen in den neuen Ländern um Infektionen nach 1990 handelt, d.h. nach der Vereinigung.⁹

Neuere Untersuchungen über die altersmäßige Zusammensetzung homo- und bisexueller Männer mit Erstinfektionen in den neuen Ländern deuten darauf hin, daß der Anteil schwuler Männer unter 30 Jahre leicht erhöht ist, wobei sich die Altersverteilung der in den alten Ländern angleicht.¹⁰

Als Fazit aus der Entwicklung der Aids-Epidemie seit der Wende ist festzuhalten: Bemühungen bei der Krankheitsbekämpfung müssen sich nach wie vor in erster Linie auf die Infektionsverhütung richten und entsprechend des Anteils der Hauptbetroffenengruppen vor allem auf die Primärprävention unter schwulen Männern. Denn trotz aller in den letzten zehn Jahren erreichten Fortschritte bei der Behandlung von Aids - die vor allem in einer erfreulich lebensverlängernden Wirkung bei Aids-Kranken bestehen - verläuft die Krankheit dennoch tödlich. Schwulen Männern bei der Prävention die Priorität einzuräumen stellt also keine Bestandssicherung aufgrund eines „Gruppenegoismus“¹¹ dar, sondern ist eine epidemiologisch begründete Notwendigkeit. Außerdem muß hier darauf hingewiesen werden, daß die vorrangig auf schwule Männer zielende Prävention keinesfalls zur Vernachlässigung anderer Hauptbetroffenengruppen führen darf - und in den neuen Ländern sind das vor allem Menschen aus den Pattern II-Ländern¹² (d.h. Kriegsflüchtlinge und Asylsuchende). Für diese sehr heterogene Gruppe gibt es weder in den alten noch den neuen Bundesländern differenzierte Konzepte für eine effektive Prävention. Hinzu kommt, daß der von der Deutschen Aids-Hilfe (D.A.H.) proklamierte Leitsatz „der Solidarität der Hauptbetroffenengruppen“ praktisch schwer umzusetzen ist.¹³

Im Aids-Präventionskonzept der Bundesrepublik ist vorgesehen, hinsichtlich der zielgruppenspezifischen und zielgruppenunspezifischen Prävention Arbeitsteilung zu verfahren. Während die zielgruppenspezifische Prävention in der Verantwortung der vom Bund finanzierten Selbsthilfeorganisationen (Deutsche Aids-Hilfe, regionale Aids-Hilfen) liegt, kommt den staatlichen Einrichtungen der Gesundheitsfürsorge (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Gesundheitsämter etc.) die Aufklä-

zung der Allgemeinbevölkerung zu. Weil zielgruppenspezifische Prävention in den neuen Ländern vor allem auf schwule Männer zielen sollte, ist das im folgenden beschriebene Konzept vor allem, aber nicht nur an die Aids-Hilfen in den neuen Ländern gerichtet. Mit diesem nicht nur wird angedeutet, daß Aufgaben der zielgruppenspezifischen Prävention aufgrund der äußerst begrenzten Verbreitung von Aids-Selbsthilfestrukturen in den neuen Ländern auch von anderen Einrichtungen übernommen werden sollten.

3. Aids-Hilfe in den neuen Ländern

3.1 Die Entwicklung der Aids-Hilfe und der zielgruppenspezifischen Prävention

Bedingt durch ihre Abschottung - vor allem von den westlichen Industrienationen, in denen sich die Aids-Epidemie seit den frühen 80er Jahren sehr schnell ausbreitete - nahm die Epidemie in der DDR einen völlig anderen Verlauf. Diese Differenz im epidemiologischen Muster spiegelt sich auch in der gesamtgesellschaftlichen Wahrnehmung der Krankheit sowie im Umgang mit der Hauptbetroffenengruppe schwule Männer wider.

Obwohl bereits 1985 die erste HIV-Infektion in der DDR nachgewiesen wurde, stand erst 1987 für die Allgemeinbevölkerung bestimmtes Informationsmaterial zur Verfügung, zielgruppenspezifisches für schwule Männer gab es in der DDR nie. 1987 wurde auch aus den Vertretern der DDR-weit vorhandenen Homosexuellengruppen unter dem Dach der Evangelischen Kirchen- und Studentengemeinden der Zentrale Aids-Arbeitskreis etabliert. Bei dessen regelmäßigen Treffen - an denen jeweils ein Vertreter nahezu aller existierenden Schwulengruppen teilnahm - wurden die verschiedenen medizinischen, vor allem aber psychosozialen und politischen Aspekte der Krankheit thematisiert. In erster Linie ging es im Zentralen Aids-Arbeitskreis jedoch darum, Gruppenvertreter zur Selbsthilfe zu befähigen. Dazu wurden alternative Präventionsangebote zu den DDR-weit eingerichteten staatlichen Aids-Konsultationszentren geschaffen und zielgruppenspezifische Maßnahmen im Sinne des Sensibilisierens schwuler Männer gegenüber der Krankheit eingeleitet. Denn nicht nur die epidemiologischen Muster unterschieden sich grundsätzlich, sondern auch die Präventionsstrategien:

Übersicht 1: Vergleich der Aids-Präventionsstrategien DDR und BRD ¹⁴

Vergleichsparameter	DDR	BRD
Zielgruppenspezifik	<p>Unterstellen eines gleichen Infektionsrisikos für Homo- und Heterosexuelle</p> <p>Schwule Männer bleiben als Hauptbetroffenengruppe unberücksichtigt, im Hinblick auf:</p> <ul style="list-style-type: none"> – ihren besonderen Aufklärungsbedarf – die Entwicklung von lebensnahem gedrucktem Material – die Unterstützung von Selbsthilfe <p>die Nutzung vorhandener Strukturen als Verteiler von Präventionsbotschaften</p>	<p>Zumindest nach der Entscheidung für eine Lernstrategie der Prävention 1987:</p> <p>Auslagerung und z.T. großzügige materielle Förderung der zielgruppenspezifischen Prävention in den Aids-Hilfen</p> <p>Ab 1990 Umsetzung des Konzeptes der strukturellen Prävention:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Unterstützung verschiedener schwuler Lebensstile als ein Bestandteil von Prävention – Lebensweltlich differenzierte Präventionsangebote für schwule Männer
Widerspruchsfreiheit der Präventionsbotschaften	<p>Favorisieren eines Konzeptes ‚stabiler Partnerschaften‘ als zentrale Präventionsbotschaft</p> <p>Darstellen promiskuitiven Verhaltens als Infektionsrisiko</p> <p>Empfehlen der Vermeidung von Analverkehr mit und ohne Kondom</p>	<p>Betonung der Safer-Sex-Strategie ohne Bewertung sexuellen Verhaltens oder bestimmter Lebensweisen</p>
Medizinische Interventionen	<p>Betonen medizinischer Interventionen bei gleichzeitigem Ausblenden sozialer und politischer Implikationen der Krankheit</p> <p>Durchführen von Massenscreening</p> <p>Infektionskettenforschung, Testempfehlung für schwule Männer</p>	<p>Trotz anfänglichen Betonens medizinischer Aspekte werden die sozialen und politischen nicht ausgeblendet</p> <p>HIV-Ak-Test nur zur Abklärung eines Infektionsrisikos, einschließlich Testberatung</p>

Die Auswirkungen der unterschiedlichen Strategien auf die Einstellungen gegenüber Aids und das individuelle präventionsrelevante Verhalten von schwulen Männern, also die aus den Empfehlungen abgeleiteten Schutzstrategien und deren verhaltenswirksame Umsetzung, wurden systematisch nie wirklich untersucht.¹⁵

Hinzuweisen ist hier auf die begrenzte Wirkung der in den zaghaften Anfängen befindlichen Selbsthilfearbeit. Diese wurde weder finanziell unterstützt noch war sie politisch akzeptiert. In der DDR gab es ein generelles Mißtrauen staatlicher Instanzen - insbesondere des Sicherheitssystems - gegenüber jeder Form von Selbsthilfe. Somit hatten auch die zuständigen Einrichtungen des Gesundheitswesens unüberwindliche Vorbehalte gegenüber der Aids-Selbsthilfe. Es war beispielsweise unmöglich, gedruckte Präventionsmaterialien zu produzieren.

Anders als in der Bundesrepublik, wo mit der zunehmenden Verbreitung der Krankheit die Zahl der zielgruppenspezifischen nicht-staatlichen Aids-Hilfen kontinuierlich stieg und sich die staatlichen Gesundheitsämter intensiver um die Aufklärung der Allgemeinbevölkerung bemühten, waren in der DDR zum Zeitpunkt der ‚Wende‘ beide Bereiche nicht für diese Aufgaben vorbereitet. Vor allem deshalb wurde mit dem ‚Fall der Mauer‘ in Ost und West ein rapider Anstieg der HIV-Infektionen in der DDR bzw. den neuen Ländern prognostiziert, vor allem unter schwulen Männern. Das war für die Vertreter der Zentralen Aids-Arbeitsgruppe Anlaß, noch 1989 die Aids-Hilfe DDR zu gründen.¹⁶

Eine der wichtigsten Aufgaben der Aids-Hilfe DDR war die schnelle Etablierung lokaler Aids-Hilfen, die zügig jene aus der DDR-Zeit herrührenden Defizite in der zielgruppenspezifischen Prävention ausgleichen sollten. Und tatsächlich gelang es, im ersten Jahr nach der ‚Wende‘ (1990) in den neuen Ländern einschließlich Ost-Berlin 15 lokale Aids-Hilfen vor allem in jenen Städten zu gründen, in denen schwule Männer noch aus der DDR-Zeit in diesen Zusammenhängen aktiv waren. Seither muß von einer Stagnation bei der Aids-Selbsthilfebewegung gesprochen werden. Im Rahmen des Bundesmodellprojektes des Bundesministeriums für Gesundheit (1991-1994)¹⁷ wurde versucht, in verschiedenen Regionen der neuen Länder die Gründung von Aids-Hilfen anzuregen und zu begleiten. Die Bemühungen hatten keinen Erfolg. Auch die Aktivitäten vom Referat Ost der D.A.H., in verschiedenen Städten (z.B. in

Cottbus) Aids-Hilfen zu etablieren, stießen nicht auf die gewünschte Resonanz. Gegenwärtig gibt es in vielen auch großen Städten keine Aids-Hilfen, so z.B. östlich der Linie Rostock-Berlin-Dresden. Auf Grund dieser negativen Erfahrungen bei der Initiierung von Aids-Selbsthilfe von außen sollten zukünftig andere Möglichkeiten gesucht werden, Präventionsstrukturen zu schaffen bzw. zu nutzen. Die ausgebliebene spürbare Zunahme von Menschen mit HIV und Aids in den neuen Ländern, hat die Entwicklung der Aids-Hilfe Gründungen eher gehemmt als befördert, seit 1990 hat sich in den neuen Ländern gerade eine einzige neue Aids-Hilfe gegründet. Es kann also keineswegs von einem auch nur annähernd flächendeckenden Netz von Aids-Hilfen in den neuen Ländern ausgegangen werden, das in der Lage wäre, zielgruppenspezifische Prävention zu leisten.

Lokale Aids-Hilfen in den neuen Ländern (Stand: Juli 1999)

Ostberlin (2)

Pluspunkt
Prenzelberger Aids-Projekt¹⁸

Mecklenburg-Vorpommern

Rostock
Wismar mit Außenstelle Schwerin
Neubrandenburg

Brandenburg

Potsdam

Thüringen

Erfurt mit Außenstellen in Gotha, Eisenach und Suhl
Weimar mit Außenstellen in Jena und in Gera

Sachsen

Leipzig
Zwickau
Dresden
Chemnitz

Sachsen-Anhalt

Halle
Magdeburg
Halberstadt mit Außenstelle in Quedlinburg

Wesentliche Gründe für das Stagnieren der weiteren Verbreitung der Aids-Hilfen in den neuen Ländern seit sieben Jahren liegen in dem bisher ausgebliebenen prognostizierten sprunghaften Anstieg der HIV-Infektionen. Dies hat die Nicht-Erlebbarkeit der Krankheit zur Folge, wobei zusätzlich die Tendenz des Wegziehens von Menschen mit HIV und Aids in die Metropolen zu verzeichnen ist. Außerdem ist in den neuen Bundesländern allseits eine Organisationsmüdigkeit zu konstatieren. In einigen Städten hat es den Anschein, daß sich schwule Männer wie lokale Behörden in einer trügerischen Sicherheit wiegen. Während die Männer offenbar davon ausge-

hen, die neuen Bundesländer ließen sich als ‚epidemiologische Insel‘ konservieren, sind die Kommunen und Länder als potentielle Zuwendungsgeber für jeden nicht eingeforderten Betrag dankbar. Doch auch DDR-spezifische, überwunden geglaubte Einstellungen gegenüber schwulen Männern (Homosexualität) und Aids-Selbsthilfensansätzen wirken nach. So zeigt sich in einem Bundesland, daß jenes in der DDR-Zeit entstandene gegenseitige Mißtrauen zwischen den Arbeitskreisen Homosexualität und den Einrichtungen des DDR-Gesundheitswesens, heute auf der administrativen Regierungsebene reproduziert. Die fehlende Bereitschaft zuständiger Mitarbeiter der Bewilligungsinstanzen, die für die zielgruppenspezifische Prävention beantragten Mittel zu genehmigen, lassen kaum andere Interpretationen zu. Auch das in einigen Städten als kompliziert beschriebene Verhältnis medizinischer Einrichtungen zur Selbsthilfe, seien es Aids-Hilfen oder Schwulengruppen, beeinträchtigen den erforderlichen vertrauensvollen Umgang, der Voraussetzung für die sinnvolle Arbeitsteilung zwischen den präventiv wirksamen Einrichtungen ist.

Insgesamt ist festzuhalten, daß die derzeit vorhandenen Aids-Hilfe-Strukturen keinesfalls auch nur annähernd den präventiven Erfordernissen in den neuen Ländern entsprechen, was sich durch die vorgesehene Arbeitsteilung bei der zielgruppenspezifischen Prävention besonders nachteilig auf die Angebote für schwule Männer auswirkt. Insofern muß wegen dieser sehr langsamen Entwicklung nach anderen für diese Aufgaben in Frage kommenden Einrichtungen Ausschau gehalten werden. Potentiell kommen dafür die Gesundheitsämter und die lokalen Schwulengruppen in Frage.

3.2 Aktuelle Präventionsangebote der Aids-Hilfen für schwule Männer

Wenn im vorliegenden Konzept Möglichkeiten der Verbesserung zielgruppenspezifischer Prävention für schwule Männer erarbeitet werden sollen, ist zunächst zu fragen, welche Angebote derzeit in den neuen Ländern bestehen, von den Aids-Hilfen, den Gesundheitsämtern und den Schwulengruppen.

Dazu wurden, zumindest im Bereich der Aids-Hilfen, die kompetenten Ansprechpartner nach ihren aktuellen Angeboten befragt. Hier geht es nicht um eine Bewertung

der zielgruppenspezifischen Arbeit der einzelnen Aids-Hilfen und auch nicht darum, einzelnen Aids-Hilfen Vorschläge zu unterbreiten. Daher werden im folgenden nur in Ausnahmefällen Personen- bzw. Ortsnamen regionaler und lokaler Aids-Hilfen bzw. von deren Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern genannt.

In den neuen Ländern gibt es derzeit 15 Aids-Hilfen (13 außerhalb Berlins), von denen vier Aids-Hilfen bis zu drei unselbständige Außenstellen unterhalten. [Die Außenstellen sind sehr vielgestaltig, unter ihnen sind welche, die ohne eigene Räume bei anderen Trägern (z.B. multikulturellen Zentren) angesiedelt sind. Manche bieten einmal wöchentlich stundenweise Beratung von befristet eingestellten oder ehrenamtlichen Mitarbeitern an. Andere verfügen über fest angemietete Büro- und Beratungsräume, in denen bis zur vier befristet angestellte Mitarbeiter tätig sind.] Werden die insgesamt sieben Außenstellen zu den Städten mit Aids-Hilfen addiert, bestehen außer in Berlin in weiteren 20 Städten Aids-Hilfen.

Von den 15 in den neuen Ländern existierenden selbständigen Aids-Hilfen sind 14 im Bereich Primärprävention tätig. Eine Selbsthilfe richtet sich vorrangig auf die Begleitung, Betreuung und Versorgung von Menschen mit HIV und Aids. Von 13 der 14 Aids-Hilfen gehen zielgruppenspezifische Angebote zur Primärprävention für schwule Männer aus. Nur in einer Aids-Hilfe sind schwule Männer nicht als Zielgruppe der Prävention aufgeführt, von den Mitarbeitern dort gibt es auch keine diesbezüglichen Angebote oder Initiativen. Jedoch bieten alle 14 Aids-Hilfen mehr oder weniger differenzierte Präventions- und Aufklärungsangebote für die Allgemeinbevölkerung an, die Mehrzahl im Rahmen des Schoolwork. Im Hinblick auf die zielgruppenspezifische Prävention beschränken sieben der 13 Aids-Hilfen ihre Angebote auf persönliche Beratung und Telefonberatung. Im Sinne einer die schwule Subkultur stärkenden strukturellen Prävention betreiben fünf Aids-Hilfen ein Café, eine Bar oder ein Begegnungszentrum für schwule Männer in ihren Räumen, von drei weiteren Aids-Hilfen sind haupt- bzw. ehrenamtliche Mitarbeiter zu den Öffnungszeiten der lokalen Schwulen- und Lesbenzentren anwesend.

Streetwork wird in sechs Aids-Hilfen teils kontinuierlich, teils sporadisch, teils von haupt-, teils von ehrenamtlichen Mitarbeitern angeboten. In keiner Aids-Hilfe gibt es

eine volle Streetworker-Stelle. In einigen Aids-Hilfen teilen sich die hauptamtlichen Mitarbeiter stundenweise und aufgabenbezogen die Vor-Ort-Arbeit.

Zwischen den Aids-Hilfen bestehen sehr verschiedene Auffassungen über die Arbeit der Streetworker in den neuen Ländern. Während einige ihre Arbeit auf den Bereich Primärprävention in geschlossenen Räumen (Beratung, Material- und Kondomverteilung an Szeneorten) beschränkt wissen wollen, nehmen andere eine strikte Selektion der Orte vor, an denen sie präsent sind. So wird an Orten sexueller Begegnung (‚Cruising-Gebiete‘ wie Parks und Strände, ‚Klappen‘, d.h. öffentliche Toiletten) nur von drei Aids-Hilfen Streetwork angeboten. Aber auch innerhalb der lokalen Aids-Hilfen gibt es zwischen den Mitarbeitern unterschiedliche Vorstellungen von Streetwork, die zu erheblichen Kontroversen führten. Vor allem aber hängt Streetwork von der Bewilligung entsprechender Personalstellen der Zuwendungsgeber ab, wobei sich die aktuelle Situation wie folgt darstellt:

- Sowohl hinsichtlich der Zahl der Streetworker als auch im Hinblick auf die Vielfalt der Angebote besteht das größte Streetwork-Angebot in Berlin.
- Im Land Brandenburg wird keinerlei Streetwork angeboten.
- In Sachsen leistet von den vier bestehenden Aids-Hilfen lediglich eine Streetwork.
- In Sachsen-Anhalt gibt es Streetwork-Angebote von zwei Aids-Hilfen.
- In Mecklenburg-Vorpommern besteht nur an einer der drei existierenden Aids-Hilfen ein Streetwork-Angebot. Diese Aids-Hilfe bekommt von der Stadt einige Monatsstunden für diese Arbeit bezahlt, da sie vom Land nicht finanziert wird.

Von den sechs im Rahmen des Bundesmodellprojektes geförderten Streetworker-Stellen, deren Effizienz im entsprechenden Abschlußbericht genauso betont wurde wie die Notwendigkeit des Ausbaus dieser Arbeit, wird gegenwärtig keine mehr finanziert. Feste Stellen mit budgetiertem Anteil von Streetwork gibt es gerade mal in drei Aids-Hilfen der neuen Länder. Alle anderen Streetwork-Angebote werden über Stellen im Rahmen von SAM (Strukturanpassungsmaßnahmen, max. drei Jahre), LKZ (Lohnkostenzuschuß, Bewilligungszeitraum ein Jahr), ABM (Arbeitsbeschaffungsmaßnahmen, Bewilligungszeitraum ein Jahr), Zivi (Zivildienst Dauer 13 Monate) oder auf ehrenamtlicher Basis realisiert. Das heißt, daß Streetwork nicht nur von der arbeitsmarktpolitischen Förderung in Ostdeutschland abhängt, sondern auch von

der jeweiligen Verfügbarkeit potentiell geeigneter und noch dazu für die Stellen anspruchsberechtigter Streetworker, also Langzeitarbeitsloser. Wird weiterhin davon ausgegangen, daß zum Streetwork neben besonderen Fähigkeiten bestimmte Qualifikationen bzw. Weiterbildungen notwendig sind, Tätigkeiten also, die von dem ohnehin meist nur auf ein Jahr bemessenen Bewilligungszeitraum nicht für die Arbeit vor Ort genutzt werden können, muß an der Effizienz dieser Praxis gezweifelt werden. Hinzu kommt, daß die Akzeptanz von Streetwork ein vertrauensvolles Verhältnis zum Streetworker voraussetzt, welches nur über kontinuierliche jahrelange Präsenz in den entsprechenden subkulturellen Bereichen herzustellen ist.

In den 15 Aids-Hilfen in den neuen Ländern einschließlich Ostberlins bestehen derzeit ca. 60 Stellen (jeweils halbe Stellen wurden addiert), wovon 30 Stellen sogenannte feste, d.h. zeitlich unbefristete Stellen sind, die aus kommunalen bzw. Landesmitteln finanziert werden und ca. 30 aus arbeitsmarktpolitischen Rahmenprogrammen (ABM, SAM, LKZ). Von den 30 festen Stellen sind die meisten für die Geschäftsführung, Verwaltungs- bzw. Sekretariatsarbeiten vorgesehen, danach für jene, die Aufklärung an Schulen- und anderen Ausbildungseinrichtungen leisten. Während es in nahezu jeder Aids-Hilfe mindestens einen Mitarbeiter gibt, der für Prävention unter Jugendlichen zuständig ist, enthalten nur sieben Stellen in fünf Städten Aufgaben der zielgruppenspezifischen Prävention (inklusive Streetwork für schwule Männer). Bei den befristeten Stellen sind das weitere fünf Stellen in vier Städten, so daß in den neuen Ländern insgesamt zwölf Stellen Aufgaben der zielgruppenspezifischen Prävention unter schwulen Männern beinhalten. Im Vergleich mit den alten Bundesländern muß hinsichtlich der epidemiologischen Verteilung und der präventiven Angebote eine eklatante Disproportion für die neuen Länder festgestellt werden.

Wenn einer der besten Kenner der Aids-Selbsthilfebewegung in den neuen Ländern 1996 konstatiert: „Es hat den Anschein, daß die Aids-Hilfen sehr häufig ein angepaßtes ‚Saubermann-Image‘ bekommen und sich von den ‚Schmuddelkindern‘, wie schwule Männer, Junkies oder Huren verabschieden wollen“¹⁹, dann muß dem als Aussage zum allgemeinen Trend zugestimmt werden. Hinzuzufügen wäre noch, daß dies auch für die zweite Hauptbetroffenengruppe in den neuen Ländern gültig ist:

Menschen aus den Pattern II-Ländern, also Gastarbeiter, Asylsuchende und Kriegsflüchtlinge.

3.3 Schwule Subkultur in den neuen Ländern als Basis für die Aids-Prävention

Aufgrund der spezifischen politischen Bedingungen, aber auch der Bewertung von Homosexualität und des im Laufe der Zeit sich ändernden gesellschaftlichen Umgangs mit homosexuellen Frauen und Männern in der DDR unterschieden sich nicht nur die Biographien schwuler Männer in der DDR von denen in der BRD, sondern auch ihre Lebensweisen und Kommunikationsstrukturen, die schwule Subkultur. Mit der ‚Wende‘ wurde eine schnelle Angleichung der schwulen Lebenswelten im Osten an jene im Westen prognostiziert, eine Entwicklung, die Voraussetzung für die Übernahme des Konzepts der zielgruppenspezifischen Prävention, wie es von der Deutschen Aids-Hilfe vertreten wird, gewesen wäre. Diese Entwicklung dauert offenbar länger als vermutet: Noch zehn Jahre nach der ‚Wende‘ existieren gravierende Unterschiede zwischen der schwulen Subkultur in den neuen Ländern und jenen Formen subkulturellen Lebens, wie sie sich in den 80er und frühen 90er Jahren in der BRD bzw. den alten Ländern ausdifferenziert haben. Die spezifische Organisation der schwulen Subkultur in den neuen Ländern und ihre Entwicklung seit der ‚Wende‘ soll - als Ausgangspunkt für Vorschläge zur Gestaltung der zielgruppenspezifischen Prävention - im folgenden kurz beschrieben werden. Die empirische Basis für die tabellarischen Darstellungen ist die Analyse sehr verschieden organisierter Subkulturen in acht Städten der neuen Ländern, wobei die Entwicklung Ost-Berlins wegen der für die neuen Länder untypischen Situation vor und nach der ‚Wende‘ außer acht bleiben muß. Auf das methodische Vorgehen bei der Stadtauswahl, auf die Beschreibung der sehr verschiedenen Informationsquellen sowie auf die ausführliche Darstellung der Ergebnisse muß hier aus Platzgründen verzichtet werden²⁰. Für den hier interessierenden Zusammenhang, d.h. die für die Wahl der Präventionsmethoden und die der Vermittler der Prävention ausschlaggebenden Strukturen schwuler Subkultur, sind die in Übersicht 2 aufgezählten Strukturelemente von Bedeutung.

*Übersicht 2:***Strukturelemente schwuler Subkultur***Im öffentlichen Raum*

nicht-kommerziell:

- Schwulengruppen
- schwulenspezifische (Freizeit-)Angebote
- Aids-Hilfen

kommerziell:

- Lokale, Cafés, Bars, Restaurants
- Diskotheken
- Saunen
- Sex-Kinos, Sex-Shops

sexuelle Treffpunkte:

- Öffentliche Toiletten („Klappen“)
- Parks („Striche“), Strände

Im privaten Raum

- Freundes- und Bekanntenkreise
- sexuelle Netzwerke

Die schwule Subkultur in der DDR-Zeit war u.a. durch folgende Merkmale gekennzeichnet:

- Traditionell kam in der DDR-Zeit aufgrund der eingeschränkten Nutzungsmöglichkeiten des öffentlichen Raums den Strukturen im privaten Raum eine zentrale Bedeutung zu. Hier sind besonders die sehr verschieden organisierten Freundeskreise zu nennen, die bis zur ‚Wende‘ existierten.
- Die Freundeskreise waren auch die Keimzellen der sich ab 1982 unter dem Dach der evangelischen Kirchen- und Studentengemeinden organisierenden Schwulengruppen, von denen es - DDR-weit vernetzt - Ende der 80er Jahre etwa zwanzig gab.
- Außerhalb von Ost-Berlin gab es in der DDR kaum kommerzielle Einrichtungen mit ausschließlich schwulem Publikum, vielmehr herrschte die Form der schwullesbisch bzw. homo-heterosexuell gemischten Lokale (Restaurants, Bars, Cafés, Diskotheken) vor.
- Aufgrund des Mangels an schwulen Lokalen kam auch sexuellen Treffpunkten (Klappen, Parks etc.) als Orten der Kommunikation eine große Bedeutung zu.

In den folgenden drei Übersichten (3a-3d) werden die Tendenzen der Veränderungen schwuler Subkultur in den neuen Ländern seit 1989, getrennt nach öffentlichem

Raum (Gruppen, kommerzielle Einrichtungen, sexuelle Treffpunkte) und privatem Raum (Freundeskreise, sexuelle Netzwerke), dargestellt.

Übersicht 3a:

Tendenzen der Veränderung schwuler Subkultur in den neuen Ländern

Im öffentlichen Raum:

Gruppen

	Aufgaben und Funktionen	Bedeutung	Zielgruppe schwuler Männer
Gruppen mit DDR-Kontinuität (Arbeitskreise)	Geborgenheit Solidarisches Verhalten Information Beratung	abnehmend	Coming-out vor der ‚Wende‘
Gewandelte Gruppen (DDR-Gruppen mit verändertem Profil, z.B. Rosa-Linde, Leipzig)	halb-kommerzielle Angebote, vor allem Diskos, Kultur- und Freizeitangebote	leicht zunehmend	Coming-out vor oder nach der ‚Wende‘
Gruppenneugründungen			
a) im Kontext multikultureller Zentren	Kultur- und Freizeitangebote Kommunikations- und Beratungsangebote	zunehmend	Coming-out nach der ‚Wende‘ oder sexuelle Orientierungen übergreifend
b) Übernahme westdeutscher Modelle	religiöse, weltanschauliche, kulturelle und sportliche Angebote sowie sexuelle Präferenzen (z.B. Leder)	zunehmend	Coming-out vor oder nach der ‚Wende‘, vor allem aber aus den alten Ländern zugezogene

*Übersicht 3b:***Tendenzen der Veränderung schwuler Subkultur in den neuen Ländern***Im öffentlichen Raum:***Kommerzielle Einrichtungen**

	Aufgaben und Funktionen	Bedeutung	Zielgruppe schwuler Männer
Schwule Lokale	Kommunikation Kennenlernen von Sexualpartnern	<i>am Wohnort</i> gering, auch kaum vorhanden <i>an Pendelzielorten:</i> zunehmend, nach der ‚Wende‘ eröffnete Lokale bevorzugt	vornehmlich ältere schwule Männer vornehmlich jüngere schwule Männer
Gemischte Lokale	Kommunikation Geselligkeit ggf. Kennenlernen von Sexualpartnern	gleichbleibend groß	altersunabhängig, weniger subkulturell orientierte schwule Männer
Schwulen-Diskos	Unterhaltung Kommunikation	zunehmend	Vornehmlich jüngere schwule Männer
Schwulen-Saunen	Sexualkontakte Kommunikation	zunehmend	Vornehmlich jüngere schwule Männer, aber auch ältere

*Übersicht 3c:***Tendenzen der Veränderung schwuler Subkultur in den neuen Ländern***Im öffentlichen Raum:*
Sexuelle Treffpunkte

	Aufgaben und Funktionen	Bedeutung	Zielgruppe schwuler Männer
Öffentliche Toiletten (,Klappen') und Umgebung	Sexualkontakte Kommunikation	deutlich abnehmend, da kaum noch geeignete öffentliche Toiletten	vornehmlich ältere schwule Männer, aber auch jüngere
Cruising-Gebiete (,Striche', Strände)	Sexualkontakte Kommunikation	leicht abnehmend	schwule Männer jeden Alters

*Übersicht 3d:***Tendenzen der Veränderung schwuler Subkultur in den neuen Ländern***Im privaten Raum:*

	Aufgaben und Funktionen	Bedeutung	Zielgruppe schwuler Männer
Schwule Freundeskreise	soziale Stabilität Freizeitgestaltung Kommunikation sexuelle Kontakte	stark abnehmend durch Abwanderung, zudem Neustrukturierung nach Einkommen und sozialer Lebenslage	vornehmlich schwule Männer mit Coming-out vor der ,Wende'
Sexuelle Netzwerke	sexuelle Kontakte Kommunikation	leicht abnehmend	weitgehend altersunabhängig

Neben den vielfältigen Bedeutungs- und Funktionsverschiebungen der einzelnen Strukturelemente schwuler Subkultur in den neuen Ländern - auf die in den folgenden Kapiteln noch näher einzugehen sein wird - zeichnen sich einige generalisierbare Tendenzen ab.

1. Der Zeitpunkt des Coming-out schwuler Männer, das Vorhandensein DDR-spezifischer Erfahrungen, z.B. der familiären Vertrautheit und Geborgenheit in den Freundeskreisen, und das Streben nach gesellschaftlicher Anerkennung der Gruppen sowie das starke Bedürfnis nach verbaler Kommunikation strukturieren heute die Präferenz für spezifische Einrichtungen schwuler Subkultur. Die ‚Wende‘ markiert einen Generationenbruch.

2. Unabhängig vom Zeitpunkt des Coming-out schwuler Männer gibt es bereits vor 1989, aber verstärkt nach der ‚Wende‘ eine forcierte Abwanderungsbewegung nach Berlin bzw. in die alten Bundesländer, wobei Berufs- und Ausbildungschancen sowie die Orientierung an westlich geprägten schwulen Lebensstilen gleichermaßen von Bedeutung sind.

3. Der in der DDR-Zeit für schwule Männer so wichtige private Raum hat wesentlich an Bedeutung verloren. Durch die starken Abwanderungsbewegung schwuler Männer haben sich die schwulen Freundeskreise wesentlich verkleinert, darüber hinaus wird die Zusammensetzung der Freundeskreise heute stärker als in der DDR von der Einkommenshöhe und dem sozialen Status (auch Arbeitslosigkeit) bestimmt.

4. Sex an öffentlichen Orten hat in vielen Städten im Vergleich zur DDR-Zeit an Bedeutung verloren. Allgemein zu konstatieren ist die Schließung öffentlicher Toiletten bzw. deren Ersatz durch automatische ‚Citytoiletten‘ sowie der Modernisierung von Parkanlagen. Von dieser Entwicklung sind ältere schwuler Männer besonders nachhaltig betroffen. Junge schwule Männer scheinen mit den geänderten bzw. hinzugekommen Möglichkeiten sexueller Kontaktaufnahme weniger Probleme zu haben als ältere, die wegen ihrer gesunkenen Attraktivität bzw. ihnen unbekanntem Werbeverhalten Vorbehalte gegenüber neuen Möglichkeiten (z.B. Saunen) haben.

5. Unabhängig vom Zeitpunkt des Coming-out präferieren schwule Männer in den neuen Ländern, wenn auch aus unterschiedlichen Gründen, sogenannte gemischte Lokale. Diese Vorliebe verlangsamt die Entwicklung einer ausschließlich schwulen kommerziellen Subkultur. Dafür wurden folgende Gründe angeführt²¹:

- schwule Männer mit DDR-Coming-out: DDR-geprägter Präferenz gemischter Restaurants, Bars und Kneipen;
- schwule Männer mit Coming-out nach der ‚Wende‘: Präferenz von die sexuellen Orientierungen übergreifenden Subkulturen bzw. Freizeiteinrichtungen;
- zahlenmäßige Begrenztheit der homosexuellen Szene;
- Abwanderung schwuler Männer (besonders der jungen und szene-orientierten);
- räumlich abgespaltenes Ausleben subkultureller Bedürfnisse schwuler Männer an Pendelzielorten;
- mangelnde Kaufkraft der potentiellen Gäste;
- Ängste der Gäste vor Entdeckung, Ängste vor homosexuellenfeindlichen Übergriffen;
- Präferenz von gesprächsorientierten Gruppenangeboten gegenüber kommerziellen Angeboten;
- mangelnde Risikobereitschaft potentieller Gastronomen.

Hinzu kommt ein zentraler Aspekt, den ein junger schwuler Mann so formuliert:

„Es gibt bei den schwulen Männern keine Wertschätzung einer schwulen Szene; man braucht erst mal ein Verständnis dafür, daß eine schwule Kneipe ein Ort von Lebenskultur ist; das gibt es bei den Wirten nicht und auch bei den Gästen nicht.“

6. Schwule Männer in den neuen Ländern zeigen ein ausgeprägtes Pendelverhalten an den Wochenenden. Bevorzugter Pendelzielort ist Berlin, mit einer starken Präferenz für die subkulturellen Angebote im Ostteil der Stadt.

Insgesamt ist festzustellen, daß sich die schwulen Subkulturen Ost und West nach wie vor unterscheiden, auch wenn es einen langsam verlaufenden Prozeß der Angleichung gibt. Die Unterschiede zwischen den Subkulturen, so scheint es, werden jedoch noch so lange erhalten bleiben, bis jene Generation schwuler Männer mit westlich geprägten Bedürfnisstrukturen in den neuen Ländern die Generation der DDR-sozialisierten schwulen Männer abgelöst haben wird.

4. Aids-Prävention in den neuen Ländern: Inhalte, Methoden, Orte und Vermittler der Prävention

4.1 Strukturelle Prävention und Zielgruppenspezifik

Auf den Vergleich des zielgruppenfernen Präventionskonzepts der DDR mit dem zielgruppennahen Ansatz in der Bundesrepublik wurde bereits hingewiesen. Die nach der ‚Wende‘ gegründeten Aids-Hilfen in den neuen Ländern orientieren sich zumindest formal, d.h. durch ihre Mitgliedschaft, am Präventionsverständnis (Strategien, Methoden, Inhalte) der Deutschen Aids-Hilfe und den entsprechenden Konzepten von dessen Umsetzung. Das 1990 vorgelegte und seitdem verfeinerte Konzept der **strukturellen Prävention**²² geht weit über die traditionelle Wissensvermittlung zum effektiven Schutz vor einer HIV-Infektion hinaus und verliert die Lebensbedingungen der besonders von der Krankheit betroffenen Bevölkerungsgruppen genauso wenig aus dem Blick wie die politischen Rahmenbedingungen. Inwieweit jedoch dieses Konzept der strukturellen Prävention von den Aids-Hilfen der neuen Länder zur Kenntnis genommen und als Arbeitsgrundlage akzeptiert wurde, ist unklar. Zumindest vom Ansatz und den Intentionen her steht es dem DDR-Konzept diametral entgegen, eine Tatsache, die bisher nicht thematisiert worden sein dürfte.

Im wesentlichen beinhaltet das Konzept der strukturellen Prävention die Befähigung der Angehörigen der Hauptbetroffenengruppen zum eigenverantwortlichen Handeln. Das schließt die Förderung ihrer individuellen Fähigkeiten für den selbstbestimmten Umgang mit der Krankheit und den Schutz vor ihr im Sinne des Risikomanagements ein. Weiterhin gehört die Schaffung entsprechender gesellschaftlicher Rahmenbedingungen als unabdingbare Voraussetzung zur strukturellen Prävention. Die Grundlagen der strukturellen Prävention sind:

- Einheit von Verhaltens- und Verhältnisprävention;
- Einheit der drei Präventionsebenen Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention;
- Einheit von Gesundheitsförderung und Selbsthilfe;
- Einheit von Emanzipation und Prävention.²³

Im Konzept der strukturellen Prävention steht also die untrennbare Wechselbeziehung von individuellem Verhalten und politisch liberalen, gesellschaftlich solidari-

schen und ökonomisch hinreichend gesicherten Verhältnissen im Vordergrund. Es trägt bei zur Verbesserung:

- der Gesundheitsförderung (Prävention);
- der Lebenslage der Hauptbetroffenengruppen;
- der Akzeptanz unterschiedlicher Lebensstile und damit zur Gestaltung einer pluralen Gesellschaft.

Doch so schlüssig das Konzept klingt, so problemreich gestaltet sich seine Umsetzung²⁴, insbesondere hinsichtlich der spezifischen Problemlagen in den neuen Ländern. Dazu zählen folgende Aspekte:

- Angesichts drängender materieller und sozialer Probleme der Länder und Kommunen im Osten nimmt Aids, und damit die HIV-Prävention, wenn überhaupt, eine nachgeordnete Bedeutung ein.
- Aufgrund der nach wie vor ‚günstigen‘ epidemiologischen Situation in den neuen Ländern wird die Notwendigkeit zielgruppenspezifischer Prävention für schwule Männer ausgeblendet. Dies trifft sowohl für potentielle Initiatoren von Aids-Hilfen zu wie für die lokal zuständigen medizinischen Einrichtungen. Übersehen wird dabei, daß die geringe Verbreitung von Aids in den neuen Ländern langfristig nur über die Umsetzung geeigneter Präventionsstrategien erhalten werden kann.
- Noch heute wirkt DDR-Gesundheitspolitik in den neuen Ländern nach - nicht nur im Sinne der mehr oder weniger expliziten Beibehaltung der damaligen Aids-Präventionsstrategie -, sondern auch allgemein. Strategien der Gesundheitsfürsorge sind in den neuen Ländern aus verschiedenen Gründen stärker an Schutzstrategien orientiert, d.h. hier der Sucht- und Lustvermeidung als an Strategien, die auf eigenverantwortliches Risikomanagement setzen. So fehlt bis auf wenige Ausnahmen z.B. für eine suchtakzeptierende Aids-Präventionsstrategie weitgehend das Verständnis. Insofern wird der im Konzept der strukturellen Prävention enthaltene, prinzipiell rausch- und lustbejahende Ansatz der „Befähigung zur Güter- und Risikoabwägung“²⁵ gemeinsam mit den staatlichen und kommunalen Einrichtungen bzw. deren finanzieller Unterstützung schwer umzusetzen sein.
- Traditionelle Vorurteile (und deren Revitalisierung) gegenüber den Hauptbetroffenengruppen behindern die Einsicht in die Notwendigkeit der Umsetzung eines vorurteilsfreien Lebensweisenkonzeptes bei schwulen Männern. Es ist besonders

bedenklich, daß sich derartige Vorurteile auch bei professionell mit Aids befaßten Berufsgruppen (z.B. Amtsärzten) finden. Wenn diese schon bei herkömmlichen Formen der HIV-Prävention eine Zusammenarbeit mit Schwulengruppen ablehnen, wie schwer dürfte ihnen dann die Notwendigkeit z.B. der Finanzierung der Vor-Ort-Arbeit auf ‚Klappen‘ oder auch nur die ‚Akzeptanz‘ von Safer-Sex-Parties in Räumen von Aids-Hilfen zu vermitteln sein. Demgegenüber werden Mittel für die HIV-Prävention bei Kindern und Jugendlichen - obwohl diese viel weniger gefährdet sind - schneller und ohne Widerstände bewilligt. Leider findet sich diese Disproportion präventiver Aktivitäten - bis auf zwei Ausnahmen - in allen Aids-Hilfen der neuen Länder.

- Besonders, aber nicht nur, bei den Zuwendungsgebern der Länder und Kommunen fehlt das Verständnis für einen so umfassenden Präventionsbegriff. Das trifft vor allem für Entscheidungsträger zu, die bereits in der DDR mit Aids-Prävention zu tun hatten. Aktivitäten zur Unterstützung der schwulen Subkultur werden als Zweckentfremdung, wenn nicht gar als Mißbrauch von Mitteln und Arbeitskraft angesehen; in der Regel wird deren Finanzierung erst gar nicht bewilligt.
- Auch bei Mitarbeitern einiger Aids-Hilfen in den neuen Ländern herrscht ein verkürztes Verständnis von Prävention im Sinne der Aufklärung. Sie meinen, Prävention bedeute nur, Kondombenutzung bei Risikokontakten zu maximieren.
- Nicht nur die Zuwendungsgeber, sondern auch die Mitarbeiter der Aids-Hilfen brauchen eine Bestätigung ihrer Arbeit. Langfristige Ziele wie die Verbesserung der Lebenslage der Hauptbetroffenengruppen brauchen einen langem Atem, ihre Umsetzung ist mit Rückschlägen und Enttäuschungen verbunden, die auch im Falle des Erfolges kaum honoriert wird. (Die Umsetzung der strukturellen Prävention in Aids-Hilfen, die nur auf ABM-Basis arbeiten, ist ein Widerspruch in sich.) Insofern ist z.B. Schoolwork auch kurzfristig methodisch leichter umzusetzen und gegenüber den Zuwendungsgebern statistisch effektvoller nachzuweisen als beispielsweise Streetwork oder schwulenpolitische Lobbyarbeit.

Im Konzept der strukturellen Prävention wird nicht nur hinsichtlich der Hauptbetroffenengruppen (schwule Männer, i.v. Drogengebraucher etc.) von unterschiedlichen Lebenssituationen ausgegangen, sondern auch innerhalb der Gruppen von einer Vielzahl unterschiedlicher Lebensweisen. Daher beinhaltet es den Anspruch, sensi-

bel auf die Eigenschaften der zahlreichen Subgruppen, also die Unterschiede in Bildung, Sprache, sozioökonomischen Status, sexuellen Präferenzen und Freizeitorientierungen einzugehen, also auch auf die unterschiedlichen Lebensorientierungen und -erfahrungen sowie die spezifische Situation schwuler Männer in den neuen Ländern. Dieser Ansatz entspricht der von der WHO vertretenen Strategie der Gesundheitsförderung sowie deren Lebensweisenkonzept (Ottawa Charta, 1986)²⁶, die in der Bundesrepublik Deutschland im Bereich der Aids-Prävention erfolgreich angewendet werden²⁷.

Im folgenden soll unter Berücksichtigung der wissenschaftlichen Befunde über die Situation schwuler Männer in den neuen Ländern sowie bisheriger Erfahrungen aus dem Bereich der Prävention Vorschläge für die Gestaltung der zielgruppenspezifischen Prävention für schwule Männer abgeleitet werden. Dabei wird nicht nur hinsichtlich der Primär-, Sekundär und Tertiärprävention unterschieden, sondern auch hinsichtlich der Methoden, Inhalte, Orte und Vermittler der Prävention.

4.2 Inhalte der Prävention

Selbstverständlich wußten schwule Männer in der DDR aus den Ost- und West-Medien von Aids²⁸ und ein Teil von ihnen - entsprechend der Präventionsstrategie der DDR -, daß ‚promiskuitives Verhalten‘ und Analverkehr (auch mit Kondom) ein erhöhtes Infektionsrisiko bergen würden (Vgl. Übersicht 1). Ebenso war den schwulen Männern bewußt, daß es in der DDR weit weniger Menschen mit HIV und Aids gibt als z.B. in den Staaten Westeuropas oder den USA oder in bestimmten Ländern Afrikas. Dem entspricht auch der Befund, daß schwule Männer in der DDR-Zeit, aber auch nach der ‚Wende‘ viel weniger über Aids gesprochen haben, auch kaum in ihren schwulen Freundeskreisen, die in den Turbulenzen der ‚Wende‘ heftigen Umbrüchen unterworfen waren.

Die Berichterstattung über Aids änderte sich nach der ‚Wende‘, vor allem wurde mit dem Fall der Mauer ein Anstieg der HIV-Infektionen in den neuen Ländern prognostiziert. Jedoch scheint sich bei schwulen Männern der Glaube an den Fortbestand der ‚epidemiologischen Insel‘ DDR auch nach der ‚Wende‘ verfestigt zu haben.²⁹ Dieser Glaube wurde durch das weiterhin niedrige Niveau der HIV-Infektionen und die Nichtwahrnehmbarkeit von Aids im Alltag, sowohl im Hinblick auf das Erleben der

Krankheit als auch durch das mangelhafte präventive Verhalten bei den Sexualpartnern, bestärkt.

Das **Informationsniveau** schwuler Männer in den neuen Ländern zu jenen in den alten Ländern über Aids sowie Möglichkeiten der Infektionsvermeidung ist 1996 nahezu gleich. Während in den neuen Ländern 13% als weniger gut informiert gelten, sind es in den alten Ländern 11%.³⁰ Trotz gutem Informationsstand schwuler Männer in den neuen Ländern wurde ein latenter Gesprächsbedarf über Aids festgestellt, sowohl im Hinblick auf Basisinformationen über die Krankheit und von ihnen selbst wahrgenommener Wissensdefizite als auch auf die Annahme eines selbstbestimmten Präventionsverhaltens. Und nicht zuletzt wurde ein Gesprächsbedarf von Männern mit positivem HIV-Ak-Test-Ergebnis über ihren Serostatus festgestellt.

In diesem Gesprächsbedarf kommen zum einen die Unsicherheiten hinsichtlich des präventiven Wissens zum Ausdruck, zum anderen wird die erwünschte Präventionsmethode zur Abklärung der Unsicherheiten und Widersprüche klar benannt: das Gespräch. Denn jene Inhalte, die im Rahmen der Aids-Prävention in der DDR propagiert wurden, sind bei vielen in der DDR sozialisierten schwulen Männern noch immer präsent. Sie bilden den Hintergrund, vor dem alle neuen Informationen wahrgenommen und gedeutet werden, und führen fast zwangsläufig zu Widersprüchen und Konflikten, die in der Prävention nach der ‚Wende‘ bisher unberücksichtigt blieben. Der Gesprächsbedarf ist im Sinne einer nachholenden kollektiven Auseinandersetzung über die verschiedenen Dimensionen der Krankheit zu verstehen und nicht nur im Hinblick auf Prävention. Hervorzuheben ist weiterhin, daß in den neuen Ländern seit Mitte der 90er Jahre ein geändertes Informationsverhalten festgestellt wurde, danach habe die aktive Informationssuche abgenommen, weshalb z.B. gegenwärtig bei der Vor-Ort-Arbeit stärker auf die Adressaten zugegangen werden müsse.

Die Berücksichtigung der Gesprächsbereitschaft und des geänderten Informationsverhaltens bei der Gestaltung der Prävention wird im Kapitel Methoden 4 ausführlich dargestellt. Zunächst soll auf einige inhaltliche Aspekte der Prävention unter schwulen Männern in den neuen Ländern eingegangen werden.

1. In der DDR erfolgte die erste Konfrontation mit der Krankheit bei schwulen Männern häufig über den **HIV-Antikörper-Test**. Wenn sie im Rahmen unklarer medizinischer Diagnosen ihre Homosexualität den Ärzten mitteilten, wurde ihnen häufig - entsprechend der „nationalen Aids-Richtlinien“ - der HIV-Ak-Test empfohlen. Andere wurden im Rahmen der Infektionskettenforschung zum Test vorgeladen. Außerdem nutzten schwule Männer auch von sich aus die Gelegenheiten medizinischer Konsultationen bzw. Blutspenden, um den HIV-Ak-Test durchführen zu lassen. In letzteren Fällen muß davon ausgegangen werden, daß sich einige schwule Männer von Aids bedroht fühlten und im HIV-Ak-Test das Mittel zur Abklärung eingegangener Infektionsrisiken sahen. Dem HIV-Ak-Test kam in der DDR offenbar die zentrale Stellung bei der Thematisierung der Krankheit zu. Sich testen zu lassen, hieß verantwortlich handeln, sowohl nach Meinung der Mediziner, aber auch in der Wahrnehmung vieler schwuler Männer. Obwohl der in der DDR übliche, oft gar nicht so ‚sanfte Zwang‘ zum Test Ängste auslöste, wirkte das Testen auch beruhigend, weil der Eindruck entstand, ‚der Staat‘ kümmere sich um die Eindämmung der Epidemie und seine Mittel seien geeignet dazu. Wenn von schwulen Männern überhaupt ein Handlungsbedarf zur Krankheitsbekämpfung artikuliert wurde, dann in Form des Delegierens an den Staat, bis hin zum Massenscreening. Das entband den einzelnen von der Reflexion seines individuellen Handelns.

Das völlige Fehlen zielgruppenspezifischer Präventionsarbeit und die äußerst unzureichenden materiellen Voraussetzungen dafür (Aufklärungsmaterial, Kondome und Gleitmittel) unterstützten diese Vorstellung. So sind noch heute bei schwulen Männer mit DDR-Coming-out Nachwirkungen dieser DDR-spezifischen Bewertung des HIV-Ak-Test vorzufinden, die eine spezifische Aufklärung dringend erforderlich machen, sowohl bei dem den Test durchführenden medizinischen Personal, aber noch stärker bei den schwulen Männern selbst.

2. Die Mehrzahl der Männer, die vor der ‚Wende‘ Sex mit Männern hatten, nahmen die Mauer als ‚epidemiologischen Schutzwall‘ wahr. Deshalb spielten präventive Überlegungen in ihrem Leben keine vergleichbar wichtige Rolle wie in den alten Ländern. Hinzu kommt die verbreitete Einstellung: Wer sich dennoch mit HIV infiziert hatte, um den kümmerte sich das staatliche Gesundheitswesen. Die Umsetzung des Wissens über die Infektionsvermeidung in Verhalten stieg seit der ‚Wende‘ kontinu-

ierlich, ist aber dennoch in den neuen Ländern weniger stark ausgeprägt als in den alten Ländern. Schwule Männer in den neuen Ländern gehen nach wie vor häufiger Risikokontakte ein (28%) als schwule Männer aus den alten Ländern (24%), wobei sich seit 1991 eine langsame Angleichung abzeichnet.³¹ Zu bemerken ist, daß bei allen Untersuchungen über das Präventionsverhalten der Anteil Berliner überrepräsentiert ist und Ost-Berlin auch in dieser Hinsicht schon in der DDR-Zeit eine Ausnahme darstellte.

3. Die zentrale Präventionsbotschaft in der DDR ‚Treue ist der beste Schutz‘ spielte im Leben schwuler Männer in der DDR offenbar nur eine marginale Rolle, was auf den geringen Effekt lebensfremder moralisierender Präventionsbotschaft hinweist. Nach der ‚Wende‘ versuchten schwule Männer, danach zu leben. Die Versuche scheiterten vor allem aus dem einfachen Grund, daß meist einer der Partner nur kurzfristig und nicht langfristig dazu bereit war. Wichtig ist in diesem Zusammenhang, daß die Partner zum Zeitpunkt, als sie auch sexuelle Risikokontakte mit anderen eingingen, nicht in der Lage waren, mit dem Partner darüber zu sprechen. Ein ‚Treueversprechen‘ erzeugt eine starke moralische Bindung und ist deshalb äußerst schwer rückgängig zu machen. Die Rücknahme wird als Eingeständnis einer ‚persönlichen Schwäche‘ gedeutet. Überraschend ist dennoch, daß diese von schwulen Männern als äußerst schwierig erlebte Präventionsstrategie - wie einige von ihnen mitteilten - auch zukünftig angestrebt wird.

4. Eine durchaus weitverbreitete Strategie der Infektionsvermeidung in den neuen Ländern ist die Auswahl der Sexualpartner nach ihrer Herkunft, ob aus Ost oder West.

Bei diesem Muster wird fälschlicherweise vorausgesetzt, daß in den neuen Ländern lebende Männer durch die geringere Verbreitung der Krankheit grundsätzlich nicht HIV-infiziert seien. Anstelle der Selektion nach Partnern aus den alten und neuen Ländern wird häufig auch ‚Bekanntheit‘ und ‚Fremdheit‘ als Auswahlkriterium angegeben. Die Kriterien, nach denen potentielle Partner als bekannt bzw. fremd eingeschätzt werden, sind individuell verschieden. Die mitgeteilten Ängste schwuler Männer vor neuen Formen sexueller Kontaktaufnahme, die als Ängste vor dem Unbekannten beschrieben werden, sind auch Ängste vor den als westlich wahrgenommenen sexuellen Verkehrsformen, die mit einem Sich-Ausliefern und HIV-Infektionen

assoziiert werden. Die geringe Teilhabe schwuler Männer in den neuen Ländern (jene schwulen Männer, die in die alten Länder umsiedelten, sind hier selbstverständlich ausgenommen) an den Subkulturen der Großstädte in den alten Bundesländern spiegelt nochmals die Angst davor, sich dort infizieren zu können. Inwiefern sich die Umsetzung von Selektionsstrategien zwischen Männern unterscheidet, die mehr oder weniger regelmäßig in Städte mit ausgeprägten subkulturellen Angeboten pendeln, und solchen, die dies nicht tun, wäre zu überprüfen. In diesem Zusammenhang wäre bei den Pendlern auch auf möglicherweise unterschiedliche Strategien am Wohn- und Pendelort zu achten.

Weitere Selektionsstrategien betreffen Orte wie ‚Klappen‘ und den ‚Strich‘, die gemieden werden, weil von den betreffenden schwulen Männern angenommen wird, daß Männer, die dort verkehren, mit größerer Wahrscheinlichkeit HIV-infiziert seien. Hier wird die Meidung häufigen Partnerwechsels, der im Rahmen der DDR-Prävention völlig zu unrecht ein ganz herausgehobener Platz zukam, verhaltensbestimmend, aber auch ein weitverbreitetes Vorurteil unter schwulen Männern.

Präventive Bemühungen stehen also vor der komplizierten Aufgabe, trotz der ‚statistisch‘ offenbar relativ guten Wirksamkeit der Selektionsstrategien schwulen Männern deren auf längere Sicht gefährlich illusorischen Gehalt zu verdeutlichen und gleichzeitig auf Safer-Sex-Strategien zu orientieren. Eine effektive Präventionsstrategie wird bei der Vermittlung zukünftiger Botschaften auf die Problematisierung dieser aus dem DDR-Kontext entstandenen Besonderheiten eingehen müssen.

5. Wichtigste Voraussetzung für den Fortbestand der Selektionsstrategie ist die Unsichtbarkeit der Krankheit unter schwulen Männern. Bezeichnenderweise werden Selektionsstrategien offenbar besonders von jenen Männer praktiziert, die keine Männer mit HIV und Aids kennen und nicht regelmäßig in Großstädten mit einer ausdifferenzierten schwulen Subkultur verkehren.

Entsprechend dem epidemiologischen Niveau unterscheidet sich die „Betroffenheit durch HIV und Aids im sozialen Umfeld nach Wohnregion“³² schwuler Männer zwischen den neuen und alten Ländern. Verglichen mit den alten Bundesländern haben in den neuen Ländern, je nach Wohnregion, zwischen 13% und 15% weniger

schwule Männer Menschen mit HIV und Aids im Bekannten- und Freundeskreis bzw. sind selbst HIV-Ak-positiv bzw. an Aids erkrankt d.h. sie sind weniger mit der Krankheit konfrontiert.

Andererseits haben Männer mit HIV und Aids wegen der wohl nicht unbegründeten Befürchtungen vor Ausgrenzung Angst davor, daß ihre Infektion bekannt wird. Das veranlaßt sie zum Pendeln oder zum Wegzug in die Großstädte, was in der Folge wiederum die Nichtwahrnehmung der Krankheit und den Glauben an die Kontinuität der ‚epidemiologischen Insel‘ befördert. Da die Krankheit nicht erlebt wird, wird fordern einzelne schwule Männer, daß auf der präventiven Ebene die Folgen ‚unsafes‘ Verhaltens gezeigt werden sollte. Dies ist besonders problematisch, da Erfahrungen aus anderen Präventionskampagnen, z.B. den Nichtraucherkampagnen, gezeigt haben, daß Verhaltensänderungen durch die Illustration der Folgen allein nicht erzielbar sind.³³ Es muß also vordringlich darum gehen, für jene Menschen, die HIV-infiziert oder an Aids erkrankt sind, ein Klima zu schaffen, das ihnen den Verbleib an ihrem Wohnort erleichtert.

Die Konfrontation mit der Krankheit wird von schwulen Männer in den neuen Ländern als wichtigerer Grund für eine Verhaltensänderung angegeben als die ‚Wende‘, mit der das Infektionsrisiko für sie ‚nur‘ theoretisch stieg.

Die individuelle Auseinandersetzung mit Aids und dem Infektionsrisiko setzt erst ein, nachdem schwule Männer ihr Coming-out hatten. Die vor dem Coming-out in den Medien oder im Unterricht vermittelten Informationen stellen zwar eine Wissensgrundlage dar, waren zum Zeitpunkt des Coming-out jedoch nicht handlungsleitend. Somit scheint für die Wahrnehmung der Aids-Problematik und damit der Prävention der Zeitpunkt des Coming-out von großer Bedeutung zu sein. Für die Wahrnehmung der DDR-Präventionsstrategie bedeutet das: Schwule Männer die vor der ‚Wende‘ ihr Coming-out hatten, sind mit großer Wahrscheinlichkeit mit den entsprechenden Inhalten konfrontiert gewesen, im Unterschied zu schwulen Männern, die nach der ‚Wende‘ ihr Coming-out hatten und diese nicht mehr vermittelt bekamen.

Während einige der in der DDR sozialisierten schwulen Männer nach den in der DDR vermittelten Präventionsbotschaften (HIV-Ak-Test, Selektionsstrategie, ‚Treue‘-Strategie) zu leben versuchen und damit in verschiedene, für sie schwer auflösbare

Konflikte gerieten, sind für während und nach der ‚Wende‘ sozialisierte schwule Männer die Präventionsstrategien, insbesondere die Safer-Sex-Strategie, klarer.

Jedoch gibt es unabhängig vom Zeitpunkt des Coming-out aufgrund mangelnder Safer-Sex-Compliance bei allen Interviewpartnern trotz unterschiedlichen Wissens eine unbefriedigende Umsetzung präventiver Verhaltensweisen. Hier müssen präventive Konzepte für schwule Männer in den neuen Ländern, aber wohl nicht nur dort, ansetzen.

Übersicht 4a:
**Probleme zielgruppenspezifischer Prävention
 Für schwule Männer in den neuen Ländern**

Inhalte der Prävention:

	Problembeschreibung	Problemlösung
Zielgruppenspezifik	Mangel an zielgruppenspezifischen Präventionsangeboten außerhalb von Städten mit Aids-Hilfen	Integrieren der Schwulengruppen in die Präventionsarbeit
Widerspruchsfreiheit	Widersprüchlichkeit zwischen ‚alten‘ und ‚neuen‘ Präventionsbotschaften	Thematisieren mittels personalkommunikativer Methoden und gedruckter Materialien
Minimierung medizinischer Interventionen	zum Teil: Orientieren auf den HIV-Ak-Test in Test-Einrichtungen HIV-Ak-Test-Orientierung bei schwulen Männern mit DDR-Coming-out im Sinne des Delegierens von Verantwortung	Nach-Qualifizieren Thematisieren der Eigenverantwortlichkeit für Prävention
Reale Erfahrbarkeit der Krankheit Aids	Wahrnehmen der neuen Länder als ‚epidemiologische Insel‘, auch wegen der Abwanderung von HIV-infizierten und an Aids erkrankten schwulen Männern in Großstädte	Information, Verbessern des sozialen Klimas für Menschen mit HIV und Aids
Selektion der Sexualpartner nach ‚bekannt‘ und ‚fremd‘	Vertrauen in die Kontinuität der ‚epidemiologischen Insel‘, fördert wenig rationale Selektionsstrategien	Thematisieren der Selektionsstrategie in der Prävention bei Betonung der Safer-Sex-Strategie

4.3 Methoden der Prävention

Die Auswahl und die Umsetzung einzelner Präventionsmethoden hängt zuerst von den lokalen Bedingungen ab, vor allem dem Vorhandensein spezifischer Einrichtungen schwuler Subkultur. Zwischen den schwulen Subkulturen in Städten der neuen Länder gibt es erhebliche Unterschiede, insofern ist es unmöglich, im folgenden für alle Orte gleichermaßen gültige Vorschläge zur zukünftigen Gestaltung der Präventionsmethoden zu unterbreiten. Zunächst soll es darum gehen aufzuzeigen, was Aids-Hilfen tun können, um als Teil schwuler Subkultur anerkannt zu werden, und wie sie günstige Voraussetzungen schaffen können für die Umsetzung ihrer Präventionsangebote.

Eine essentielle Voraussetzung für den Erfolg jeder zielgruppenspezifischen Prävention für schwule Männer wurde in einer jüngsten Veröffentlichung über Trends der Aids-Prävention auf den Punkt gebracht wird: „If we as gay men are to protect ourselves effectively from HIV, we must have lives which we deeply believe are worth living.“³⁴ [Damit wir schwule Männer uns wirksam vor einer HIV-Infektion schützen, müssen wir tief in unserem Herzen davon überzeugt sein, daß unser Leben lebenswert ist. (Übers., R.H.)] Diese Überzeugung läßt sich nur über langfristige, schwule Lebensstile akzeptierende Angebote erreichen. In der Terminologie der strukturellen Prävention sind Aktivitäten in diesem Bereich als Verhältnisprävention zu bezeichnen, während die im folgenden aufgezählten Methoden die Verhaltensprävention betreffen, also Präventionsmethoden mit dem Ziel der Informationsweitergabe und der Stärkung der Fähigkeiten zum eigenverantwortlichen Risikomanagement. Unterschieden wird bei der Verhaltensprävention zwischen personalkommunikativen Methoden, verhaltensorientierten Lernmethoden, Aufklärungsveranstaltungen sowie nonverbalen Methoden (Material-, Kondom-, und Give-away-Verteilung, Herstellung von Zeitungen, Internet). Weiterhin wird auf die Sekundär- und Tertiärprävention einzugehen sein.

4.3.1 Aids-Hilfe-Angebote als Teil schwuler Lebenskultur

In der Mehrzahl der Städte in den neuen Ländern haben schwule Männer kaum öffentliche Orte, an denen sie sich ungestört und ungezwungen treffen, an denen sie

feiern oder Sex haben können. Mit anderen Worten: Es fehlt an bedürfnisorientierten öffentlichen Einrichtungen für schwule Männer, seien sie kommerzieller oder nicht-kommerzieller Art. Nimmt die Aids-Hilfe ihren Auftrag als parteiische Einrichtung für die Interessen der Angehörigen der Hauptbetroffenengruppen ernst, dann ist es ihre Aufgabe, sich dieser Bedürfnisse anzunehmen und eine möglichst vielfältige schwule Subkultur zu fördern. Insofern wird sie selbst Teil der Subkultur zu sein.

Die möglichst breite Akzeptanz der Aids-Hilfen bei schwulen Männern ist die unabdingbare Voraussetzung für die Annahme der von ihr ausgehenden bedarfsorientierten Angebote. Es gibt nicht wenige Aids-Hilfen, die mehr für Prävention unter schwulen Männern tun möchten, deren Angebote jedoch nur mäßig oder gar nicht angenommen werden, weil es an der Akzeptanz der Aids-Hilfe mangelt. Sicher gibt es keine allgemeingültigen Rezepte, wie Aids-Hilfen von schwulen Männern besser angenommen werden, doch eine der wichtigsten Voraussetzungen ist die Integration der Aids-Hilfen in die schwule Subkultur der jeweiligen Städte. Diesbezügliche Aktivitäten sind partiell auch dann umsetzbar, wenn kein hauptamtlicher Streetworker bzw. Mitarbeiter für die Prävention schwuler Männer angestellt ist. Im folgenden werden einige dieser Arbeitsgebiete beschrieben, die Bestandteil von Aktivitäten der Aids-Hilfe sein können:

A. Aids-Hilfen als Initiatoren und Veranstalter schwulen Lebens

Haupt- und ehrenamtliche Aids-Hilfe-Mitarbeiter bringen sich als solche erkennbar in die verschiedenen Strukturen schwulen Lebens ein:

- durch die Teilnahme an schwulen kulturellen und politischen Veranstaltungen,
- durch die Wahrnehmung von Vernetzungsfunktionen zwischen Gruppen und Projekten,
- indem Aids-Hilfen selbst Veranstaltungen und Projekte für schwule Männer initiieren bzw. sich an ihnen beteiligen. Zu nennen sind hier z.B. die Beteiligung der Aids-Hilfe Rostock an der „Hansegay“ oder die der Aids-Hilfe Leipzig an den „Herbstgaylüsten“.

B. Aids-Hilfen als Kooperationspartner und Vernetzer

Zwischen einzelnen Schwulengruppen, Initiativen und Projekten einer Stadt bestehen aufgrund der unterschiedlichen Interessen oft nur lose Beziehungen. Im Sinne

der infrastrukturellen Vernetzung ist intensive Kooperation in grundsätzlichen Fragen jedoch wünschenswert, auch als Voraussetzung dafür, ehrenamtlicher Mitarbeiter in den diversen schwulen Szenen zu gewinnen, die ansonsten nur schwer für präventive Angebote der Aids-Hilfe-Mitarbeiter zugänglich sind.

C. Aids-Hilfen als Unterstützer nicht-kommerzieller schwuler Projekte

Verschiedene Aids-Hilfen sind aufgrund der finanziellen Mangelsituation von schwulen Projekten dazu übergegangen, diesen nicht-kommerziellen Gruppen bei Bedarf die entsprechende Räume für deren Treffen unentgeltlich zur Verfügung zu stellen. Somit werden die Aids-Hilfen als Einrichtungen wahrgenommen, die sich über reine Aids-Aufklärung hinausgehend für die Belange schwuler einsetzen. Gleichzeitig bekommen die Aids-Hilfen dadurch ihren festen Platz in der „schwulen Topographie der Stadt“, als bekannten und selbstverständlichen Ort, „wo Mann hinget“.

Wichtig ist in diesem Zusammenhang die Gewährleistung der Autonomie der Gruppen, d.h. daß die Aids-Hilfen ohne inhaltliche Bedingungen nur die Räumlichkeiten zur Verfügung stellen. Gerade junge schwule Männer fühlen sich nicht nur von den lebenserfahreneren DDR-sozialisierten Schwulen bevormundet, ihnen ist auch der aus der DDR-Zeit tradierte familiär-vertraute Umgang fremd und z.T. unangenehm.

Besonderes Anliegen sollte es hierbei sein, jene Gruppen schwuler Männer zu unterstützen, die üblicherweise für präventive Angebote schwer zugänglich bzw. strukturell benachteiligt sind. In verschiedenen Aids-Hilfen der neuen Länder treffen sich derzeit die Gruppen junger schwuler Männer, auch Coming-out Gruppen, Gruppen schwuler Gehörloser, Gruppen schwuler Väter und Ledermänner sowie Lesben und Schwule mit psychischen Problemen etc. Die Aids-Hilfen tragen damit direkt zur Akzeptanz und Förderung vielfältiger schwuler Lebensstile auch jenseits des Mainstreams bei.

D. Aids-Hilfen als Betreiber schwuler Cafés bzw. Switch-boards

In einigen Aids-Hilfen der neuen Länder haben sich sehr verschiedene Formen geselligen schwulen Lebens herausgebildet. In vier Aids-Hilfen wurden sich ökonomisch selbsttragende regelmäßig geöffnete Cafés eingerichtet, die sich in zwei Fällen zur Kontakt- und Informationsbörse der jeweiligen Stadt/Region entwickelten.

Selbst in kleineren Städten sind diese für den Besucherverkehr offenen Einrichtungen gut frequentiert, zumal sie oft die einzige Gelegenheit bieten, sich im öffentlichen Raum zu treffen. Diesen Cafés und Switch-boards stellen prinzipiell ein niedrigschwelliges Angebot für Informationssuchende, für Interessierte, aber auch für sozial Benachteiligte dar. Sie sind eine Begegnungsstätte von schwulen Männern, lesbischen Frauen und Heterosexuellen, von HIV-positiven und HIV-negativen Menschen sowie solchen mit unbekanntem Serostatus. Deshalb kommt ihnen in erster Linie (aber nicht nur) eine große integrative Funktion zu.

Konflikte traten auf im Hinblick auf die Besucherstruktur dieser Cafés bzw. Switchboards. In zwei Aids-Hilfen wurden diese mehr und mehr von sogenannten Problemfällen, von sozial schwierigen Personen aufgesucht, was besonders besser situierte schwule Männer zum Fernbleiben veranlaßte. Auf den von diesen Männern geäußerten Unmut wurde von den entsprechenden Aids-Hilfen sehr verschieden reagiert: Eine Aids-Hilfe schloß das Café, die andere machte deutlich, daß es den Mitarbeitern fernliege, auf das Besucherprofil im selektiven Sinne Einfluß zu nehmen.

In verschiedenen Städten haben sich Aids-Hilfen an der Ansiedlung einer kommerziellen Subkultur in den jeweiligen Städten beteiligt, in dem sie versuchten, Betreiber für Bars etc. zu finden bzw. zu motivieren. So wichtig diese Einrichtungen für die Lebensqualität schwuler Männer der Städte sind, so wenig lassen sich Bedürfnisse nach derartigen Einrichtungen bei den Männern, für die sie bestimmt sind, wecken. Bisher scheiterten die meisten dieser Versuche an der mangelnden Nachfrage.

E. Aids-Hilfen als Vertreter der Interessen von Schwulen in der Öffentlichkeit

Parteiliche Öffentlichkeitsarbeit für die Belange schwuler Männer können die Aids-Hilfen in verschiedener Hinsicht leisten. Vor allem in jenen Städten, in denen sich nach der ‚Wende‘ die in der DDR-Zeit etablierten Gruppen in den Evangelischen Kirchen- und Studentengemeinden aufgelöst haben, gibt es gegenüber den lokalen Behörden kaum Vertreter der Interessen schwuler Männer. Diese - entsprechend dem Konzept der strukturellen Prävention - selbstverständlich in die öffentliche Diskussion einzubringen und zu vertreten ist auch im Sinne der Aids-Hilfen.

Zwei Aids-Hilfen in den neuen Ländern produzieren eine von haupt- und ehrenamtlichen Mitarbeitern herausgegebene Zeitschrift, in der nicht nur aids-relevante, sondern auch sozialpolitische, kulturelle und alltagsgeschichtliche Themen aufgegriffen werden, die die Zielgruppen ansprechen. In den vergangenen Jahren erwies sich, daß dieses Profil es erst ermöglichte, die Zeitung auch an Orten außerhalb rein schwuler Einrichtungen zu verteilen und damit eine breite Streuung von Informationen zu ermöglichen, aber auch für das Anliegen der Aids-Hilfe bei breiten Schichten der Bevölkerung zu werben.

F. Die Präsenz der Aids-Hilfe in den Gruppen

Ein ausschließliches Engagement von Aids-Hilfe-Mitarbeitern in den Schwulengruppen mit präventiven Zielstellungen stellt sicher eine Verkürzung dar. Mitarbeiter der Aids-Hilfen müssen sich für die Belange der Gruppen einsetzen, wollen sie auch mit ihren Präventionsangeboten akzeptiert werden. Prävention ist nicht ohne Voraussetzungen denkbar.

Gut angenommen ist die Praxis einer Aids-Hilfe in den neuen Ländern, klare Zuständigkeiten der hauptamtlichen Mitarbeiter für jeweils eine bestimmte Gruppe festzulegen. Durch die Präsenz der Mitarbeiter bei allen regelmäßig stattfindenden Gruppentreffen konnte ein vertrauensvolles Verhältnis aufgebaut werden, so daß die Gruppenbesucher ohne Schwellenängste in Zweiergesprächen über ihre Probleme sprechen können, die nicht notwendig etwas mit Aids bzw. Prävention zu tun haben müssen.

4.3.2 Personalkommunikative Methoden

Alle relevanten Indikatoren verweisen darauf, daß personalkommunikative Präventionsmethoden in den neuen Ländern am besten geeignet sind, den aktuellen Bedürfnissen und Erfordernissen gerecht zu werden. Dazu zählen die aufgeführten Aspekte:

1. Die Widersprüche, die sich aus den unterschiedlichen Präventionsstrategien - einschließlich der grundsätzlich verschiedenen Botschaften - vor und nach der ‚Wende‘

ergeben, lassen sich in gedruckten Materialien viel schwerer thematisieren als in Gesprächen.

2. Personalkommunikative Methoden kommen dem Bedürfnis nach Gesprächen von schwulen Männer aus den neuen Ländern entgegen. Das Gespräch ist das am häufigsten geäußerte Medium zur Klärung von Problemen, u.a. auch hinsichtlich der HIV-Prävention.

3. Personalkommunikative Angebote sind um so wichtiger als andere Formen (z.B. das Verteilen bzw. Auslegen von Materialien) auf Hindernisse stoßen, so z. B. der Mangel an Orten für die Verteilung von gedrucktem Präventionsmaterial in den Städten der neuen Länder sowie die fehlende Bereitschaft der Betreiber kommerzieller schwuler Lokale, das Auslegen des Materials zu gestatten. Hinzu kommt die vergleichsweise geringe Zahl schwuler Männer, die in den neuen Ländern exklusiv schwule Kneipen an ihren Wohnorten - sofern diese vorhanden sind - überhaupt frequentiert.

4. Gedrucktem Material kommt eine wichtige ergänzende Funktion im Sinne der Vertiefung bei speziellen Fragen zu, die jüngsten Untersuchungsergebnisse verweisen jedoch auf die Vorzüge personalkommunikativer Methoden. Auch in den alten Ländern muß „Verhaltensprävention, will sie wirksam sein, den Schwerpunkt auf Personalkommunikation“³⁵ legen. Dies bestätigen auch internationale Trends der HIV-Prävention für schwule Männer.³⁶

In der Gründungsphase boten die Aids-Hilfen in den neuen Ländern zunächst persönliche Beratung und Telefonberatung an, um dem Informationsdefizit gerecht zu werden, das mit ‚dem Fall der Mauer‘ und dem damit prognostizierten, medial vermittelten, rapiden Anstieg der HIV-Infektionen auf dem Gebiet der DDR verstärkt zu Tage trat. Es waren in erster Linie Präventionsangebote, bei denen die Informationssuchenden zu den Anbietern, den Aids-Hilfen und Gesundheitsämtern kamen. Derartige Angebote werden „Komm-Strukturen“ genannt.

Bei der Umsetzung des Bundesmodellprojektes ab 1991 wurde bei der zielgruppenspezifischen Prävention für schwule Männer vor allem Wert auf die Umsetzung von

personalkommunikativen Methoden gelegt, die auf Such-Strukturen aufbauen. Vor-Ort-Arbeit wurde in Form von Streetwork angeboten, Streetworker suchten jene Orte auf, an denen sich schwule Männer treffen. Wie einige der im Bundesmodellprojekt tätigen Streetworker berichten, kamen anfangs selbst an den sexuellen Treffpunkten (‚Klappen‘ und ‚Striche‘) schwule Männer auf die Streetworker zu, um Gespräche zu suchen, Informationsmaterial und Kondome zu erhalten. Also selbst bei der aufsuchenden Arbeit waren Komm-Verhaltensmuster anzutreffen. Seit Mitte der 90er Jahre wird von Streetworkern über ein sich änderndes Informationsverhalten berichtet. Schwule Männer kommen nun an den entsprechenden Orten weniger auf die Anbieter von Gesprächen und Material zu, nunmehr ist es an den Vor-Ort-Arbeitern, initiativ zu werden. Nach ihrer Auskunft spiegelt sich das auch bei der Annahme anderer Präventionsangebote wider; Komm-Strukturen werden weniger frequentiert, daher sind Such-Strukturen eine Perspektive. Zukünftig sollten vor allem Angebote der aufsuchenden Prävention im Sinne des Streetwork und des Peer-group-involvement ausgebaut werden.

Persönliche Beratung und Telefonberatung

Die persönliche Beratung und Telefonberatung sind von Beginn der Präventionsarbeit der Aids-Hilfen an eine Säule der kontinuierlich angebotenen Aids-Aufklärung, die sich - obwohl die Angebote auch in einschlägigen schwulen Publikationen und an entsprechenden Orten bekannt gemacht werden - nicht ausschließlich an schwule Männer richten. Die Annahme der persönlichen Beratung und Telefonberatung schwuler Männer variiert in Abhängigkeit von verschiedenen Faktoren, vor allem in Abhängigkeit von der Akzeptanz der Aids-Hilfe als eine für schwule Männer erkennbar parteiliche Einrichtung.

In der Mehrzahl der Aids-Hilfen ist dies die einzige Form der Prävention geblieben, in einigen von ihnen ist es nach dem Auslaufen des im Bundesmodellprojekt verankerten Streetwork wieder die einzige Form der Prävention geworden. Darin besteht eine Selbstbeschränkung hinsichtlich der potentiellen Wirksamkeit von Primärprävention. Erfahrungen aus Aids-Hilfen in den neuen Ländern zeigen, daß diese Form der Beratung für schwule Männer nur eine - wenn auch notwendige - Ergänzung zu aufsuchenden Angeboten darstellen kann. So ist beispielsweise in Leipzig³⁷ derzeit der Anteil schwuler Männer bei den Beratungskontakten der Vor-Ort-Arbeit am

höchsten (mehr als drei Viertel), gefolgt von der persönlichen Beratung in den Räumen der Aids-Hilfe Leipzig (schwule Männer machen hier mehr als die Hälfte der Beratungen aus, was vor allem die Einbettung der Angebote in das zweimal wöchentlich geöffnete Kontakt-Café ermöglicht) und von der Telefonberatung, bei der der Anteil der Personen, die sich als schwule Männer zu erkennen geben, am geringsten ist, nämlich weniger als ein Viertel. Streetwork weist in Leipzig die höchste Effizienz bei den Methoden der zielgruppenspezifischen Prävention auf.

Zwar gibt es auch in den Großstädten bei schwulen Männern Schwellenängste, Angebote der persönlichen Beratung in den Aids-Hilfen - besonders wenn diese dezentral untergebracht sind - in Anspruch zu nehmen, doch sind diese Ängste außerhalb der Großstädte ungleich größer. Durchaus verbreitet sind Befürchtungen, durch den Besuch von Aids-Hilfen als schwuler Mann identifiziert zu werden oder gar als HIV-positiv bzw. aids-krank zu gelten. Daher können ausschließliche Angebote der persönlichen Beratung für schwule Männer unüberwindliche Hürden darstellen, sich zu informieren. Auch bei der Telefonberatung in kleineren Städten gibt es aufgrund familiärer Vertrautheit schwuler Männer Ängste, an der Stimme erkannt zu werden, oder ein generelles Mißtrauen gegenüber den nicht-anonymen Aids-Hilfe-Mitarbeitern.

Streetwork

Das Aufgabenspektrum der Aids-Hilfen umfaßt sowohl die Verhältnis- als auch Verhaltensprävention, Streetworker sind mit beiden Bereichen konfrontiert. Bei ihnen fließen nicht nur die drei Ebenen der Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention³⁸ zusammen, sondern auch das gesamte Spektrum von der Einzelberatung vor Ort bis zur Gremienarbeit in Stadtparlamenten. Dieses sehr heterogene Aufgabengebilde macht ihr Alltagsgeschäft für Zuwendungsgeber - aber auch für mit dieser Arbeit nicht vertraute Kollegen und Vorgesetzte - unkonkret, schwer kontrollier- und abrechenbar, weshalb dessen Erfüllung aber nicht weniger notwendig ist. Streetworker - besonders in den neuen Ländern - sind deshalb dem Verdacht der Ineffizienz ausgesetzt, das wirkt demotivierend. Wahrscheinlich war das auch ein Grund dafür, daß die aus dem Bundesmodellprojekt stammenden Stellen nicht in feste Stellen der Länder übergegangen sind. Auf die große Bedeutung von Streetwork als einer der am besten geeigneten Methoden für die speziellen Bedingungen in den neuen Län-

dern muß hier nachdrücklich hingewiesen werden. Das Profil von Streetwork für homo- und bisexuelle Männer, die Aufgabenbereiche, Orte und Bedingungen für Streetwork sowie die Anforderungen an den Streetworker hat Bröring beschrieben³⁹. Zusätzliche Erkenntnisse über die Spezifik der Bedingungen in den neuen Länder liegen ebenfalls vor.⁴⁰

„Streetwork vereinigt nicht nur sämtliche Aspekte der strukturellen Prävention, wie sie heute in den Metropolen und in den Provinzen notwendig wäre, sondern ist zudem eine so flexible Methode, daß sie nicht nur allen Szeneorten gerecht werden kann, sondern gleichfalls allen schwulen Schichten. Dies ist nicht hoch genug zu veranschlagen, denn die meisten Angebote, die die Aids-Hilfen im Augenblick machen können, sind mittelschichtorientiert.“⁴¹

Im Kontext der Verhältnisprävention fallen dem Streetworker vor allem jene Aufgaben zu, die hier im Kapitel "Aids-Hilfe als Teil schwuler Subkultur" beschrieben wurden. Im Kontext der Verhaltensprävention ist Streetwork ein sehr komplexes zielgruppenspezifisches - genauer gesagt subgruppenspezifisches - Angebot⁴². Denn Streetwork beschränkt sich - genausowenig wie Verhaltensprävention generell - auf das Verteilen von Kondomen und Informationsmaterialien, auf das Vermitteln von Safer-Sex-Botschaften in Gesprächen oder das Nennen von Testeinrichtungen. „Im Verständnis der Deutschen Aids-Hilfe ist Streetwork in der Schwulenszene mehr: Oberbegriff eines Arbeitsbereiches, in dem Männer, die Sex mit Männern haben, innerhalb ihrer jeweiligen Szenen angesprochen und unterstützt werden. [...] Streetwork umfaßt eine Bandbreite von Aktivitäten, die von allgemeinen Vor-Ort-Aktivitäten über Angebote der aufsuchenden, individuellen Beratung bis hin zur Stärkung und Vernetzung von medizinischen, sozialen und kulturellen Dienstleistungen von und für Schwule reichen.“⁴³

Gerade weil sich in den neuen Ländern bis heute die kurz nach der ‚Wende‘ prognostizierte Etablierung einer differenzierten kommerziellen schwulen Kneipenkultur nach westlichem Muster, die als Verteilerstruktur von Präventionsmaterial zu nutzen wäre, nicht eingestellt hat, ist es schwierig, Präventionsarbeit zu leisten. Eine der zentralen Aufgaben des Streetworkers ist es daher, Kontakte zu den zahlreichen Subszenen im Freizeitbereich herzustellen und zu halten. Da schwule Männer in den

neuen Ländern an ihren Wohnorten traditionell gemischte gegenüber rein schwulen Kneipen vorziehen, sind einige Voraussetzungen für die Übernahme subkulturorientierter Präventionsmethoden nicht gegeben, die mit Streetwork kompensiert werden können.

Jedoch kann das derzeitige Streetwork-Angebot in den neuen Ländern keinesfalls befriedigen, weder hinsichtlich der Zahl hauptamtlichen Mitarbeiter noch im Hinblick auf den Umfang von ehrenamtlichem Streetwork. Wenn z.B. in einer Großstadt wie Rostock mit ihren über die Stadtgrenzen hinaus bedeutenden schwulen Stränden, Cruising-Gebieten und Kneipen keine Vor-Ort-Arbeit außerhalb der Räume der Aids-Hilfe angeboten wird, muß von einem deutlichen Mangel in der zielgruppenspezifischen Prävention gesprochen werden. Die prekäre Situation ist weniger einem Versäumnis der Aids-Hilfe sondern mehr einem Mangel an Einsicht bei den Zuwendungsgebern geschuldet. Anders verhält es sich z.B. in Dresden, wo 1998 auf Antrag der Aids-Hilfe die bereits vorhandene Streetworkerstelle in eine Stelle mit anderem Aufgabenprofil umgewandelt werden sollte, die dann der Streichung zum Opfer fiel. Hier muß von einer Fehleinschätzung der Bedeutung von Streetwork durch die Aids-Hilfe gesprochen werden.

Bei allen Vorzügen von Streetwork als Methode, sind doch dessen Umsetzung methodisch dort deutliche Grenzen gesetzt, wo es keinerlei öffentliche Orte gibt, an denen sich schwule Männer bzw. Männer, die Sex mit Männern haben, treffen. Streetwork ist auch dort schwer umzusetzen, wo Personen - aus welchen Gründen auch immer - kein Interesse an Gesprächsangeboten der Streetworker zeigen oder ihnen die Bereitschaft dazu fehlt. So berichtete ein im Rahmen des Bundesmodellprojektes beschäftigter Streetworker einer Kleinstadt, daß die schwulen Männer der Stadt es wegen der exponierten Stellung des Streetworkers vermieden, sich auf offener Straße mit ihm sehen zu lassen. Sie wollten in der Öffentlichkeit nicht als ‚schwul‘ gelten. In der betreffenden Stadt nutzten schwule Männer ohnehin stärker den schwerer zugänglichen privaten als den öffentlichen Raum für ihre Treffen.

Peer-group-involvement

Der Streetworker stößt vor allem dort an seine Grenzen, wo ihm der direkte Zugang zu spezifischen schwulen Lebenswelten fehlt. Gründe hierfür sind - wie gezeigt

wurde - vor allem in der Abgeschlossenheit privater Freundeskreise und sexueller Netzwerke, Gruppierungen spezieller Freizeitinteressen, z.B. der Techno-Szene zu sehen, aber auch in der Scheu schwuler Männer mit geringem Selbstwertgefühl vor Gesprächen. „Streetwork kann hier als ‚Peer-involvement‘-Arbeit betrachtet werden mit dem Ziel, einzelne aus der Bezugsgruppe zu Multiplikatoren heranzubilden, die dann ihrerseits wieder Informationen, Einstellungen und Verhaltensweisen an Freunde und Bekannte weitervermitteln können.“⁴⁴

Peer-group-involvement und Streetwork sind jedoch nicht identisch. Der Streetworker nimmt hier die Funktion des Vermittlers, eines Bindegliedes zu jenen ihm selbst schwer zugänglichen Subgruppen ein, indem er einzelne Vertreter der Gruppe, die sich ohnehin in den jeweiligen Kontexten bewegen, als ehrenamtliche Mitarbeiter gewinnt. Neben dem Gewinnen und der Ausbildung von für diese Arbeit geeigneten ehrenamtlichen Mitarbeitern geht es vor allem um deren systematische Begleitung und Supervision. Peer-group-involvement ist vom Ansatz her auf längere kontinuierliche Arbeit ausgelegt, die noch dazu, wenn es um Freundeskreise und sexuelle Netzwerke geht, im sensiblen privaten Raum geleistet wird. Insofern müssen ehrenamtliche Mitarbeiter nicht nur eine spezielle Eignung dafür haben, sondern auch methodisch darauf vorbereitet werden. Für die Realisierung des international sehr gebräuchlichen Ansatzes des Peer-group-involvement in den neuen Ländern müßte vorerst ein auf die Verhältnisse zugeschnittenes Konzept entwickelt werden, das dann zur Verbesserung der präventiven Angebote in den nächsten Jahren umgesetzt werden kann. Die Methode des Peer-group-involvement könnte zukünftig in zwei verschiedenen Kontexten an Bedeutung gewinnen.

1. Ein Trend in den neuen Ländern im Vergleich zur DDR-Zeit ist die zunehmend starke Segmentierung schwuler Subkultur nach dem Alter, den sexuellen Interessen, den Freizeitpräferenzen, aber auch der sexuelle Identitäten übergreifenden lebenskulturellen Orientierungen. In diesem Ausdifferenzierungsprozeß laufen zwei Entwicklungen parallel:

- ein langsamer Annäherungsprozeß der schwulen Lebensstile in den neuen Ländern an jene in den alten Ländern, der jedoch nicht zu einer simplen Kopie der Lebensstile und zur identischen Reproduktion einer schwulen Subkultur in den neuen Ländern führen muß,

- ein in den neuen und den alten Ländern anzutreffender Prozeß, bei dem lebenskulturelle Orientierungen und Freizeitinteressen stärker strukturierend und organisierend wirken als sexuelle Selbstzuordnungen (homo- oder heterosexuell), eine Entwicklung, die auch außerhalb der Großstädte zu beobachten ist.

Das Ergebnis beider Entwicklungen ist eine Zunahme der Heterogenität schwuler Lebenswelten in den neuen Ländern, die herkömmlichen Präventionsstrategien nicht zugänglich sind.

2. Bisher bedeutete die Stagnation der Aids-Selbsthilfebewegung in den neuen Ländern - auch durch den lokal begrenzten Aktionsradius der Aids-Hilfen bedingt - eine Stagnation der Verbreitung zielgruppenspezifischer Prävention für schwule Männer. Der Ansatz des Peer-group-involvement ist jedoch nicht zwingend an die Existenz lokaler Aids-Hilfen gebunden, sondern lediglich an funktionierende Strukturen schwulen Lebens, sei es in Form von (auch die sexuelle Orientierung übergreifende) Gruppen, Freizeitverbänden oder Netzwerken im privaten Raum.

Es sollte zunächst darum gehen, in den jeweiligen Zusammenhängen agierende schwule Männer für ein Engagement in der Aids-Hilfe-Arbeit - im Sinne der diverse schwule Lebensstile stützenden strukturellen Prävention - zu motivieren und sie in geeigneten Weiterbildungsveranstaltungen zur Übernahme umfassender Präventionsaufgaben zu befähigen. Gleichzeitig wären Strukturen zur Begleitung und Supervision dieser ehrenamtlichen Mitarbeiter aufzubauen. Damit könnte ein wichtiger Schritt zur Verbesserung präventiver Angebote in den neuen Ländern getan werden.

Beide Aspekte, die zunehmende Segmentierung schwuler Männer in Abhängigkeit von der Ausdifferenzierung der Lebensstile und die mit der Stagnation der Aids-Selbsthilfebewegung einhergehende Begrenzung der zielgruppenspezifischen Prävention, verweisen auf die Notwendigkeit, neue Wege zu gehen.

Daß der Ansatz Peer-group-involvement in einer Stadt der neuen Länder bereits erfolgreich umgesetzt ist - auch wenn er in dem speziellen Fall nicht als solcher bezeichnet wurde - belegt folgendes Beispiel. In einer Kleinstadt mit ca. 25.000 Einwohnern, in der es zwar keine feste Aids-Hilfe gibt, sondern nur eine einmal wöchentlich geöffnete Außenstelle, wurden die von einem im Rahmen des Bundesmodellprojektes angestellten Streetworker für schwule Männer organisierten Präven-

tionsangebote nicht angenommen. Die schwulen Männer standen sowohl seiner Vor-Ort-Arbeit als auch der persönlichen Beratung skeptisch gegenüber. In Anbetracht dieser Situation begann der Streetworker, einige schwule Männer aus der Stadt zur Teilnahme an Seminaren zu motivieren, in denen über HIV-relevante Aspekte hinausgehendes Wissen über die Vielfalt schwuler Lebensstile und das Selbstbewußtsein stärkende Fähigkeiten vermittelt wurden. Diese ehrenamtlichen Mitarbeiter trugen die von ihnen erworbenen Kenntnisse dann ganz selbstverständlich in ihre Freundeskreise und schwulen Strukturen, die dem Streetworker ansonsten nicht zugänglich gewesen wären. Der betreffende Streetworker, der sein Konzept „Prävention von Innen“ nennt, beschreibt damit ziemlich exakt die Umsetzung des Peer-group-Ansatzes auf Orte ohne Aids-Hilfen. Sein Vorgehen kann als modellhaft bezeichnet werden.

Für dieses - bisher wahrscheinlich einmalige - Vorgehen müßten Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten ebenso geregelt werden, da es über die bisherigen Ansätze der Organisation von Aids-Selbsthilfe und Prävention hinausgeht. Denn mit der ohnehin schwierigen Motivation von ehrenamtlichen Mitarbeitern für diese Arbeit und deren Ausbildung ist es nicht getan. Ehrenamtliche Arbeit funktioniert nur über die kontinuierliche Pflege der Kontakte zu den Ehrenamtlern.

4.3.3 Verhaltensorientierte Lernmethoden

Safer-Sex-Parties

Bisher hat sich die Mehrzahl der Aids-Hilfen (bis auf eine Ausnahme) bei ihren Präventionsangeboten mit Veranstaltungen, bei denen Sexualität zwischen Männern ausgelebt werden kann, zurückgehalten. Grund dafür ist vor allem die Befürchtung, sich mit derartigen Angeboten gegenüber den Zuwendungsgebern angreifbar zu machen. Verschiedene Argumente sprechen jedoch dafür, daß die Aids-Hilfen in den neuen Ländern derartige Angebote, z.B. Safer-Sex-Parties, organisieren oder zumindest unterstützen sollten. Schließlich geht es bei der Präventionsarbeit auch um die vorurteilsfreie Annahme sexueller Vielfalt und um die Akzeptanz und Betonung eines lustvollen Umgangs von Sex zwischen Männern. Dafür sprechen auch die Veränderungen der schwulen Subkultur in den neuen Ländern. So wurden in vielen Städten im Rahmen der Stadterneuerung zahlreiche Orte sexueller Begegnung z.B.

die populären ‚Klappen‘ nach der ‚Wende‘ durch automatische Citytoiletten ersetzt, womit z.B. besonders für ältere schwule Männer Orte, an denen sie ihre Sexualität auslebten, nicht mehr existieren. Die neu eröffneten Saunen stellen für diese Männer aufgrund anderer dort üblicher Werberituale und ihrer gesunkenen Attraktivität keine wirkliche Alternative dar. Es kommt auf den Versuch an, niedrigschwellige Angebote zu schaffen und diese Männer mit präventiven Bemühungen überhaupt zu erreichen.

Die Safer-Sex-Parties haben nicht so sehr die Wissensvermittlung zum Ziel als die verhaltenswirksame Umsetzung des Wissens, worin eine der gegenwärtigen Schwierigkeiten schwuler Männer in den neuen Ländern besteht. Aus den Ergebnissen der verschiedenen, zwischen 1993 und 1997 veröffentlichten, quantitativen Untersuchungen von Bochow geht hervor, daß der Wissenstand schwuler Männer in den neuen Ländern etwa mit dem schwuler Männer in den alten Ländern vergleichbar ist. Die Untersuchungen zeigen aber auch, daß in den neuen Ländern der Anteil schwuler Männer, die dieses Wissen umsetzen, nach wie vor niedriger als in den alten Ländern ist (vgl. Kap. 4.2).⁴⁵ Insofern könnten mit Safer-Sex-Parties Impulse zur Verbesserung der Safer-Sex-Compliance unter schwulen Männern gegeben werden.

4.3.4 Animationen und Inszenierungen

In den 90er Jahren wurden in der Bundesrepublik, in der Schweiz, vor allem aber in den USA neue Wege in der Prävention beschritten. Dabei wurden die ‚klassischen‘ Wege der Wissensvermittlung und Aufklärung verlassen. Es ging vielmehr darum, neue Impulse zu geben, durch unkonventionelle Methoden Effekten der Verdrängung der Krankheit, der Infektionsrisiken und der Ausgrenzung von Menschen mit HIV und Aids unter schwulen Männern entgegenzuwirken. Entwickelt wurden verschiedene Methoden der Animation und Inszenierung, in denen relevante Probleme witzig-ironisch, überhöht oder stark realitätsbezogen künstlerisch umgesetzt werden.

Interessant sind diese Methoden für die neuen Ländern vor allem vor dem Hintergrund der Thematisierung spezifischer - oft auch komplexer - Probleme der Prävention, die sich mit anderen Mitteln (z.B. gedruckten Materialien) schwer umsetzen lassen. So können z.B. die verschiedenen sich aus den individuellen Verarbeitungen

der Präventionsbotschaften vor und nach der ‚Wende‘ ergebenden Widersprüche und Konflikte (vgl. Kap. 4.2) spielerisch thematisiert werden.

Inszenierte Gespräche

Eine Form, die vor allem in schwulen Kneipen umgesetzt werden kann, sind „inszenierte Gespräche“ im Sinne einer Performance.⁴⁶ Dabei werden vorher einstudierte Gespräche zu speziellen Aspekten schwulen Lebens, HIV und Aids, in für den Gegenstand unangemessen großer Lautstärke verhandelt, so daß die Akteure (in der Regel ehrenamtliche Mitarbeiter) die allgemeine Aufmerksamkeit auf sich ziehen. Damit können Denkanstöße gegeben und Gespräche unter den Gästen über das Dargestellte in Gang gesetzt werden.

Safer-Sex-Shows

Eine Möglichkeit, die Vielfalt von Safer Sex schwulen Männern nahezubringen, besteht darin, die verschiedenen Formen zu visualisieren und als Safer-Sex-Shows gleichermaßen professionell wie spielerisch in Veranstaltungen (z.B. Diskos) mit ausschließlich schwulem Publikum einzubauen. Safer-Sex-Shows können in Zusammenarbeit mit anderen kommerziellen Veranstaltern (Betreibern von schwulen Diskotheken) organisiert werden. Der Aids-Hilfe kommt hierbei die Aufgaben zu, die Shows zu initiieren und als fachlicher Berater zur Seite zu stehen. Als Darsteller kommen entweder angeleitete ehrenamtliche Teams oder auf dem Gebiet professionell arbeitende Männer in Frage. Sinnvoll wäre hier eine übergreifende Zusammenarbeit der Aids-Hilfen und Schwulengruppen mit den kommerziellen Anbietern.

Beide der hier vorgestellten Formen laufen nicht nach festgeschriebenen Regeln ab, sondern sind vielmehr als gestalterisch offene Möglichkeiten zu verstehen, sich auch spielerisch konstruktiv mit den Themen auseinanderzusetzen.

Allein die geringe Zahl der möglichen Aufführungsorte (Schwule Kneipen und Diskos) bedingt die begrenzte Einsetzbarkeit der Safer-Sex-Shows in den neuen Ländern. Animationen und Inszenierungen kommen im Präventionskonzept eine unterstützende, ergänzende und bereichernde Rolle zu den bereits vorgestellten personalkommunikativen Formen zu.

4.3.5 Aufklärungsveranstaltungen

Safer-Sex-Workshops

Erkenntnisse aus der Beratung und der Vor-Ort-Arbeit haben gezeigt, daß ein Teil schwuler Männer Gespräche über Sexualität, Partnerschaft und Unsicherheiten bei der Umsetzung individueller Präventionsstrategien gegenüber gedruckten Materialien vorzieht. Diesem Gesprächsbedarf kann in Form von Safer-Sex-Gesprächsangeboten entsprochen werden. Auch hier geht es darum, Gesprächsmöglichkeiten zu eröffnen, auch über die Stärkung von schwulem Selbstbewußtsein, von Eigenverantwortung und Handlungskompetenz beim Umgang mit dem Infektionsrisiko.

Je nach Problem und Bedürfnislage der Teilnehmer können Safer-Sex-Workshops in einer oder mehreren Sitzungen themenzentriert (z.B. entsprechend sexuellen Vorlieben) organisiert werden oder selbsterfahrungsorientiert über einen längeren Zeitraum (bei möglichst konstanter Gruppenzusammensetzung) stattfinden. In jedem Falle sollten Safer-Sex-Workshops fachlich von dafür ausgebildeten Mitarbeitern der Aids-Hilfen angeleitet werden.

Vorträge, Diskussionsrunden und -Foren

Wie aus Übersicht 3a ersichtlich, erfuhren die Schwulengruppen, die sich bereits in der DDR-Zeit und unmittelbar nach der ‚Wende‘ etablierten, in den letzten Jahren einen Bedeutungswandel. Abwanderungsbewegungen schwuler Männer nach Berlin bzw. in die alten Länder, hinzugekommene Freizeitangebote sowie geänderte Lebensorientierungen schwuler Männer brachten es mit sich, daß die Mehrzahl dieser Gruppen - mangels Beteiligung - aufgelöst wurden, einige von ihnen sich neuen Aufgaben zuwandten und nur noch wenige in alter Form - bei bedeutend geringen Besucherzahlen - weiterbestehen. Hinzu kommt, daß sich junge schwule Männer, wie in vielen Städten zu beobachten ist, nicht mit den Inhalten und Zielen, und auch nicht mit den Formen von Geselligkeit und der vertrauten Atmosphäre, die in diesen Gruppen herrscht, identifizieren können. Sie suchen nach neuen Formen der Selbstorganisation, meist außerhalb des Gebiets schwuler Selbsterfahrung und familiärer Geborgenheit im Bereich von Freizeitinteressen und Lebensorientierungen.

Vorträge, Diskussionsrunden und -foren kamen als Medium der Wissensvermittlung in der DDR-Zeit eine große Bedeutung zu. Es waren nicht nur von schwulen Män-

nen weithin akzeptierte Formen. Heute muß sogar in jenen aus der DDR-Zeit stammenden Gruppen eine stark abnehmende Beliebtheit von Vorträgen konstatiert werden. Es ist auch davon auszugehen, daß die Zusammensetzung der Gruppen relativ konstant ist und derartige Veranstaltungen meist von den gleichen ohnehin gut informierten Männern besucht werden.

In den neuen Formen von Zusammenschlüssen und Gruppen - oft im Kontext multikultureller Zentren oder alternativer Kulturhäuser - funktioniert die Form des Vortrages zur Vermittlung von Kenntnissen offenbar ebenfalls nicht. Insofern kommt dem Vortrag im primärpräventiven Kontext für schwule Männer heute kaum noch eine Bedeutung zu. Dennoch sind gerade Gruppen für Präventionsangebote zugänglich. Doch auch innerhalb der Gruppen geht die Tendenz zu personalkommunikativen Methoden. Die Aids-Hilfe einer Großstadt der neuen Länder organisiert die Prävention in den Gruppen wie folgt: Je ein hauptamtlicher Mitarbeiter ist für Gesprächsangebote in einer bestimmten Gruppe verantwortlich, zu deren regelmäßig stattfindenden Veranstaltungen er präsent und gesprächsbereit ist. Von den Gruppenbesuchern wird dieses Angebot gut angenommen.

Anders als im Bereich Primärprävention verhält es sich mit Vorträgen, Diskussionsrunden und -foren als Medium zur Vermittlung neuer Erkenntnisse der Therapie und Forschung, also im Bereich der Sekundär- und Tertiärprävention sowie im Bereich der Ausbildung von ehrenamtlichen Mitarbeitern.

Präsentationen und Info-Stände

Präsentationen der Aids-Hilfen zu Veranstaltungen z.B. dem Welt-Aids-Tag, Gay-Pride-March, Messen und anderen Volks- und Straßenfesten sind eher öffentlichkeitswirksam als daß sie Gelegenheit für präventive Aktivitäten für schwule Männer bieten. Ihnen kommt dennoch durch den selbstverständlichen Umgang mit Homosexualität eine emanzipative Funktion zu. Selbst wenn bei derartigen Anlässen, z.B. beim Tag der Sachsen (das ist eine landesweite Präsentation von Wirtschaft und Folklore) in Hoyerswerda 1998 sowohl der Stand des Schwulenverbandes (SVD) als auch der der sächsischen Aids-Hilfen von den in der Stadt lebenden schwulen Männern gemieden wurde, verweist die Gegenwart der Stände quasi stellvertretend auf

Existenz und die Lebensbedingungen schwuler Männer vor Ort. Außerdem festigen derartige Präsentationen das Verständnis der Aids-Hilfen als Bestandteil schwuler Subkultur, als parteiliche Einrichtung für schwule Männer.

4.3.6 Präventionsmaterialien

Dem Verteilen von Präventionsmaterialien (in den alten Ländern war das in den 80er Jahren die am weitesten verbreitete Methode der HIV-Prävention) kommt auch in den neuen Ländern eine zentrale Bedeutung zu. Von den Aids-Hilfen werden derzeit Materialien der D.A.H. (Broschüren, Faltblätter, Postkarten und Plakate), der BZgA (Faltblätter, Broschüren) sowie selbst produzierte (Karten, Flyer) verteilt. In Bild und Text explizit schwules Material der D.A.H. wird von einem Teil schwuler Männer sehr gut angenommen. Es besteht jedoch die Schwierigkeit, daß es an Orten mangelt, an denen diese Materialien ausgelegt werden können. Derzeit ist dies nur in den Aids-Hilfen, den Schwulengruppen und -projekten sowie den Schwulen-Saunen möglich, außerdem kann es im Rahmen der Vor-Ort-Arbeit - meist zusammen mit Kondomen - überreicht werden. Dieses Material in den größtenteils gemischten Lokalen auszuliegen verbietet sich aus verschiedenen Gründen. Aber auch in den wenigen schwulen Lokalen gibt es bei den Betreibern erhebliche Ressentiments und tieferliegende Denkblockaden gegenüber sichtbarer schwuler Aids-Präventionsarbeit. Eine der wichtigen Aufgaben der Aids-Hilfen besteht darin, bei den Betreibern Verständnis und Bereitschaft für zielgruppenspezifische Prävention zu wecken und so das selbstverständliche Auslegen zu gestatten. Hier ist auf eine geeignete Art der Präsentation (z.B. spezielle Ständer in ungestörten Bereichen) hinzuwirken.

Die allgemein abnehmende Aufmerksamkeit schwuler Männer gegenüber präventiven Angeboten, auch im Hinblick auf die Annahme von gedruckten Präventionsmaterialien, ist eine unübersehbare Tendenz in den neuen Ländern. Daraus die Schlußfolgerung zu ziehen, schwule Männer in den neuen Ländern wären ausreichend informiert und die Abnahme sei eine Folge von ‚Informationsübersättigung‘, erscheint vorschnell. Wahrscheinlich ist dieses Verhalten darauf zurückzuführen, daß schwule Männer das verteilte bzw. ausliegende Material als ihrer Lebenssituation nicht adäquat und somit nicht authentisch betrachten. Dieses plausible Argument spricht dafür, neu über die inhaltliche und bildliche Materialgestaltung nachzudenken. Ins-

besondere sollte dabei die niedrige Aids-Prävalenz in den neuen Ländern, die bei schwulen Männer verbreitete Selektionsstrategie der Partner nach der Herkunft ‚Ost‘ oder ‚West‘ sowie jene sich aus den unterschiedlichen Präventionsbotschaften vor und nach der ‚Wende‘ ergebenden Widersprüche berücksichtigt werden.⁴⁷ Die Umsetzung des Konzeptes der strukturellen Prävention in Bezug auf gedruckte Materialien erfordert nicht nur die besondere Berücksichtigung schwuler Männer im Osten im Hinblick auf das Nichtvorhandensein einer schwulen Kneipenkultur. Ebenso geht es um die Bestärkung, dort zu leben, sowie um die positive Wertschätzung ihrer „anderen“ Biographien, Lebenserfahrungen und -stile. Diese Einsichten werden z.B. in der Produktwerbung seit Jahren umgesetzt.

Zu Trägern von Präventionsbotschaften zählen auch Give-aways (Kugelschreiber etc.), Karten, Plakate, Streichholzbriefe und Bierdeckel, die zum Teil von der D.A.H. bereitgestellt werden, zum Teil von den Aids-Hilfen selbst produziert werden und situativ eingesetzt gut akzeptiert sind. Selbstverständlich hat auch das Verteilen von Kondomen und wasserlöslichen Gleitmittel im Rahmen des Streetwork oder deren kostenloses Bereitstellen bei schwulen Veranstaltung präventive Wirkung und sollte unbedingt beibehalten werden.

4.3.7 Weitere Medien

Internet

Vor allem die in der Regel durch ihre spezifische Freizeitkultur und ihre Szeneferne schwer erreichbaren jungen schwulen Männer können durch neue Medien wie das Internet stärker als bisher mit präventiven Angeboten, gekoppelt mit Coming-out-Beratung, berücksichtigt werden. Zu denken wäre hier auch die Einrichtung von Chatrooms sowie an das Erstellen attraktiver Internet-Seiten als sinnvoller Ergänzung herkömmlicher Präventionsangebote.

Vereinszeitschriften

In zwei Städten (Leipzig und Weimar) hat sich die Produktion vereinseigener Info-Zeitungen gut bewährt. Wesentlich für die breite Streuung der Zeitung ist ihr zielgruppenübergreifendes Profil. Das erst ermöglicht es, sie an Orten schwuler Subkultur genauso auszulegen wie in gemischten Lokalen, öffentlichen Einrichtungen

und Arztpraxen. Angesichts ähnlich gelagerter Probleme in den Städten der neuen Länder wäre an eine gemeinsame Produktion einer Zeitschrift und eine breite Verteilung nicht nur unter Aids-Hilfen, sondern auch unter den Schwulengruppen sinnvoll. Gemeinsame Probleme legen gemeinsame Lösungen nahe.

4.3.8 Sekundär- und Tertiärprävention

Eine allgemein zu konstatierende Tendenz in den neuen Ländern ist die Abwanderung von schwulen Männern mit HIV und Aids, insbesondere nach Berlin. Nicht nur die Vermutung der Männer, daß die medizinische Versorgung dort besser sei, ist als Ursache hierfür zu nennen, sondern auch Ängste der Männer vor dem Bekanntwerden der Krankheit, Ängste vor sozialer Isolation und Ausgrenzung, vor erneuter Stigmatisierung. Und nicht zuletzt spielen dabei der Wunsch nach Anonymität und die größere Vernetzung von Menschen mit HIV und Aids in den Metropolen eine Rolle. Verschiedentlich wurde im Sinne der Erfahrbarkeit der Krankheit, und damit einer Erzeugung von Betroffenheit, von schwulen Männern vorgeschlagen, Menschen mit HIV und Aids sollten stärker als bisher zu öffentlichen Personen werden. Davor muß dringend gewarnt werden, denn Verhaltensänderungen sind durch das Erleben der Krankheit allein nicht erzielbar, außerdem sind die psychosozialen Folgen für die entsprechenden Personen weder absehbar noch steuerbar. Vor allen Aids-Hilfen in den neuen Ländern steht vielmehr die Aufgabe, zur Verbesserung der Akzeptanz von Menschen mit HIV und Aids und somit zum selbstverständlichen Umgang schwuler Männer mit ihnen beizutragen. Weiterhin müssen die Aids-Hilfen an der Verbesserung der Lebensqualität von HIV-positiven und an Aids erkrankten Menschen arbeiten, insbesondere durch unterstützende Angebote. Diesen Aufgaben kann nachgekommen werden durch:

Integrative Angebote

Eine wichtige integrative Funktion nehmen hierbei die in einigen Aids-Hilfen eingerichteten Begegnungsstätten wie Cafés und Switch-boards ein, die sich bereits als Treffpunkte von Menschen ungeachtet des Serostatus etabliert haben. Außerdem wird durch in den bereits erwähnten vereinseigenen Zeitschriften ein integratives Konzept im Umgang mit Menschen mit HIV und Aids verfolgt.

Beratungsangebote

Menschen mit HIV und Aids wird in der Telefon-, mehr aber noch in der persönlichen Beratung sowie im Rahmen von Streetwork Unterstützung zuteil. Im Vordergrund stehen dabei die vielfältigen, sich aus der spezifischen Lebenssituation ergebenden Probleme der Therapiegestaltung, der Lebensplanung, der Erwerbstätigkeit u.v.a.m., aber auch solche speziellen wie der Ernährung. Oft gehen die Angebote über bloße Beratung hinaus, häufig ist Beistand bei der Lösung ganz alltäglicher Probleme, z.B. bei Behördengängen, nötig. Die Übergänge von der Beratung zur Begleitung und Betreuung sind fließend.

Betreuungsangebote

Menschen mit HIV und Aids können in Situationen geraten, in denen sie sich kontinuierliche emotionale Unterstützung und, bei fortschreitenden Krankheitsverlauf, auch lebenspraktische Hilfe wünschen. Dabei gewährleisten die meisten Aids-Hilfen die psychosoziale Betreuung von Menschen mit HIV und Aids. Für alle darüber hinausgehenden Bedürfnisse und Hilfen verstehen sie sich als vermittelnde Einrichtung. Das „klassische“ Angebot der Aids-Hilfen ist die Einzelfallbetreuung, die sich auf emotionalen Beistand zu Hause oder in der Klinik konzentriert und ggf. Pflegemaßnahmen koordiniert.

- Richten sich die Angebote an HIV-Positive, dann steht die Bewältigung der sich unmittelbar aus der Infektion ergebenden Probleme im Vordergrund.
- Richten sich die Angebote an Menschen, die an Aids erkrankt sind, gewährleisten die haupt- und ehrenamtlichen Mitarbeiter der Aids-Hilfen je nach Bedürfnislage die kurz-, mittel- oder langfristige psychosoziale Unterstützung. Diese Angebote sind vor allem für jene wichtig, deren soziales Umfeld brüchig bzw. instabil oder schlicht nicht vorhanden ist.
- Richten sich die Angebote an Personen mit HIV und Aids in Justizvollzugsanstalten (JVA), stehen Gespräche, Begleitung bei Freigang und Urlaub sowie Unterstützung beim Ausfüllen von Anträgen usw. im Vordergrund. Hinzu kommen bei der Haftentlassung verschiedene, die Reintegration ermöglichende bzw. erleichternde Aktivitäten; dazu gehören Behördengänge bei der Wohnungs- und Arbeitsplatzsuche genauso wie die bei ggf. angestrebter Verrentung.

Andererseits ergeben sich aus den medikamentösen Therapien, die seit Mitte der 90er Jahre nicht nur zur Lebensverlängerung, sondern auch zur merklichen Verbes-

serung des Gesundheitszustandes bis hin zur Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit beitragen, für die Aids-Helfer Aufgaben der Wiedereingliederung in die Erwerbstätigkeit, was ein völlig neues Arbeitsfeld darstellt. Und nicht zuletzt richten sich die Angebote an Angehörige und Partner von an Aids erkrankten Personen. Sie beziehen sich auf den Umgang der Angehörigen und Partner mit dem Kranken und seiner Krankheit sowie die Verarbeitung von Verlust und Tod. Oft ist erst die Erkrankung Anlaß, daß Familie und Verwandte von der sexuellen Orientierung des Erkrankten erfahren. Hier kann vermittelnd, aber im Sinne des Erkrankten parteilich eingegriffen werden.

Selbstfindungsangebote

Wie die Erfahrungen der vergangenen Jahre zeigten, fordert der überwiegende Teil von HIV-positiven und an Aids erkrankten Menschen, daß ihre Infektion bzw. Krankheit nicht bekannt wird. Daher sind spezifische Unterstützungsangebote gefragt, die Menschen mit HIV und Aids nicht unter einen Bekenntnisdruck setzen und ihre Anonymität gewährleisten. Hier empfiehlt sich die Förderung von geschlossenen Gesprächsangeboten ausschließlich für Menschen mit HIV und Aids sowie die von Positivengruppen, in denen selbstbestimmt entschieden werden kann, ob und wer wem über die Krankheit berichtet. In der Praxis der letzten Jahre zeigte sich, daß diesbezügliche Angebote kaum angenommen werden, im Gegensatz zur Vermittlung von Kontakten zwischen Menschen mit HIV und AIDS, die sich außerhalb der Aids-Hilfe treffen. Es ist anzunehmen, daß schwule Männer mit HIV und Aids in den neuen Ländern zu viel Angst vor dem Bekanntwerden haben und somit vor Ausgrenzung und Isolation, vor dem Verlust des Arbeitsplatzes aber auch dem Verlust von potentiellen Sexualpartnern, um sich selbst in einem so geschützten Raum wie den Aids-Hilfen zu öffnen. Nachdem ein in einer mittelgroßen Stadt der neuen Ländern lebender schwuler Mann seine Aids-Erkrankung dort öffentlich gemacht hatte, wurde er gemieden oder bemitleidet. Dergleichen Beispiele zeigen, daß die aufgezählten Ängste derzeit nicht unbegründet sind.⁴⁸

Übersicht 4b: Probleme zielgruppenspezifischer Prävention für schwule Männer in den neuen Ländern		
<i>Methoden der Prävention:</i>		
	Problembeschreibung	Problemlösung
Informationsveranstaltungen/Vorträge	stark nachlassendes Interesse, als Form überholt	Verstärken personalkommunikativer Präventionsangebote
Persönliche und Telefonberatung	in Schwulengruppen Qualifizierungsdefizite	Ausbilden von Mitarbeitern der Schwulengruppen
Verteilen von Präventionsmaterial	nachlassende Akzeptanz des gedruckten Materials Mangel an Orten für das Verteilen explizit schwuler Materialien fehlende Bereitschaft der Betreiber von Schwulen-Lokalen für Prävention	Evaluation des Bedarfs an neuen Materialien Verstärken personalkommunikativer Präventionsangebote Problemsensibilisieren bei den Betreibern von Schwulen-Lokalen
Streetwork	Reduktion wegen Stellenstreichungen und mangelnder Einsicht in die Notwendigkeit von Streetwork bei einigen Aids-Hilfen trotz deutlichen Bedarfs	Problemsensibilisieren bei den bewilligenden Instanzen und den Aids-Hilfen für das Verstärken und Finanzieren von Streetwork
Peer-group-involvement	fehlende Konzepte für das Gewinnen und Ausbilden von Mitarbeitern insbesondere in Schwulengruppen	Konzeption und Realisieren von Peer-group-involvement
Fernsehsports	Ausblenden der Lebenssituation schwuler Männer in kleinstädtischen und ländlichen Gebieten	Produktion geeigneter Fernsehspots

4.4. Orte und Vermittler der Prävention

Die Wahl geeigneter Präventionsmethoden hängt im wesentlichen von den lokal vorfindlichen Gegebenheiten ab: den örtlichen Bezugssystemen schwuler Männer, den gewachsenen Kommunikationsstrukturen sowie deren jeweiligen Veränderungen seit der ‚Wende‘, die in den neuen Bundesländern generell aus den Kontexten ihrer Entstehung in der DDR-Zeit zu erklären sind. In den neuen Ländern umfaßt die schwule

Subkultur, die für präventive Angebote potentiell nutzbar ist, im wesentlichen fünf Bereiche.

- Aids-Hilfen,
- Schwulengruppen, auch die sexuelle Orientierung übergreifende Gruppen,
- kommerzielle, meist gemischte Lokale sowie Diskos und Schwulen-Saunen,
- Sexuelle Treffpunkte (,Striche', ,Klappen' und Strände),
- private Freundeskreise und sexuelle Netzwerke.⁴⁹

Weiterhin ist das Präventionsverhalten der schwulen Männer für die Wahl der Methoden an den entsprechenden Ort von grundlegender Bedeutung. Daß die aktive Informationssuche schwuler Männer seit Mitte der 90er Jahre nachgelassen zu haben scheint, wurde bereits mitgeteilt. In den neuen Ländern wird Prävention von der Mehrzahl der Aids-Hilfen jedoch nach wie vor nur in den eigenen Räumen angeboten, sie setzen immer noch vorrangig oder ausschließlich auf Komm-Strukturen. Damit erreichen sie aber nur jenen Teil schwuler Männer, der den Mut aufbringt und in die Aids-Hilfen kommt bzw. deren Telefonberatung nutzt. Die Schwelle, auf Komm-Strukturen basierende präventive Angebote anzunehmen, ist für viele zu hoch. Und es wäre unrealistisch abzuwarten, bis schwule Männer mutiger oder ängstlicher werden, um die Angebote anzunehmen. Aids-Hilfen sollten niedrigschwellige Angebote schaffen, und diese bestehen vor allem in der aufsuchenden Arbeit an den diversen Orten schwuler Subkultur.

Prävention an Pendelzielorten

Bevor auf Orte, Einrichtungen und Vermittler der Prävention eingegangen wird, soll auf einige präventionsrelevante Unterschiede zwischen Wohn- und Pendelzielorten hingewiesen werden. Es wurde mehrfach angedeutet, daß sich in den neuen Ländern seit 1989 eine nicht quantifizierbare Abwanderungsbewegung schwuler Männer (besonders der 20-40-jährigen) in die alten Länder vollzieht, die nach wie vor anhält. Über das spezifische präventive Verhalten dieser Männer ist bislang nichts bekannt. Weiterhin ist die typische, bereits in der DDR-Zeit bekannte und auch in den alten Ländern verbreitete Abwanderungsbewegung aus dem dörflichen und kleinstädtischen Raum in die Großstädte zu verzeichnen, auch wenn sich in den alten wie in den neuen Ländern ein Teil schwuler Männer bewußt für ein Leben im ländlichen

Raum entschieden hat.⁵⁰ Ziele der Abwanderung sind neben den alten Ländern auch Großstädte in den neuen Ländern wie z.B. Berlin, Rostock, Leipzig und Dresden.

Darüber hinaus ist ein ausgeprägtes Pendelverhalten zu Orten mit subkulturellen Einrichtungen zu beobachten, wobei für den hier betrachteten Kontext wichtig ist, daß jene ehemals grenznahen Städte (Hamburg, Braunschweig, Hannover) in den alten Ländern weniger Pendelzielorte sind als die Großstädte in den neuen Ländern. Obwohl detaillierte Untersuchungen über das Pendelverhalten schwuler Männer in den neuen Ländern noch ausstehen, wurde von den Interviewpartnern der Studie von Herrn/Rosenbrock durchgehend mitgeteilt, daß Berlin als Pendelzielort an oberster Stelle rangiert. Dafür wurden verschiedene Gründe angegeben, wie die Vertrautheit mit der Ost-Berliner Szene, langjährige Kontakte zu Berlinern bzw. Männern, die aus dem ‚Heimort‘ nach Berlin gezogen sind etc. Und obwohl schwule Männer aus den neuen Ländern durchaus auch Einrichtungen der Subkultur im Westteil der Stadt aufsuchen, gilt die mitgeteilte Präferenz jedoch eindeutig der Subkultur Ost-Berlins. Es ist auch anders kaum erklärbar, daß im Unterschied zu vielen Städten in den neuen Ländern seit der ‚Wende‘ im Ostteil Berlins die Zahl der kommerziellen und nicht-kommerziellen Einrichtungen schwuler Subkultur ständig zunimmt.

Vor diesem Hintergrund stellt sich die bislang nicht geklärte aber entscheidende Frage, ob und wie sich präventives Wissen und Handeln zwischen Pendlern und Nicht-Pendlern, insbesondere den Berlin-Pendlern, unterscheidet bzw. das Präventionsverhalten der Pendler am Wohn- und Pendelzielort. Nur von der Feststellung eines spezifischen Bedarfs kann die Entscheidung abhängen, geeignete Präventionsangebote für Pendler zu schaffen. Im Hinblick auf die oben (vgl. Kap. 4.2) beschriebene ausgeprägte Selektionsstrategie schwuler Männer in den neuen Ländern ist zu fragen, ob auch Pendler an ihrer Zielorten versuchen, diese Strategie anzuwenden oder sie nur auf ihren Wohnort beschränken. Da schwule Männer in ihren Wohnorten die Krankheit Aids kaum erleben, sind sie z.B. in Berlin viel direkter und häufiger mit ihr konfrontiert. Wenn schwule Männer durch ihre Präferenz für gemischte Szenen in ihrem Wohnort für präventive Angebote schwer zugänglich sind, sind sie dann beim Besuch ausschließlich schwuler Einrichtungen an den Pendelzielorten besser zu erreichen?

4.4.1 Prävention im öffentlicher Raum

Aids-Hilfen

In den Kapiteln 3 und 4 wurde ausführlich auf die Entwicklung der Aids-Selbsthilfebewegung eingegangen sowie beschrieben, welche Aktivitäten für eine größere Akzeptanz von Aids-Hilfen als Orten schwuler Subkultur geeignet sind. Denn neben dem Ausbau der Such-Strukturen können Aids-Hilfen durch die Erhöhung ihrer Akzeptanz bei den Zielgruppen auch die auf Komm-Strukturen basierenden Angebote leichter einem breiten Spektrum schwuler Männer zugänglich machen. Eine hohe Akzeptanz der Aids-Hilfen vorausgesetzt, können von ihnen nicht nur präventive Angebote ausgehen, sondern die vereinseigenen Räume können auch selbst Ort der Prävention sein. Dafür bieten sich folgende Präventionsmethoden an:

- Telefon- und persönliche Beratung,
- Vorträge, Diskussionsrunden und -foren,
- Auslegen bzw. Verteilen von (explizit schwulen) Präventionsmaterialien,
- Gespräche während der Öffnungszeiten von Kontaktcafés bzw. Switch-boards (sofern vorhanden),
- Safer-Sex-Workshops,
- Safer-Sex-Parties.

Schwulengruppen

Weiter ausdifferenziert hat sich seit der ‚Wende‘ das Angebot der Schwulengruppen (vgl. Kap. 3.3). Erinnert sei hier daran, daß von den Arbeitskreisen Homosexualität in den evangelischen Kirchen- und Studentengemeinden heute nur noch wenige in gleicher Weise existieren und diese fast ausschließlich von Männern mit DDR-Coming-out frequentiert werden. Einige DDR-Gruppen veränderten ihr Profil und widmeten sich der Schaffung kommerzieller Angebote wie Diskos für schwule Männer. Hinzugekommen sind Gruppen, die sich vorwiegend der Freizeitgestaltung widmen, sowie jene, in denen sich Personen unterschiedlicher sexueller Orientierung zusammenfinden und in multikulturelle Kontexte eingebracht haben. Dazu zählen: Selbsterfahrungsgruppen, „Ledergruppen“, Gesprächskreise schwuler Väter und älterer schwuler Männer, Coming-out Gruppen oder die Gruppen, in denen die sexuelle Orientierung sekundär ist. Schon diese Fächerung der Profile macht eine Vielfalt

von Subgruppierungen deutlich, die Aids-Hilfen nicht uneingeschränkt für präventive Angebote zugänglich sein dürften.

Bisher wurden die Schwulengruppen vor allem als Empfänger der Prävention, als deren Adressaten betrachtet, nicht aber als Sender, als Einrichtungen schwuler Subkultur, von denen selbst präventive Angebote ausgehen könnten. Im Hinblick auf jene Städte, in denen es Aids-Hilfen gibt, mag das funktionieren. Jedoch bleiben dabei jene Gruppen unberücksichtigt, die in Städten ohne Aids-Selbsthilfestrukturen vorhanden sind, und das ist in den neuen Ländern die Mehrzahl.

Angesichts dieser Situation ist grundsätzlich darüber nachzudenken und zu entscheiden, ob nicht die in vielen mittelgroßen Städten vorhandenen und sehr vielgestaltigen Schwulengruppen stärker und systematischer als bisher in die Präventionsarbeit einbezogen werden können. Diese Einbeziehung müsste über das sporadische Zuschicken von gedruckten Material bei entsprechender Nachfrage hinausgehen. Wenn hier dafür plädiert wird, die emanzipativ so wichtigen Schwulengruppen stärker in die Präventionsarbeit einzubeziehen, so darf das keinesfalls zu der reduzierten Wahrnehmung der Gruppen als Präventionsagenturen führen. Das käme einer Instrumentalisierung der Schwulengruppen gleich.⁵¹

Seit geraumer Zeit bieten in einigen wenigen Städten, in denen es keine Aids-Hilfe gibt, Mitarbeiter dieser Gruppen ohnehin von sich aus Aids-Beratung an. Allerdings fehlt ihnen oft die dafür nötige Qualifikation. Doch nicht nur diese zum Teil hochmotivierten schwulen Männer sollten entsprechend qualifiziert werden, sondern Vertreter von Schwulengruppen in den neuen Ländern sollten generell bei den Qualifizierungsangeboten verstärkt berücksichtigt werden. Auch wenn die Zahl der in den jeweiligen Gruppen verkehrenden und damit präventiv zu erreichenden Männer gering ist, bieten die Gruppen im Hinblick auf den Mangel an anderweitigen Einrichtungen schwuler Subkultur im öffentlichen Raum (wie Lokalen und Bars) in den neuen Ländern eine der sehr raren Möglichkeiten, an denen in Bild und Text explizit für schwule Männer bestimmtes Präventionsmaterial ausgelegt bzw. überreicht und Beratung angeboten werden kann. Darüber hinaus könnten dafür ausgebildete Gruppenvertreter im Sinne des Peer-group-involvement als Multiplikatoren in den Gruppen fungieren.

Bei der praktischen Umsetzung der sich aus dem o. g. Ansatz ergebenden Aufgaben müßten vor allem Zuständigkeiten geklärt werden. Naheliegender wäre es, die lokalen Aids-Hilfen damit zu betrauen, Kontakte zu den in ihrem Einzugsbereich liegenden Schwulengruppen herzustellen und einzelne schwule Männer für die ehrenamtliche Mitarbeit zu motivieren.

Gespräche mit den Mitarbeitern von Aids-Hilfen ergaben, daß auf Grund unterschiedlicher Finanzierungsmuster der Stellen für die hauptamtlich Beschäftigten, d.h. von der Stadt oder vom Land, die jeweiligen Einsatzgrenzen bei der Präventionsarbeit fixiert werden. Aus kommunalen Mitteln finanzierte Mitarbeiter der Aids-Hilfen werden in der Regel nur für Aktivitäten innerhalb der Stadtgrenzen bezahlt und nicht für jene, die über ihren lokalen Zuständigkeitsbereich hinausgehen. Da es aber generell zu viele Aufgaben für zu wenige gut ausgebildete hauptamtliche Mitarbeiter in den Aids-Hilfen gibt, die sich der zielgruppenspezifischen Prävention außerhalb ihrer Städte annehmen könnten, bleibt das Einbeziehen des über die jeweiligen Stadtgrenzen hinausgehenden weiteren Umlandes illusorisch.

Aufgaben, die sich aus dem Einbeziehen der Schwulengruppen ergeben, gehen aber auch über die bisherigen Ansätze der Präventionsarbeit hinaus. Denn dem Verständnis der D.A.H. und der BZgA entspricht es, ausgewiesene präventive Einrichtungen zu unterstützen, nicht aber für die Arbeit potentiell sehr nützliche Gruppen zu gewinnen, die im engeren Sinne keine Aids-Hilfen sind. Es ist nicht zu erwarten, daß die in Schwulengruppen Aktiven generell von sich aus aids-präventiv initiativ werden. Hier geht es in vielen Fällen darum, Problembewußtsein zu schaffen und zu motivieren.

Die Integration der Schwulengruppen in die Präventionsarbeit ist auch nicht damit gesichert, wenn einmalig Kontakte zu ihnen aufgenommen und ehrenamtliche Mitarbeiter ausgebildet werden. Vielmehr ist hier ein langfristig kontinuierlicher Aufgabenbereich zu sehen, der die Pflege der Kontakte vor Ort und die Vermittlung von Ausbildung und Supervision beinhaltet.

Schwule Einzelaktivisten

Verschiedentlich wurde in Städten bzw. Regionen, in denen es keine Schwulengruppen gibt, von schwulen Einzelaktivisten berichtet, die sich um ganz verschiedene Belange von Schwulen und Lesben vor Ort kümmern. Sie stellen in diesen jeweiligen Städten bzw. Regionen Schlüsselpersonen schwulen Lebens dar. Daher wären sie wichtige Multiplikatoren für die Präventionsarbeit in den Ländern. Auch sie sollten - wie einzelne Gruppenvertreter - für diese Arbeit gewonnen werden.

Präventionsmethoden:

- Peer-group-involvement,
- Verteilen bzw. Auslegen von gedruckten Materialien, Give-aways, Kondomen und Gleitmitteln,
- Vorträge (sehr dosiert),
- Gesprächsangebote (Bestens bewährt, weil weithin akzeptiert hat sich die Regelung der Ansprechpartner. Den Gruppenbesuchern bekannte haupt- oder ehrenamtliche Mitarbeiter der Aids-Hilfen sind bei Gruppenveranstaltungen präsent und für Gespräche bereit.),
- inszenierte Gespräche.

Einrichtungen der Gesundheitsfürsorge (Gesundheitsämter, Schwerpunktkliniken, -praxen)

Im Unterschied zu den lokalen Aids-Hilfen sind in den neuen Ländern Gesundheitsämter flächendeckend vorhanden, die Strukturen wurden hier von den alten Ländern übernommen. Das Verhältnis der lokalen Gesundheitsämter zu den Aids-Hilfen, den Schwulengruppen oder lokal arbeitenden Einzelaktivisten variiert sehr stark. Auffällig ist, daß sowohl von einigen Amtsärzten als auch von einem Teil des medizinischen Personals trotz zahlreicher Weiterbildungen, z.B. im Rahmen des Bundesmodellprojektes, noch immer Teile der in der DDR propagierten Präventionsstrategie weiter vertreten werden. Insbesondere sind hier eine problematische Einstellung zum HIV-Ak-Test, d.h. ein undifferenziertes Raten zum Test bei homosexuellen Männern zu nennen, aber auch ein tief verwurzeltes generelles Mißtrauen gegenüber präventiven Bemühungen von Nichtmedizinern, d.h. gegenüber Aids-Selbsthilfe. Diese Einstellungen führen zu schwerwiegenden Konflikten, zur Unterschätzung bis hin zur Ignoranz der Arbeit von Aids-Hilfen, was im Hinblick auf deren präventive Bemühungen in

jedem Falle kontraproduktiv ist. Diese Ressentiments abzubauen kann - wenn überhaupt - nur im Rahmen von Nachqualifikation erfolgen.

Andererseits wird in verschiedenen Städten der neuen Länder von einer guten und zum Teil vertrauensvollen Zusammenarbeit zwischen Aids-Hilfen, Schwulengruppen oder schwulen Einzelaktivisten mit den Mitarbeitern von Gesundheitsämtern berichtet, die bis hin zur gegenseitigen Vermittlung von Klienten gehen kann.

Sollen die Gesundheitsämter - das beträfe vor allem die in jenen Kreishauptstädten, in denen es keine Aids-Hilfen gibt - zukünftig stärker als bisher in die zielgruppenspezifische Prävention für schwule Männer einbezogen werden, dann wäre eine Nachschulung der zuständigen Mitarbeiter in dieser Hinsicht dringend nötig. In deren Mittelpunkt müßte die Befähigung der Mitarbeiter im Umgang mit den vielfältigen schwulen Lebensweisen stehen. Die Kenntnis von und der selbstverständliche Umgang mit den diversen schwulen Lebensstilen ist nicht nur in präventiver Hinsicht von Relevanz, sondern auch vertrauensbildend und kann im Sinne des Konzeptes der strukturellen Prävention zur Verbesserung der Lebensbedingungen der Zielgruppe beitragen. Hier wären ein sinnvolles Weiterbildungsprogramm zu entwickeln und Angebote für dessen Umsetzung zu erarbeiten.

Kommerzielle Lokale

Wie bereits mehrfach hervorgehoben wurde, blieb in den neuen Ländern die zunächst vermutete schnelle Etablierung einer kommerziellen Subkultur aus, die Voraussetzung für breite Verteilaktionen von Präventionsbotschaften ist. Derzeit existieren zwar in verschiedenen Städten der neuen Länder einige ausschließlich schwule Lokale, neben denen aber noch schwul-lesbische und homo-heterosexuell gemischte Lokale existieren. Während bisher kaum Überlegungen über die Nutzung der gemischten Kneipen im Sinne der Prävention vorliegen, werden auch die wenigen schwulen Kneipen nur in Ausnahmefällen für Präventionsangebote genutzt. Das Einbeziehen ausschließlich schwuler Kneipen gestaltet sich schwieriger als angenommen. Deren Betreiber befürchten mehrheitlich Umsatzeinbußen, wenn sie die Thematisierung von Krankheit auch nur in Form des Auslegens von Material zuließen. Darüber hinaus gibt es tieferliegende Denkblockaden und Ressentiments, die von Vertretern von Aids-Hilfen und Schwulengruppen unbedingt zu thematisieren

sind. Die D.A.H. bietet seit Jahren Seminare speziell für Betreiber schwuler kommerzieller Einrichtungen (Wirteseminare), zu denen Vertreter aus den neuen Ländern kaum erscheinen. Offenbar bedarf es hier mehr als formeller Einladungen, nämlich intensiven Gesprächen mit ihnen vor Ort, um ihnen die Notwendigkeit dieser Arbeit nachdrücklich zu vermitteln.

Präventionsmethoden:

- Auslegen bzw. Verteilen von Materialien, Give-aways, Kondomen und Gleitmitteln,
- Verteilen der vereinseigenen Zeitschriften,
- Streetwork,
- inszenierte Gespräche.

Saunen

Neu hinzugekommen sind seit der ‚Wende‘ Schwulen-Saunen, die nach Auskunft der Betreiber Besucher und Gäste nicht nur aus den neuen, sondern auch den alten Ländern anziehen. Daher sind die Schwulen-Saunen als überregionale Treffpunkte schwuler Männer ganz besonders in präventive Aktivitäten der Aids-Hilfen einzubeziehen. Von den Aids-Hilfen jener Städte, in denen vor allem gedrucktes Material ausgelegt wird, wurde die Beobachtung mitgeteilt, daß Materialien mit der sexuell deutlichsten Bildsprache am häufigsten mitgenommen werden. In verschiedenen Saunen gibt es jedoch Schwierigkeiten bei der selbstverständlichen und kostenlosen Bereitstellung von Kondomen. Dafür werden unterschiedliche Gründe angeführt, u.a. Auflagen lokaler Behörden, die in der Kondomvergabe ein Zeichen der Förderung von Sittenwidrigkeit sehen. Hier besteht Aufklärungsbedarf.

Präventionsmethoden:

- kostenlose und selbstverständliche Abgabe von Kondomen,
- Auslegen bzw. Verteilen von Materialien, Give-aways,
- Verteilen der vereinseigenen Zeitschrift,
- inszenierte Gespräche.

Diskos

Gut besucht sind die an verschiedenen Orten stattfindenden Diskos für schwule Männer und lesbische Frauen. Sie werden in vielen Städten organisiert und sind oft begehrte Pendelziele an den Wochenenden. So wurde z.B. die Schorre in Halle/Saale zu einem regelrechten Zentrum schwuler Männer in den neuen Ländern. Diese Veranstaltungen bieten sicher gute Voraussetzungen für verschiedene Präventionsmethoden, nicht aber für Gesprächsangebote.

Präventionsmethoden:

- Streetwork inkl. Verteilen von Materialien, Cruising-packs⁵² für schwule Männer und lesbische Frauen etc. (Dazu werden gut ausgestattete Bauchläden eingesetzt, über die die Kontaktaufnahme wesentlich erleichtert wurde.),
- Safer-Sex-Shows.

Außerdem gibt es in den neuen Ländern zahlreiche Diskos mit speziellen Musikangeboten, die prinzipiell homo-heterosexuell gemischt sind und vor allem von jungen schwulen Männern besucht werden. In diesen freizeitkulturell hoch spezifischen Szenen sind Präventionsangebote von Aids-Hilfemitarbeitern schwer umsetzbar. Auch hier eröffnen sich über den Peer-group-involvement mehr Möglichkeiten.

Präventionsmethoden:

- Streetwork (nur bedingt möglich),
- Peer-group-involvement.

Sexuelle Treffpunkte

Sexuelle Treffpunkte haben in den neuen Ländern nach wie vor eine Bedeutung, jedoch ist bereits vor der ‚Wende‘, verstärkt aber danach vor allem durch die Schließung bzw. Ersatz traditioneller Toiletten durch ‚automatische‘ Citytoiletten eine Abnahme zu verzeichnen. Geblieben sind die traditionellen ‚Striche‘ sowie die schwulen Strände. Den sexuellen Treffpunkten kommt im Konzept der Prävention eine überragende Bedeutung zu, weil sich da die unterschiedlichen Subgruppen mischen und Männer, die sonst szenefern leben, genauso erreicht werden können wie jene, die aus der näheren und weiteren Umgebung nur gelegentlich in die Großstädte pendeln.

Präventionsmethoden:

- Streetwork, dabei kommt insbesondere - die leider nur ein einigen der neuen Bundesländer angeschafften - Infomobile der Aids-Hilfen zum Einsatz (für die Aids-Hilfen in Mecklenburg-Vorpommern und Brandenburg wurden keine angeschafft),
- Verteilen von Materialien und Cruising-packs etc.

4.4.2 Prävention im privaten Raum

Einen grundsätzlichen Bedeutungswandel erfuhren nach 1989 die schwulen Freundeskreise und sexuellen Netzwerke, die sich nunmehr durch Abwanderung vieler schwuler Männer in die alten Länder bzw. nach Berlin verkleinerten, aber sich auch durch den zunehmenden Einfluß sozioökonomischer Faktoren (Einkommen, Arbeitslosigkeit) in ihrer Zusammensetzung änderten. Außerdem haben die Freundeskreise und sexuellen Netzwerke durch neu hinzugekommene Möglichkeiten der Freizeitgestaltung und des Kennenlernens von Sexualpartnern an Bedeutung verloren.

Präventionsmethoden:

Bisher wurden Freundeskreise und sexuelle Netzwerke nicht in die präventiven Aktivitäten der Aids-Hilfen einbezogen. Hier wäre mittels besonders angepaßter Methoden des Peer-group-involvement behutsam Präventionsarbeit zu leisten. Unter Berücksichtigung der äußerst schwierigen Bedingungen ist dabei sehr umsichtig vorzugehen.

Koordination und Vernetzung

Die Anpassung des Präventionskonzeptes für schwule Männer in den neuen Ländern setzt vor allem eine stärkere Koordination und Vernetzung als bisher voraus. Die derzeit und in Zukunft umzusetzenden und auf verschiedene Gruppen schwuler Männer zielenden Präventionsangebote der Aids-Hilfen, Schwulengruppen, Einzelaktivisten und Gesundheitsämter müssen abgestimmt werden, sollen Überschneidungen vermieden und Lücken geschlossen werden.

Denn Kooperation ist bei der Abstimmung präventiver Aufgaben und Inhalte mit verschiedenen aufklärenden, beratenden und medizinischen Einrichtungen nötig. Dabei muß die Qualität der Angebote und die Parteilichkeit für die Zielgruppe schwule Männer ausschlaggebendes Kriterium sein. Mit den Mitarbeitern der Aids-Beratung bei den Gesundheitsämtern und mobilen Aids-Teams sollte eine vertrauensvolle Zusammenarbeit bei klarer Aufgabentrennung bestehen. Denn auch im Hinblick auf die Zielgruppe muß zur Kenntnis genommen werden: Nicht alle Männer, die Sex mit Männern haben, akzeptieren die Aids-Hilfen als niedrigschwellige Präventionseinrichtungen, besonders wenig identitätsgefestigte schwule Männer ziehen als ‚nicht-schwul‘ erkennbare ‚neutrale‘ Einrichtungen vor.

In präventiver Hinsicht sind Initiatoren von Gruppen genauso wie die Betreiber kommerzieller Einrichtungen als Vermittler wichtig. Sie können den Zugang zu schwulen Strukturen schaffen und die Akzeptanz der Angebote der Aids-Hilfen fördern. Vor allem die hauptamtlichen Mitarbeiter der Aids-Hilfen haben hier Vernetzungsfunktionen, müssen Verständnis für präventive Erfordernisse schaffen.

Eine weitere Ebene der Vernetzung ist die des Landes bzw. - auf der Grundlage der gemeinsamen Probleme - die der fünf neuen Länder. Von einzelnen Aids-Hilfen wurde mitgeteilt, daß es aufgrund der äußerst begrenzten Landesmittel eher ein Konkurrenz- als ein Kooperationsverhältnis zwischen den Aids-Hilfen in den Ländern gibt. Daher funktionieren noch nicht einmal die arbeitsteilige Vernetzung zwischen ihnen, von einer die neuen fünf Länder übergreifenden Zusammenarbeit bzw. eines Informations- oder Erfahrungsaustausches (wie zur DDR-Zeit üblich) ganz zu schweigen. Das föderale System scheint hier eher hinderlich als förderlich.

<i>Übersicht 4c:</i> Probleme zielgruppenspezifischer Prävention für schwule Männer in den neuen Ländern		
<i>Vermittler der Prävention:</i>		
	Problembeschreibung	Problemlösung
Aids-Hilfen	zum Teil fehlende Zielgruppennähe im Sinne struktureller Prävention starke Betonung von Komm-Strukturen bei gleichzeitigem Fehlen von Such-Strukturen	Integration der Aids-Hilfen in differenzierte schwule Lebenswelten Ausbau der Vor-Ort-Arbeit, Betonung personalkommunikativer Angebote
Schwulengruppen	fehlende Integration in die Präventionsarbeit mangelnde Ausbildung ehrenamtlicher Mitarbeiter fehlende Förderung	Schaffen eines entsprechenden Problembewusstseins Qualifizierungsprogramme für Multiplikatoren finanzielle Zuwendungen
Gesundheitsämter	zum Teil: professionell fragwürdige Einstellung zum HIV-Ak-Test zum Teil: diskriminierende Umgangsweisen mit schwulen Männern zum Teil: Vorbehalte gegenüber Selbsthilfestrukturen	Nachqualifizierung Förderung auch alternativer Angebote

4.4.3 Vermittler der Prävention

Hauptamtliche Mitarbeiter

Die Arbeit der hauptamtlichen Mitarbeiter im Präventionsbereich ist äußerst vielfältig und erfordert eine dementsprechende Flexibilität im Hinblick auf Verlagerung der Arbeitszeit und auf das methodische Vorgehen. Wichtigste Voraussetzung für hauptamtliche Mitarbeiter ist neben der Professionalität (fachlicher Kompetenz) die Parteilichkeit für die Belange der Zielgruppen, d.h. die grundsätzliche Akzeptanz der vielfältigen Lebensstile von Männern, die Sex mit Männern haben. Die Arbeit hauptamtlicher Mitarbeiter von Aids-Hilfen kann folgende Aufgabenbereiche beinhalten im:

Bereich Subkultur

- Herstellen und Pflegen von Kontakten mit Betreibern kommerzieller und nicht-kommerzieller Einrichtungen schwuler Subkultur,
- Initiieren, Fördern und Begleiten von schwulen Projekten nach den vorhandenen Bedürfnissen,
- Mitarbeit beim Vernetzen von Schwulengruppen, -initiativen und -projekten,
- Vertreten der vielfältigen Interessen schwuler Männer gegenüber der lokalen Öffentlichkeit und den Behörden, auch in den entsprechenden Gremien.

Bereich ehrenamtliche Mitarbeiter

- Motivieren, Gewinnen, Ausbilden, Anleiten und ggf. Supervidieren geeigneter ehrenamtlicher Mitarbeiter und deren Auswahl für unterschiedliche Aufgaben entsprechend ihren Fähigkeiten,
- Pflegen der Kontakte zu ehrenamtlichen Mitarbeitern, d.h. Aufbau einer Struktur und das Gewährleisten des Informationsflusses zwischen ihnen.

Bereich Beratung und Information

- bedarfsgerechtes Anbieten von Prävention,
- Streetwork,
- Telefonische- und persönliche Beratung,
- Koordination und Sicherung der Materialverteilung,
- Konzipieren, Durchführen und Nachbereiten von Präventionsveranstaltungen, Aktionen und Präsentationen,

- Beraten, Unterstützen, Betreuen und Begleiten von Menschen mit HIV und Aids sowie Fördern bedarfsgerechter Projekte wie Wohnprojekte.

Bereich Weiterbildung und Evaluierung

- Weiterbilden im medizinischen und beraterischen Bereich,
- regelmäßiges Supervidieren der eigenen Beratertätigkeiten,
- Evaluieren der Präventionsarbeit und Modifizieren der Präventionsstrategien in Abhängigkeit geänderter Bedürfnisse in methodischer und inhaltlicher Hinsicht.

Ehrenamtliche Mitarbeiter

Nicht nur auf Grund der Vielfalt möglicher Präventionsangebote der Aids-Hilfen ist deren Umsetzung ohne die ehrenamtlichen Mitarbeiter nicht denkbar, sondern auch auf Grund des begrenzten Zugangs hauptamtlicher Mitarbeiter zu bestimmten Gruppen, Kreisen und Aktivitäten schwuler Männer.

Die schwierige Aufgabe, trotz relativ geringer Aids-Prävalenz ehrenamtliche Mitarbeiter zu gewinnen, konnte für den Bereich Prävention schwuler Männer bisher meist nicht zur Zufriedenheit der Aids-Hilfen gelöst werden.

Doch so unentbehrlich ehrenamtliche Mitarbeiter sind, ihrem Einsatz sind auch Grenzen gesetzt. Ehrenamtliche Mitarbeiter können mit folgenden Aufgaben im Bereich der Prävention betraut werden:

- Herstellen und Pflege von Kontakten zu subkulturellen Einrichtungen,
- Versorgen von Einrichtungen schwuler Subkultur mit geeigneten Präventionsmaterialien, Kondomen etc.,
- Telefonberatung,
- Begleiten von hauptamtlichen Mitarbeitern bei der Vor-Ort-Arbeit, u.a. Parkwork,
- Teilnahme an Präventionsveranstaltungen.

Ein Einsatzbereich von ehrenamtlichen Mitarbeitern, dem in Zukunft im Präventionskonzept der Aids-Hilfen in den neuen Ländern größere Bedeutung beizumessen sein wird, ist die Peer-group-Arbeit.

Zu den Teilbereichen ehrenamtlicher Mitarbeit ist festzuhalten:

Gewinnen

Derzeit läuft das Gewinnen ehrenamtlicher Mitarbeiter in den neuen Ländern vor allem über redaktionelle Beiträge in der schwulen Presse, über das Ansprechen von Einzelpersonen, über Werbung in den Schwulengruppen. Im Hinblick auf die Realisierung des Ansatzes Peer-group-involvement sind zukünftig gezielt Vertreter der diversen Szenen, z.B. Techno, anzusprechen und ist mit ihnen gemeinsam über geeignete, den jeweiligen Szenen angepaßte Präventionsangebote zu beraten. Denn nur sie haben das Insiderwissen über die am besten geeigneten Präventionsmethoden und Materialien.

Ausbilden

Noch vor Beginn der Ausbildung sollte die Motivation ehrenamtlicher Mitarbeiter für ihr Engagement thematisiert werden. Die Erfahrungen haben gezeigt, daß eine zeitige kritische Auseinandersetzung mit den z.T. unrealistischen Vorstellungen zur Vermeidung späterer Enttäuschungen führt. In Gesprächen mit potentiellen ehrenamtlichen Mitarbeitern ist zunächst zu eruieren, in welchen Bereichen sie arbeiten möchten, welche Fähigkeiten sie mitbringen, diese Arbeit zu leisten, und welche Ausbildung notwendig und geeignet ist, damit sie diese Aufgaben professionell erfüllen können. Nicht jeder ehrenamtliche Mitarbeiter ist für präventive Aufgaben geeignet.

Anleiten

Das Anleiten ehrenamtlicher Mitarbeiter erfolgt am besten vor Ort nach der jeweiligen Ausbildung, d.h. durch das Begleiten bei Einsätzen und deren gemeinsame Auswertung und Nachbereitung.

Supervidieren

Die regelmäßige Supervision ehrenamtlicher Mitarbeiter, die im beratenden und betreuenden Bereich tätig sind, ist ebenso wichtig wie die der hauptamtlichen Mitarbeiter. Hier können Konflikte und Problemfälle thematisiert und Einstellungen ggf. korrigiert werden.

Kontaktpflege

Ehrenamtliche Mitarbeit ist durch den Aufwand an Ausbildung erst längerfristig effektiv, außerdem hängt die Akzeptanz von Präventionsangeboten auch eng mit der Kontinuität, mit der Vertrauensbildung bei den Adressaten zusammen. Insofern gilt es, geeignete ehrenamtliche Mitarbeiter zu motivieren, sich längerfristig in die Präventionsarbeit einzubringen. Dazu ist die Kontaktpflege mit ihnen notwendig sowie die Gewährleistung des Informationsflusses zwischen ihnen.

5. Anmerkungen

-
- ¹ Anlässlich der Grenzöffnung im November 1989 machten Grau und Herrn zum ersten mal auf die Präventionsdefizite aufmerksam. Vgl. dazu: Grau, Günter; Herrn, Rainer: MEMORANDUM Aktuelle Erfordernisse im Umgang mit Aids in der DDR. Eine Erklärung der Aids-(Selbst-)Hilfegruppe der DDR. Berlin, Dezember 1989. Auch in einem im Auftrag der Deutschen Aids-Hilfe erstellten Gutachten wird auf die Besonderheiten in den neuen Ländern hingewiesen: Grau, Günter; Zillich, Norbert: Aids-Prävention in den neuen Bundesländern - zur Lage der Hauptbetroffenengruppen nach der Wiedervereinigung. (unveröffentlicht, 1991) Außerdem wies Bochow aufgrund seiner empirischen Befunde mehrfach auf die besonderen präventionsstrategischen Erfordernisse in den neuen Ländern hin, vgl. dazu: Bochow, Michael: Reactions of the Gay Community to AIDS in East and West Berlin. In: Aspects of AIDS and AIDS-HILFE in Germany. AIDS-FORUM D.A.H., Bd. XII, Berlin 1993, S. 37, sowie: Bochow, Michael: Die Reaktionen homosexueller Männer auf AIDS in Ost- und Westdeutschland. AIDS-FORUM D.A.H., Bd. X, Berlin 1993, S. 82
 - ² Die Ergebnisse der Untersuchung wurden in der Reihe D.A.H.-Forum veröffentlicht: Herrn, Rainer; Rosenbrock, Rolf: Schwule Lebenswelten im Osten: andere Orte, andere Biographien. Kommunikationsstrukturen, Gesellungsstile und Lebensweisen schwuler Männer in den neuen Ländern. AIDS-FORUM D.A.H., Bd. XXXIV, Berlin 1999
 - ³ Vgl. dazu: Leser, Olaf: Die Entwicklung der Aids-Selbsthilfegruppen in der ehemaligen DDR. In: D.A.H. (Hrsg.): 10 Jahre Deutsche Aids-Hilfe, Geschichten & Geschichte. Sonderband, Berlin 1993, S. 33f.
 - ⁴ Vgl. dazu: Herrn, Rainer; Rosenbrock, Rolf: Schwule Lebenswelten im Osten: andere Orte, andere Biographien. Kommunikationsstrukturen, Gesellungsstile und Lebensweisen schwuler Männer in den neuen Ländern. AIDS-FORUM D.A.H., Bd. XXXIV, Berlin 1999
 - ⁵ Die in den Tabellen 1-4 aufgeführten Zahlen wurden freundlicherweise vom AIDS-Zentrum des Robert Koch Instituts zur Verfügung gestellt. Die prozentualen Angaben wurden vom Autor aus den absoluten Zahlen berechnet.
 - ⁶ Die Zahlen für die Jahre 1997 und 1998 sind noch nicht endgültig, da es einen Meldeverzug von ca. 18 Monaten gibt. Das Gleiche gilt für entsprechenden Angaben in den Tabellen 2-4, wie vom Aids-Zentrum des Robert Koch Instituts Berlin (Gespräch vom 22. März 1999) mitgeteilt wurde.
 - ⁷ Länder, in denen HIV endemisch ist und vorwiegend heterosexuell übertragen wird (z.B. Karibik, Zentral- und Westeuropa)
 - ⁸ Das von einer analogen Verteilung auszugehen ist, wurde ebenfalls vom AIDS-Zentrum des Robert Koch Instituts Berlin (Gespräch vom 14. März 1999) mitgeteilt.

-
- ⁹ Hamouda, Osamah et al.: AIDS/HIV 1996. Bericht zur epidemiologischen Situation in der Bundesrepublik Deutschland zum 31.12.1996. RKI-Hefte, Nr. 17, Berlin 1997, S. 28
- ¹⁰ Marcus, Ulrich: Das epidemiologische Erfassungssystem für HIV-Infektionen und AIDS-Erkrankungen in Deutschland und die Verwertbarkeit seiner Daten zur Abschätzung von Neuinfektionen. Unveröffentlichter Vortrag aus dem AIDS-Zentrum des Robert Koch Instituts anlässlich der Sitzung des schwulen Fachbeirates der D.A.H. am 13.3.1998 in Berlin
- ¹¹ Vgl. dazu: Etgeton, Stefan: Strukturelle Prävention als Konzept kritischer Gesundheitsförderung. In: D.A.H. (Hrsg.): Strukturelle Prävention, Ansichten zum Konzept der Deutschen AIDS-Hilfe. AIDS-FORUM D.A.H., Bd. XXXIII, Berlin 1998, S. 77
- ¹² Werden die unterschiedlichen sprachlichen, kulturellen, religiösen und politischen Traditionen der Menschen aus den verschiedenen Pattern II-Ländern berücksichtigt, fällt es ohnehin schwer, von 'einer' Hauptbetroffenengruppe zu sprechen.
- ¹³ Vgl. dazu: Hauschild, Hans-Peter: Noch zehn Jahre strukturelle Prävention? In: D.A.H. (Hrsg.): Strukturelle Prävention, Ansichten zum Konzept der Deutschen AIDS-Hilfe. AIDS-FORUM D.A.H., Bd. XXXIII, Berlin 1998, S. 65-70
- ¹⁴ Die hier vorgestellte tabellarische Zusammenfassung der DDR-Aids-Präventionsstrategie basiert auf einer eingehenden Analyse. Vgl. dazu: Herrn, Rainer; Rosenbrock, Rolf: Schwule Lebenswelten im Osten: andere Orte, andere Biographien. Kommunikationsstrukturen, Gesellungsstile und Lebensweisen schwuler Männer in den neuen Ländern. AIDS-FORUM D.A.H., Bd. XXXIV, Berlin 1999 (im Druck), insbesondere Kap. 2.3.2. Aids-Prävention in der DDR
- ¹⁵ Einige Hinweise finden sich in: Starke, Kurt: Schwuler Osten. Homosexuelle Männer in der DDR. Berlin 1994, insbesondere Kap. 13. Kondom und Kap. 15. AIDS
- ¹⁶ Vgl. dazu: Deutsche Aids-Hilfe (Hrsg.): 10 Jahre Deutsche Aids-Hilfe Geschichten & Geschichte. AIDS-FORUM D.A.H., Sonderband, Berlin 1993, S. 36ff.
- ¹⁷ Besselmann, Klaus; Machalowski, Gerhard: Modellprogramm des Bundesministeriums für Gesundheit. Aufbau und Organisation der AIDS-Prävention in den neuen Bundesländern und in Berlin (Ost). Abschlußbericht der wissenschaftlichen Begleitung. Berlin 1993
- ¹⁸ Die Existenz beider Ost-Berliner Projekte ist gefährdet. Der Bereich Prävention aus dem Ost- und Westteil der Stadt wurde 1999 in einem Präventionsteam Berlin zusammengelegt.
- ¹⁹ Leser, Olaf, unveröffentlichte Äußerung zur Analyse des Bundesmodellprojektes "Streetwork in den neuen Bundesländern", 1996
- ²⁰ Die in diesem Kapitel knapp wiedergegebenen Ergebnisse von Analysen und empirischen Befunden sind im Forschungsbericht ausführlicher dargestellt: Herrn, Rainer; Rosenbrock, Rolf: Schwule Lebenswelten im Osten: andere Orte, andere

Biographien. Kommunikationsstrukturen, Gesellungsstile und Lebensweisen schwuler Männer in den neuen Ländern. AIDS-FORUM D.A.H., Bd. XXXIV, Berlin 1999

- ²¹ Herrn, Rainer; Rosenbrock, Rolf: Schwule Lebenswelten im Osten: andere Orte, andere Biographien. Kommunikationsstrukturen, Gesellungsstile und Lebensweisen schwuler Männer in den neuen Ländern. AIDS-FORUM D.A.H., Bd. XXXIV, Berlin 1999, Kap. 5.7.1
- ²² Vgl. dazu: D.A.H. (Hrsg.): Strukturelle Prävention, Ansichten zum Konzept der Deutschen AIDS-Hilfe. AIDS-FORUM D.A.H., Bd. XXXIII, Berlin 1998
- ²³ Zitiert nach: Ketterer Armin: Strukturelle Prävention im theoretischen Kontext als Spiegel der Zeit: Vorbilder, Einflüsse, Abgrenzungen, Merkmale. In: D.A.H. (Hrsg.): Strukturelle Prävention Ansichten zum Konzept der Deutschen AIDS-Hilfe. AIDS-FORUM D.A.H., Bd. XXXIII, Berlin 1998, S. 40
- ²⁴ Vgl. dazu: Schmidpeter, Christoph: Strukturelle Prävention Vor Ort - Erfahrungen aus Niedersachsen. In: D.A.H. (Hrsg.): Strukturelle Prävention. Ansichten zum Konzept der Deutschen Aids-Hilfe. AIDS-FORUM, Bd. XXXIII, Berlin 1998, S. 103-108, sowie: Bröring, Georg: Streetwork mit Homo- und Bisexuellen Männern. AIDS-FORUM, Bd. XVIII, Berlin 1995, S. 67-69
- ²⁵ Ketterer, Armin: Strukturelle Prävention im theoretischen Kontext und als Spiegel der Zeit: Vorbilder, Einflüsse, Abgrenzungen, Merkmale. In D.A.H. (Hrsg.): Strukturelle Prävention. Ansichten zum Konzept der Deutschen Aids-Hilfe. AIDS-FORUM D.A.H., Bd. XXXIII, Berlin 1998, S. 55
- ²⁶ WHO (Hrsg.): Perspectives of the WHO Regional Office for Europe: Health Promotion and Lifestyle. In Hygiene: International Journal of Health Education, 1 (1982), S. 57-60
WHO (Hrsg.): Ottawa Charta for Health Promotion, Ottawa 1986
- ²⁷ Vgl. dazu: Rosenbrock, Rolf: Die Umsetzung der Ottawa Charta in Deutschland. Prävention und Gesundheitsförderung im gesellschaftlichen Umgang mit Gesundheit und Krankheit. Veröffentlichungsreihe der Arbeitsgruppe Public Health. Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung, P98-201, Berlin 1998, S. 16f.
- ²⁸ Vgl. dazu: Starke, Kurt: Schwuler Osten. Homosexuelle Männer in der DDR. Berlin 1994, insbesondere S. 282-296
- ²⁹ So bestätigen auch Starkes Ergebnisse: "Eine Zunahme der Aids-Angst unmittelbar nach der Maueröffnung kann nicht bestätigt werden." Starke, Kurt: Schwuler Osten. Homosexuelle Männer in der DDR. Berlin 1994, S. 286
- ³⁰ Bochow, Michael: Schwule Männer und Aids. AIDS-FORUM D.A.H., Bd. XXXI, Berlin 1997, S. 95ff., die Angaben zur Betroffenheit schwuler Männer finden sich auf S. 97
- ³¹ Bochow, Michael: Schwule Männer und Aids. AIDS-FORUM D.A.H., Bd. XXXI, Berlin 1997, Tabelle 5, S. 42

-
- ³² Bochow, Michael: Schwule Männer und Aids. AIDS-FORUM D.A.H., Bd. XXXI, Berlin 1997, Tabelle 28, S. 97
- ³³ Vgl. dazu: Barth, Jürgen; Bengel, Jürgen: Prävention durch Angst? Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung Bd. 4, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.), Köln 1998
- ³⁴ Rofes, Eric: Context Is Everything: Thoughts on Effective HIV Prevention and Gay Men in the United States. In: Wright, Michael et al. (Ed.): New International Directions in HIV Prevention for Gay and Bisexual Men. Journal of Psychology & Human Sexuality, Vol. 10, No. 3/4 (1998), S. 139
- ³⁵ Schmidpeter, Christoph: Strukturelle Prävention Vor Ort - Erfahrungen aus Niedersachsen. In: D.A.H. (Hrsg.): Strukturelle Prävention. Ansichten zum Konzept der Deutschen Aids-Hilfe. AIDS-FORUM, Bd. XXXIII, Berlin 1998, S. 104
- ³⁶ Vgl. dazu: New International Directions in HIV Prevention for Gay and Bisexual Men. Sonderheft des: Journal of Psychology & Human Sexuality. Vol. 10, No 3/4 (1998)
- ³⁷ Für die Aids-Hilfe Leipzig wurde ein auf die lokalen Bedingungen zugeschnittenes Präventionskonzept entwickelt, das sich unkompliziert auf andere Städte übertragen läßt. Vgl. dazu: Herrn, Rainer; Thürer, Peter: Zielgruppenspezifische Prävention der Aids-Hilfe Leipzig e.V. für schwule Männer. Leipzig 1999
- ³⁸ Vgl. dazu: Schilling, Rainer: Streetwork im Präventionskonzept für schwule Männer. In: 10 Jahre Deutsche Aids-Hilfe, Geschichten & Geschichte. AIDS-FORUM D.A.H., Sonderband, Berlin 1993, S. 84
- ³⁹ Auf die besonderen Bedingungen und Aufgaben von Streetwork in den neuen Ländern macht Bröring in den Kapiteln 3.6 und 11 'Streetwork in den neuen Bundesländern' aufmerksam. Bröring, Georg: Streetwork mit Homo- und Bisexuellen Männern. AIDS-FORUM, Bd. XVIII, Berlin 1995
Vgl. auch: Besselmann, Klaus; Machalowski, Gerhard: Modellprogramm des Bundesministeriums für Gesundheit. Aufbau und Organisation der AIDS-Prävention in den neuen Bundesländern und in Berlin (Ost). Abschlußbericht der wissenschaftlichen Begleitung. Berlin 1993, besonders S. 24ff., 69ff.
- ⁴⁰ Werth, Norbert: Streetwork als Methode zur Aids-Prävention. Rostock 1995
- ⁴¹ Zitiert nach dem unveröffentlichten Vortragsmanuskript von Rainer Schilling "Anmerkungen zur Entwicklung des D.A.H.-Präventionskonzeptes für schwule Männer". Der Vortrag wurde aus Anlaß des 10-jährigen Jubiläums der D.A.H. 1993 gehalten.
- ⁴² Vgl. dazu: Schilling, Rainer: Streetwork im Präventionskonzept für schwule Männer. In: 10 Jahre Deutsche Aids-Hilfe, Geschichten & Geschichte. AIDS-FORUM D.A.H., Sonderband, Berlin 1993, S. 83-85
sowie: Bröring, Georg: Streetwork mit homo- und bisexuellen Männern. AIDS-FORUM D.A.H., Bd. XVIII, Berlin 1995

-
- ⁴³ Bröring, Georg: Streetwork mit homo- und bisexuellen Männern. AIDS-FORUM D.A.H., Bd. XVIII, Berlin 1995, S. 11
- ⁴⁴ Schilling, Rainer: Streetwork im Präventionskonzept für schwule Männer. In: 10 Jahre Deutsche Aids-Hilfe, Geschichten & Geschichte. AIDS-FORUM D.A.H., Sonderband, Berlin 1993, S. 85
- ⁴⁵ Vgl. dazu: Bochow, Michael: Die Reaktionen homosexueller Männer auf Aids in Ost- und Westdeutschland. AIDS-FORUM D.A.H., Bd. X, Berlin 1993;
ders.: Schwuler Sex und die Bedrohung durch AIDS - Reaktionen homosexueller Männer in Ost- und Westdeutschland. AIDS-FORUM D.A.H., Bd. XVI, Berlin 1994;
ders.: Schwule Männer und Aids. AIDS-FORUM D.A.H., Bd. XXXI, Berlin 1997
- ⁴⁶ Vgl. dazu: Herzenslust. Positive Begegnung mit HIV. Kommunikationskonzept zur Präventionsarbeit `95. AIDS-Hilfe NRW e.V., Köln 1995
- ⁴⁷ Vgl. dazu: Herrn, Rainer; Rosenbrock, Rolf: Schwule Lebenswelten im Osten: andere Orte, andere Biographien. Kommunikationsstrukturen, Gesellungsstile und Lebensweisen schwuler Männer in den neuen Ländern. AIDS-FORUM D.A.H., Bd. XXXIV, Berlin 1999
- ⁴⁸ Herrn, Rainer; Rosenbrock, Rolf: Schwule Lebenswelten im Osten: andere Orte, andere Biographien. Kommunikationsstrukturen, Gesellungsstile und Lebensweisen schwuler Männer in den neuen Ländern. AIDS-FORUM D.A.H., Bd. XXXIV, Berlin 1999, vgl. Kap. 5.4.6
- ⁴⁹ Eine ausführliche Darstellung der Formen schwuler Subkultur und deren Transformationen seit der 'Wende' in den neuen Ländern findet sich in: Herrn, Rainer; Rosenbrock, Rolf: Schwule Lebenswelten im Osten: andere Orte, andere Biographien. Kommunikationsstrukturen, Gesellungsstile und Lebensweisen schwuler Männer in den neuen Ländern. AIDS-FORUM D.A.H., Bd. XXXIV, Berlin 1999
- ⁵⁰ Vgl. dazu: Bochow, Michael: Schwules Leben in der Provinz. Zum Beispiel Niedersachsen. Berlin 1998; sowie Kling, Ursula; Müller, Karin E.: Studie zur Lebenssituation von Lesben und Schwulen in Sachsen-Anhalt (unveröffentlicht, 1997)
- ⁵¹ Dagegen wendet sich z.B. der Geschäftsführer der Deutsche Aids-Hilfe ausdrücklich. Vgl. Etgeton, Stefan: Strukturelle Prävention als Konzept *kritischer* Gesundheitsförderung. In: D.A.H. (Hrsg.): Strukturelle Prävention. Ansichten zum Konzept der Deutschen Aids-Hilfe. AIDS-FORUM, Bd. XXXIII, Berlin 1998, S. 72-73
- ⁵² Cruising-packs enthalten ein Kondom, wasserlösliches Gleitmittel, eine Benutzungsanleitung sowie die Telefonnummer der jeweiligen Aids-Hilfen bzw. anderer Beratungseinrichtungen.