

Abstract

Background: Because of the medical development on antiretroviral therapy, which is still progressing, AIDS has become a chronic disease that no longer necessarily causes death immediately. Thus this longer life expectancy has changed the needs of HIV-positive individuals. In this context, health promotion as a process of “enabling people to increase control over the determinants of health and thereby improve their health”¹ gains importance.

Objectives: The purpose of this thesis is to examine which additional structures are needed for the HIV-resource system in Hamburg, what factors are important for HIV-positive individuals to cope with their infection and how to integrate health promotion into the system.

Methods: The author interviewed seven experts from different institutions of the HIV-resource system in Hamburg. A common guideline was used for the qualitative interviews. Analysis is based on the principles of the “Grounded Theory”.

Results: Interventions of health promotion are important for HIV-positive individuals to cope with their infection. Aspects like peer support, stronger publicity for HIV, support groups and increasing personal responsibility are suggested. This thesis shows that the HIV-resource system in Hamburg lacks concrete options that include health promotion. The various target groups have different needs.

Conclusion: The HIV-resource system in Hamburg is a target group-specific construction. In order to integrate interventions of health promotion into the HIV-resource system, the available structures need to be developed.

¹ Ottawa Charter for Health Promotion. WHO, Geneva, 1986

1 Einleitung	5
2 Methoden und Material	6
2.1 Persönlicher Zugang	6
2.2 Material	7
2.3 Methodik	7
2.4 Limitationen	8
3 HIV und AIDS in Hamburg	8
3.1 Beschreibende Epidemiologie in der Bundesrepublik und in Hamburg	8
3.2 Trends für die Entwicklung der Epidemie	10
4 Das Versorgungssystem für HIV-Positive und AIDS-Kranke in Hamburg	11
4.1 Beschreibung der Versorgungsressourcen	11
4.1.1 Ressourcen für alle Menschen mit HIV und AIDS	11
4.1.2 Homo- und bisexuelle Männer	13
4.1.3 Migranten	14
4.1.4 Drogenhilfe	14
4.1.5 Familien- und Jugendhilfe	15
4.1.6 Netzwerk	15
4.2 Bewertung des Versorgungssystems für HIV-Positive und AIDS-Kranke in Hamburg	16
4.3 Gewünschte Veränderungen im Versorgungssystem	17
4.3.1 Notwendige Ressourcen	18
4.4 Prognose für die Versorgung von HIV-Positiven in Hamburg	19
5 Gesundheitsförderung	20
5.1 Definition	21
5.1.1 Definition der WHO	21
5.1.2 Verständnis der Befragten von Gesundheitsförderung	21
5.2 Bedürfnisse von HIV-Positiven und AIDS-Kranken für die Bewältigung ihrer Erkrankung	23
5.2.1 Unterstützung durch Gesundheitsförderung	25
5.2.2 Behinderungen und Hindernisse	26

5.3 Strategien um die verschiedenen Zielgruppen zu erreichen	28
5.3.1 Peer Support	28
5.3.2 Szene-Vor-Ort-Arbeit	29
5.3.3 Vertrauensbasis	30
5.3.4 Netzwerke	31
5.4 Wünsche der Experten	32
6. Implementierung von Gesundheitsförderung in das HIV-Versorgungssystem in Hamburg	33
6.1 Zusammenfassung der Expertenmeinungen zu Gesundheitsförderung	34
6.2 Theoretische Ansätze	34
6.2.1 Prinzipien der Gemeinwesenarbeit/Gemeinwesenentwicklung	34
6.2.2 Empowerment	35
6.3 Schwierigkeiten bei der Entwicklung eines Modells zur Gesundheitsförderung	36
6.4 Konzeption eines Gesundheitsförderungsmodells für HIV-Positive in Hamburg	38
6.4.1 Allgemeine Prinzipien	38
6.4.2 Gesundheitsförderung bei MSM	40
6.4.5 Gesundheitsförderung bei Migranten	41
6.4.6 Drogengebraucher	42
6.4.7 Klienten der AIDS-Hilfe	42
6.4.8 Frauen	43
7 Schlusswort	44
8 Literaturverzeichnis	46
9. Eidesstattliche Erklärung	51
10. Anhang	52

1 Einleitung

HIV² und AIDS³ haben aus verschiedenen Gründen eine hohe Public Health-Relevanz⁴. Zum einen infizieren sich immer mehr Menschen mit dem HI-Virus, und zum anderen steigen die Neuinfektionsraten in Deutschland seit Ende 2002 wieder an.⁵ Auch aus ökonomischer Sicht ist HIV relevant, da die Kombinationstherapie, die viele Infizierte in Deutschland einnehmen, recht kostenaufwendig ist (in Deutschland 15 000 \$ pro Patient im Jahre 2002⁶). Ein anderer Faktor ist, dass es Prophylaxen für die Übertragung von HIV gibt. Hier sind gezielte Schutzmaßnahmen wie Safer Sex und sterile Nadeln bei Drogengebraucherinnen zu nennen. Um diese Präventivmaßnahmen in die verschiedenen Bereiche zu bringen, ist fachlich geschultes Personal nötig, das im Rahmen der Primärprävention tätig wird.⁷

47 % der HIV-Positiven und AIDS-Kranken leben in Ballungszentren wie Hamburg. Es zieht aber weiterhin immer mehr Klienten in die Großstädte, da das Versorgungssystem in diesen Metropolen besser ausgeprägt ist. Zudem ist die Diskriminierung von HIV-Infizierten im ländlichen Bereich wesentlich ausgeprägter. Die vorliegende Arbeit bezieht auf die Versorgungssituation in Hamburg.

Durch die konstante medizinische Entwicklung, die im Bereich der Kombinationstherapien immer größere Fortschritte macht, ist AIDS zu einer behandelbaren chronischen Erkrankung geworden, die nicht zwingend mit sofortigem Leid und Sterben einhergeht. Die Angst und der Schrecken vom Beginn der Epidemie in den 80er Jahren haben sich relativiert, und somit ist das allgemeine Interesse zurückgegangen. HIV ist aber eine ernstzunehmende Infektion, die weiterhin laut heutigem Forschungsstand immer zur AIDS-Erkrankung und somit auch zum Tode führt.

² Human Immunodeficiency Virus

³ AIDS: Acquired Immune Deficiency Syndrome

⁴ Vergl. Infektionsepidemiologie, S. 18

⁵ Vergl.: RKI, Epidemiologisches Bulletin, Aktuelle Daten und Informationen zu Infektionskrankheiten und Public Health, 11. August 2003, Sonderausgabe B

⁶ Vergl. WHO Europa, Faktenblatt EURO/06/03, Tabelle 3

⁷ vergl. Faktoren der Public-Health-Relevanz, Präsentation in Gesundheitsberichterstattung, Wintersemester 03/04

Durch die längere Lebenserwartung ändern sich die Bedürfnisse von HIV-Positiven und AIDS-Kranken. Anstatt einer Akutversorgung benötigen sie eine länger andauernde Begleitung und Unterstützung. In diesem Rahmen gewinnt der Aspekt Gesundheitsförderung an großer Wichtigkeit. „Gesundheitsförderung zielt auf einen Prozess, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen.“⁸ Durch mehr Selbstbestimmung und Eigenverantwortung können HIV-Positive sich besser gesund halten und eine höhere Lebensqualität für sich erzielen. Während das HIV und AIDS-Versorgungssystem in Hamburg einige medizinische Schwerpunktpraxen sowie Einrichtungen zur psychosozialen Betreuung aufweist, sind konkrete Angebote zur Gesundheitsförderung kaum vorhanden. Die vorliegende Diplomarbeit soll zunächst das Versorgungssystem für HIV-Positive in Hamburg darstellen und untersuchen welche neuen Versorgungsstrukturen benötigt werden. Außerdem wird durchleuchtet was für HIV-Positive wichtig in der Bewältigung mit ihrer Erkrankung/Infektion ist und welche Rolle Gesundheitsförderung hier spielt. Im Anschluss wird ein Modell zur Implementierung von Gesundheitsförderung für HIV-Positive entwickelt.

2 Methoden und Material

2.1 Persönlicher Zugang

Die vorliegende Diplomarbeit entsteht basierend auf einem persönlichen Interesse der Verfasserin für HIV und AIDS. Sie arbeitet seit 1996 ehrenamtlich in der AIDS-Hilfe Münster und Hamburg e.V. in den Bereichen Beratung, Prävention und Öffentlichkeitsarbeit und ist mit den Strukturen der Organisation vertraut. Zudem verrichtete sie im Jahre 2003 ein sechsmonatiges Praktikum bei Shanti im L.I.F.E.-Programm⁹ in San Francisco/USA. Das Programm führt Gesundheitsförderung mit HIV-Positiven durch, basierend auf einem ganzheitlichen Verständnis des Individuums.

⁸ Das Public Health Buch, S. 142

⁹ L.I.F.E.: Learning Immune Function Enhancement

2.2 Material

Die verwendeten Daten für die Beschreibung der epidemiologischen Situation von HIV und AIDS in Hamburg sowie in der Bundesrepublik stammen aus dem RKI¹⁰. Hier wurden die Halbjahresberichte I und II aus dem Jahre 2003 verwendet, die in einer Sonderausgabe des epidemiologischen Bulletins veröffentlicht wurden. Zudem wurde für die auf Hamburg bezogenen Daten der Gesundheitsbericht „!positiv? HIV & AIDS in Hamburg“, genutzt der am Anfang des Jahres 2004 von drei Kommilitoninnen vorgestellt wurde. Die Informationen über den Stand der Epidemie in den europäischen Nachbarländern sind einem Bericht von Eurohiv entnommen. Die Darstellung des Versorgungssystems basiert zum einen auf Internetrecherche und den Jahresberichten der Organisationen, aber auch auf den durchgeführten Interviews.

2.3 Methodik

Der empirische Teil dieser Arbeit besteht aus qualitativen Experteninterviews. Es wurden sieben Experten aus verschiedenen Institutionen, die Teil des HIV/AIDS-Versorgungsnetzes in Hamburg sind, befragt. Diese Experten wurden von der Verfasserin ausgewählt. Kriterien waren zum einen Verfügbarkeit, aber auch die Wichtigkeit der Organisationen im Hamburger HIV-Versorgungsnetzwerk. Die Interviews wurden mit einem einheitlichen Leitfaden durchgeführt, der von der Verfasserin entwickelt wurde. Dies geschah mit Hilfe einer Gesprächsgruppe, die aus einer Ärztin, einem Psychologen und einem Praktikanten bestand, die in der AIDS-Hilfe Hamburg arbeiten. Im Fokus der Befragung steht die Fragestellung: Was hilft Menschen mit HIV und AIDS im Umgang mit ihrer Erkrankung und wie kann das durch Gesundheitsförderung unterstützt werden? Wie können die verschiedenen Zielgruppen erreicht werden? Ebenso geben die Experten eine persönliche Einschätzung der Versorgungssituation von HIV-Positiven in Hamburg, sowie Veränderungswünsche und Prognosen.

Die Befragungen fanden am jeweiligen Arbeitsplatz der Experten statt. Die Interviews dauerten zwischen 40 und 65 Minuten und wurden aufgezeichnet. Im Anschluss daran wurden sie transkribiert und einmal Korrektur gelesen. Im Folgenden kategorisierte die

¹⁰ RKI: Robert-Koch-Institut

Verfasserin die Interviews und kodierte sie. Als Basisliteratur für diesen Prozess diente „Grounded Theory. Strategien qualitativer Forschung“. Von Kapitel 4.2 bis 5.4 werden, wenn nicht anders gekennzeichnet ausschließlich die Standpunkte und Ansichten der Experten verarbeitet.

2.4 Limitationen

Der empirische Teil dieser Arbeit hat keinen Anspruch auf Repräsentativität, sondern gibt nur einen ausschnittshaften Überblick über die Meinung von einigen Experten des HIV/AIDS-Versorgungssystems in Hamburg. Die Befragten sind nach dem persönlichen Interesse und Ermessen der Verfasserin gewählt, das auf ihren Erfahrungswerten beruht. Ein anderes Entscheidungskriterium ist die Verfügbarkeit der Interviewten. Die Auswahl der relevanten Organisationen und Experten wurde allerdings nach einer Beratung mit einem Psychologen und einer Ärztin der AIDS-Hilfe Hamburg durchgeführt. Der Interviewleitfaden (siehe Anhang) enthält zwei Fragen, die einigen Befragten zunächst unklar erschienen und die nur sehr kurz beantwortet wurden (5 a und 6 b).

3 HIV und AIDS in Hamburg

3.1 Beschreibende Epidemiologie in der Bundesrepublik und in Hamburg

Seit Beginn der HIV-Epidemie in den frühen 80er Jahren haben sich in Deutschland circa (ca.) 60 000 Menschen mit dem HI-Virus infiziert. 26 000 Infizierte sind an AIDS erkrankt und 21 000 an den Folgen der Erkrankung verstorben. Momentan leben ca. 43000 Menschen mit HIV in der Bundesrepublik, von denen 33 500 Männer und 9 500 Frauen sind. Es sind weniger als 400 Kinder betroffen. Jedes Jahr gibt es ca. 2000 Neuinfektionen in Deutschland, wobei das RKI seit dem letzten Halbjahr 2002 „eine leichte Zunahme der Zahl der HIV-Erstdiagnosen“¹¹ angibt. Von den Neuinfizierten sind ca. 75% Männer und 25% Frauen (Kinder unter 1%). 41% der neu gemeldeten HIV-Fälle sind Männer, die sich durch Sex mit Männern infiziert haben. 19% der gemeldeten Neuinfektionen sind Menschen, die aus Hochprävalenzländern stammen.¹² Hier ist anzunehmen, dass viele dieser Personen bereits infiziert waren als sie nach Deutschland kamen. Bei Männern, die sich

¹¹ Vergl.: RKI, Epidemiologisches Bulletin

¹² Hochprävalenzländer: Länder in denen die HIV-Prävalenz höher als 1% der Gesamtbevölkerung beträgt

durch Sex mit Männern infiziert haben und bei Personen aus Hochprävalenzländern ist eine leicht ansteigende Infektionsrate zu beobachten. Die drittgrößte Betroffenengruppe mit 14% sind Menschen, die sich über heterosexuellen Kontakt mit HIV infiziert haben, die aber nicht aus Hochprävalenzländern stammen. 6% der HIV-Erstdiagnosen sind auf intravenösen Drogengebrauch zurückzuführen. Hier ist der Trend konstant rückläufig. 21% der Neuinfizierten machten keine Angabe zum Übertragungsweg. Es gibt kaum Übertragungen peri- und postnatal durch die Mutter.¹³

Seit Beginn der Epidemie sind 26 000 Menschen an AIDS erkrankt. Es leben momentan ca. 5000 AIDS-Kranke in der Bundesrepublik. Jedes Jahr erkranken ca. 700 Menschen neu. Dieser Trend ist im Gesamtbundesgebiet etwas rückläufig.

Die Gesamtzahl der Verstorbenen durch AIDS in Deutschland liegt bei ca. 21 000. Im Jahre 2001 starben ca. 600 Menschen an den Folgen von AIDS.¹⁴ 47% aller Neuinfizierten leben in Ballungszentren wie Hamburg. Dort leben zurzeit ca. 3500 HIV-Positive. Im Jahre 2002 gab es 133 valide Testergebnisse, während es im Vorjahr nur 76 waren. 55% der Neuinfizierten sind MSM¹⁵, wobei hier seit 2000 (nur 40%) ein Anstieg zu verzeichnen ist.¹⁶ 20-30% der Menschen, die sich neuinfiziert haben sind Personen, die aus Hochprävalenzländern stammen. 15% der neuen HIV-Fälle haben sich über heterosexuelle Kontakte infiziert und kommen nicht aus einem Hochprävalenzland. 10% der Neudiagnosen sind durch intravenösen Drogengebrauch zustande gekommen. 75% der Neuinfizierten sind Männer und ca. 25% sind Frauen.¹⁷

Ende des ersten Halbjahres 2003 leben in Hamburg 952 Menschen, die an AIDS erkrankt sind. Auffällig ist, dass von diesen 67% MSM sind. Das sind 5% mehr als im bundesdeutschen Vergleich. Im Jahre 2002 gab es in Hamburg 120 Neuerkrankungen. Die AIDS-Prävalenz steigt seit 2000 wieder leicht an.

¹³ RKI, Epidemiologisches Bulletin, 2003

¹⁴ Vergl.: ebd.

¹⁵ MSN: Männer, die Sex mit Männern haben

¹⁶ Positiv? HIV & AIDS in Hamburg, Gesundheitsbericht zur aktuellen Situation in Hamburg, 2003

¹⁷ Vergl.: ebd.

3.2 Trends für die Entwicklung der Epidemie

Seit dem letzten Halbjahr 2002 ist eine Zunahme von Erstinfektionen in der Betroffenen-Gruppe MSM zu beobachten. Laut einer Sonderausgabe des Info-Bulletins des RKI könnte dies mit einer steigenden Syphillisinzidenz in dieser Zielgruppe zusammenhängen. Diese STI¹⁸ tritt seit 2000 bundesweit, vor allem in Ballungsgebieten (besonders Hamburg) bei MSM vermehrt auf. Auslöser für diese Epidemie war vermutlich ein Ausbruch 1998/99 in Hamburg. Syphilis kann ein Kofaktor für die Übertragung von HIV sein. Das liegt zum einen daran, dass durch die lokalen Läsionen, die mit der Infektion einhergehen, die Übertragung von HIV „leichter“ ist. Zum anderen ist die Empfänglichkeit größer, da durch Syphilis das Immunsystem supprimiert wird. Allerdings ist auch zu bedenken, dass die Behandlung einer Syphilis-Infektion als Anlass zu einem HIV-Antikörpertest genommen werden kann und daher mehr positive Erstdiagnosen auftreten.

Seit Jahren ist in Deutschland ein konstanter Anstieg an Erstdiagnosen bei Menschen aus Hochprävalenzländern zu erkennen. Dieser Trend wird sich weiter fortsetzen. Sexueller Kontakt mit Menschen aus diesen Ländern gilt als häufiger Übertragungsweg für Heterosexuelle. Als Hochprävalenzländer gelten einige Gebiete in Afrika und Asien, aber auch einige Länder der ehemaligen UdSSR. 9% aller Einwanderer in Deutschland kommen aus der russischen Föderation¹⁹. Hier steigt die HIV-Inzidenz konstant an (351,5/100 000, 2002²⁰). Außerdem liegt hier eine massive Syphilis- und Gonorrhoeepidemie vor, die sich ab Mitte der 90er Jahre beobachten ließ (150 Syphilisfälle/100000 Einwohner im Jahre 2001). Einen ansteigenden Trend für HIV-Erstdiagnosen, wie für STI-Inzidenzen gibt es auch in den Ländern des Baltikums (Estland 660,7 HIV-Neuinfektionen/100 000 Einwohner)²¹. Durch die EU-Erweiterung ist mit einem erhöhten Reiseverkehr zu rechnen. Das Thema HIV sollte daher auch auf internationaler Ebene diskutiert werden. Die jährliche Befragung der BZGA²² „AIDS im öffentliche Bewusstsein“, in der eine repräsentative Stichprobe der über 16-jährigen Bewohner Deutschlands interviewt wird, zeigte 2003, dass das Informationsverhalten der Bevölkerung weiterhin gut ist. Dabei spielen vor allem Mas-

¹⁸ STI: Sexual transmitted infection, sexuell übertragbare Infektion

¹⁹ Migrationsbericht 2003

²⁰ AIDS surveillance in Europe, Mid-year report, 2003

²¹ ebd.

²² BZGA: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung

senmedien eine entscheidende Rolle. Allerdings geht der Kondomgebrauch der unter 45-Jährigen seit 1996 langsam aber kontinuierlich zurück.

Laut RKI wird zudem befürchtet, dass die Therapierbarkeit von HIV Einfluss auf das Risikoverhalten hat. Dies steht im Gegensatz zu der Befragung der BZGA, wobei hier aber zu bedenken ist, dass laut dieser nur 29% der Befragten über die Therapie informiert sind.

Diese Frage ist sicherlich zielgruppenspezifisch differenzierter zu betrachten. Das RKI spricht von einer „Umbruchsphase“²³ der Epidemie, die mit den vorab geschilderten Entwicklungen zusammenhängt. Demnach seien erweiterte Präventionsmaßnahmen nun wichtiger denn je.²⁴

4 Das Versorgungssystem für HIV-Positive und AIDS-Kranke in Hamburg

4.1 Beschreibung der Versorgungsressourcen

Im Folgenden soll kurz das HIV-Versorgungssystem in Hamburg skizziert werden. Die Versorgung für HIV-Positive und AIDS-Kranke ist zielgruppenspezifisch aufgeteilt. Die Koordination, sowie die Vergabe der Gelder, die für diesen Bereich sind der Behörde für Wissenschaft und Gesundheit unterstellt.

4.1.1 Ressourcen für alle Menschen mit HIV und AIDS

Die AIDS-Hilfe ist die älteste Hilfsorganisation (seit 20 Jahren) in Hamburg. Ihre Zielgruppe sind Menschen mit HIV und AIDS sowie deren Zugehörige. Betroffene können hier soziale, psychologische und medizinische Beratung in Anspruch nehmen. Zudem gibt es verschiedene Möglichkeiten zum Austausch zwischen Betroffenen, wie Selbsthilfegruppen und geleitete Gruppenangebote. Ebenso werden Informations- und Bildungsveranstaltungen im Rahmen der Gesundheitsförderung angeboten (z.B. ART-Gruppe²⁵). Abschließend gibt es auch noch die Vor-Ort- und die aufsuchende Beratung, die im UKE und in Schwerpunktpraxen durchgeführt wird. Es werden im Experteninterview auch spezifischere Zielgruppen, wie infizierte Frauen genannt: „[...] damit diese nicht aufgesogen werden

²³ Epidemiologisches Bulletin, Sonderausgabe, 2003

²⁴ Vergl.: ebd.

²⁵ ART: Antiretrovirale Therapie

durch die immer noch Hauptbetroffenengruppe der schwulen und bisexuellen Männer.“²⁶ Zudem will die AIDS-Hilfe vor allem auch Klienten erreichen, „die nicht dieses Selbstbewusstsein haben, hier über die Türschwelle zu schreiten und sagen, hier bin ich, ich brauche, meine Bedürfnisse sind die und die und die.“²⁷ Hiermit sind vor allem Migranten gemeint, die schwer zu erreichen sind, da eine HIV-Infektion die Verstoßung aus der Community zur Folge haben kann.²⁸

Das Hospiz Hamburg Leuchtfeuer ist eine Tochterorganisation der AIDS-Hilfe. Zusätzlich zu diesen zielgruppenspezifischen Angeboten gibt es die Möglichkeit zur anonymen Telefonberatung, die von jedem Interessierten mit Fragen zu HIV genutzt werden kann. Außerdem hat die AIDS-Hilfe Hamburg im Jahre 2003 ein Schoolworker-Projekt ins Leben gerufen. Die ehrenamtlichen Beteiligten machen HIV-Aufklärung in Schulen.

Spirituelle und christliche Beistand für alle Menschen mit HIV kann bei der AIDS-Seelsorge der evangelisch-lutheranischen Kirche in Anspruch genommen werden. Neben offenen Beratungszeiten werden auch verschiedene Gottesdienste angeboten. Die Betreuung der Klienten erfolgt unabhängig von deren kirchlicher Orientierung.

Ein anderer Baustein des Versorgungssystems ist die AIDS-Beratung, die der Behörde für Wissenschaft und Gesundheit angegliedert ist. Zwei Mitarbeiter bieten anonyme Testberatung an und führen den HIV-Antikörpertest kostenlos durch. Zudem bietet die AIDS-Beratung vierteljährlich das „Forum“²⁹ an. Hier handelt es sich um Informationsveranstaltungen für Betroffene und Angehörige, in denen es aber auch um Austausch und Diskussion geht. Seit neuestem bietet diese Institution einmal wöchentlich HIV-Antikörpertests, sowie Beratung in den Räumen von Hein und Fiete an. In der AIDS-Beratung liegt der „erste“ Schwerpunkt auf schwulen Männern, da die Infektionszahlen in dieser Gruppe ansteigen. Eine andere Zielgruppe sind Migranten. Die AIDS-Beratung entwickelt gerade mit Kollegen vom Tropenkrankenhaus eine „ethnomedizinische Ausrichtung“³⁰ die versuchen will Migranten über andere Erkrankungen zu erreichen, da HIV in vielen Kulturen mit Stigmatisierung verbunden ist. Zudem sollen Frauen vermehrt adressiert werden.

²⁶ Petra Klüfer, Interview S. 4

²⁷ ebd.

²⁸ dies bezieht sich laut P. auf den afrikanischen Kulturkreis

²⁹ Anmerkung der Verfasserin: das Forum ist Ende 2004 eingestellt worden

³⁰ Kalle Mörsdorf, Interview S. 4

Die medizinische Versorgung von HIV-Positiven und AIDS-Kranken wird durch verschiedene Organisationen gewährleistet. Zunächst einmal gibt es eine Auswahl von Schwerpunktpraxen, also Zusammenschlüsse von Ärzten, die sich auf die Behandlung von HIV und AIDS spezialisiert haben. Zudem bietet das UKE³¹ eine HIV-Ambulanz an, in der sich Patienten mit HIV und AIDS behandeln lassen können. Als dritter Baustein der ärztlichen Versorgung ist noch das Institut für interdisziplinäre Infektionologie und Immunologie GmbH (ifi) zu nennen. Ifi betreibt eine Tagesklinik mit 10 Behandlungsplätzen, die für aufwendige diagnostische Verfahren angeboten werden. Ebenso gehört eine Studienzentrale zum Institut, in der antiretrovirale Medikamente an HIV-Patienten getestet werden. Eine Wechselwirkungshotline ist ein zusätzliches Angebot der Einrichtung. Hier können telefonisch Fragen zur Therapie geklärt werden. Zudem gibt es eine spezielle Ernährungsberatung für HIV-Positive.

Die bisher aufgeführten Institutionen bieten Hilfe für alle HIV-Positiven und AIDS-Kranke. Zudem gibt es in Hamburg gezielte Angebote für verschiedene Betroffenengruppen. Hier sei erwähnt, dass diese nicht nur bereits infizierte Klienten betreuen, sondern auch zielgruppenspezifische Prävention durchführen.

4.1.2 Homo- und bisexuelle Männer

Eine andere Betroffenengruppe sind homo- und bisexuelle Männer. Für diesen Bereich gibt es zahlreiche Selbsthilfegruppen, die eigenorganisiert sind. Viele Gruppen treffen sich bei Hein und Fiete, einer Organisation, die im Herzen der Schwulenszene von St. Georg angesiedelt ist. Neben der Bereitstellung von Räumen für verschiedene Gruppen führt Hein und Fiete Prävention in der Schwulenszene durch.³² Eine andere Organisation, die im Schwulensbereich arbeitet, ist das Magnus-Hirschfeld-Zentrum. Themen, die hier behandelt werden, sind vor allem „Coming out“, sowie Emanzipation von Homosexuellen. Es gibt Gruppenangebote und Einzelberatung für Schwule und Lesben.³³ Obwohl die Schwerpunktpraxen bei „Ressourcen für alle HIV-Positiven und AIDS-Kranken“ aufgeführt sind, sind ein Großteil der Patienten homosexuelle Männer, was am Fokus HIV und Hepatitis liegt.

³¹ UKE: Uniklinik Eppendorf

³² Hein und Fiete, Jahresbericht 2003

³³ www.mhc-hamburg.de

4.1.3 Migranten

Eine andere Zielgruppe sind Menschen, die aus Hochprävalenzländern stammen. Es ist schwierig Migranten zu erreichen, da häufig Angst vor einem „Outen“ des Infektionsstatus besteht, und weil einige einen ungeklärten Aufenthaltsstatus haben. Amnesty for women unterstützt das EU-weite Projekt TAMPEP³⁴, das HIV- und STI-Prävention bei weiblichen und transsexuellen Prostituierten aus Migrationsländern durchzuführen. Es wird mit kulturellen Mediatoren gearbeitet. Aus dieser Organisation ist in Hamburg zudem die zentrale Beratungsstelle für sexuell übertragbare Krankheiten entstanden, die mit ehrenamtlichen Ärzten Tests auf STIs und HIV-Antikörpertests für Nicht-Krankenversicherte anbietet. Zudem sind in dieser Institution zwei Sozialpädagoginnen beschäftigt, die Beratungszeiten anbieten und Straßensozialarbeit in Sankt Pauli durchführen. Ebenso sind hier Dolmetscherinnen für diverse Sprachen auf Honorarbasis angestellt, die den Klientinnen helfen können.³⁵

4.1.4 Drogenhilfe

Das Drogenhilfesystem in Hamburg besteht aus verschiedenen Angeboten. Kodrobs ist eine Organisation des Vereines „Jugend hilft Jugend“, die in verschiedenen Stadtteilen Hamburgs zu finden ist. Sie bietet psychosoziale Beratung und Arbeitsvermittlung für Substituierte, sowie ambulante Behandlung für Drogengebraucher an.³⁶ Palette e.V. hilft Angehörigen und Kindern von Drogengebrauchern und berät Substituierte in psychosozialen Anliegen.³⁷

Das Basis-Projekt führt Straßensozialarbeit im Stadtteil St. Georg durch, mit einem besonderen Fokus auf männlichen Drogengebrauchern, die Beschaffungsprostitution ausüben.³⁸

Das Sperrgebiet wendet sich vor allem an junge Mädchen, die Drogen konsumieren und sich prostituieren. Auch diese Organisation macht Straßensozialarbeit, bietet aber auch ein Cafe an, in dem sich die Mädchen aufhalten können um sich miteinander auszutauschen

³⁴ TAMPEP: Transnational AIDS/STD Prevention Among Immigrant Prostitutes in Europe

³⁵ www.amnestyforwomen.de/eu

³⁶ www.jugend-hilft-jugend.de

³⁷ www.palette-hamburg.de

³⁸ Basis, Jahresbericht 2003

oder um das Beratungsangebot durch Sozialarbeiterinnen zu nutzen. Die Behörde für Wissenschaft und Gesundheit finanziert eine Stelle zur HIV-Prävention.³⁹

Während das Sperrgebiet sich vor allem an minderjährige Mädchen und junge Frauen wendet (Zutritt besteht nur für Frauen bis einschließlich 26), zielt das Ragazza auf Frauen über 18 Jahre ab. Diese Einrichtung hat einen Konsumraum, der durch Krankenschwestern betreut wird. Die Klientel besteht ausschließlich aus Frauen. Auch das Ragazza führt Straßensozialarbeit durch.⁴⁰

Das DrobInn ist eine andere Einrichtung der Drogenhilfe, die ebenso in Sankt Georg lokalisiert ist. Es gibt einen Konsumraum, der von Krankenpflegepersonal betreut wird. Straßensozialarbeit sowie medizinische Versorgung sind fester Bestandteil des Angebotes.⁴¹

Das Hamburger Fortbildungsinstitut für Drogen und AIDS (HIDA) wurde als Projekt des Vereins „jugend hilft jugend e.V.“ gegründet und richtet sich an Mitarbeiter der Drogen-, Prostitutions- und Jugendhilfe, sowie an Personen, die im Strafvollzug arbeiten. Es hat einen definierten Fortbildungsauftrag durch das Amt für Gesundheitsförderung und wird mit öffentlichen Mitteln gefördert.⁴²

4.1.5 Familien- und Jugendhilfe

Die Arbeitsgemeinschaft für Kinder und Jugendliche (AJS) unterstützt betroffene Kinder, aber auch Familien in denen Betroffene leben. Das Angebot umfasst Beratung bei sozialen Problemen, sowie Unterstützung bei Behördengängen und die Möglichkeit zum Austausch zwischen Betroffenen.⁴³

4.1.6 Netzwerk

Als letzten Baustein des Versorgungssystems für HIV-Positive und AIDS-Kranke in Hamburg ist die Landesarbeitsgemeinschaft AIDS zu nennen. Diese ist ein Netzwerk der verschiedenen Anbieter, das von der AIDS-Hilfe Hamburg betrieben wird. Die Kollegen treffen sich in zweimonatigen Abständen um sich über ihre Arbeitsbereiche auszutauschen und um gegebenenfalls gemeinsame Projekte zu planen. Dieses Netzwerk besteht in jedem

³⁹ Sperrgebiet, Jahresbericht 2003

⁴⁰ www.rauschnet.de

⁴¹ www.jugendhilfe.de/drogen/drobinn.html

⁴² www.jugend-hilft-jugend.de

⁴³ www.aids-und-jugendliche.de

Bundesland und wird durch Initiative der Deutschen AIDS-Hilfe durchgeführt. In Hamburg nehmen allerdings auch Institutionen teil, die nicht Mitglied in der Deutschen AIDS-Hilfe sind, um eine komplette Vernetzung zu ermöglichen.⁴⁴

4.2 Bewertung des Versorgungssystems für HIV-Positive und AIDS-Kranke in Hamburg

Bei der Betrachtung des Versorgungssystems für HIV-Positive und AIDS-Kranke in Hamburg fällt auf, dass es sehr viele spezifische Beratungsangebote sowie viele Möglichkeiten zum Austausch für Betroffene gibt. Ebenso arbeiten die meisten der aufgeführten Organisation mit gezielten Präventionsmaßnahmen in den jeweiligen Bereichen. Die Versorgung ist zielgruppenspezifisch und die Hauptbetroffenengruppen werden zum Großteil erreicht. Die Versorgungssituation wird also im Allgemeinen als gut bewertet. Vor allem schwule Männer sind gut zu erreichen, weil sie eine homogene Betroffenengruppe darstellen. Während die homosexuellen Männer gut ins Versorgungssystem eingebunden sind, gibt es Bedenken, dass Frauen adäquat erreicht werden. Als Begründung dafür wird zum einen die geringere Infektionszahl angegeben, aber auch die Tatsache, dass die Betroffenenmenge nicht so homogen ist, oder die Infektion als Stigmatisierung empfunden wird. Ebenso ist die Versorgungssituation für Migranten schlecht. Erklärungen hierfür sind der Aufenthaltsstatus, sowie die Angst vor der Verstoßung aus dem sozialen Umfeld. „Nicht wenige, die hierher kommen, haben ganz ganz große Ängste, von ihrer, ich sag jetzt mal Herkunftsgemeinschaft, [...] von dieser verstoßen zu werden, wenn das Thema HIV öffentlich wird.“⁴⁵ Die medizinische Versorgung von Migranten ist nicht ausreichend. Die Beratungsstelle für sexuell übertragbare Krankheiten ist das einzige Angebot für diese Klienten, das anonym ist. Die Kapazitäten sind jedoch sehr beschränkt, da diese Einrichtung nur auf ehrenamtlichem Engagement beruht. Es gibt in Hamburg kein Angebot von staatlicher Seite für Menschen „ohne Pass und Krankenschein“. ⁴⁶ Zudem ist die Versorgung im Drogengebraucherbereich nicht optimal, weil die Compliance der Klienten nicht ausreichend und das System zu unübersichtlich für diese Betroffenengruppe ist. Eine gute medizinische Versor-

⁴⁴ www.dah.de und Interviews mit Petra Klüfer, Jörg Korell und Markus Straube

⁴⁵ Jörg Korell, Interview S. 11

⁴⁶ ebenda

gung durch Schwerpunktärzte ist gewährleistet. Zudem stellt die Ambulanz am UKE als staatliche Einrichtung eine wertvolle Ergänzung im Versorgungssystem dar. Allerdings kommt es weiterhin zu Diskriminierung von Klienten durch Fachärzte, die nicht im Schwerpunkt HIV arbeiten. Die psychosoziale Betreuung von HIV-Positiven und AIDS-Kranken wird als ausreichend beschrieben. Allerdings gibt es ein sehr reduziertes Angebot für Frauen und für heterosexuelle Männer, die nicht Drogen konsumieren oder aus Hochprävalenzländern kommen. Die medizinische Versorgung für Migranten ist unzureichend, da es hier nur eine ehrenamtlich organisierte Beratungsstelle gibt.

4.3 Gewünschte Veränderungen im Versorgungssystem

Präventionsmaßnahmen vor allem für heterosexuelle Jugendliche werden nur unzureichend angeboten. In diesem Bereich wird zu viel gespart, da die Geldgeber davon ausgehen, dass die Thematik HIV und AIDS im Schulunterricht ausreichend abgedeckt wird. Zudem ist es notwendig HIV und AIDS –Prävention in der Allgemeinbevölkerung durchzuführen, vor allem im Hinblick darauf, dass die HIV-Inzidenz im heterosexuellen Bereich zunimmt. Hier muss auch der wirtschaftliche Aspekt von Prävention betrachtet werden „Also, ganz deutlich ist natürlich, dass jeder ausgegebene Euro für Prävention sich mindestens verzehnfacht indem man eben die Kosten für die Neuinfektionen spart.“⁴⁷ So werden die Behandlungskosten immer höher, und daher müssen mehr Präventionsmaßnahmen durchgeführt werden um diese Kosten einzugrenzen. Außerdem ist es wichtig darzustellen, dass die anti-retrovirale Therapie mit Nebenwirkungen verbunden ist. „Weil wenn eben in der Gesellschaft die Meinung vorherrscht, man kann das behandeln. Man nimmt ein paar Pillen und dann ist die Sache gut, dann passen die Leute auch nicht mehr auf. Dann gehen sie wieder Risiken ein.“⁴⁸ Um die Menschen zu erreichen ist ein Vertrauensverhältnis zwischen Anbieter und Klienten wichtig: „Das heißt, wenn ich Aufklärung mache, dann brauche ich viel Personal, um Menschen in den unterschiedlichen Facetten zu erreichen. Und deswegen brauche ich auch unterschiedliches Personal für unterschiedliche Szenen und für unterschiedliche Gruppen.“⁴⁹ Es sollte ein größeres Angebot zur Sozial- und Rentenberatung geben, weil sich die Bedürfnisse von HIV-Positiven und AIDS-Kranken geändert haben.

⁴⁷ Petra Klüver, Interview S. 7

⁴⁸ Axel Adam, Interview S. 5

⁴⁹ Markus Straube, Interview, S. 3

„[...] die Infizierten werden Dank der Therapien immer älter, kriegen die Einschränkungen zu spüren, zum Beispiel im Berufsleben, und gleichzeitig müssen wir die sogenannten sozialpädagogischen Stellen, irgendwie, die gibt's nicht, oder nicht mehr in dem Maße. Das haben wir immer ganz deutlich gemerkt bei uns in der Beratungsstelle war das ganz dramatisch. Wir hatten nachher gar keine Sozialpädagogen mehr, die diese Renten-, Sozialberatung machen konnten.“⁵⁰ Zudem ist eine selbstverständliche Integration von HIV-Positiven und AIDS-Kranken in das Versorgungssystem erstrebenswert. Spezifischer wird in diesem Kontext betont, dass es eine bessere Möglichkeit zur Rehabilitation und zur Rückkehr in die Arbeit geben muss. Sozial schwache HIV-Positive sollten besonders im Versorgungssystem berücksichtigt werden. Die Angebote sollten für alle HIV-Positiven zugänglich sein, unabhängig vom sozialen Status. Eine gesicherte Basisversorgung muss für alle gewährleistet sein. Diskriminierung gegenüber Betroffenen, kommt weiterhin vor. Zum einen werden HIV-Positive und AIDS-Kranke bei Ärzten, die nicht im Bereich arbeiten damit konfrontiert. Aber auch andere Menschen haben häufig Berührungsängste, die auf Unwissenheit beruhen. Mehr Öffentlichkeitsarbeit ist notwendig um Vorurteile abzubauen und das Thema nicht in Vergessenheit geraten zu lassen. Dazu ist es auch wichtig, dass HIV und AIDS wieder in den Medien auftaucht. „Ich würde mir wünschen, dass es mal wieder in der Öffentlichkeit mal wieder Thema wird. Dass es nicht so totgeschwiegen wird. [...] Ja, guck dich doch mal im Fernsehen um, wann hast du den letzten AIDS-Spot gesehen? Um überhaupt etwas in Gang zu setzen, wünsch ich mir wieder ne Öffentlichkeit für HIV. Und dann kommt das, der Rest kommt dann schon.“ Es ist allerdings schwierig Menschen zu erreichen: „Die Reize, die man heute setzen muss, sind ja so riesig, weil man kriegt ständig irgendwelche Leichen im Fernsehen zu sehen [...]. Das heißt, die Leute mal auf ihr eigenes Schicksal zurückzuführen, ist, glaube ich, ganz schön schwer.“

4.3.1 Notwendige Ressourcen

Vor allem werden mehr finanzielle Mittel benötigt um gewünschte Veränderungen umsetzen zu können, wobei fraglich ist, wie diese mobilisiert werden können. Eine Idee dazu ist, dass man HIV „wieder in das Bewusstsein der Leute holt, dass es dieses Problem gibt, ne, dass die Neuinfektionsraten zum ersten Mal seit zehn Jahren gestiegen sind, im letzten

⁵⁰ Kalle Mörsdorf, Interview S. 2

Jahr.“⁵¹ Die finanziellen Mittel werden vor allem für Personalkosten benötigt. Nur mit mehr geschultem Personal sind die gewünschten Veränderungen durchführbar.

4.4 Prognose für die Versorgung von HIV-Positiven in Hamburg

Es ist anzunehmen, dass sich die Situation von HIV-Positiven in Hamburg generell verschlechtern wird, da im sozialen Bereich immer mehr Leistungen gekürzt werden. Einige der Experten führen dieses Phänomen explizit auf die politische Entwicklung zurück und sehen eine direkte Verschlechterung seit dem Regierungswechsel vor zwei Jahren. Es gibt demnach einen unmittelbaren Zusammenhang zwischen Politik und Ressourcenverteilung. Das Thema HIV und AIDS ist ein Randthema, das nicht im öffentlichen politischen Interesse steht. Allerdings ist „Geldknappheit“ auch ein genereller Trend, der sich durch „alle Wirtschaftszweige und Behördenzweige“⁵² zieht. Die Kürzungen geschehen, weil das Geld generell knapp ist und weil HIV im Gegensatz zu einigen anderen chronischen Erkrankungen ein Randbereich ist. Im Bereich Gesundheitsförderung ist das Angebot der Gesundheitslotsen abgeschafft worden. Die Kürzungen im HIV-Bereich stoßen auf Unverständnis und werden als kurzfristig beschrieben, da sich langfristig mit den Angeboten Geld sparen lässt. Ein Befragter wünscht sich, dass „die Politik begreift, dass man nicht alles wegstreichen kann, dass man nicht alle reduzieren kann.“⁵³ Eine Investition in mehr Präventionsmaßnahmen könnte im Endeffekt Geld sparen: „ganz deutlich ist natürlich das jeder ausgegebene Euro für Prävention sich mindestens verzehnfacht indem man eben die Kosten für Neuinfektionen spart. Und man sollte also auf gar keinen Fall auf die ganzen Präventionskampagnen, egal in welchem Bereich, ob das schwul, bisexuelle Männer sind, oder Allgemeinbevölkerung [verzichten]. Denn wenn man sich überlegt, was ne HIV-Behandlung im Jahr kosten kann, dann ist es extremst kurzfristig, wenn man an dieser Ecke spart.“⁵⁴ Die Gesundheitsreformen sind ein Schritt in eine negative Richtung. Durch sie wird den Patienten Geld genommen, das sie nicht haben. Zudem werden wichtige Leistungen wie „Nebenwirkungsmanagementtherapien“⁵⁵ nicht mehr finanziert, was die Situation von Betroffenen verschlechtert. Generell ist es fraglich, ob Patienten ihr Gesundheitsbewusstsein auf-

⁵¹ Axel Adam, Interview S. 2

⁵² Kalle Mörsdorf, Interview S. 5

⁵³ Axel Adam, Interview S. 8

⁵⁴ Petra Klüfer, Interview S. 7

⁵⁵ Petra Klüfer, Interview, S. 7

grund eines finanziellen Drucks ändern und ob mit diesen Sparmaßnahmen wirklich die von den Krankenkassen verfolgte Zielgruppe erreicht wird. Im Gegensatz zu dieser Aussage wird argumentiert, dass durch Sparen die Eigenverantwortung gefördert wird und „dass das Bewusstsein geschärft wird für, dass ich zum Beispiel meine Quittungen sammeln muss. Gar nicht mal, dass es an mein Geldsäckle geht, das find ich an der Stelle nicht gut, aber das, Menschen sind oft nur zu kriegen über Geld. Aber, dass ich mich damit auseinander setze, dass ich längerfristig denke. Dieses Bewusstsein finde ich eigentlich gut, weil es ist auch ein Ansatz von Gesundheitsförderung.“⁵⁶ Es besteht die Sorge, dass der Trend in Richtung einer „Zwei-Klassen-Medizin“⁵⁷ nach amerikanischem Vorbild geht, oder dass ein medizinisches Regelsystem entsteht, in dem nur die Diagnose bzw. der Fall und nicht der Patient als Individuum betrachtet wird. Durch die gesamtwirtschaftliche Entwicklung ist mit einem Verarmungstrend in der Bevölkerung, vor allem unter Kranken zu rechnen. So wird es immer Menschen geben, die am Rande des Existenzminimums leben. „Ich glaube die Menschen werden noch nicht verhungern und sterbend auf den Straßen liegen, aber dafür ist der Sozialstaat ja auch immer noch gut, das zu verhindern, aber ob es zu viel mehr gut ist, weiß ich nicht.“⁵⁸ Die Experten sagen eine Verschlechterung im Hamburger HIV-Versorgungssystem voraus, die zum einen auf der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung aber auch auf einer eingeschränkten Sichtweise der politischen Akteure beruht.

5 Gesundheitsförderung

In der Einleitung dieser Arbeit wurde die Frage gestellt, ob in Hamburg genügend Angebote für Gesundheitsförderung für HIV-Positive existieren. Nach der Betrachtung des Versorgungssystems muss dies verneint werden. Aus der vorangegangenen Darstellung wird folgende Hypothese aufgestellt: Das Versorgungssystem für HIV-Positive und AIDS-Kranke in Hamburg benötigt zusätzlich zu den bestehenden Angeboten ein organisiertes Maßnahmenprogramm der Gesundheitsförderung für HIV-Positive.

⁵⁶ Markus Straube, Interview S. 12

⁵⁷ Anke Monhart, Interview, S. 12

⁵⁸ Jörg Korell, Interview S. 13

5.1 Definition

5.1.1 Definition der WHO

Gesundheitsförderung aus Sicht der WHO liegt ein salutogenetischer Ansatz zu Grunde. Im Gegensatz zum biomedizinischen Erklärungsmodell, in dem ausschließlich nach Risikofaktoren gesucht wird, steht hier die Frage im Vordergrund: „Wie und wo wird Gesundheit hergestellt?“⁵⁹ Der Fokus liegt also auf den Ressourcen der Menschen, die gesund halten können. Gesundheitsförderung greift in allen sozialen Schichten und hat sich zum Ziel gesetzt soziale Ungleichheiten auszumerzen. Sie „umfasst Maßnahmen, die auf Veränderung und Förderung sowohl des individuellen und des kollektiven Gesundheitsverhaltens als auch der Lebensverhältnisse abzielen - der Rahmenbedingungen, die Gesundheit und Gesundheitsverhalten jedes einzelnen und ganzer Bevölkerungen beeinflussen.“⁶⁰

5.1.2 Verständnis der Befragten von Gesundheitsförderung

Gesundheitsförderung hat einen präventiven Charakter und sollte sehr früh beginnen, damit Krankheiten gar nicht erst entstehen können. „Die Philosophie sozusagen von der AIDS-Hilfe ist vor 20 Jahre, glaub ich, schon auf den Punkt gebracht worden, Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention, also tatsächlich die Vermeidung von schlimmeren, sag ich mal, das zentrale Moment ist.“⁶¹

Gesundheitsförderung umfasst mehr als nur körperliche Gesundheit. Demnach ist ein ausgeglichener psychischer Zustand essentiell für das gesamte Wohlbefinden. „[...] nicht nur Abwesenheit von Krankheit, sondern einfach noch mehr. Also Gesundheit auch im Sinne von Psychohygiene, einfach sich wohl fühlen, also ein Leben, das dem entspricht, also den Wünschen der Menschen.“⁶² Eine ganzheitliche Betrachtungsweise des Menschen, die auf den körperlichen, seelischen, sowie geistigen Zustand des Individuums eingeht und gleichzeitig dessen Bedürfnisse erkennt, ist erstrebenswert. Der Gedanke von Empowerment, also Menschen darin zu unterstützen, dass sie eigenverantwortlich ihre Entscheidungen treffen, mit dem Ziel sich selbst zu helfen, wird ebenso angeführt. In diesem Zusammen-

⁵⁹ Das Public Health Buch, S. 141

⁶⁰ ebenda

⁶¹ Jörg Korell, Interview, S. 4

⁶² Anke Monhart, Interview S. 6

hang ist es wichtig den Betroffenen Optionen aufzuzeigen, sie aber nicht zu beeinflussen „[...] wir unterstützen die Frauen in ihrem Weg, und das ist alles deren Entscheidung, was sie wollen, oder auch nicht wollen. Und was wir machen, ist einfach denen die verschiedenen Möglichkeiten zu präsentieren und dass sie dann unabhängig ihre Entscheidung, ihren Weg gehen können.“⁶³ Hier ist auch wichtig, dass Menschen „im Einklang mit ihrer Umwelt“⁶⁴ leben und somit auch andere Menschen beachten. Eigenverantwortung bedeutet aber auch, dass Klienten ein Risiko bewusst in Kauf nehmen können, was dann wiederum vom Anbieter akzeptiert werden muss. Es wird aber auch klar, dass in diesem Kontext die individuellen Ressourcen des Menschen betrachtet werden müssen. Es ist also auch wichtig das Umfeld des Einzelnen mit in die Betreuung einzubeziehen: Eigenverantwortung und Ressourcen sind bei jedem Menschen individuell verschieden. Teilweise muss erst an den Ressourcen gearbeitet werden, um überhaupt die Bereitschaft zu einer Änderung zu bewirken. Es muss also erst im weitesten Sinne eine Existenzsicherung gegeben sein, um Menschen erreichen zu können. „Wenn ich nix zu fressen hab, werde ich mir keine Gedanken machen wo der nächste Arzt ist. Wenn ich nicht weiß, wo ich heute Nacht schlafen soll, werde ich mir nicht furchtbar viele Gedanken darum machen, ob ich mich jetzt vielleicht ganz besonders gesundheitsfördernd verhalte.“⁶⁵ Gesundheitsförderung für bereits Erkrankte bedeutet zum einen, dass „trotz allem“ noch die Motivation da ist etwas für sich zu tun. Dazu ist vor allem wichtig, dass die Betroffenen ein menschenwürdiges Leben führen können, indem sie ihre Autonomie bewahren. Eigenverantwortung ist hier wieder die Grundlage für gesundheitsförderliches Verhalten. So ist es wichtig diese Eigenschaft für Kranke zu fördern und herauszubilden, da zum einen die Lebensqualität gesteigert und zum anderen das Gesundheitsverhalten des Einzelnen verbessert werden kann. Ein Hindernis für Gesundheitsförderung sind Passivität und Unselbstständigkeit „Und es ist ja leider im Denken sehr verbreitet, also, ich geh zum Arzt und der macht mich heil.“⁶⁶

⁶³ Veronica Munk, Interview S. 4

⁶⁴ Jörg Korell, Interview S. 4

⁶⁵ ebd. S. 5

⁶⁶ Anke Monhart, Interview S. 7

5.2 Bedürfnisse von HIV-Positiven und AIDS-Kranken für die Bewältigung ihrer Erkrankung

In diesem Abschnitt soll besprochen werden, welche Angebote für HIV-Positive sowie für AIDS-Kranke wichtig sind, um mit ihrer Infektion bzw. Erkrankung umzugehen. Im darauffolgenden Teil wird dann diskutiert, wie diese durch Gesundheitsförderung unterstützt werden können.

Um Klienten adäquat zu unterstützen ist psychosoziale Betreuung essentiell. „Wenn das [Psychohygiene] fehlt, fehlt nämlich ein ganz großer Teil, der das, die Lebensbewältigung mit dem Virus erst möglich macht.“⁶⁷ Solche Angebote sind vor allem in der Zeit der „Krise“ nach dem Testergebnis wichtig, sowie auch im späteren Verlauf der Infektion, wenn es um Beratung zu Rente und Berufsunfähigkeit geht. Es ist wichtig für die Betroffenen ihre Rechte zu kennen. Neuinfizierte bedürfen vor allem hilfreicher Unterstützung. Sie sind mit dem Versorgungssystem in der Regel nicht vertraut und haben Berührungängste mit den Hilfsinstitutionen. Transparenz und Niedrigschwelligkeit sind hier sehr wichtig. Betroffene müssen wissen, an wen sie sich mit ihren Sorgen wenden können. Zudem ist es hilfreich für die Klienten eine Anlaufstelle zu haben, in der sie sich geschützt fühlen. Um jeden Klienten adäquat unterstützen zu können, muss er als Individuum betrachtet werden. Dabei ist es wichtig, dass der Anbieter die Bedürfnisse, Probleme sowie das Umfeld des Klienten ernst nimmt, auch wenn diese Faktoren von der persönlichen Einstellung des Mitarbeiters abweichen. Um Menschen zu verstehen und einschätzen zu können erscheint es als wichtig, dass der Helfende immer den kulturellen Hintergrund des jeweiligen Klienten berücksichtigt. Jeder Betroffene hat unterschiedliche Bedürfnisse, Wünsche und Ängste. Einzelangebote wie Beratungen sind wichtig um den Klienten mit seinen persönlichen Ressourcen zu fördern. „Also ne Möglichkeit zu finden im Einklang mit mir und meinen Viren zu leben sozusagen. Einerseits nicht Angst zu haben davor, dass die Menschheit mich davon jagen wird, weil ich HIV-positiv bin. Andererseits aber auch nicht in der Ecke mich zu verkriechen und zu sagen, bestimmt läuft die Welt vor mir davon, weil ich selber lauf ja

⁶⁷ Petra Klüfer, Interview S. 3

vor mir schon davon, eben wegen dieser Viren, und das ist sozusagen die individuelle, die innerpsychische Auseinandersetzung, sozusagen.“⁶⁸

Angebote zum Austausch miteinander können bei der Bewältigung der Diagnose helfen. Zum einen soll hier das Prinzip der Selbsthilfegruppe, in der sich Betroffene austauschen und von einander lernen können, angeführt werden. Die Klienten fühlen sich nicht allein in ihrer Position als HIV-positiv oder AIDS-krank. Zum anderen ist es wiederum für einige Betroffene wichtig, dass sie ein Angebot nutzen können, dass nicht direkt mit ihrer Infektion zusammenhängt „nicht unbedingt eine Gruppe, wo das Thema draufsteht“.⁶⁹ Solche Angebote sind unabhängig vom Infektionsstatus, sie sind aber offen gegenüber HIV-Positiven.

Akzeptanz und Verständnis sind wichtig für HIV-Infizierte um sich nicht ausgegrenzt zu fühlen. Dies bezieht zum einen auf das direkte soziale Umfeld wie Familie, Freunde und Ausgehszene aber auch auf die Helfenden. Es kommt weiterhin durchaus vor, dass Ärzte außerhalb der Schwerpunktpraxen ablehnend auf HIV-Patienten reagieren. Durch eine vermehrte Behandlung des Themas HIV und AIDS in der Öffentlichkeit kann mehr Toleranz geschaffen werden. Um der Stigmatisierung von Betroffenen entgegenzuwirken ist es notwendig über verschiedene Lebensstile aufzuklären. Es besteht die Befürchtung, dass die Abwesenheit der Thematik in den Medien die Risikobereitschaft der Menschen erhöht. Demnach ist Öffentlichkeitsarbeit auch förderlich für Prävention.

Die Eigenverantwortung des Klienten ist für die Bewältigungsstrategien bedeutsam. Hier ist vor allem wichtig, dass sich die Betroffenen mit der eigenen Erkrankung auskennen. So ist es hilfreich für Infizierte eine Partnerschaft mit dem Arzt anzustreben, indem sie sich über Krankheit und Therapie informieren und gemeinsam mit dem Mediziner den geeigneten Behandlungsweg herausfiltern. Eigenverantwortung kann auch eine Motivation zum Weiterleben sein: „...dass es hilfreich sein kann, wenn man sie auch wieder ins Leben sozusagen zurückholt, indem man ihnen sagt, so das kannst du selbst für deine Gesundheit oder gegen die Infektion machen“.⁷⁰ Hierzu zählt auch, dass die Betroffenen eine Verantwortung haben sich selbst vor anderen STIs zu schützen, aber auch andere vor einer Übertragung von HIV zu bewahren.

⁶⁸ Jörg Korell, Interview S. 6

⁶⁹ Markus Straube, Interview S. 5

⁷⁰ Axel Adam, Interview S. 5

5.2.1 Unterstützung durch Gesundheitsförderung

Um die Klienten überhaupt zu erreichen müssen diese wissen, was es für Ressourcen gibt und zu welchen sie Zugang haben. Ein transparentes Versorgungssystem ist die Voraussetzung für die Planung von Maßnahmen um die Kontaktaufnahme für den Betroffenen leicht zu machen. Indem man den Betroffenen über seine Wahlmöglichkeiten aufklärt, appelliert man an seine Eigenverantwortung. Der Klient kann selbst entscheiden ob und was er tun möchte. Das kann vor allem durch Menschen erreicht werden, die dem Klienten helfen seinen Weg im Versorgungssystem zu finden. Um die Bedürfnisse der Betroffenen zu unterstützen, sind Aufklärung und Informationsweitergabe notwendig, um damit Gesundheitsprobleme aufzuzeigen und die Klienten aufmerksam zu machen. Dies kann in Informationsveranstaltungen geschehen oder in Einzelberatungen mit einfließen. Der Bedarf ist von Zielgruppe zu Zielgruppe verschieden. Außerdem sind konkrete Angebote für Betroffene wichtig. Dies können aktive Gruppen sein, in denen die Interessierten praktisch lernen, wie sie ihr Verhalten ändern können um gesundheitsbewusster zu leben. Zudem kann es bei Gruppenangeboten immer zu einem Austausch zwischen Betroffenen kommen. Beispiele hierfür sind Kochgruppen, Workshops und Sportvereine. Das Prinzip der Selbsthilfe kann sich unterstützend auf die Betroffenen auswirken. Betroffene können sich mit anderen Infizierten austauschen und von ihnen lernen „...ich lerne von den Möglichkeiten von den Wegen anderer, hab die Gelegenheit mit anderen darüber zu sprechen um mich an denen zu überprüfen, an denen zu messen, mit ihnen, oder auch in Abgrenzung zu denen meinen Weg zu finden, also zu sagen, so ein Jammerlappen wie der will ich nie werden, aber auch zu sagen, was für eine tolle Persönlichkeit, guck mal, wie der seinen Weg gefunden hat, der ist für mich auch Ansporn.“⁷¹

Um Betroffene zu erreichen, ist es wichtig ein niedrighschwelliges Angebot zu präsentieren. Verschiedene Angebote in unterschiedlichen Settings sind erforderlich um eine größere Zahl an HIV-Positiven und AIDS-Kranken zu erreichen. Einige Menschen brauchen demnach eine Gruppensituation mit „Gleichen“, andere ein Individualangebot. Eine ungezwungene Atmosphäre, in der kein Druck ausgeübt wird, kann sehr zuträglich für die Klienten sein. In diesem Kontext sollte auch der Aspekt der Anonymität berücksichtigt werden, da es Klienten gibt, die ihre Identität nicht preisgeben möchten.

⁷¹ Jörg Korell, Interview S. 6

Es soll den Klienten also möglichst leicht gemacht werden, Angebote zu nutzen. Das Bereitstellen von Ressourcen und von Infrastruktur kann als gesundheitsfördernde Maßnahme verstanden werden.⁷² Die Finanzierung dieser Versorgung geschieht durch unterschiedlichste Träger, die sich zusammen zu einem System ergänzen. Die kollektive Förderung basiert auf dem Gedanken von Solidarität. Eine „gesamtverändernde Bewusstseinsenerweiterung“ durch Szene- und Kulturarbeit ist notwendig. Das heißt, dass der Anbieter den Kulturkreis der Zielgruppe kennen und einbeziehen muss um spezifische Maßnahmen der Gesundheitsförderung zu erarbeiten. „Also, so was wie essen ist ein hohes Kulturgut, und wenn ich über essen Bewusstsein schaffe, indem ich mich mit Menschen auseinandersetze, wie ist eigentlich eure Esskultur und mit denen Feste feier’ und dann aber den Bezug von Gesundheit darein baue.“

Eine unterstützende gesundheitsfördernde Maßnahme wäre die Schaffung eines neuen Berufsbildes „Gesundheitstrainer“. Damit sind gemeint: „Menschen, die sich mit dieser Thematik gut auskennen, die geschult sind auch im Umgang mit unterschiedlichen Persönlichkeiten und dann eben auch auf das Individuum eingehen können und herausfinden können, wie kann ich denjenigen motivieren sich mehr um seine Gesundheit zu kümmern“⁷³, aber auch den Betroffenen helfen einen geeigneten Weg durch das Versorgungssystem zu finden. Um gesundheitsfördernde Maßnahmen zu gewährleisten sollten die Krankenkassen auf mehr Geld in präventive Maßnahmen zu stecken, weil dadurch Erkrankungen vermieden und somit Kosten eingespart werden können. Diese Leistungen sollten kassenübergreifend und für Menschen jedes Sozialstatus angeboten werden. Um gesundheitsfördernde Maßnahmen für HIV-Positive in Hamburg zu garantieren muss das Versorgungssystem in Hamburg erweitert, oder zumindest im aktuellen Rahmen weitergeführt werden.

5.2.2 Behinderungen und Hindernisse

Als vorrangiges Hindernis sind finanzielle Grenzen anzuführen, die aufgrund des Sozialabbaus in Hamburg entstanden sind. Diese Veränderungen sind vor allem seit dem politischen Richtungswechsel zu beobachten. Die Aufträge, die von der Regierung gegeben werden, limitieren die Möglichkeit der Organisationen den Klienten adäquat gesundheits-

⁷² ebenda

⁷³ Axel Adam, Interview S. 5

fördernde Maßnahmen anzubieten, die ressourcenorientiert sind. Trotzdem müssen sich die Institutionen weiter anpassen um finanziert zu werden. Es kann ein Hindernis für Betroffene sein an einer Maßnahme teilzunehmen, wenn die Schwelle zu hoch ist. Für einige Klienten ist es demnach wichtig, dass die Organisation oder Gruppe nicht explizit auf HIV und AIDS hinweist.

Eine Barriere könnte auch der Berufsstand der Ärzte darstellen, da Gesundheitsförderung von ihnen nicht immer ernst genommen wird und weil sie denken „das können wir auch mitmachen“⁷⁴. Ebenso ist es fraglich, ob alle Klienten Gesundheitsförderung als notwendig ansehen und motiviert sind Maßnahmen mitzumachen. „Dass sie sagen, ach, das trifft für mich nicht zu. Ich ernähr mich schon gesund, und ich brauch den Kram nicht.“⁷⁵

Die zunehmend spezialisierte Betrachtungsweise der Krankenkassen auf einzelne Betroffenen- oder Erkrankungsgruppen ist hinderlich um gesundheitsfördernde Maßnahmen zu implementieren. Es fehlt ein „allgemeinverbindendes Element“.⁷⁶ Neben den angeführten Hindernissen, bringt der gesellschaftliche Wandel Veränderungen mit sich. So ist eine zunehmende Verarmung zu beobachten, die zur Folge hat dass immer mehr Menschen am Existenzminimum leben. Demnach stehen für eben jene Menschen andere existentielle Sorgen und Nöte im Vordergrund, und Gesundheitsförderung ist nicht im Fokus ihres Interesses. Auch die Familienstruktur wandelt sich, was in gesundheitsfördernden Maßnahmen beachtet werden muss. „Es gibt nicht mehr die Kleinfamilie mit Vater, Mutter, zwei Kindern. Es gibt dieses Ein-Eltern-Phänomen und dass man da ganz anders ansetzen muss. Also, diese Ansätze, die es im Moment gibt, von Ganztagschulung, Betreuung, die sind an der Stelle ganz wichtig.“⁷⁷

Der Individualisierungstrend der Gesellschaft erschwert gesundheitsfördernde Maßnahmen. Es wird von einer Ellenbogengesellschaft gesprochen, in der jeder sich selbst am nächsten ist. Es ist immens wichtig diesem Trend entgegen zu treten, indem man unterschiedliche Menschen zusammenbringt und Gemeinschaftssinn fördert. Trotz dieser Entwicklung gibt es allerdings noch Menschen, die sich sozial engagieren und dem Individualisierungsphänom entgegenwirken.

⁷⁴ ebenda

⁷⁵ Axel Adam, Interview S. 6

⁷⁶ Petra Klüfer, Interview S. 4

⁷⁷ Markus Straube, Interview S. 7

5.3 Strategien um die verschiedenen Zielgruppen zu erreichen

5.3.1 Peer Support

Peer Support ist ein wirksames Konzept um Menschen zu erreichen. „Peer“ heißt gleichaltrig, bezieht sich aber hier nicht auf das Alter der Betroffenen, sondern auf die Zielgruppe. Menschen aus der gleichen Zielgruppe können sich unterstützen, mit- und voneinander lernen. So beschreibt zum Beispiel eine Befragte, dass ihre Einrichtung eine professionelle Prostituierte engagiert, die mit Klientinnen über Safer Sex und Sicherheit in der Prostitution spricht. Sie begründet dies: „Ich kann hier nicht die Profi-Prostituierte sein, die Tipps und Tricks weitergibt, also, das wirkt aufgesetzt.“⁷⁸ Die professionelle Sexarbeiterin stammt in diesem Fall nicht aus der direkten Zielgruppe der Drogenprostituierten, sie verfügt aber durch ihren Beruf über Erfahrungen und Fachwissen. Dadurch ist sie glaubwürdig, und die Informationen sind für die Zielgruppe verständlich und verwertbar. Zu Peer Support gehört aber auch der direkte Austausch zwischen Personen der gleichen Zielgruppe. Dies kann zum einen der Austausch zwischen Betroffenen im Rahmen der Selbsthilfe sein. Hier kann in offene Angebote, in denen sich Betroffene in einer ungezwungenen Atmosphäre treffen und in geschlossene Angebote, in denen ein geschützter Raum zum Erfahrungsaustausch zur Verfügung steht, differenziert werden. Zudem gibt es auch offene Angebote, die von professionellem Personal begleitet werden. So können sich die Klienten austauschen, aber auch bei Bedarf eine Beratung erfragen. Ebenso sind Angebote wie HIV-Sportgruppen, oder auch Gruppen für HIV-infizierte Frauen wünschenswert, in denen „Peers“ gemeinsam Dinge unternehmen. Peer Support wird vor allem als wichtige Strategie für das Erreichen von Migranten gesehen. Viele Migranten haben „ganz ganz große Ängste, vor ihrer, ich sag jetzt mal Herkunftscommunity, [...] aber letzten Endes das, was sie als ethnische Community hier in Hamburg vorfinden, von dieser verstoßen zu werden, wenn das Thema HIV öffentlich wird.“⁷⁹ Kulturelle Mediation ist essentiell um diese zu erreichen. Denn Menschen, die aus einem Kulturkreis kommen, können die Bedürfnisse der Menschen, die auch in diesem leben besser einschätzen. Zudem können sprachliche Barrieren abgebaut werden. Einige Organisationen haben Angestellte aus verschiedenen

⁷⁸ Anke Monhart, Interview S. 8

⁷⁹ Jörg Korell, Interview S. 11

Kulturkreisen, die in die Communities reingehen, während andere Einrichtungen mit bestehenden Netzwerken arbeiten und Multiplikatoren ausbilden. Eine andere Möglichkeit Migranten zu erreichen, ist Sprechstunden für muttersprachliche Berater in den verschiedenen Einrichtungen anzubieten.

5.3.2 Szene-Vor-Ort-Arbeit

Um die Betroffenen erreichen zu wollen müssen die Anbieter in die verschiedenen Szenen gehen. Das heißt, dass sie auf potentielle Klienten zugehen und ihre Einrichtung in der Öffentlichkeit präsentieren. Hein und Fiete arbeitet mit verschiedenen Strategien um Klienten in der Schwulenszene zu erreichen. Zunächst einmal geht jedes Wochenende eine Gruppe von Ehrenamtlichen in die Szene und macht mit Aktionen verschiedenster Art auf sich aufmerksam, um dann Informationen auszugeben. Weiter veranstaltet Hein und Fiete Partys in Pornokinos, die unter dem Motto Safer Sex stehen, um den Besuchern Rückhalt und Selbstsicherheit für ein geschütztes Sexualverhalten zu geben. Die AIDS-Beratung bietet einmal in der Woche eine Testberatung- und Durchführung bei Hein und Fiete an „...um diese Leute doch noch zu erreichen, die möglicherweise den Weg hierhin nach Sankt Pauli nicht finden würden.“⁸⁰ Diese Angebote zeichnen sich durch Niedrigschwelligkeit und Unaufdringlichkeit aus und werden daher von vielen verschiedenen Klienten genutzt. Streetwork oder Straßensozialarbeit ist eine Strategie um Drogenprostituierten an ihrem Arbeitsplatz zu erreichen. Sozialarbeiterinnen gehen zu Zweit in die Szene, sie sind anhand von einheitlichen Jacken als Mitarbeiterinnen des Sperrgebiets zu erkennen. Sie verteilen zunächst einmal Kondome mit Gleitgel oder Getränke, bieten jedoch auch die Möglichkeit zum Gespräch an. Durch diese szeneorientierte Arbeit können die Mitarbeiterinnen die Mädchen besser erreichen und sie auf ihre Einrichtung aufmerksam machen. Zudem fallen ihnen auch neue Gesichter auf. Es ist wichtig Maßnahmen und Angebote an die Bedürfnisse der Klientel anzupassen. Das bedeutet, dass auch im Sperrgebiet das Prinzip der Niedrigschwelligkeit im Vordergrund steht, um den Frauen einen Raum anzubieten, in dem sie sich sicher und ernstgenommen fühlen. Die Mitarbeiterinnen führen auch aufsuchende Arbeit im Krankenhaus sowie in der JVA⁸¹ durch. Migrantinnen, die als Sexarbei-

⁸⁰ Kalle Mörsdorf, Interview S. 4

⁸¹ JVA: Justizvollzugsanstalt

terinnen tätig sind, werden in den Appartementkomplexen in denen sie arbeiten aufgesucht. Auch hier werden zunächst Kondome und Informationsmaterial verteilt. Die Mitarbeiterinnen stehen auch zur Klärung von Fragen zur Verfügung.

Die AIDS-Hilfe führt Vor-Ort Beratung in der Ambulanz des UKE durch, um vor allem Neuinfizierte zu erreichen, „die Diskriminierungsängste haben, die häufig da Beratung von AIDS-Hilfe in Anspruch nehmen aus Angst vor Enttarnung wahrscheinlich nie in die AIDS-Hilfe gekommen wären.“ Außerdem gehen die Mitarbeiter in die Schwerpunktpraxen in St. Georg, um niedrigschwellig an Klienten heranzutreten. Ebenso führt die AIDS-Hilfe Hamburg aufsuchende Beratungsarbeit in Krankenhäusern, sowie im Gefängnis durch, um auch die zu erreichen, die immobil sind.

Ein anderes Angebot, das sich durch Niedrigschwelligkeit auszeichnet ist die Beratungsstelle für sexuell übertragbare Erkrankungen, die kostenlose und anonyme Untersuchungen für Migrantinnen anbieten. Diese Initiative beruht auf dem ehrenamtlichen Engagement von Ärzten und kann dem entsprechend nur eine begrenzte Anzahl von Klienten behandeln (ca. 70)⁸².

Szene-Vor-Ort-Arbeit ist wichtig um Menschen anzusprechen, die die Schwelle einer Einrichtung nicht unbedingt überschreiten würden. Viele Betroffene haben Angst und wissen nicht an wen sie sich wenden sollen. Eine Kontaktaufnahme in einer Umgebung, in der die Klienten sich sicher und wohl fühlen. „...und eher individuell ausgerichtete Programme, also für eine bestimmte Szene, für einen bestimmten Ort, oder auch für den Einzelnen, der halt eben sagt, ich bin zwar HIV-positiv, aber ich will nicht damit in eine Selbsthilfegruppe gehen, nicht zur AIDS-Hilfe, weil die Schwelle mir zu hoch ist. Und den eher abzuholen, an den unterschiedlichsten Ecken können, macht es leichter die Angebote zu präsentieren.“⁸³

5.3.3 Vertrauensbasis

Um effektiv Maßnahmen durchführen zu können, ist es notwendig, dass ein gewisses Vertrauen des Klienten gegenüber dem Anbieter besteht. So muss der Betroffene zum einen von der fachlichen Kompetenz des Mitarbeiters überzeugt sein. Neben solchen Qualifikati-

⁸² Veronica Munk, Interview, S. 7

⁸³ Markus Straube, Interview, S. 8

onen sind aber auch persönliche Eigenschaften wie Freundlichkeit wichtig. Die Klienten müssen die Anbieter mögen und wiedererkennen. „Das heißt, wenn ich Aufklärung mache, dann brauche ich viel Personal, um Menschen in den unterschiedlichen Facetten zu erreichen. Und deswegen brauche ich auch unterschiedliches Personal für unterschiedliche Szenen und für unterschiedliche Gruppen.“⁸⁴ Der Klient muss individuell nach seinen Bedürfnissen betrachtet werden. „Denn sie sind an der Stelle zu kriegen wo sie leiden, und sie leiden, weil sie einsam sind. Und wenn ich ihnen Angebote mache, wo sie sich nicht mehr einsam fühlen, dann sind sie auch bereit sich mit mir oder mit anderen Themen auseinander zusetzen.“⁸⁵ Eine Vertrauensbasis ist vor allem für die ärztliche Versorgung sehr wichtig, um dem Patienten zu zeigen, dass er ernst genommen wird mit seinen Sorgen und Problemen. So kann der Arzt an vergangenes wieder anknüpfen und so die Entwicklung des Patienten beeinflussen und kontrollieren. Sind Klienten mit den Leistungen einer Institution zufrieden, steigert sich deren Bekanntheitsgrad automatisch. Durch Mund-zu-Mund-Propaganda werden Empfehlungen weitergegeben. So wird zum Beispiel mit dem Namen „Hein und Fiete“ Safer Sex in der schwulen Szene assoziiert.

5.3.4 Netzwerke

Durch Netzwerke können sich die Anbieter der verschiedenen Institutionen des HIV und AIDS-Versorgungssystems austauschen. Als größtes bestehendes Netzwerk in Hamburg ist die Landesarbeitsgemeinschaft AIDS zu nennen, die von der AIDS-Hilfe formiert wird. Die AIDS-Hilfe Hamburg hat in dieses Netzwerk auch Institutionen aufgenommen, die nicht Mitglied der Deutschen AIDS-Hilfe sind.⁸⁶ In dieser Vereinigung findet ein Austausch zwischen allen Beteiligten über deren Tätigkeitsbereiche und Erfahrungen statt. Das hat zur Folge, dass Klienten gezielt vermittelt und Informationen effektiv eingeholt werden können. Ebenso gibt es in Hamburg die Netzwerke „Frauen und AIDS, sowie „Migranten und AIDS“, die sich mit dem Erreichen dieser Zielgruppen auseinander setzen. Neben diesem Austausch findet Netzwerkarbeit auch direkt in der Szene statt: So versuchen die Mitarbeiterinnen des Sperrgebietes bei der Straßensozialarbeit zum Beispiel immer gleichzei-

⁸⁴Markus Straube, Interview, S. 3

⁸⁵Markus Straube, Interview, S. 7

⁸⁶ Anmerkung der Verfasserin: das ist eine Besonderheit der Hamburger AIDS-Hilfe, normalerweise gehören der Landesarbeitsgemeinschaft AIDS nur Mitglieder der deutschen AIDS-Hilfe an.

tig „ein Auge“ auf Migrantinnen zu haben, die als Prostituierte arbeiten, und diese auf die zentrale Beratungsstelle für sexuell übertragbare Erkrankungen aufmerksam machen. Die Kooperation der verschiedenen Strukturen im Hamburger HIV und AIDS-Versorgungssystem wird von allen Beteiligten als sehr gut beschrieben. Zusammenarbeit ist demnach essentiell um effektiv zu arbeiten zu können „Das ist ja das Schöne hier in Hamburg ist das Ding der kurzen Wege und keiner von uns, obwohl wir alle aus dem gleichen Topf finanziert werden, hat irgendeine Befürchtung im Sinne von Konkurrenzdenken, oder Ellbogen, sondern wir tauschen uns sehr gut aus [...].“⁸⁷

5.4 Wünsche der Experten

Abschließend sind die Wünsche der interviewten Experten erfragt worden. Das Thema HIV und AIDS muss wieder mehr in die Öffentlichkeit, da es aus den Medien verschwunden ist. Das kann eine Unbedarftheit der Bevölkerung nach sich ziehen, die vor allem im Hinblick auf die steigenden Infektionszahlen gefährlich ist.

Gesundheit ist ein Menschenrecht, dass jedem zusteht. In diesem Kontext, wünscht sich eine Befragte, dass das Ausländergesetz geändert wird damit Menschen nicht illegal migrieren müssen. Denn wenn Menschen illegal nach Deutschland kommen sind sie abhängig von Dritten, die ihnen oft Gewalt antun. Zudem sind „Illegale“ in Deutschland von der medizinischen Versorgung weitgehend ausgeschlossen, wenn man von Angeboten wie der Beratungsstelle für sexuell übertragbare Krankheiten und einigen engagierten Ärzten absieht. „Die hätten einen viel [...] würdigeres Leben und wären dann auch, deren Würde würde respektiert werden als Mensch, und ich glaube das ist für mich, und da in Bezug zu HIV und AIDS natürlich würden sie dann auch mehr Möglichkeiten haben.“⁸⁸ Ein Befragter wünscht sich mehr Akzeptanz für andere Kulturen. Er hofft, dass es möglich sein wird selbstverständlich schwul zu leben, indem ein neues Bewusstsein der Menschen entsteht. Seine Vorstellung ist eine multikulturelle Gesellschaft ohne Diskriminierung von Werten der unterschiedlichen Kulturen. Ein anderer Wunsch ist, Gesundheitsförderung in einer eigenständigen Institution zu vereinigen, die gezielte Maßnahmen zu Prävention und Gesundheitsförderung anbietet. Es ist wichtig, dass es ausgebildete Menschen gibt, die diese

⁸⁷ Petra Klüfer, Interview, S. 7

⁸⁸ Veronica Munk, Interview, S. 12

Aufgaben übernehmen. Dazu sollte ein neues Berufsbild „Gesundheitslotse“ geschaffen werden. Der befragte Mediziner wünscht sich mehr berufliche Anerkennung als Arzt. Ebenso möchte er, dass das Hausarztmodell in Deutschland gestärkt wird, damit Ärzte ihre Patienten adäquat begleiten können. In Bezug auf HIV wünscht er sich, dass weniger Leistungen gestrichen wird. Eine Befragte glaubt, dass es wichtig ist, die HIV-Infektion nicht gänzlich als negativ zu sehen, sondern auch „Beispiele von Menschen darin zu haben, die weiter leben, die auch lustvoll weiter leben.“⁸⁹

Außerdem kann die Infektion eine Chance sein, um zu reflektieren und die Lebensweise zu ändern. Sie berichtet, dass Klienten durch die Infektion aus der Drogenszene ausgestiegen sind, und das wiederum ist für sie eine Art von Gesundheitsförderung. Zusammenfassend sagt sie: „... , also noch denken ja ganz viele, da muss man sich aufs Sterben vorbereiten. Man kann sich auch aufs Leben vorbereiten, dann, finde ich.“⁹⁰ Ein anderer Wunsch ist, dass der Solidaritätsgedanke in Deutschland, aber auch auf globaler Ebene mehr gefördert wird, damit mit diesem Bewusstsein eine Basisversorgung garantiert werden kann, indem alle für alle zahlen. Der Solidaritätsgedanke sollte auch zwischen den verschiedenen Betroffenenengruppen stärker sein, damit diese lernen sich besser miteinander zu verständigen.

6. Implementierung von Gesundheitsförderung in das HIV-Versorgungssystem in Hamburg

In Kapitel 5 wurde die Hypothese aufgestellt, dass im Hamburger Versorgungssystem für HIV-Positive und AIDS-Kranke nicht genügend Angebote zur Gesundheitsförderung bestehen. Diese Hypothese kann nach Betrachtung der Experteninterviews angenommen werden. Die Befragten räumen Gesundheitsförderung einen hohen Stellenwert ein und betonen, dass es nicht genügend Angebote gibt. Um Gesundheitsförderung verstärkt in die Versorgungsstrukturen zu integrieren, soll nun gezielt ein Modell zur Implementierung entwickelt werden. In diesem Kapitel soll diskutiert werden, wie ein solches Modell aussehen und konzipiert werden kann. Theoretische Grundlagen werden vorgestellt. Vorab werden die Expertenmeinungen, bezüglich Gesundheitsförderung kurz wiederholt.

⁸⁹ Anke Monhart, Interview, S. 16

⁹⁰ ebenda

6.1 Zusammenfassung der Expertenmeinungen zu Gesundheitsförderung

In diesem Abschnitt werden kurz die Bedürfnisse von HIV-positiven Klienten und die Rolle von Gesundheitsförderung bei der Erfüllung dieser zusammengefasst. Die Experten heben den hohen Stellenwert von Gesundheitsförderung in der Versorgung von HIV-Positiven hervor. Die Bedürfnisse von HIV-Positiven orientieren sich an einem ganzheitlichen Verständnis des Individuums. Genannt werden hier vor allem psychosoziale Betreuung, Wissen über die Krankheit erweitern, Eigenverantwortung fördern, Peer Support, Selbsthilfe, Akzeptanz, sowie Behandlung des Themas in der Öffentlichkeit. Die Erfüllung dieser Bedürfnisse kann durch Gesundheitsförderung unterstützt werden. Als wichtige Punkte werden hier genannt, konkrete Angebote in Gruppen, der Aspekt der Niedrigschwelligkeit und Anonymität, Austausch mit Betroffenen, Empowerment sowie Szene- und Kulturarbeit.

Das HIV-Versorgungssystem in Hamburg ist zielgruppenspezifisch aufgebaut. Bei der Konzeption eines Modells zur gezielten Implementation von Gesundheitsförderung in das bisherige System, können gegebenenfalls vorhandene Strukturen genutzt werden. Zielgruppenspezifische Gesundheitsförderung wird mit dem Ansatz der Gemeinwesenentwicklung durchgeführt.

6.2 Theoretische Ansätze

6.2.1 Prinzipien der Gemeinwesenarbeit/Gemeinwesenentwicklung

Ein Gemeinwesen oder eine Community⁹¹ wird über geographische, kulturelle oder sozialstrukturelle Faktoren definiert. Charakteristisch für ein Gemeinwesen ist, dass die Mitglieder durch ein Gefühl der sozialen Identität und Zusammengehörigkeit verbunden sind. Für die vorliegende Arbeit sind vor allem Gemeinwesen interessant, die sich aufgrund von kulturellen und sozialkulturellen Aspekten gebildet haben. Ein Gemeinwesen, das nach kulturellen Gesichtspunkten definiert ist, schließt zum Beispiel religiöse, ethnische oder sprachliche Faktoren ein. Eine Gemeinschaft, die durch den Berührungspunkt Sozialkultur entsteht, ist durch gemeinsame Interessenslagen der Mitglieder definiert. Mitglieder dieser

⁹¹ englisch: Gemeinschaft

Gemeinwesen teilen Unterstützungsnetzwerke sowie Kenntnisse und Ressourcen. Ein Beispiel für ein soziokulturelles Gemeinwesen ist die Gay Community.

Gemeinwesenentwicklung ist ein Vorgang, „[...] bei dem, ein Gemeinwesen seine Bedürfnisse oder Ziele identifiziert und Prioritäten setzt, das Selbstvertrauen und den Willen entwickelt an der Befriedigung dieser Bedürfnisse oder der Erreichung der Ziele zu arbeiten, die (internen und/oder externen) Ressourcen ausfindig macht, um sich mit der Erfüllung dieser Bedürfnisse oder Ziele beschäftigen zu können, entsprechende Handlungen durchführt und damit in dem Gemeinwesen kooperative Einstellungen und Praktiken fördert und weiterentwickelt.“⁹² Prinzipiell sind Gemeinwesen dadurch gekennzeichnet, dass sie autark und alle Mitglieder gleichberechtigt sind. Die Mitglieder der Gemeinschaft definieren die Prioritäten, Werte und Vorstellungen der Gruppe selbst. Laienwissen und individuelle Erfahrungen haben hier einen großen Stellenwert. Das Prinzip der Selbsthilfe, also eigene Probleme aus eigener Kraft beziehungsweise gemeinsame Probleme mit gemeinsamer Anstrengung zu bearbeiten ist von großer Wichtigkeit. In den 70er Jahren war dieser Bestandteil des Konzeptes durch das Motto „Hilfe zur Selbsthilfe“ präsent. Durch den Ansatz der Gemeinwesenentwicklung kann der einzelne Mensch sich in diese Einheit mit einbringen. Die Verknüpfung eines Gemeinwesens mit professionellen Angeboten muss sehr offen und niedrigschwellig gestaltet sein. Sie erfolgt in der Regel auf Wunsch der Mitglieder der Gemeinschaft und sollte die Freiheit der Gruppenmitglieder nicht einschränken.

Um Gesundheitsförderung verstärkt in das Hamburger HIV-Versorgungssystem zu integrieren, können gegebenenfalls schon vorhandene Gemeinwesen genutzt werden um Klienten zu erreichen. Darauf wird detailliert bei der Erstellung des Modells zur Integration von Gesundheitsförderung ins Hamburger HIV-Versorgungssystem eingegangen.

6.2.2 Empowerment

Das Prinzip Empowerment als Bestandteil von Gesundheitsförderung wurde von den Experten häufig erwähnt. Aber was ist Empowerment? „Empowermentprozesse beschreiben solidarische Aktionen von marginalisierten Personen und Gruppen, in denen durch gegenseitige Unterstützung und soziale Aktion diskriminierende Lebensbedingungen überwun-

⁹² Ross, 1955 in Lehrbuch der Gesundheitsförderung, S. 199

den werden.“⁹³ Grundsätzliches Ziel von Empowerment ist, dass Menschen die Fähigkeit entwickeln oder verstärken ihr soziales Umfeld sowie ihr Leben selbst zu gestalten und in die Hand zu nehmen. Der Empowermentprozess fördert das Ichbewusstsein, die Selbstbestimmung und Eigenständigkeit und ist somit als Gegenpol zu Ohnmacht, Hilflosigkeit und Kontrollverlust über das eigene Leben zu sehen. Hierbei liegt der Fokus auf den Stärken und Ressourcen der Klienten, die herausgearbeitet werden um die Bereitschaft zu eigenverantwortlichen Handlungen zu fördern. Dieses Konzept erwartet von den in der Gesundheitsförderung Tätigen eine unterstützende Arbeit, in dem sie den Prozess in Gang setzen, sich aber dann wieder zurückziehen, „...damit Betroffene ihre Interessen besser vertreten können – und nicht diese [die Professionellen] Interessen für Betroffene vertreten.“⁹⁴ Sie sind sozusagen auf der gleichen Stufe wie der Klient, da alle hierarchischen Strukturen störend wirken können. Aus diesem Grund kann der Empowermentprozess zum Teil auch von Peers unterstützt werden, wie es zum Beispiel in Selbsthilfegruppen der Fall ist. Es gibt zwei Formen des Empowerment: Einmal liegt der Fokus auf der Bemächtigung und Stärkung des Einzelnen; dieser Ansatz beinhaltet Methoden der klientenzentrierten Beratung. Bei der zweiten Form konzentriert sich die Arbeit auf das „Empowern“ einer sozialen Gruppe, wie es zum Beispiel bei der Gemeinwesenarbeit im Vordergrund steht.

6.3 Schwierigkeiten bei der Entwicklung eines Modells zur Gesundheitsförderung

Es erweist sich als problematisch ein gemeingültiges Modell zur Implementierung von Gesundheitsförderung zu entwickeln. Das liegt zum einen daran, dass die verschiedenen Zielgruppen völlig unterschiedliche Bedürfnisse haben. Dies wird bei den vorliegenden Experteninterviews deutlich. So nennen die Experten unterschiedliche Schwerpunkte der Gesundheitsförderung und variieren in den Ansätzen zur Erreichung der Zielgruppe. Die Befragten arbeiten in unterschiedlichen Organisationen, die verschiedene Arbeitsfelder und Schwerpunkte haben und unterschiedliche Menschen des HIV-Versorgungssystems erreichen. Während in der AIDS-Hilfe die Gruppenangebote für alle HIV-Positive sowie deren Zugehörige ausgerichtet sind, arbeiten die anderen Organisationen mit Klienten unter-

⁹³ Wolfgang Stark in Leitbegriffe der Gesundheitsförderung, S. 17

⁹⁴ ebd.

schiedlicher Infektionsstatus. Die Priorität liegt bei ihnen auf HIV-Prävention in der besonderen Zielgruppe (z. B. MSM, drogengebrauchende weibliche Prostituierte, Migranten) und nicht unbedingt auf der Betreuung von bereits Infizierten. Die AIDS-Hilfe versteht sich als Organisation der Gesundheitsförderung und hat ein laufendes Angebot für HIV-Positive „Gesundheit ist mehr“, das auf physische, psychische sowie spirituelle Faktoren von Gesundheit eingeht. Dieses Angebot wird aber fast ausschließlich von Klienten der AIDS-Hilfe wahrgenommen. Es stellt sich als schwierig dar andere Menschen zu erreichen.

Ein anderes Problem, das bei der Implementierung von Gesundheitsförderung ins Hamburger HIV-Versorgungssystem auftritt, ist die finanzielle Situation des Stadtstaates. Alle Experten führen Kürzungen im sozialen Bereich an, die sie teilweise auf die politische, aber auch auf die generelle Haushaltssituation zurückführen. Im AIDS-Versorgungssystem wird es bis 2006 eine Budgetkürzung 166 000 Euro geben, die die AIDS-Hilfe, HIDA, Hein und Fiete und das MHC betreffen⁹⁵. In diesem Engpass ist es unrealistisch ein Modell zu entwickeln, das sich auf die Schaffung neuer Strukturen konzentriert.

Daher erscheint es sinnvoll, die vorhandenen Strukturen zu nutzen und gezielt zu erweitern um Maßnahmen der Gesundheitsförderung verstärkt in das Versorgungssystem zu integrieren. Der Kostenfaktor muss hier berücksichtigt werden, um die Durchführbarkeit des Modells zu garantieren. Es erscheint sinnvoll zunächst generelle Empfehlungen zu geben um dann spezifisch auf die einzelnen Zielgruppen einzugehen. Das Ziel dieser Empfehlung ist nicht detaillierte Maßnahmenkataloge für die Implementierung von Gesundheitsförderung ins HIV-Versorgungssystem zu erstellen. Es handelt sich hier um einen Lösungsansatz, der versucht die in den Experteninterviews genannten Bedürfnisse zu berücksichtigen und der sich auch an den dort aufgeführten Hindernissen und Prognosen orientiert

⁹⁵ www.spdfraktion-hamburg.de/images/Aktuell_Aids.pdf

6.4 Konzeption eines Gesundheitsförderungsmodells für HIV-Positive in Hamburg

6.4.1 Allgemeine Prinzipien

Wie im vorherigen Abschnitt erwähnt können zur Integration von Gesundheitsförderung ins Hamburger HIV-Versorgungssystem vorhandene Strukturen genutzt werden. Dies könnte geschehen, indem die Themen Gesundheit sowie Gesundheitsförderung in bestehende Gruppen und Angebote mit eingebracht wird. Der Vorteil von bestehenden Strukturen ist, dass sich die Mitglieder und die Gruppenleitung bereits untereinander kennen und somit ein Vertrauensverhältnis zwischen ihnen besteht. Ebenso ist der Anbieter schon bekannt. In einer solchen Gruppe können zum Beispiel Themenabende zu Gesundheit eingebracht werden. Indem Gesundheitsförderung in ein bestehendes Gruppenangebot integriert wird, wird das Prinzip der Niedrigschwelligkeit beachtet. So eine Gruppe muss nicht aus HIV-Positiven bestehen, sondern kann durchaus auch in einer Gemeinwesenstruktur wie der „Gay Community“ oder „Black Community“ angesiedelt sein. Um ein solches integriertes Angebot zu schaffen, müssen Multiplikatoren zum Thema Gesundheitsförderung fortgebildet werden. Durch eine Schulung mit Hilfe eines Experten können viele Organisationen erreicht werden. Eine solche Weiterbildung sollte allgemeine Informationen zu Gesundheitsförderung und deren Relevanz für chronisch Kranke enthalten, sollte aber ebenso auch versuchen auf die Erreichung der unterschiedlichen Zielgruppen achten. Dieses Angebot sollte für Mitarbeiter aus allen Organisationen des Hamburger HIV-Versorgungssystems gemacht werden. Durch die aus einer solchen Maßnahme entstehende Vernetzung könnte zur Einführung der Thematik in den praktischen Arbeitsalltag ein Aktionsprogramm zur Gesundheitsförderung geplant werden. Hier würden möglichst viele Strukturen der HIV-Versorgung gezielt Angebote zum Thema Gesundheit schaffen. Dies kann in das reguläre Programm integriert werden. Optimal wäre es, wenn verschiedene Strukturen des HIV-Versorgungssystem einige Angebote gemeinschaftlicher erarbeiten und in Kooperation darbieten könnten. Solche institutionsübergreifende Angebote erfüllen das Prinzip der Niedrigschwelligkeit und machen es Betroffenen leichter neue Strukturen

der Versorgung kennenzulernen.⁹⁶ Viele Experten führten an, dass eine verstärkte Öffentlichkeit für HIV eine Voraussetzung für Gesundheitsförderung sei.

Durch institutionsübergreifende Aktionswochen wird das Thema „HIV und Gesundheitsförderung“ in den Medien präsent. Dadurch wird sowohl das Interesse der Allgemeinheit, als auch das der Betroffenen größer.⁹⁷

Ein weiteres Prinzip von Gesundheitsförderung, das auch von den Experten häufig genannt wird, ist der Ansatz von Empowerment. Denn wie schon im Teil „theoretische Ansätze“ erläutert, wird durch Empowerment, das Selbstbewusstsein und die Eigenständigkeit gefördert, was als Akt der Gesundheitsförderung gesehen werden kann. Empowerment kann durch Experten, aber auch durch Laien gewährleistet werden. Dies kann in Einzelberatungen, Begleitungen und in Gruppensitzungen geschehen. Eine vorhandene Struktur, die im Rahmen von Empowerment wirken kann, ist die Selbsthilfegruppe. Es gibt zahlreiche Angebote von Selbsthilfegruppen im Hamburger Versorgungssystem. Um mehr Betroffene zu erreichen, sollte das Angebot transparent dargestellt werden und an Orten, an denen Kontakt zu Infizierten geknüpft wird erhältlich sein. Hier wäre ein institutionsübergreifender Prospekt hilfreich, in dem alle Gruppen mit kurzer Beschreibung dargestellt werden. Empowerment kann auch in anderen Formen geschehen. Eine andere Gelegenheit sind Einzelgespräche wie psychologische Beratung, die in vielen der Einrichtungen angeboten werden. Empowerment kann ebenso durch ehrenamtliches Engagement entstehen. Zum einen können Betroffene animiert werden sich selbst für Belange einzusetzen und in den Institutionen mitzuarbeiten. Aber ebenso kann ein Betreuungsangebot für Betroffene geschaffen werden, dass durch Ehrenamtliche abgedeckt wird. Der Klient bekommt eine Bezugsperson zugeteilt, die ihm auf seinen Wunsch hilft sich im Versorgungssystem zurechtzufinden, oder die auch einfach nur zu Gesprächen bereit ist. Diese ehrenamtlichen Mitarbeiter müssen sich vor Aufnahme dieser Tätigkeit einer gezielten Fortbildungsmaßnahme unterziehen. Ein solches Angebot kann nicht von allen Institutionen angeboten werden. Darauf wird im folgenden Abschnitt eingegangen.

⁹⁶ Vergl. auch <http://www.frauengesundheit-nrw.de/wirueber/taetigkeitsb.pdf>

⁹⁷ Anmerkung der Verfasserin: Die Info-Hotline der AIDS-Hilfe wird erfahrungsgemäß stärker genutzt, wenn das Thema in der Presse behandelt wurde.

6.4.2 Gesundheitsförderung bei MSM

Eine Besonderheit in der Gay Community ist, dass das Prinzip der Niedrigschwelligkeit von Experten besonders hervorgehoben wird. „...wir sind viel mehr aufgefordert, was Prävention angeht, vielleicht auch was Versorgung angeht, auf die Leute zuzugehen und eher individuell ausgerichtete Programme, also für eine bestimmte Szene, für einen bestimmten Ort, oder auch für den Einzelnen, der halt eben sagt, ich bin zwar HIV-positiv, aber ich will nicht damit in eine Selbsthilfegruppe gehen, nicht zur AIDS-Hilfe, weil die Schwelle mir zu hoch ist.“⁹⁸ Es ist generell aber zu bedenken, dass in einem Gemeinwesen vor allem die Prioritäten der zugehörigen Menschen Vorrang haben. Dementsprechend sollten Angebote dem Aspekt der Niedrigschwelligkeit entsprechen. Um Gesundheitsförderung für HIV-Positive in die Hamburger MSN-Versorgungsstrukturen zu tragen, erscheint es daher sinnvoll Maßnahmen für alle Männer dieser Zielgruppe anzubieten und sie nicht nur auf HIV-Positive zu beschränken.

Da die Gay Community als eigenes Gemeinwesen gilt, erscheint es sinnvoll den Bereich Empowerment als Bestandteil von Gesundheitsförderung zu betonen. Zum einen gibt es bereits viele verschiedene Vereine und Gruppen, die von Klienten genutzt werden können. Zum anderen wird die Zielgruppe durch besondere Aktionstage wie Christopher Street Day oder Straßenfeste angesprochen. Um Selbstbewusstsein zu stärken, ist es wichtig Aktionen in der Szene zu erweitern und durch diese auch das Hilfesystem publik zu machen. Hier erscheint von großer Wichtigkeit, dass sich die Zielgruppen mit den Mitarbeitern, die solche Projekte durchführen, identifizieren können. „Das heißt, wenn ich Aufklärung mache, dann brauche ich viel Personal, um Menschen in den unterschiedlichen Facetten zu erreichen. Und deswegen brauche ich auch unterschiedliches Personal für unterschiedliche Szenen und für unterschiedliche Gruppen.“⁹⁹

Eine andere Möglichkeit niedrigschwellig viele MSM zu erreichen ist das Internet. Kontaktbörsen wie „Gay Romeo“ und „Gaydar“, werden stark frequentiert, da der Zugang anonym möglich ist.¹⁰⁰ Es ist sinnvoll verstärkt auf Internetanbieter dieser Art zuzugehen

⁹⁸ Interview mit Markus Straube, S.3

⁹⁹ Markus Straube, Interview, S.3

¹⁰⁰ vergl. www.gayromeo.com

und versuchen generelle Informationen zu Gesundheitsförderung auf den Websites zugänglich zu machen und ebenso Links auf städtenspezifische Angebote zu ermöglichen. Es gibt verschiedene Strukturen, die zur Integration von Gesundheitsförderung genutzt werden können: Hein und Fiete, das MHC und einige Sportvereine, sowie Gruppen die für schwule Männer ausgerichtet sind. Für diese Organisationen gelten die allgemeinen Prinzipien, die im vorherigen Abschnitt beschrieben werden. Durch eine gezielte Vernetzung mit den anderen Organisationen der HIV-Versorgung kann eine Erweiterung des Angebotes für MSM geschaffen werden.

6.4.5 Gesundheitsförderung bei Migranten

In der Zielgruppe der Migranten wird seit geraumer Zeit mit kulturellen Mediatoren gearbeitet, die sich in die verschiedenen Kulturkreise hineinbegeben. Dieser Ansatz sollte weiter entwickelt werden um mehr Menschen zu erreichen. Es wäre zu begrüßen, wenn die Mediatoren betroffene Klienten zu spezifischen Hilfeorganisationen begleiten, oder wenn sie als Dolmetscher Vertreter der Organisationen in die Kulturkreise hereinholen. So kann Misstrauen gegenüber anderen Institutionen abgebaut werden. Es steht im Vordergrund das Hilfesystem für HIV-Positive transparent zu machen und Berührungängste abzubauen. Dies kann als Handlung der Gesundheitsförderung verstanden werden. Im Rahmen der Gemeinwesenentwicklung ist es wichtig Gruppenaktivitäten in den Kulturkreisen zu unterstützen. Diese können Quelle der Emanzipation und des Empowerments zu sein. Generell muss in dieser Zielgruppe das Angebot transparenter dargestellt werden, was mit Hilfe von Netzwerkarbeit, sowie mehrsprachigen Prospekten erreicht werden kann. Besondere Ängste bestehen bei illegalen Migranten, die Furcht vor der Ausweisung haben und die daher Scheu haben sich an Hilfsstrukturen zu wenden. Diesen Betroffenen muss deutlich gemacht werden, dass viele Angebote anonym und somit unabhängig von ihrem Aufenthaltsstatus sind.

Ebenso ist es von großer Wichtigkeit die Gesundheitsversorgung von illegalen Einwanderern zu gewährleisten. Das Angebot der zentralen Beratungsstelle muss daher transparent sein und sollte erweitert werden um zusätzliche Ressourcen zu schaffen.

6.4.6 Drogengebraucher

Bei dieser Zielgruppe steht zunächst einmal die Existenzsicherung der Klienten im Vordergrund. Diese kann als gesundheitsfördernde Handlung verstanden werden. Grundversorgung umfasst Maßnahmen wie Versorgung mit Nahrung und Schlafplätzen, ärztliche Versorgung aber auch das Angebot eines geschützten Raumes in dem sich die Klienten aufhalten können. Ebenso gehört dazu ein sozialpädagogisches Beratungs- und Begleitungsangebot, damit die Klienten unterstützt werden und Hilfestellung bei Behördengängen bekommen können. Um die Aufmerksamkeit der Klientel auf die Thematik HIV zu lenken, können in den Organisationen Thementage angeboten werden. Hierbei ist es wichtig zu beachten, dass die Maßnahme nicht lange dauern darf, da die Klienten oft nur „auf dem Sprung“ sind und aufgrund ihrer Sucht wenig Zeit und Geduld mitbringen. Es gibt zum Beispiel die Möglichkeit ein Quiz zum Thema zu gestalten. Ein Anreiz, wie ein kleiner Preis erhöht die Wahrscheinlichkeit, dass Klienten solche Aktionen mittragen.¹⁰¹ Weiterhin ist es sinnvoll Einzelberatung zu HIV anzubieten und gezielt auf Klienten zuzugehen, bei denen eine HIV-Infektion bekannt ist, um ihnen im Rahmen ihrer Möglichkeiten zu helfen einen Weg in das HIV-Versorgungssystem zu finden. Das Sperrgebiet als Einrichtung mit einer finanzierten Stelle zur HIV-Prävention hat sicherlich die meisten Ressourcen für gezielte Arbeit mit der Thematik. Hier wäre zu überlegen eine HIV- und STI-Sprechstunde einzurichten, die von Frauen beider Infektionsstatus genutzt werden kann.

6.4.7 Klienten der AIDS-Hilfe

Die AIDS-Hilfe wird als in diesem Abschnitt gesondert betrachtet, weil sie als Institution HIV-Positive aus verschiedenen Zielgruppen erreicht und zudem ein eigenes Gemeinwesen darstellt. Innerhalb der Einrichtung sollten bestehende Strukturen vermehrt zur Integration von Gesundheitsförderung genutzt werden. Die Veranstaltung „Gesundheit ist mehr“, die einmal monatlich stattfindet und Themen der Gesundheitsförderung für HIV-Positive umfasst, wird nur selten gut besucht. Hier stellt sich die Frage, ob anstatt eines regelmäßigen Gruppensettings vielleicht ein Workshop eine bessere Form der Bearbeitung wäre. Um das herauszufinden müssen die Bedürfnisse der Klienten abgefragt werden.

¹⁰¹ vergl. <http://www.indro-online.de/dtaentwicklungnrw.htm>

An die AIDS-Hilfe ist die Freiwilligenagentur angegliedert, die Ehrenamtliche in die AIDS-Hilfe und in das Hospiz von Hamburg Leuchtfeuer vermittelt. Im Abschnitt 6.4.1 wird darauf eingegangen, dass ehrenamtliches Engagement ein wichtiger Bestandteil im Rahmen des Empowermentprozesses sein kann. Daher sollten die Mitarbeiter der AIDS-Hilfe ihre Klienten auf die Möglichkeit der ehrenamtlichen Arbeit hinweisen, wenn es angemessen erscheint. Es ist allerdings zu bedenken, dass diese Möglichkeit nur im Rahmen von Emanzipation bzw. Empowerment empfohlen werden sollte.

Ein anderes Angebot, das zur Integration von Gesundheitsförderung in die Struktur der AIDS-Hilfe genutzt werden kann, ist die Einzelberatung. Dies verlangt vom Beratenden, Wissen über Gesundheitsförderung insbesondere der Komponente Empowerment, aber auch des salutogenetischen Ansatzes. Besonders wichtig um Menschen zu erreichen, die Scheu haben sich aktiv in das HIV-Versorgungssystem zu begeben ist die aufsuchende Beratung. Mit diesem Angebot können Klienten angesprochen werden, die nicht in die AIDS-Hilfe kommen, weil ihnen die Schwelle zu hoch ist, oder aber, weil es ihnen nicht möglich ist.

6.4.8 Frauen

In den Experteninterviews wurde mehrfach verdeutlicht, dass es schwierig ist HIV-positive Frauen zu erreichen, die nicht zu den vorher aufgeführten Zielgruppen gehören. „Da haben wir uns wirklich schon Beine ausgerissen, Frauen zu erreichen ist absolut schwierig.“¹⁰²

Dies könnte an den mangelnden Berührungspunkten zwischen den Frauen liegen.

„...sondern das hat einfach damit zu tun, dass das nicht so ne homogene Betroffenenmenge ist, [...] wie die Schwulen. Die haben ja, die haben ja eine gemeinsame Plattform, die wissen wo sie sich's und wie sie sich's geholt haben und wie sie aufpassen. Solidarität ist da ganz schnell hergestellt gewesen. Frauen sind ja völlig quer Beet durch alle Orientierungen, durch alle Schichten und so weiter, sehr viel schwieriger.“¹⁰³ Da es problematisch ist ein Gemeinschaftsgefühl zwischen positiven Frauen herzustellen, scheint es zunächst einmal wichtig sie individuell zu beraten. Hier ist vor allem die aufsuchende Arbeit (UKE und Schwerpunktpraxen) von großer Wichtigkeit um niedrigschwellig an die Betroffenen he-

¹⁰² Kalle Mörsdorf, Interview, S. 5

¹⁰³ ebd. S.1-2

ranzutreten. Ebenso sollten Frauen dort, wo sie ihr positives Testergebnis bekommen sofort an Ansprechpartner aus dem HIV-Versorgungssystem verwiesen werden. Dies bedeutet vor allem auch, dass eine Vernetzung zwischen Institutionen der HIV-Versorgung und Allgemeinmedizinerinnen sowie Gynäkologen und Krankenhäusern angedacht werden muss. In der Einzelberatung sollte darauf geachtet werden, dass weibliches Personal für die Betreuung von Frauen zur Verfügung steht. Neben der Einzelberatung durch Experten wäre es denkbar ein ehrenamtliches Begleitungsangebot „von Frauen für Frauen“ zu schaffen. Dies kann zur gezielten Unterstützung von Frauen sowie als Orientierungshilfe im Versorgungssystem dienen. Bei Bedarf könnten Frauen zur Einrichtung einer Selbsthilfegruppe motiviert werden. Außerdem sollten Frauen vermehrt motiviert werden an den Gruppenangeboten der Institutionen (vor allem AIDS-Hilfe) teilzunehmen.

7 Schlusswort

Das zielgruppenspezifisch aufgebaute HIV-Versorgungssystem in Hamburg bietet gute Möglichkeiten um auf die individuellen Bedürfnisse der Klienten einzugehen. Um dies zu gewährleisten, ist eine Zusammenarbeit der verschiedenen Anbieter sowie ein guter Austausch unumgänglich. Die vorliegende Arbeit liefert eine Grundlage für die Implementierung von Gesundheitsförderung in das Hamburger HIV-Versorgungssystem. Das beschriebene Modell kann somit als Gerüst für den Aufbau von konkreten Maßnahmen verstanden werden. Um dieses Modell mit Inhalten zu füllen, sollten gezielt die Bedarfe und Bedürfnisse von HIV-Positiven der verschiedenen Zielgruppen ermittelt werden. Um dies zu tun, könnte ein Fragebogen entwickelt werden, der von Klienten ausgefüllt wird. Als Alternative dazu können Interviews mit einem einheitlichen Leitfaden durchgeführt werden. Es ist sinnvoll diese Befragung in allen Zielgruppen durchzuführen. Somit ist eine institutionsübergreifende Ermittlung notwendig.

Wenn die Bedarfe und Bedürfnisse von Klienten ermittelt sind, kann das vorliegende Modell zur Entwicklung eines konkreten Maßnahmenprogramms genutzt werden. Als Grundlage kann hier auch auf bewährte Konzepte zurückgegriffen werden (z.B. Bochumer Gesundheitstraining). Die daraus entstehenden Angebote müssen nach einem definierten Zeit-

raum im Sinne der Projektevaluation hinsichtlich ihrer Effektivität und Effizienz evaluiert werden.

Durch die finanziellen Kürzungen im HIV-Bereich ist fraglich inwieweit Gesundheitsförderung effektiv in das Versorgungssystem integriert werden kann. Ohne ehrenamtliches Engagement wird dies nicht möglich sein. Diese Kürzungen stehen im Gegensatz zum aktuellen Bundeskabinettsbeschlusses, der das „Gesetz zur Stärkung der gesundheitlichen Prävention: Prävention stärken - Gesundheit erhalten“¹⁰⁴ festlegt. In diesem Gesetz geht es um die Stärkung von Prävention und Gesundheitsförderung: „Denn durch gezielte Prävention und Gesundheitsförderung ist es möglich, die Gesundheit, Lebensqualität, Mobilität und Leistungsfähigkeit nachhaltig zu verbessern und einen großen Teil der sonst erforderlichen Kosten zu vermeiden.“¹⁰⁵ Es wäre erfreulich wenn die politisch Verantwortlichen in Hamburg diese Erkenntnisse für die Optimierung des Versorgungssystems in Hamburg nutzen würden, anstatt weiterhin Budgetkürzungen im sozialen Sektor vorzunehmen.

¹⁰⁴ Pressestelle des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziales am 2.2.2005

¹⁰⁵ ebda.

8 Literaturverzeichnis

Bücher:

Beitel, Erhard. (1996). Bochumer Gesundheitstraining. Ein ganzheitliches Übungsprogramm. Verlag Modernes Lernen; Borgmann

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. (2000). Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. Schwabenheim a.d. Selz, Verlag Peter Sabo.

Carlos, L., Pinzon, E. (2000). Leben mit HIV und AIDS, Entwicklung und Erprobung eines Gruppenprogramms zur Verbesserung der Lebensqualität für Menschen mit HIV und AIDS. Regensburg, S. Roderer Verlag.

Christiansen, G. (1999). Evaluation –Ein Instrument zur Qualitätssicherung in der Gesundheitsförderung. Köln, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.

Glaser. Barney G., Strauss. Anselm L. (1998). Grounded Theory, Stragien qualitativer Forschung. Bern; Göttingen; Toronto; Seattle, Verlag Hans Huber.

Naidoo, J., Wills J. (2003). Lehrbuch der Gesundheitsförderung. Köln, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.

Thomas, R. H.-K., M. Huynh Do, P. Dubois-Arber, F. (2001). Die Bedürfnisse der Menschen mit HIV/AIDS in der Schweiz. Institut universitaire de medecine sociale et preventive Lausanne. Lausanne.

Krämer A., Reintjes R. (2003) Infektionsepidemiologie. Berlin, Springer

Schwartz, F. W., Bandura, B., Leidl, R., Raspe, H., Siegrist, J. (2000). Das Public Health Buch, Gesundheit und Gesundheitswesen. München und Jena, Urban & Fischer Verlag.

Journals:

Alferi, S. M., C. S. Carver, et al. (2001). "An Exploratory Study of Social Support, Distress, and Life Disruption Among Low-Income Hispanic Women Under Treatment for Early Stage Breast Cancer." *Health Psychology* 20(1): 41-46.

Coleman, C. L. (2003). Spirituality and sexual orientation: relationship to mental well-being and functional health status. *Journal of Advanced Nursing*, Blackwell Publishing Limited. 43: 457-464.

- Culver, J. L., P. L. Arena, et al.* (2002). "Coping and distress among women under treatment for early stage breast cancer: comparing African Americans, Hispanics, and non-Hispanic whites." *Psycho-Oncology* 11(6): 495-504.
- Flicker S, G. E., Read S, Veinot T, McClelland A, Saulnier P, Skinner H.* (2004). "HIV-positive youth's perspectives on the Internet and e-health." *Journal Med Internet Res.* 6(3)
- Gibson, L. M. R.* (2000). "Inner resources (sense of coherence, hope, and spiritual perspective) as predictors of psychological well-being in African American
- Kim, J., A. W. Heinemann, et al.* (2000). "Spirituality, Quality of Life, and Functional Recovery After Medical Rehabilitation." *Rehabilitation Psychology* 45(4): 365-385.
- King, B. L.* (1997). The healing power of prayer. (Cover story). Heart & Soul, Black Entertainment Television, Inc.: 85.
- Leiphart, J. M. P. D.* (1998). "Learning to Take It Easy. A simple program of stress-reduction that can improve your outlook -- and your CD4 count." *AIDS Care* April 1998.
- Leiphart, J. M. P. D.* (2000). Guidebook L.I.F.E. Program. San Francisco, Shanti.
- Mattis, J.-S.* (2002). "Religion and Spirituality in the Meaning-Making and Coping Experiences of African American Women: A Qualitative Analysis." *Psychology of Women Quarterly* 26: 309-21.
- Mendelson, C.* (2002). "Health perceptions of Mexican American women." *Journal of Transcultural Nursing* 13(3): 210-7.
- breast cancer survivors." University of South Carolina ** Ph.D 210.
- Powell, L. H., L. Shahabi, et al.* (2003). "Religion and Spirituality: Linkages to Physical Health." *American Psychologist* 58(1): 36-52.
- Sephton, S. E., C. Koopman, et al.* (2001). Spiritual Expression and Immune Status in Women with Metastatic Breast Cancer: An Exploratory Study. *Breast Journal*, Blackwell Publishing Limited. 7: 345.
- Simoni, J. M., M. G. Martone, et al.* "Spirituality and psychological adaptation among women with HIV/AIDS: Implications for counseling." *Journal of Counseling Psychology* 49(2): 139.
- Spencer, S. M., J. M. Lehman, et al.* (1999). "Concerns about breast cancer and relations to psychosocial well-being in a multiethnic sample of early-stage patients." *Health Psychology* 18(2): 159-168.

Taylor, E. J. (2003). "Spiritual needs of patients with cancer and family caregivers." *Cancer Nursing* 26(4): 260-6.

Wink, P. and M. Dillon (2003). "Religiousness, Spirituality, and Psychosocial Functioning in Late Adulthood: Findings From a Longitudinal Study." *Psychology and Aging* 18(4): 916-924.

Berichte/Broschüren:

Aids-Hilfe Schweiz (2001). HIV/Aids, Heutiger Wissensstand. Bern, Editorial Board: Bundesamt für Gesundheit, Aids InfoDocu Schweiz, Aids-Hilfe Schweiz.

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. (2004). AIDS im öffentlichen Bewusstsein der Bundesrepublik Deutschland, Wissen, Einstellungen und Verhalten zum Schutz vor AIDS. Köln, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.

BASIS-Projekt (2003). Jahresberichte 2002 KIDS - Anlaufstelle für Straßenkinder BASIS-Projekt - Anlaufstelle für männliche Prostituierte Übernachtungsstellen. Hamburg, KIDS und BASIS-Projekt.

Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration im Auftrag der Bundesregierung (2003). Migrationsbericht 2003. Berlin, Bundesregierung.

Beyer, M. Langer, A. Schnoor, M. (2004). !positiv? HIV & AIDS in Hamburg Gesundheitsbericht zur aktuellen Situation in Hamburg. Hamburg, Hochschule für angewandte Wissenschaften.

Diakonisches Werk Hamburg. (2004). Auf der Suche auf der Flucht; Die Arbeit mit Frauen im Sperrgebiet. Hamburg, Diakonisches Werk

European Centre for the Epidemiological Monitoring of AIDS. (2003). HIV/AIDS Surveillance in Europe. Mid-year report 2003. Saint-Maurice:, Institut de veille sanitaire.

Freie und Hansestadt Hamburg.(2001). Ratgeber: Tipps für Menschen mit HIV und AIDS. Hamburg, Behörde für Arbeit, Gesundheit und Soziales.

Hein und Fiete. (2004). Hein und Fiete, Jahresbericht 2003. Hamburg, Hein und Fiete.

Reintjes, R. (2004). Faktoren der Public-Health-Relevanz, Powerpoint-Präsentation in der Lehrveranstaltung Gesundheitsberichterstattung an der Hochschule für angewandte Wissenschaften Hamburg, Wintersemester 03/04

Robert Koch-Institut. (2003). Epidemiologisches Bulletin, Aktuelle Daten und Fakten zu Infektionskrankheiten und Public Health. Berlin, Robert Koch-Institut.

Robert Koch-Institut. (2003). HIV/AIDS in Deutschland – Eckdaten und Trends Epidemiologische Kurzinformation des AIDS-Zentrums im Robert Koch-Institut. Berlin, Robert Koch-Institut.

Robert Koch-Institut. (2003). "HIV-Folien, Stand 2002."

Robert Koch-Institut. (2004). Epidemiologisches Bulletin, Aktuelle Daten und Fakten zu Infektionskrankheiten und Public Health. Berlin, Robert Koch-Institut.

Sperrgebiet. (2004). Jahresbericht 2003. Hamburg, Sperrgebiet

Walter, P. D. D. p. U. (2002). Wahrnehmung und Umsetzung rechtlicher Bestimmungen zur Prävention in Deutschland Expertise aus sozialmedizinischer Sicht im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung. Hannover, Medizinische Hochschule Hannover Abt. Epidemiologie, Sozialmedizin und Gesundheitssystemforschung.

WHO Europa. (2003). HIV/Aids-Behandlung: Antiretrovirale Therapie, Faktenblatt EURO/06/03. Kopenhagen, WHO Europa.

WHO. (1986) Ottawa Charter for Health Promotion. WHO, Geneva, 1986

Zentrale Beratungsstelle für sexuell übertragbare Erkrankungen (2004). Jahresbericht 2002 / 2003 Tendenzen - Ergebnisse - Perspektiven. Hamburg, Freie und Hansestadt Hamburg Behörde für Wissenschaft und Gesundheit.

Wright, M., Block, M. (2004). Bestandaufnahme der Aktivitäten der AIDS-Hilfen zu Evaluation und Qualitätssicherung in der Primärprävention, Ein gemeinsames Projekt des Wissenschaftszentrums Berlin für Sozialforschung und der Deutschen AIDS-Hilfe e.V. im Auftrag der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. Berlin, Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung.

Internetseiten:

www.aids-und-jugendliche.de (Stand: Dezember 2005)

www.aidshilfe-hamburg.de (Stand: Februar 2005)

www.amnestyforwomen.de (Stand: Dezember 2004)

www.bmgs.de (Stand: Februar 2005)

www.cmbm.org (Stand: Dezember 2004)
www.jugendhilfe.de/drogen/drobinn.html (Stand: Dezember 2004)
www.frauengesundheit-nrw.de (Stand: Januar 2005)
www.gayromeo.de (Stand: Februar 2004)
www.jugend-hilft-jugend.de (Stand: Dezember 2004)
www.ifi-infektiologie.de (Stand: Februar 2005)
www.indro.de (Stand: Januar 2005)
www.lohmar.de/uploads/media/FrGesund04.pdf (Stand: Januar 2005)
www.mhc-hamburg.de (Stand: Dezember 2004)
www.mbmi.org (Stand: Dezember 2004)
www.rauschnet.de (Stand Dezember 2004)
www.rki.de (Stand: Februar 2005)
www.siegessaeule.de/nachrichten/berlin (Stand: Januar 2005)
www.spdfraktion-hamburg.de/images/Aktuell_Aids.pdf (Stand: Februar 2005)
<http://www.umassmed.edu/cfm/> (Stand: Dezember 2004)
www.who.int (Stand: Februar 2005)

9. Eidesstattliche Erklärung

Ich versichere, dass ich vorliegende Arbeit ohne fremde Hilfe selbstständig verfasst und nur die angegebenen Hilfsmittel benutzt habe. Wörtlich oder dem Sinn nach aus anderen Werken entnommene Stellen sind unter Angabe der Quelle kenntlich gemacht.

Claudia Santos-Hövenner

10 Anhang

10.1 Interviewleitfaden für die Experteninterviews	53
10.2 Interview mit Veronica Munk (TAMPEP, Amnesty for women)	54
10.3 Interview mit Kalle Mörsdorf (Arzt in der AIDS-Beratung im Bernhard-Nocht-Institut)	64
10.4 Interview mit Axel Adam (Arzt in einer Schwerpunktpraxis)	70
10.5 Interview mit Anke Mohnert (Projektleiterin des Sperrgebiets)	82
10.6 Interview mit Markus Straube (Projektleiter von Hein und Fiete)	96
10.7 Interview mit Jörg Korell (Projektleiter der AIDS-Hilfe)	107
10.8 Interview mit Petra Klüfer (Vorstandsmitglied der AIDS-Hilfe)	122

10.1 Interviewleitfaden für die Experteninterviews

Name:

Alter:

Nationalität:

Beruf/Werdegang:

Tätigkeitsfeld:

Wie lange üben Sie diese Tätigkeit schon aus?

1. Wie schätzen Sie die Versorgungssituation von Menschen mit HIV und AIDS in Hamburg ein?
2. Welche Veränderungen würden Sie begrüßen oder veranlassen, wenn Sie die Ressourcen hätten?
 - a) Welche Ressourcen bräuchten Sie?
3. Welchen Stellenwert hat Gesundheitsförderung dabei?
 - a) Was/wie ist ihr Verständnis von Gesundheitsförderung?
4. Was ist für die Betroffenen aus Ihrer Sicht notwendig, wichtig oder/und hilfreich im Umgang oder mit der Bewältigung Ihrer Erkrankung? Was würde Menschen Mit HIV und AIDS im Umgang mit ihrer Erkrankung helfen?
 - a) Wie kann das durch Gesundheitsförderung unterstützt werden?
 - b) Was ist dazu erforderlich?
 - c) Was behindert das?
5. Welche Zielgruppen versuchen Sie zu erreichen?
 - a) Mit welchem Ergebnis?
 - b) Wie machen Sie das?
6. Wie ist Ihre Prognose für die Situation/die Versorgung von HIV-Positiven in Hamburg?
 - a) Was könnte sich ändern, wenn jetzt Maßnahmen ergriffen würden?
 - b) Was passiert wenn keine verändernden Prozesse eingeleitet würden?
7. Was würden Sie sich wünschen?

9.2 Interview mit Veronica Munk (TAMPEP, Amnesty for women)

Name: Veronica Munk

Alter: 53

Nationalität: Brasilianerin

Beruf: Grafikerin

Werdegang: Grafikerin in Rio, kam vor 12 Jahren nach Deutschland und begann 1992 bei Amnesty for women zu arbeiten, als Ansprechpartnerin für Latinas

Tätigkeitsfeld: Sie ist Koordinatorin für Tampep in Deutschland. Tampep ist EU weites Programm für Migrantinnen, die in der Prostitution arbeiten (Frauen und Transsexuelle, sowie Transvestiten). Das Program arbeitet in den Bereichen Forschung, praktische Arbeit (Outreach, Primärprävention) mit kulturellen Mediatoren und peer-support, alle Materialien werden in 12 verschiedenen Sprachen verteilt und politische Arbeit (Rechte für Sexarbeiter, vor allem für Migrantinnen, Netzwerke). Das Programm arbeitet auf lokaler, nationaler und internationaler Ebene und umfasst 21 Länder. Es ist Amnesty for women unterstellt.

Wie lange übst du diese Tätigkeit schon aus?

seit 1993

1. Wie schätzt du die Versorgungssituation von Menschen mit HIV und AIDS in Hamburg ein?

Was ich sagte, für die legal Krankenversicherten ist es gut, gerade wenn sie schwul sind. Aber 20 % der Einwohner Hamburgs sind Migranten, von denen nicht alle krankenversichert sind. Die Illegalen sind nicht versichert und es gibt sie, sie sind Teil der Bevölkerung. Ich will nicht die Illegalen stigmatisieren. Tatsache ist, dass Deutschland ein Migrationsland ist, weiterhin, weil es reich ist. Menschen, die nicht in der Schwulenszene sind haben es schwierig erreicht zu werden. Gerade Migranten, denn sie sind nicht krankenversichert. Und sie haben einen anderen kulturellen Background und sprachliche Probleme. Es gibt also große Lücken, vor allem für Migranten und Frauen.

2. Welche Veränderungen würden Sie begrüßen oder veranlassen, wenn du die Ressourcen hättest?

Ich wünsche mir mehr Zugang für Leute, die am Rande der Gesellschaft leben, denn sie leben hier. Je mehr sie nicht aufgeklärt werde, desto bedrohter sind sie und ihre Partner. Sie haben keinen direkten Zugang zu Services. Es ist wichtig Menschen zu erreichen.

a) Welche Ressourcen bräuchtest du?

Du hast ja gerade gesagt, dass es wichtig wäre Menschen zu erreichen. Was bräuchte man dazu?

Ich würde zuerst sagen, andere Ausländer, diese Idee von kultureller Mediation. Das heißt, nicht nur Migranten oder Ausländer selbst sollten die Arbeit mit anderen Ausländern machen, aber, und das ist sehr sehr wichtig, es sollte endlich eine wirklich Gleichberechtigung geben, im Sinne, dass Migrantinnen einbezogen werden sollten in deutschen Institutionen, die mit Migranten und Ausländern arbeiten. Und nicht nur als nebenbei jemand, der übersetzt, aber wirklich gleichberechtigt. Weil, es ist wieder diese Realität und es ist auch, wie sagt man, wenn du ökonomisch denkst, finanziell, wird es am Ende viel billiger sein, wenn du von Anfang an jemanden richtig behandelst, als dann es irgendwann Missverständnis wird und die Person noch einmal, irgendwann ins Krankenhaus, oder etwas schief geht, weil es keine richtige Kommunikation gab. Und es ist auch wieder, es ist ein Menschenrecht. Jeder Mensch hat ein Recht richtig behandelt zu werden und noch mehr wenn er krank ist. Und es ist kein Gefallen, was man tut, es ist ein Menschenrecht und darum glaube ich sollte, ja das in Betracht genommen werden, und und wirklich diese Integration so zu fördern indem Migranten zusammen mit Deutschen arbeiten sollten.

3. Welchen Stellenwert hat Gesundheitsförderung dabei? Das was du dir wünschst, würde realisiert.

Das weiß ich nicht, ob ich das verstanden hab, wieso mehr als etwas anderes, oder wie?

Wie wichtig wäre Gesundheitsförderung überhaupt dabei? Ist sie wichtig?

Ja, es ist natürlich sehr wichtig, aber und ich glaube aber auch nicht nur die körperliche Gesundheit. Was man auch sehr oft vergisst ist die mentale Gesundheit und wenn, und da komme ich zurück zu den Ausländern und Migrantinnen, wo das überhaupt nicht oder sehr wenig in Betracht genommen wird und wir wissen, dass ein Migrationsprozess sehr schwierige, nicht immer natürlich, aber es kann zu schwierigen Konsequenzen bringen.

Und das wird überhaupt nicht in Betracht genommen. Das heißt, das finde ich auch wieder eine Lüge, hat mit AIDS im Moment nichts zu tun, aber das wäre dann wichtig. Und das ganze Wohlbefinden von einer Person sollte das auch in Betracht genommen werden. Natürlich, Gesundheit ist schon wichtig, aber wenn wir wieder über die Migranten sprechen, ich glaube die sozialen, die rechtliche Situation, müsste im Grunde sich auch verändern. Ich weiß es ist sehr utopisch, nicht utopisch es ist ein sehr kompliziertes Thema, wenn man über Ausländergesetz und die Rechte von Ausländern in Europa spricht, weil es ist heutzutage nicht mehr ein nationales Problem, es ist ein europäisches Problem. Das heißt, die Ebene ist viel höher und größer und komplizierter.

Aber irgendwie müsste das, weil das hat, die Situation von jemand, die rechtliche Situation von einem Menschen in einem Land, wenn sei Migrantin ist, bringt direkte und indirekte, aber vor allem direkte Konsequenzen für die Gesundheit. Und wir wissen zum Beispiel, viele von den Frauen, die wir kennen, haben ganz klare psychosomatische Symptome, durch diesen Migrationsprozess, durch Angst, durch Isolation und das müsste auch betrachtet werden.

a) Was/wie ist dein Verständnis von Gesundheitsförderung? Was ist Gesundheitsförderung für dich?

Ich glaube es ist der Respekt für den Mensch, für den Körper und für den Kopf, weißt du? Natürlich, das ist sehr schön so gesagt, ich weiß, es sind da Grenzen, und finanzielle Grenzen, oder rechtliche Grenzen. Aber, wenn man die Realität an den Augen anschaut und das ist die Realität heutzutage in Europa. Es kommen sehr viele Migranten und es werden immer mehr und mehr kommen. Dass man das mehr in einer realistischen Art anschauen wird. Und da muss ich etwas sagen, etwas, was wir bemerken auch anhand von TAMPEP, wir haben gerade jetzt das TAMPEP-Hauptversammlung gehabt in Rom und da war zwischen den 23 Ländern von den alten und den neuen EU Ländern jetzt ab 1. Mai. Und da war ganz klar, wie die alten Länder plötzlich gesagt haben, es kam so raus, weil wir haben Workshops gehabt. Was passiert jetzt ab dem 1. Mai? Und da war so eine Idee, oder es kam so irgendwie raus, so eine Angst, ob es eine Invasion der Barbaren jetzt geben, weißt du? So eine Invasion ob man das hier irgendwie übernehmen will, die anderen oder. Und es ist nicht so. Ich sag auch immer, jetzt sprech ich über die migrierten Sexarbeiterinnen, muss ich, es ist ganz klar, die meisten wollen sich hier nicht integrieren, die wollen hier

nicht bleiben. Es ist wirklich ein finanzielles Problem, die meisten, aber nicht alle, aber die meisten. Das heißt sie entscheiden sich zur Migration, um hier Geld zu verdienen und wieder zurück. Sie haben überhaupt kein Interesse, oder wenig Interesse hier zu bleiben. Die meisten haben Kinder zu Hause, Familie, darum entscheiden sie sich zur Migration, weil sie zu Hause keine Arbeitsmöglichkeit haben. Und darum muss diese Angst nicht sein, weißt du, dass die Leute hier diese Invasion. Und zweitens, was wir da dann auch drüber gesprochen haben, weil, es gibt eine andere Seite, interessant und, und reach, wie sagen wir?

Erreichen.

Erreichen, wenn du Kontakt zu neuen Personen hast und zu neuen Kulturen, das heißt auch wenn der goldene Käfig könnte noch reicher werden, im Sinne von Ideen und Sachen die hier passieren.

Unterbrechung durch Telefonat

Also, ich möchte noch einmal kurz dein Verständnis von Gesundheitsförderung zusammenfassen. Du sagtest, dass der Körper und der Kopf wichtig sind, also eine eher ganzheitliche Sichtweise auf den Menschen?

Ja, genau, und auch nicht nur mit diesem Helfersyndrom. Das ist, was wir auch hier einsetzen, sagen wir so in unserer Beratung und das Ganze. Diese Idee von Empowerment, das heißt, wir unterstützen die Frauen in ihrem Weg, und das ist alles deren Entscheidung, was sie wollen, oder auch nicht wollen. Und was wir machen, ist einfach denen die verschiedenen Möglichkeiten zu präsentieren und dass sie dann unabhängig ihre Entscheidung, ihren Weg gehen können. Und das auch würde ich sagen in dem medizinischen Bereich. Das heißt, nicht nur paternalistisch helfen, aber wirklich die Personen „empower them“. So dass sie selbstbewusster werden und eigene Entscheidungen treffen.

4. Was ist für die Betroffenen aus deiner Sicht notwendig, wichtig oder/und hilfreich im Umgang oder mit der Bewältigung ihrer Erkrankung? Was würde Menschen mit HIV und AIDS im Umgang mit ihrer Erkrankung helfen?

Ich glaube, das ist schwierig, weil es hängt von diesem kulturellen Background ab. Natürlich sind manche Kulturen und manche Menschen offener und können darüber mit anderen Menschen reden. Und es sind Kulturen oder Menschen, die es total verleugnen oder weil es irgendwie stigmatisiert ist. Und das ist schwierig. So, dass, ich glaube man muss sehr fle-

xibel sein in diesem Sinne, um für alle Möglichkeiten einen Weg zu finden die Leute dann so zu unterstützen und so flexibel zu sein, dass man dann reagiert. Dass man beobachtet, wie ist die Person, das muss individuell betrachtet werden. Und dann dass man dann reagieren soll, wie man mit dieser Person umgehen soll.

Also, kultureller Background ist sehr wichtig um individuelle Lösungen herbeizuführen? Was sind denn so Dinge, die unterschiedlich sein könnten, also kulturell unterschiedlich sein könnten?

Soziales Umfeld, aber ich glaube auch Bildung, weißt du? Und ich glaube diese Stigma, wie in Afrika, dass AIDS etwas ist, das man nur jemanden anschaut und dann ist man schon infiziert. Ich kann ein gutes Beispiel geben von Brasilien, wo sie dann sehr viel diese Medikamente, die haben in Brasilien viele von den AIDS-Medikamenten kopiert und machen das viel billiger. Und es wird in Brasilien, weil man in Brasilien viel leichter über Sexualität spricht, sprechen kann. Das sehe ich auch mit den Sexarbeiterinnen, es ist viel leichter mit Brasilianerinnen zu arbeiten. Aber darum geht es nicht. Es ist die Öffentlichkeitsarbeit war groß und einfach in diesem Sinne. Und da ist es dann vielleicht leichter mit Leuten zu reden, oder sich auszutauschen. Darum, es ist sehr unterschiedlich.

a) Wie Kann das durch Gesundheitsförderung unterstützt werden?

Es ist total unterschiedlich. Ich kenn mich da nicht so gut aus, aber wie ich gesagt habe, in Brasilien ist es so, und das hat ganz großen Erfolg, dass Leute wirklich, ganz viele Leute haben Zugang zu den Medikamenten. Aber in Thailand zum Beispiel gab es so eine Kampagne 100% condoms. Und das war auch wunderbar, hat auch sehr gut geklappt. Und das ist glaube ich heutzutage ein Beispiel für „good practice“. Und was diese Primärprävention und safer sex, so, da hat es geklappt. Ich weiß nicht, wie man das in Afrika macht oder hier ist es schon wieder anders.

Genau, wie würdest du es in Bezug auf Hamburg sehen? Auf HIV-Positive in Hamburg?

Man sieht von dieser BZGA sind immer sehr viele Plakate, diese Poster auf der Straße mit diesen verschiedenen Kondomen, die verschiedene Sachen machen. Das ist nett.

Wobei, das ist ja dann wieder Prävention für Leute, die noch nicht infiziert sind.

Ach ja, okay dann weiß ich nicht. Dann ist nicht viel gemacht. Für diejenigen, die schon infiziert sind, nein.

Und hast du da Ideen?

Ja, weiß ich nicht. Ja, in die Öffentlichkeit muss man gehen für die Deutschen und alle diejenigen, die hier legal arbeiten und dann ganz klar Kampagnen machen, was für Möglichkeiten diese Personen haben. Welchen Zugang zu was sie haben. Und für die nicht Krankenversicherten, wir haben eine Lösung gefunden, durch ein Parallelnetzwerk, informell paralleles Netzwerk von ehrenamtlichen Ärzten und Ärztinnen, die nicht krankenversicherte Leute unterstützen, soweit wie möglich. Aber das ist parallel informell, die Stadt gibt kein Geld. Wir haben zweimal, das Netzwerk besteht seit 1995, und wir haben zweimal Gelder vom Hamburger Spendenparlament bekommen, aber von der Stadt selber nichts. Und da sind wir in die Communities rein, wieder mit Migranten zu Kontakt aufnehmen, oder mit Migranten zusammenzuarbeiten, die Zugang haben zu den verschiedenen Communities.

Also wieder Peer-Support?

Genau.

b)Die nächste Frage erübrigt sich dann etwas. Was ist dazu erforderlich um zu helfen ist dann natürlich Peer-Support und Geld?

Ja, Geld und ein anonymes Angebot, wo die Personen auch wenn sie nicht krankenversichert sind, dass sie irgendwo hingehen können, wo sie keinen Namen, keine Adresse, keinen Pass zeigen müssen. Und wenn möglich auch umsonst, weil sie können das alles sowieso nicht tragen, die Kosten. Das irgendwie so verbreitet werden kann, weil wir versuchen das auch zu verbreiten durch das Netzwerk, aber es hat Grenzen, weil wir haben die Kapazitäten nicht. Dann lohnt es sich nicht, jetzt zur großen Glocke zu gehen, es gibt ein Netzwerk, Migration und AIDS heißt es, aber es sind ein paar Ärzte, und das geht so nicht. Wer soll sich darum kümmern? Und, es müsste da eine Lösung geben.

Die Schwelle so niedrig wie möglich halten?

Genau, und ich glaube Anonymität ist sehr sehr schwierig. Und natürlich wieder die Mitarbeit von Migrantinnen, die dann diese Personen auch betreuen können.

Was das behindert haben wir gerade ja auch diskutiert.

Jetzt habe ich eine Frage, die sich auch fast erübrigt, weil wir uns darüber eben auch schon unterhalten haben: Welche Zielgruppen versuchst du zu erreichen? Das weiß ich jetzt.

Mit welchem Ergebnis? Die Frage hattest du eben auch schon beantwortet. Seid ihr zufrieden damit wie viele Menschen ihr erreicht?

Durch das Netzwerk?

Und auch durch TAMPEP.

Mit TAMPEP wir machen nur diese Primärprävention, das heißt diese Streetwork und so. Wir haben jetzt gerade wieder, wir machen so kleine Projekte in Kooperation mit der Gesundheitsbehörde, wo wir dann AIDS und STD Prävention machen, in den Appartements in Hamburg, wo die Frauen arbeiten, die Migrantinnen arbeiten. Und da haben wir jetzt gerade wieder fünf Monate Streetwork gemacht, regelmäßig und da haben wir um die 250 Frauen erreicht. Das heißt, ja, in sechs Monaten, wenn man das regulär macht, einmal, zweimal in der Woche, kann man 250-300 Frauen erreichen. Direkt und indirekt, weil manchmal trifft man die Frau selbst und sie sagt, ich hab eine Kollegin und dann lassen wir die Materialien für diese da. Das heißt indirekt erreichen wir viel mehr Frauen. Und das durch TAMPEP. Das Problem ist, dass diese EU-Projekte nicht laufend passieren, das heißt wir kommen jetzt zum Ende der letzten Phase, im Juni geht sie zuende die sechste Phase, und wir beantragen jetzt gerade bei der EU für die siebte Phase. Aber da ist immer eine Lücke, bis wir, wenn sie es genehmigen, bis es wieder anfängt. Es können sechs Monate vorbei gehen, das heißt, da kriegen wir kein Geld und da machen wir auch nichts. Das ist wieder ein Problem, weil die Frauen da sind, und es kommen immer neue Frauen. Und, aber wenn man es regelmäßig machen würde, würde es so sein.

Und beim Netzwerk Migration und AIDS sind, ich glaube, wir haben, seit es angefangen hat, vielleicht war es '98, mit der Ambulanz, weil wir haben zuerst als Netzwerk nur so angefangen, bis sich das etabliert hat, ich glaube wir haben um die 70 Patienten. Und das ist schon sehr viel, wenn du bedenkst, es ist nur zweimal im Monat geöffnet, und man spricht nicht viel drüber, weil wieder keine Kapazitäten sind. Es ist immer ein ehrenamtlicher Arzt oder Ärztin dabei, und die Medikamente sind auch sehr begrenzt, was man so durch Spenden bekommt und so. Es ist nicht viel, aber was, drinnen in dieser Möglichkeit ist das schon ganz toll. Es gab nichts, und so ist es auch geboren, es ist von TAMPEP auch geboren. Weil wir haben mit dieser Primärprävention, so '94, '95 haben wir angefangen Transsexuelle, Transvestiten hauptsächlich aus Lateinamerika und plötzlich waren sie HIV positiv. Nicht plötzlich, aber wir haben Kontakt mit denen gehabt. Und weil die, im Ge-

sundheitsamt zum Beispiel kannst du dahin gehen, in dieser Zentralberatungsstelle und dich umsonst und anonym testen lassen. Das Problem ist dann, wenn du ein positives Ergebnis hast, dann passiert, kannst du nichts mehr machen. So, und da haben wir uns gefragt, wir können auch nicht so machen, und sagen wir haben damit nichts zu tun. Und dann durch so persönliche Kontakte, durch eine Kollegin aus Peru, die Krankenschwester auch ist, und sie arbeitet übrigens in der AIDS-Hilfe in Berlin, Carmen Valdivia. Und sie hat dann durch Kontakte in Krankenhäusern mit Ärzten dann haben wir das aufgebaut, oder sie hat das dann aufgebaut. Und so ist es geboren, durch diese Notwendigkeit da etwas zu machen.

Okay, aber es deckt natürlich nicht, es hat nicht den abdeckenden Charakter.

Natürlich ist es, so ist es geboren, wegen so Sexarbeiterinnen. Heutzutage ist es natürlich nicht nur für Sexarbeiter sondern für alle Menschen, Männer und Frauen, Transsexuelle, die nicht krankenversichert sind.

b) So hast du die Frage, wie erreicht ihr die Zielgruppe auch schon beantwortet. Und, wie erreicht ihr eure Zielgruppe, die ja Migrantinnen sind, oder Sexworker, die Migranten sind. Ihr erreicht sie ja am besten, das hast du ja eben auch schon mal gesagt, durch kulturelle Mediatoren und Peer-Support, das ist da wahrscheinlich das Stichwort.

Und Outreach, das heißt wirklich in die Szene rein, und nicht nur wir. Wir für Sexarbeiterinnen, aber es gibt andere Organisationen in Hamburg, die mit anderen Communities arbeiten, mit afrikanischer Community, und da haben wir Kontakt zu denen, und die schicken auch die Patienten.

Das ist also wie ein kleines Netzwerk in den verschiedenen Szenen, wo ihr also Zugang zu habt.

Genau, nicht wir, aber die verschiedenen Organisationen innerhalb des Netzwerks.

Das hört sich nach einem sehr gut organisierten Netzwerk an?

Nicht so, wie es sein könnte (lacht), oder sollte, aber ist okay. AIDS-Hilfe Hamburg ist der Träger dieses Netzwerkes im Moment.

6. Wie ist deine Prognose für die Situation/die Versorgung von HIV-Positiven in Hamburg? Was passiert wenn keine verändernden Prozesse eingeleitet würden?

Es würde sich nur verschlechtern. Es ist schon schlecht sowieso, dann würde es noch schlechter, weil, die Leute, die infiziert werden, diese Daten, die sagen, wenn neue Leute

infiziert sind, ich glaube hauptsächlich junge Leute und Frauen auch, und da wird wenig gemacht und für die Migranten sowieso.

a) Was könnte sich ändern, wenn jetzt Maßnahmen ergriffen würden?

Ja, dann, alle diese Randgruppen, wenn es so gemacht wäre, dass diese Randgruppen Zugang hätten, zu den verschiedenen Sachen, dann wäre es viel besser für diese Personen und für die gesamte Bevölkerung.

Ist es generell ein politisches Problem? Es waren ja gerade Neuwahlen, glaubst du, dass sich da was verändert hat?

Sie haben vor zwei Jahren auch im AIDS-Bereich gekürzt. Sowie sie bei Amnesty kürzen wollten und in anderen Frauenprojekten, Frauenhäuser. Das hat wieder jetzt angefangen. Wir haben gehört, dass wieder zwei Frauenhäuser geschlossen werden, und sie fangen das wieder an. Wir haben bis jetzt nur über diese zwei Frauenhäuser gehört. Ich glaube, das ist das Problem, und da geht es nicht nur um Migranten. Es geht um den sozialen Bereich, probieren sie da Sachen zu kürzen, was schade ist, weil, die Stadt wächst, und es ist für mich so ein Widerspruch. Es ist die reichste Stadt Deutschlands, die reichste Stadt Europas, und es wird mehr und mehr in diesem sozialen Bereich gekürzt. Und das ist für mich etwas, was ich nicht verstehe.

7. Eine abschließende Frage noch: Was würdest du dir wünschen in Bezug auf HIV und AIDS?

Ich weiß nicht, HIV und AIDS auch, aber ich würde mir wünschen, eine Änderung im Ausländergesetz, in Deutschland und in Europa, das Leute nicht illegal migrieren müssen. Weil, das ist eine Realität die Migration, anhand von der politischen und wirtschaftlichen Weltsituation. So das Leute weiter migrieren werden, und wenn sie nicht diesen Schritt machen müssen, illegal, das heißt abhängig von dritten Personen, die sie ausbeuten und Gewalt antun, alle Arten von Gewalt. Ich spreche nicht nur von Frauen, von Männern Kindern alles Mögliche. Dann würden diese Personen, die hier leben und diese Schwierigkeiten haben, ich spreche jetzt von Migranten, die nicht krankenversichert sind. Die hätten einen viel würdigeren, würdiges Leben und wären dann auch, deren Würde würde respektiert werden als Mensch, und ich glaube das ist für mich, und da in Bezug zu HIV und AIDS natürlich würden sie dann auch mehr Möglichkeiten haben. Wir haben zum Beispiel, in dem Netzwerk ist eine Frau aus Togo, und sie kommt zweimal im Jahr zu uns, oder sie

kommt hier her nach Deutschland, um Medikamente zu holen, zu verschaffen, weil, ich meine viele Personen in ihrer Familie in Togo HIV-infiziert sind. Und sie haben da keine Möglichkeiten. Stell dir vor, was diese Frau für Geld sammeln muss um zweimal im Jahr hier her zu kommen um Medikamente zu holen. Das heißt, sie wird sich wahrscheinlich verschulden und was weiß ich noch machen müssen. Und das sind diese Sachen, dass man sich fragt, in diesem reichen Land? Und ich würde mich schämen, weil, wenn man solche Fälle sieht. Und deswegen finde ich toll was Brasilien probiert hat, gegen alle diese reichen Pharmaindustrien. Sie haben angefangen einfach, ich weiß nicht wie das heißt, diese Parallelmedikamente, sind dieselben Substanzen, oder irgendwie.

Generica.

Genau.

Geld scheint ja ein Schlüsselwort zu sein.

Wir hatten einen Fall, eine Transsexuelle aus Lateinamerika, die war im Krankenhaus, in einem Krankenhaus in Hamburg. Und sie war nicht krankenversichert, und sie war HIV-positiv. Ihr ging es nicht so gut, sie war zwei bis drei Wochen im Krankenhaus, musste sie bleiben, bis man herausgefunden hat, dass sie nicht krankenversichert ist. Und da war ein ganz netter Arzt in diesem Krankenhaus und der hat Kontakt mit Amnesty aufgenommen, wegen Übersetzungen. Das jemand kommen kann um auf Spanisch zu übersetzen. Und ich war da in diesem Moment und habe übersetzt. Ich war einmal und ein paar Tage später rief der Arzt an und hat gesagt: „Sie müssen gleich kommen.“ Weil, sie haben rausgefunden, die Person ist nicht krankenversichert und der Sozialdienst vom Krankenhaus hat die Polizei gerufen. Die Polizei ist gekommen und haben die Frau in Untersuchungshaft genommen und sie wurde abgeschoben.

Solche Sachen, ich war dabei wie die Polizei gekommen ist und die Frau mitgenommen hat.

Atmosphäre

Veronica Munk und ich trafen uns in der Organisation, wo mehrere Menschen arbeiten. Wir hielten uns im Aufenthaltsraum auf, wo sie mir einen Kaffee anbot. Sie wirkte zunächst sehr entspannt. Das änderte sich etwas als es unruhig wurde. Die Tür wurde mehrfach geöffnet, Kollegen kamen in den Raum um sich Tee zu kochen und einmal wurden wir durch ein Telefongespräch unterbrochen.

Frau Munk wirkt sehr motiviert und engagiert und ist aufrichtig um eine Zusammenarbeit bemüht. Sie war sehr hilfsbereit. Sie hat mir sehr viele Materialien mitgegeben und möchte auch die Ergebnisse meiner Arbeit sehen. Sprachlich war sie sehr gut zu verstehen, sie hatte einen Akzent, war aber stets zu verstehen. Ich habe mich zunächst vorgestellt und sie hat mir im die Organisation erklärt. Dieser Teil wurde nur kurz skizziert. Das Interview an sich dauerte ca. 55 Minuten.

9.3 Interview mit Kalle Mörsdorff (Arzt in der AIDS-Beratung im Bernhard Nocht Institut)

Name: Kalle Mörsdorff

Alter: 56

Nationalität: Deutsch

Beruf/Werdegang: Arzt/Allgemeinmedizin und Naturheilverfahren, vorher Biologielaborant bei einer Pharmafirma, Abitur und Studium im zweiten Bildungsweg

Tätigkeitsfeld: AIDS-Beratung im Bernhard-Nocht-Institut/Teil der Behörde für Wissenschaft und Gesundheit

Wie lange übst du diese Tätigkeit schon aus? 12 Jahre

1. Wie schätzt du die Versorgungssituation von Menschen mit HIV und AIDS in Hamburg ein?

Sehr gut. Also, ich finde, das habe ich auch schon Matthias erzählt, da könnten andere chronisch Kranke nahezu neidisch werden. Also, das haben wir erkämpft, vielleicht auch deshalb, weil die Mediziner so hinterher waren, hinter dem neuen Thema AIDS, das war ja sensationell in den 80ern. Das hast du wahrscheinlich noch nicht mal so richtig mitgekriegt (lacht)

Nicht so richtig...ein bisschen (lacht auch)

Und da haben sich also alle mutigen Mediziner drauf gestürzt und geforscht und haben sich Renommee erworben. Und natürlich darf man nicht vergessen, die AIDS-Hilfe, vor allem auch die ursprünglichen Schwulenaktionsgruppen, die natürlich die Hauptbetroffenen damals waren, heute nicht mehr ganz so dramatisch. Die haben damals vieles durchgesetzt. Da gab es also eine breite Solidarität der Betroffenen und so, und die haben ordentlich

durchgesetzt. Also, es gibt ein unglaublich gutes Netz, psycho-soziales Netz, medizinisches Netz für HIV-Betroffene.

Für alle?

Für alle, das ist die Frage. Wir klagen ja immer darüber, dass wir Migranten und insbesondere auch Frauen so schlecht erreichen, aber ich glaube nicht das es damit zusammenhängt, dass wir uns nicht anstrengen sie zu erreichen, sondern das hat einfach damit zu tun, dass das nicht so ne homogene Betroffenenmenge ist, oder ne, um es mal so auszudrücken, wie die Schwulen. Die haben ja, die haben ja eine gemeinsame Plattform, die wissen wo sie sich's und wie sie sich's geholt haben und wie sie aufpassen. Solidarität ist da ganz schnell hergestellt gewesen. Frauen sind ja völlig quer Beet durch alle Orientierungen, durch alle Schichten und so weiter, sehr viel schwieriger. Und Migranten, da stößt man oft einfach auf Granit, wenn man einfach mal die Schwarzafrikaner sich betrachtet, für die ist es intern wohl das allerschlimmste, wenn sie geoutet werden, also wenn raus kommt, dass sie infiziert sind, werden sie sofort ausgegrenzt, aber auf brutalste Weise. Deshalb haben Schwarze panische Ängste davor auch nur einen Fuß reinzusetzen in eine Einrichtung wo man denken könnte, aha, der ist auch infiziert. Und, wie soll man solche Leute kriegen? Und versorgen? Also, das sind die immanenten Schwierigkeiten. Trotzdem bemühen wir uns darum.

2. Welche Veränderungen würdest du begrüßen oder veranlassen, wenn du die Ressourcen hättest?

Ich würde vor allen Dingen ein bisschen mehr Personal einsetzen in den präventiven Bereichen, wie bei uns. Ich weiß nicht, ob dir bekannt ist, wir waren früher die Beratungsstelle Gesundheit, AIDS-Beratung mit ursprünglich 12 Leuten, dann 10 Leuten, 8, 6 noch zum Schluss, und jetzt sind wir hier nur noch zwei übrig geblieben. Man darf natürlich nicht die vergessen, die zwei Krankenschwestern, die uns pro Sprechstundeneinheit halt hier drüben unterstützen. Also vier, aber ich red mir fast den Mund fusselig in der Testberatung. Das war früher etwas anders, so'n bisschen einseitig geworden, und ich könnte mir vorstellen, dass das auf anderen Gebieten ähnlich ist. Ich meine, die Infizierten werden Dank der Therapien immer älter, kriegen zu spüren die Einschränkungen, zum Beispiel im Berufsleben, und gleichzeitig müssen wir die sogenannten sozialpädagogischen Stellen, irgendwie, die gibt's nicht, oder nicht mehr in dem Maße. Das haben wir immer ganz

deutlich gemerkt bei uns in der Beratungsstelle war das ganz dramatisch. Wir hatten nachher gar keine Sozialpädagogen mehr, die diese Renten-, Sozialberatung machen konnten. Und gerade jetzt wäre es wichtiger denn je, weil die Gruppe der Langzeitinfizierten und Gehandikapten wird immer größer. Da würde ich mir das wünschen, dass wir da mehr Kapazitäten hätten. Um da mehr aufzubauen.

a) Welche Ressourcen bräuchtest du dazu?

Hunderttausende bis Millionen im Jahr. (beide lachen). Personalkosten, Personalkosten.

3. Welchen Stellenwert hätte Gesundheitsförderung bei dabei?

Naja, einen großen natürlich. Gesundheitsförderung ist ja ein Riesefeld, was man beackern könnte, in dem, also könnte ich mir sehr viel vorstellen. Kurse für Patienten, Workshops, und, und, und. Das sie lernen damit umzugehen, richtig. Nicht nur Broschüren, ist ja auch schön und gut, aber auch richtig praktische Anleitung. Zum Beispiel Compliance-Seminare und so was alles. Workshops, Sportgruppen, hatten wir ja früher mal, aber auch da fehlten dann die Ressourcen. HIV-Sportgruppe, hatten wir, glaub ich fast zehn Jahre. Und sogar einmal extra ein HIV-Sportgruppe für Frauen, wo wieder das Problem war, dass wir sie nicht erreichen konnten. Da waren dann nachher nur noch zwei, drei Mitglieder, und dann nur noch eine, da macht's ja keinen, da ist es keine Gruppe mehr.

a) Was/wie ist dein Verständnis von Gesundheitsförderung?

Schwierig, vor allen Dingen sehe ich den präventiven Charakter, also dass man durch Gesundheitspflege, durch vernünftiges Leben, durch vernünftigen Umgang mit sich und seiner Gesundheit, also gar nicht erst krank wird, also so seh' ich's. Und wenn man denn krank ist, dass man sich noch in der Lage versetzt fühlt, dass man sich noch in der Lage fühlt was für sich zu tun, trotz allem. Psychisch aufbauen, körperlich, Ernährung, Medikamente, alles mögliche.

Also, es ist nicht nur der körperliche Aspekt?

Genau, Selbsthilfe, ja.

4. Was ist für die Betroffenen aus deiner Sicht notwendig, wichtig oder/und hilfreich im Umgang oder mit der Bewältigung ihrer Erkrankung?

Als ich, das ist ja schnell gesagt. Erst mal, dass man ihnen hilft aus, wenn sie ihr positives Testergebnis bekommen haben, aus dieser seelischen Krise wieder sich aufzurappeln. Dafür sind wir da, dafür ist die AIDS-Hilfe da, mit den vielen psychotherapeutischen Bera-

tungen. Und dass man ihnen nahe legt sehr viel selber über diese Krankheit zu wissen. Es ist ziemlich kompliziert, die Behandlung, das weißt du ja selber, ist extrem kompliziert geworden, und dann ist immer von unglaublichem Vorteil, wenn der Betroffene selber sich fast oder so gut auskennt wie sein Arzt und damit das eine oder andere nicht vergessen wird. Ne, wenn man sich vorstellt, die Ärzte haben zig Patienten pro Tag, man kann nicht immer erwarten, dass der Arzt, die Ärztin bei jedem Patienten immer an alle möglichen Kleinigkeiten denkt. Insofern ist es ganz hilfreich, wenn der Patient selber dem Arzt auf die Sprünge helfen kann. Also ne Partnerschaft anstreben mit dem Arzt. Und Gott sei Dank haben wir ja in Hamburg ne satte Auswahl an ärztlicher Betreuung. Also, wenn der eine einem nicht so gut gefällt vom menschlichen her, dann versucht man es beim nächsten. Ja. *Und sonst jetzt mal abgesehen von der ärztlichen Versorgung?*

Ach so, natürlich das ganze psychosoziale Feld, die beraterische Tätigkeit im Zusammenhang mit Berufsunfähigkeit und vorzeitiger Rente und das alles. Dass die Leute nicht so allein sich fühlen, und vor allem eben, dass es auch der AIDS-Hilfe gelingt die ehrenamtlichen Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen einzubinden und direkt vor Ort für den Patienten selber was zu tun. Das wird manchmal beklagt, krieg ich so mit. Man darf aber nicht vergessen, gerade bei HIV-Patienten, sie sind relativ verwöhnt, sind manchmal extrem anspruchlich, so dass einem manchmal schon das Messer in der Tasche aufgeht. Wenn es um finanzielles geht. Ich erlebe sie manchmal so, ich weiß nicht, wie das bei anderen Kranken ist, aber bei dieser Gruppe erleb ich das schon. Nichts desto trotz finde ich, dass man eben hilfreich zur Seite steht, dass sie sich eben nicht alleine fühlen. Dass sie wissen was ihnen zusteht, was nicht, dass sie über ihre Rechte aufgeklärt sind, wo man was machen kann.

a) Wie kann das durch Gesundheitsförderung unterstützt werden?

Das ist jetzt eine sehr theoretische Frage. Gesundheitsförderung? Na ja, Gesundheitsförderung, indem die Leute gar nicht erst in gewisse Situationen kommen, wo sie Dinge in Anspruch nehmen müssen. Also Gesundheitsförderung so perfekt betreiben, dass sie lange gar keine Hilfen brauchen, kann man natürlich machen. Und die Hilfe von der ich eben gesprochen hab, ist auch Gesundheitsförderung .

b) Was ist dazu erforderlich?

Personal, also das liebe Geld, das das Personal finanziert.

c) *Was behindert das?*

Die leeren Kassen.

5. *Welche Zielgruppen versucht ihr hier mit eurer Institution zu erreichen?*

Also, wenn es geht alle, natürlich. Aber insbesondere haben wir jetzt den ersten Schwerpunkt jetzt wieder neu gebildet, schwule Männer zu erreichen, die ja, wie wir inzwischen wissen, auf Safer Sex und Prävention gar nicht mehr Wert legen. Die Zahlen steigen gerade in dem Bereich. Wir erreichen sie nicht mehr. Ich mein', 24 Jahre AIDS, 24 Jahre Safer Sex, das können Leute in meiner Altersgruppe gar nicht mehr hören. Und die Zeiten wo die Freundeskreise reihenweise weggestorben sind, sind glücklicherweise vorbei. Das verleitet viele zu der Annahme, es gibt ja die Therapien. Was soll ich aufpassen, und so weiter. Deshalb haben wir den ersten Schwerpunkt schon umgesetzt. Also ich gehe einmal die Woche mit meinem Testbauchladen von her weg nach extern in den schwulen Infoladen Hein und Fiete. Gestern Abend zum Beispiel war ich da, um diese Leute doch noch zu erreichen, die möglicherweise den Weg hierhin nach Sankt Pauli nicht finden würden. Das ist das eine. Das andere ist, wir sind gerade dabei uns zu konstituieren mit den Kollegen, die hier die klinischen Psychologen sind, eine sogenannte ethnomedizinische Ausrichtung rein zu bringen. Das bietet sich für das Tropenkrankenhaus ja auch nahezu an. Es sind ja sehr viele Ausländer aus den tropischen Ländern. Dass wir die besser erreichen, was ich mir absolut schwierig vorstelle. Aus den eben genannten Gründen. Erst mal wollen sie es nicht so, also über AIDS können wir sie nicht erreichen. Da mauern sie alle, also jetzt sehr pauschal gesprochen. Da muss man andere Wege finden, aber wir sind dabei mit dem Migrantenzirkel der AIDS-Hilfe und so weiter. Und Frauen natürlich, liegen uns am Herzen. *(beide lachen)*

Da haben wir uns wirklich schon Beine ausgerissen, Frauen zu erreichen ist absolut schwierig. Da gibt es ja auch das Frauennetzwerk, wo Gabriele natürlich, meine Kollegin mitarbeitet. Die kennst du noch gar nicht. Können wir ja nachher mal kennen lernen. Die ist in einem Frauennetzwerk tätig. Die haben sich also vorgestern Abend getroffen, und es war ein sehr guter Kreis mit Birgit Stanger, kennst du ja schon und noch ein paar andere große Aktivitäten. Also, weg von der rein schwulen Präventionspolitik hin zu den Gruppen, die jetzt leider im kommen sind, was HIV angeht. Frauen und Migranten.

b) *Wie erreicht man die? Hast du ja eben schon gesagt, in die Szene reingehen.*

Also über solche Peer, wie nennt man diese...

Peer-Educator

Genau, also die Leute, die solche Drähte haben zu solchen Gruppen, über die versucht Matthias Weikert jetzt so was reinzuholen. Und bei Migranten versuchen wir uns erst mal auszutauschen, mit anderen Organisationen. Da werden dann natürlich die Ressourcen gebraucht, weil ja ich sprech' kein Spanisch, kein Portugiesisch, kein Russisch, kein Polnisch, also schwierig. Da braucht man also für jede Ethnität n Dolmetscher. Die kosten. Wenn man das ernst nimmt. Ne!

6. Wie ist deine Prognose für die Situation/die Versorgung von HIV-Positiven in Hamburg? Was passiert wenn keine verändernden Prozesse eingeleitet würden?

Wird es schlechter, dann wird es schlechter, weil der Trend geht ja durch alle Wirtschaftszweige, Behördenzweige, dass die Ressourcen weniger werden. Also kann es nur schlechter werden, wenn man sich mal die Folgen der Gesundheitsreform anguckt, dass Leute, die eh schon wenig Geld haben jetzt noch zuzahlen müssen und nicht zu knapp und so weiter. Dann wird es richtig furchtbar. Also müssen wir schwer aufpassen und hoffen, dass der Aufschwung kommt. *(beide lachen)*

a) Und was könnte sich ändern, wenn jetzt Maßnahmen ergriffen würden?

Zum Beispiel könnten wir dann diese Migrantenarbeit richtig gleich, von vorn herein mit den richtigen Dolmetschern loslegen. Wir könnten also Leute verpflichten, Teilzeitjobs anbieten, der Dolmetscher und so weiter. Das würde schon helfen.

Wovon ist die Prognose abhängig?

Sie ist unter anderem von der politischen Situation abhängig. Also von diesen beiden Sachen, Politik und Ressourcen, was ja sehr eng verzahnt ist. Wer gibt für wen gerne Geld aus? Und wer nicht? Wer schiebt den Sparhammer vor?

Also habt ihr Veränderungen gespürt nach der Wahl?

Ja, wieso hat man uns auseinander geschlagen und ein ganz wichtiges Angebot für die Gesundheitsförderung in Hamburg, die ehemaligen Gesundheitslotsen einfach sozusagen aufgelöst? Um 15 000 Euro im Jahr, im Jahr, zu sparen.

7. Was würdest du dir wünschen? Was würdest du dir wünschen für die HIV-Versorgung in Hamburg?

Ich würde mir wünschen, dass es mal wieder in der Öffentlichkeit mal wieder Thema wird. Dass es nicht so totgeschwiegen wird. Und alles was sich daraus ergibt. Wenn es wieder Thema wird, tut sich was auf, ne. Also das ist das Wichtigste. Das es mal wieder Thema wird.

Also, hast du das Gefühl, dass es aus den Köpfen der Leute wieder verschwunden ist?

Ja, guck dich doch mal im Fernsehen um, wann hast du den letzten AIDS-Spot gesehen? Ja, in den Schulen wird gespart. Es gibt Schüler, die haben noch nie was davon gehört. Schulabgänger. Um überhaupt etwas in Gang zu setzen, wünsch ich mir wieder ne Öffentlichkeit für HIV. Und dann kommt das, der Rest kommt dann schon.

Das war's schon. Danke

Bitte abschalten

Atmosphäre

Kalle Mörsdorf und ich trafen uns in seinem Büro am Bernhard-Nocht-Institut an einem Vormittag. Die Atmosphäre war ruhig und entspannt. Es gab keine Störungen. Herr Mörsdorf gab zu Anfang an, dass er sich generell „eher knapp halte“. Dem war auch so. Die Gesamtzeit des Interviews betrug circa 30 Minuten. Sobald das Mikrophon aus war, gerieten wir in ein Gespräch über Gesundheitsförderung und meine Erfahrungen in San Francisco, das sich noch für ca. 30 Minuten hinzog.

9.4 Interview mit Axel Adam (Arzt in einer Schwerpunktpraxis)

Name: Axel Adam

Alter: 40

Nationalität: Deutsch

Beruf: Arzt

Tätigkeitsfeld: Allgemeinmediziner in einer HIV-Schwerpunktpraxis

Wie lange üben Sie diese Tätigkeit schon aus? 12 Jahre

1. Wie schätzen Sie die Versorgungssituation von Menschen mit HIV und AIDS in Hamburg ein?

ne weite Frage, ne? Ja, also ich finde die Versorgungsstruktur ist schon gut. Sie ist nicht optimal, aber sie ist gut. Hängt natürlich so ein bisschen davon ab, wen man vor sich hat, ob das 'ne Frau ist, ob das ein iv Drogenabhängiger ist, ob das ein schwuler Mann ist. Da gibt es schon Unterschiede, weil natürlich von unserem Schwulenklientel die Versorgungsstruktur eine der besten ist, ne. Die haben ihre Selbsthilfegruppen, die fühlen sich eher angesprochen von der AIDS-Hilfe. Die Frauen sind, ich sag mal, eher unterrepräsentiert, schon allein aufgrund der Tatsache, dass es weniger HIV-infizierte Frauen als Männer gibt. Da ist vielleicht ein kleines Manko. Bei den Drogenabhängigen ist die Versorgungsstruktur sicherlich nicht optimal, weil halt viele Praxen die Patienten nicht behandeln können und auch häufig nicht behandeln wollen, weil die den Praxisalltag sprengen könnten. Also, ich substituieren selbst auch HIV-Positive Drogenpatienten und es ist schon schwierig, die sind zum Teil, die unterscheiden sich zum Teil sehr von anderen Patienten, sind manchmal so ein bisschen merkwürdig, auch. Das schreckt andere Patienten ab. Das ist dann eben schwierig, die werden ausgegrenzt. Das ist so das zweite Manko. Ansonsten gibt es in so einer Großstadt wie Hamburg, Berlin oder Köln etc gibt es schon genügend Anlaufstellen, glaube ich zumindest. Das Problem ist eher so der ländliche Bereich, wo es diese Anlaufstellen nicht gibt. Und die ärztliche Versorgung ist, denke ich, auch von der Struktur her gut. Es gibt genügend Schwerpunktpraxen. Es gibt auch die Möglichkeit im UKE eine Ambulanz, noch gibt es die Möglichkeit, ist die Frage wie lang das bleibt. Aber auch wenn jemand sich eher an eine universitäre Einrichtung anbinden möchte, im Krankenhaus, sozusagen behandelt werden möchte, hat er da die Möglichkeit in Hamburg, und er hat auch genügend Möglichkeiten sich den Arzt seines Vertrauens auszusuchen.

Psychologisch gesehen gibt's eine Reihe von Psychotherapeuten, die sich auch mit dem Themenfeld HIV auseinandergesetzt haben und da auch fähig sind, denk ich, Leute adäquat zu behandeln. Es gibt die, werden Sie ja wahrscheinlich kennen im UKE, die Frau Doktor Fella und Doktor Fitschen, die sich auch darum kümmern, also in sofern ist das Feld, glaube ich, auch ganz gut abgedeckt.

Das vielleicht erst mal dazu.

2. *Welche Veränderungen würden Sie begrüßen oder veranlassen, wenn Sie die Ressourcen hätten?*

Ja, also, Veränderungen würde ich mir wünschen im Präventionsbereich, denn da passiert gar nichts mehr. Das finde ich schrecklich, also die Jugendlichen, die wissen überhaupt fast gar nichts mehr über HIV und auch nicht, dass sie selbst auch einem Risiko ausgesetzt sind, wenn sie sexuell aktiv sind. Das wäre so ein Punkt, ansonsten würde ich natürlich auch natürlich auch den AIDS-Hilfen nicht die Ressourcen streichen, sondern ich würde die eher wieder mehr fördern, weil es doch ein wichtiger Partner ist, auch in meiner täglichen Arbeit, so eine Einrichtung zu haben, wo ich die Leute hinschicken kann, mit der Bitte, dass dort ne vernünftige Sozialaufklärung, Rentenanspruch, Unterstützung etc. gemacht wird. Also das sind so die zwei Punkte, die mir so sofort einfallen.

a) *Welche Ressourcen bräuchten Sie?*

Naja, Geld braucht man natürlich (*lacht*). Klar, logisch. Manpower ist, glaube ich genügend da, ne. Das kann man ja auch so als Ressource bezeichnen. Und ich denke mal, das Geld kann nur mobilisiert werden, wenn man das wieder in das Bewusstsein der Leute holt, dass es dieses Problem gibt, ne, dass die Neuinfektionsraten zum ersten Mal seit zehn Jahren gestiegen sind, im letzten Jahr. Dass wir ein Syphilis-Problem haben, und so weiter. Also, da muss einfach auch den Politikern wieder klar sein, dass hier Handlungsbedarf ist. Dass man nicht einfach sagen kann, ach das Problem ist unter den Füßen, man kann das ja ganz gut behandeln, und da brauch man nicht mehr soviel Geld, von dem Geld, was wir ohnehin nicht haben, an diese Stellen geben. Das hat ja sicherlich auch Gründe, dass das Areal verkauft wurde, ein bisschen bezeichnend finde ich auch die Umlegung, die Verlegung der BAGS, des Gesundheitszentrums, hier vom Hamburger Tordamm in die letzte Ecke vom Bernhard-Nocht-Institut, mit Stellenstreichung und so weiter. Das macht auch einfach noch mal klar, dass, wie die politische Richtung ist, und das finde ich völlig falsch.

3. *Wir haben ja gerade über Veränderungen gesprochen. Welchen Stellenwert hat Gesundheitsförderung dabei?*

Also, für mich hat das den allergrößten Stellenwert, weil, das bezieht sich bei mir jetzt aber nicht nur auf die HIV-Infektion, sondern generell ist das Gesundheitsbewusstsein in der Bevölkerung extrem schlecht. Also, als junger Mensch denkt man über Krankheit, über Gesundheit überhaupt nicht nach, das interessiert nicht. Man will seinen Spaß haben, man

lebt und fühlt sich in der Regel ja auch gut, es sei denn man ist von irgendeiner Krankheit geschlagen, was ja Gott sei Dank, nicht so vielen passiert. Aber man denkt nicht darüber nach, wie kann ich diese Gesundheit erhalten. Also, diese Eigenverantwortung stärken, einfach das Bewusstsein stärken. Dass man selbst ne ganze Menge für seine Gesundheit tun kann. Wir haben so viele Leute, junge Leute mit Rückenproblemen, Bandscheibenvorfällen und allem möglichen. Wenn man denen dann sagt, ja, du musst was für deinen Rücken tun, regelmäßig Sport, Gymnastik, dann merkt man sofort, wie man da auf Widerstände stößt. Die möchten einfach ne Pille haben, die ihnen die Schmerzen nimmt, erstmal, und damit ist gut. Das, dieses Gesundheitsbewusstsein stärken, steht wirklich für mich an aller oberster Stelle. Wir könnten damit sicherlich viele, in Anführungszeichen, Volkskrankheiten wirklich mindern, deutlich mindern.

Indem man die Eigenverantwortung stärkt?

Ja, klar. Das fängt an beim Rauchen, beim Drogenkonsum, geht über alle möglichen Sachen, da gibt es ein Riesefeld für.

a) Was denn Gesundheitsförderung für Sie?

Also, Gesundheitsförderung ist das, was ich schon mal eben so angedeutet habe, dass man jetzt nicht den Leuten irgendwie sagt, so ernährst du dich gesund, sondern, dass man sie heranführt an das Thema, was bedeutet Gesundheit. Was ist das Gegenteil davon? Was ist Krankheit? Körperwahrnehmung, ne, also wie erlebe ich meinen Körper? Guck ich den überhaupt richtig an? Merke ich überhaupt Veränderungen? Also so was. Was noch? Also, die Leute heranführen an die Möglichkeiten, die es gibt. Und das auch multiplizieren, in Schulen rantragen, Lehrer auch vielleicht stärker schon in dieses Feld miteinbeziehen. Das heißt, Gesundheitsförderung fängt für mich schon sehr früh an. Nicht erst mit 40, 50, 60, wenn viele schon, ich sag mal, bestimmte Krankheiten haben. Da ist es zwar auch noch nicht zu spät, aber es macht viel mehr Sinn viel, viel früher anzusetzen.

Also, schon eher ein Bewusstsein dafür schaffen?

Genau, und das es nicht irgendwas ist, was unangenehm ist, ne. Viele erleben ja, wenn man denen sagt, Diät, gut, das ist jetzt vielleicht ein schlechtes Beispiel, oder Sport zu treiben, dann kriegt man immer den Spruch, Sport ist Mord. Oder sie darauf aufmerksam zu machen, dass rauchen halt nicht gut ist. Ja, das wissen wir, und ich lass mir nicht alles nehmen. Also, solche Ansichten kommen ja nicht von ungefähr. Die sind ja wirklich über Jah-

re oder Jahrzehnte in einen reingeimpft worden. Ich denke da muss man ansetzen, dass das nicht irgendwie ne Strafe ist, wenn man sich bewusst und gesund ernährt, wenn man sich wirklich Gedanken macht, was das Rauchen mit einem machen kann. Und dann einfach sagen, ist mir das wirklich das wert? Wenn ja, dann das einfach auch so ausdrücken. Ich rauche gern, weil das macht mir Spaß und ich weiß das Risiko und das nehme ich in Kauf. Damit kann ich eher umgehen, als wenn man sich damit überhaupt nicht beschäftigt. Und sagt, einfach sagt, das ist mir egal. Dann hört man ab und zu mal so Sprüche, ja, vor einem Jahr ist meine Lunge mal geröntgt worden, das war alles in Ordnung, also hat mir das ja noch gar nicht geschadet. Also, da merkt man einfach, dass die überhaupt kein Verständnis haben für dieses Problemfeld. Die Positivbeispiele fallen den Leuten natürlich immer ein. Das aber 99% Negativbeispiele sind, dass die vorherrschen, das wird dann einfach verschwiegen.

4. Was würde Menschen Mit HIV und AIDS im Umgang mit ihrer Erkrankung helfen?

Naja, zuerst natürlich die allgemeine Akzeptanz, also, jetzt nicht nur in ihrer Szene, in der sie sich bewegen, ob das jetzt Familie ist, ob das der Freundeskreis ist, ob das die Ausgehszene ist. Wie auch immer. Dass sie da auf mehr Verständnis treffen. Dass sie auf mehr Verständnis treffen auch in den Versorgungsstrukturen, ich meine, natürlich in der Schwerpunktpraxis, ist klar, dass man da auf Verständnis trifft, sollte wirklich üblich sein. Ist es auch, aber wenn man dann zum Zahnarzt muss, oder zu anderen Ärzten muss und da halt sagt, dass man positiv ist und gleich auf Ablehnung trifft. Ich denke das sollte nicht so sein. Im Berufsleben, also auch da, wenn man irgendwie jetzt typische Zeichen hat von, wo man gleich auffällt, dass die Leute da nicht gleich das abwehren und sagen, damit wollen wir nichts zu tun haben. was noch? Wiederholen Sie die Frage noch mal! Vielleicht fällt mir da noch was ein.

Was würde Menschen mit HIV und AIDS im Umgang mit ihrer Erkrankung helfen?

Ja, vielleicht noch, wobei das ist schwierig für mich zu entscheiden, ob das das eine oder das andere richtig ist. Es ist ja so, dass durch die Therapie so eine Normalisierung eingetreten ist. Das HIV so als chronische Erkrankung angesehen wird, die man jetzt behandeln kann, und damit ist auch jetzt gut. Was natürlich jetzt auch von Rentenversicherungsträgern und vom Versorgungsamt etc auch so gesehen wird bei der Beurteilung solcher Menschen. Das aber die Behandlung an sich eben auch Langzeitnebenwirkungen aufbringt und

so weiter und das fällt überwiegend dann runter. Das heißt, dass man da dann irgendwie nicht ernst genommen wird. Ich glaube das würde HIV-Patienten schon helfen, wenn sie, also nicht, dass man sie als was ganz Besonderes rausstellt. Das war ja früher so, wir wussten noch nicht genau was da überhaupt alles so passiert, man konnte es nicht behandeln, wie schrecklich. Das war, denke ich, auch nicht so angenehm, aber das war halt, die fühlten sich als was Besonderes. Und jetzt müsste man dieses, diese völlige Abkehr davon, dass man das banalisiert, das müsste man, denk ich, wieder in eine andere Richtung lenken. Auch im Hinblick darauf, dass man damit natürlich auch damit Prävention dienen könnte. Weil wenn eben in der Gesellschaft die Meinung vorherrscht, man kann das behandeln. Man nimmt ein paar Pillen und dann ist die Sache gut, dann passen die Leute auch nicht mehr auf. Dann gehen sie wieder Risiken ein. Also diese Extreme, aber das ist relativ typisch in der menschlichen Gesellschaft, dass man sich so gerne in Extremen bewegt. Und nur das lässt sich natürlich auch verkaufen, jetzt mal krass gesagt. Wann liest man mal was über HIV in der Zeitung? Nur wenn es da irgendwie scheinbar ein neues Medikament gibt, oder diese Impfstudie, die da gelaufen ist, ganz früh in der Entwicklung, aber das wird dann hochgepusht. Obwohl es überhaupt keine Bedeutung hat im Moment.

Und das kann dann ja einen verfälschten Eindruck vermitteln.

Das gibt es einfach nicht mehr. Und das ernst genommen werden, damit hilft man den HIV-Patienten am meisten. Auch mit Problemen, die einem gar nicht, in seiner eigenen Wahrnehmung gar nicht so als Probleme auffallen, aber das Individuum, das einem gegenüber sitzt vielleicht als zentrales Problem seines Lebens betrachtet. Und da einfach, diese einzelnen individuellen Probleme wirklich wahrnehmen, ernst nehmen.

a) Wie kann das durch Gesundheitsförderung unterstützt werden, Menschen zu helfen?

Es ist ja so, dass HIV-Infizierte, gerade auch wenn sie lange infiziert sind immer nur das Damokles Schwert Krankheit, Sterben und Tod über sich sehen. Ne, und ich denke schon, dass es hilfreich sein kann, wenn man sie auch wieder ins Leben sozusagen zurückholt, indem man ihnen sagt, so das kannst du selbst für deine Gesundheit oder gegen die Infektion machen. Also, nicht nur diese Kombinationstherapie einnehmen, sondern gucken, dass du ausreichend schläfst, ganz banale Dinge, dass du wirklich bewusst dich ernährst, für dich kochst, ne. Dass du Sport machst, muss ja gar nicht, man muss ja gar nicht Hochleistungssportler werden, also diese Dinge. Das ist für mich, dieses positive Körperbewusst-

sein wieder herstellen. Also nicht, irgendwas ist in mir drin, und das ist ganz furchtbar, das wird mich umbringen, deshalb nehme ich Medikamente, die ja eigentlich auch Mist sind. So diese Haltung. Aber ich nehm' sie, weil es nix anderes gibt, sondern auch sagen, du hast selbst die Möglichkeit was zu tun für dich, unabhängig jetzt von der medizinischen Seite.

b) Was ist dazu erforderlich, um solche Maßnahmen, wenn wir jetzt von Gesundheitsförderung sprechen?

Man bräuchte sicherlich, ich sag es mal jetzt, Gesundheitstrainer. Also man bräuchte Menschen, die sich mit dieser Thematik gut auskennen, die geschult sind auch im Umgang mit unterschiedlichen Persönlichkeiten und dann eben auch auf das Individuum eingehen können und herausfischen können, wie kann ich denjenigen motivieren sich mehr um seine Gesundheit zu kümmern? Was ist bei dem zum Beispiel das Hauptproblem? Sei es aufgrund beruflicher Dinge, oder anderer. Wo kann man da ansetzen? Weil, wir können das in unserer Praxis, in unserem Praxisalltag nicht, da können wir es nicht leisten. Es geht zeitlich überhaupt nicht. Das heißt, da brauch man sicherlich, in Führungszeichen, Spezialisten, die das tun.

Und als Setting? Individuell oder in der Gruppe?

Das, ich würde mich da jetzt gar nicht festlegen, was da am besten ist, ich denke es sollte beides einen Stellenwert haben. Denn es gibt Patienten oder Menschen, die in der Gruppe so was besser können, sich gegenseitig motivieren, vielleicht auch zusammen kochen, oder zusammen Sport machen, was auch immer. Und es gibt halt Menschen, die für so Gruppenarbeit überhaupt nicht zugänglich sind. Die möglichst niederschwellig auch mit der Thematik, oder an die Thematik rangeführt werden müssen. Die also nicht zur AIDS-Hilfe gehen würden oder in so ein, in Führungszeichen Institut. Also, auch das müsste man ganz individuell lösen. Gruppen auf der einen Seite anbieten, auf der anderen Seite aber auch Einzelbehandlungen, oder Einzelschulungen.

c) Was behindert das? Welche Faktoren würden es behindern, dass Gesundheitsförderung eingebaut würde?

Was es schwierig macht, schon jetzt, ist das Geld. Dass es nicht bezahlt wird, dass Leistungen, viele Leistungen im Gesundheitssystem, die einfach nicht mehr bezahlt werden können, weil das Geld fehlt. Das ist mal wieder der Hauptknackpunkt. Behindern könnte es natürlich auch das, auf der einen Seite Ärzte das nicht als notwendig ansehen. Das sie ein-

fach sagen, das können wir auch mitmachen. Das ist ja gar nicht so wichtig. Und natürlich, dass die Menschen, denen man das angedeihen lassen will, dass die nicht die Notwendigkeit sehen, dass die nicht motiviert dazu sind. Dass sie sagen, ach, das trifft für mich nicht zu. Ich ernähr mich schon gesund, und ich brauch den Kram nicht. Das sind so die Hemmnisse, die ich da sehe.

5. Welche Zielgruppen versuchen Sie zu erreichen?

Naja, vor allem die Jungen, die, jetzt mal unabhängig von HIV. Die jetzt so am Anfang ihres Lebens stehen, die halt hier herkommen und banale Geschichten haben. Dass man denen auch schon vermittelt, es gibt halt so was wie Krankheiten und gewisse Dinge, die uns belasten, die nicht gut sind, und da schon so ein bisschen den Weg bahnen, für ein Bewusstsein.

Wobei das ja nicht die einzige Zielgruppe ist, aber ich denke, da kann man noch eine ganze Menge bewegen.

Und wie ist in der Praxis die Patientenstruktur?

Unsere Altersstruktur unserer Patienten ist, wenn man sie vergleicht, mit anderen allgemeinmedizinischen, internistischen Praxen, ist sehr viel niedriger. Der Altersdurchschnitt ist sicherlich, ich will mal sagen, unter 50. Klar, aufgrund des Schwerpunktes HIV, Hepatitis. Allein deswegen sind unsere Patienten natürlich überwiegend jünger, wobei ich hoffe, dass die mit uns alt werden, auch (*lacht*). Das verändert sich natürlich schon im Laufe des Berufslebens. Die man jung sozusagen gesehen hat, das sieht man auch bei den Leuten aus der Umgebung. Hier aus der Nachbarschaft, die Kinder, die ich vor zwölf Jahren wirklich als so kleine Stöppkes kennen gelernt habe und dass das jetzt erwachsene Jugendliche sind. Das ist schon irre, Das ist aber auch schön und spannend, weil man dann die Entwicklung mitbekommt und Entwicklung auch mitprägen kann, Einfluss nehmen kann.

Daran lehnt sich auch die nächste Frage an, mit welchem Ergebnis erreichen Sie ihre Zielgruppe, also die, die sie erreichen wollen? Und wie erreichen sie sie?

Das vertrauensvolle hausärztliche Gespräch ist die Basis, auch dass wenn jetzt jemand nur einmal im Jahr kommt, vielleicht nur alle zwei Jahre, dass ich demjenigen vermittele, dass ich ihn immer noch kenne. Dass ich noch weiß, dass der und der, also nicht nur was den Namen betrifft, sondern inhaltlich. Und das ich dann auch wieder anknüpfe, zum Beispiel an Gespräche, die man vorher mal geführt hat. Dass ich überprüfe, hat sich vielleicht was

geändert. Hast du mit dem Rauchen aufgehört, machst du mehr Sport? Wie geht es deinem Rücken? Also, man kann über solche Gespräche auch einfließen lassen, a) dass man Interesse hat an dem Patienten und an seinen individuellen Problemen und dass man auf der anderen Seite aber auch so motiviert. Dass man so sagt, okay, hast du denn auch was gemacht und wenn nicht, dann so ein bisschen nachhaken warum denn nicht. Was waren so die Hinderungsgründe?

Und ihn somit auch erreichen, weil er sich individuell behandelt fühlt?

Klar. Das geht auch sicherlich geht das in so einer Hausarztpraxis noch eher, als in einer Facharztpraxis, wo mehr als 3000 Leute im Quartal durchgeschleust werden müssen. Viele sehen dann diesen Facharzt nur einmal in ihrem Leben, das heißt, da kann man nicht so ne Bindung aufbauen, wo man dann auch so die sozialen Verhältnisse weiß. Was für einen Beruf hat derjenige? Welche Beziehungen lebt er? Und das macht es einem ja auch erst möglich Einfluss zu nehmen. Wenn jetzt jemand kommt und hat ne, hat Knieschmerzen, geht zum Orthopäden, der untersucht das Knie und gibt ihm irgendwas, und dann war es das. Der nimmt ja keinen Einfluss auf die möglichen Ursachen. Warum hat der Knieschmerzen? Da wird dann halt nur ein Symptom bekämpft. Das wäre mir zu wenig. Das würde ich beruflich nicht machen wollen. Scheuklappe und draufgucken (*gestikuliert Scheuklappen*). Wobei, ich glaub schon, dass man was bewegen kann. Ich bin natürlich auch Realist geworden im Laufe der Jahre. Ich seh' schon, dass das was man bewegen kann, ganz klein ist, ganz wenig ist. Aber das wenige, das ist einfach dann für einen selbst toll, wenn man das mitkriegt, wenn man so eine Entwicklung mitkriegt. Wenn man jemanden was mit auf den Weg geben konnte, was ihm hilft. Also, ich denke mal, wichtig ist in solchen Dingen, dass man in solchen Dingen auch etwas überprüfen kann. Den Gedanken, darauf zielt ja auch die Frage, wie kontrolliert man das, ne. Und es geht halt nur, wenn ich die Entwicklung mitkriege, wenn die Leute dann auch häufiger zu mir kommen mit irgendwelchen Problemen, oder so. Und ich dann auch nachgucken kann, hat das was gebracht, dass ich im letzten Gespräch das und das eingeworfen hab? Oder ist das schon wieder völlig weg? Und das ist, geb' ich auch zu, bei vielen Gesprächen desillusionierend, weil viele Menschen sich im Kreis drehen und überhaupt nichts aufnehmen und überhaupt nichts umsetzen. Damit muss man natürlich auch umgehen können. Mehr schlecht als recht, aber es geht nicht anders.

6. *Wie ist Ihre Prognose für die Situation/die Versorgung von HIV-Positiven in Hamburg?*

a) Was passiert wenn keine verändernden Prozesse eingeleitet würden?

Die Prognose ist eher nicht so gut. Das heißt, wenn immer mehr Gelder gestrichen werden, weil überall die Kassen alle sind, dann wird man das natürlich erst mal, so denk ich, in solchen Randbereichen machen. Die Zahl der HIV-Infizierten, jetzt bezogen auf die Gesamtbevölkerung oder bezogen auch auf die anderen Erkrankungsfelder, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, ist verschwindend gering. Das heißt, die Ressourcen werden da natürlich erst mal gestrichen. Deshalb sehe ich die Prognose als erst mal nicht so gut an. Wir müssen halt sehen, wie wir das so ein bisschen abbremsen können.

Gibt es da einen Zusammenhang mit der politischen Entwicklung?

Ich glaube, dass ist eine generelle Entwicklung. Das ist völlig unabhängig von Parteien oder wer gerade an der Macht ist. Denn die Zwänge sind ja die gleichen. Also Gelder einzusparen, Ressourcen einzusparen, ja, ich glaube schon, das ist eine generelle Entwicklung.

a) Was könnte sich ändern, wenn jetzt Maßnahmen ergriffen würden?

Präventionsmaßnahmen, den Leuten klar machen, Kinders diese Therapie, die man als HIV-Positiver nehmen muss, ist nicht einfach zu ertragen, häufig, die ist auch mit Nebenwirkungen verbunden. Die kann einen auch krank machen, in Führungszeichen. Ich denke das wäre, das ist so eine Maßnahme, wenn man das so ein bisschen auch rausträgt, nur rein aus der Szene rausträgt in die Öffentlichkeit. Das würde vielleicht den ein oder anderen berühren. Wobei man da auch vorsichtig sein muss. Die Reize, die man heute setzen muss, sind ja so riesig, weil man kriegt ständig irgendwelche Leichen im Fernsehen zu sehen und irgendwelche Hunderte, die da wieder umgekommen sind, die wieder zerfetzt wurden, durch irgendwelche Bomben. Das heißt, die Leute mal auf ihr eigenes Schicksal zurückzuführen, ist, glaube ich, ganz schön schwer.

Wie kann man Leute noch bewegen?

Ja, das ist eben das große Problem. Ich weiß es nicht, wirklich. Ich glaub wirklich nur, wie ich es am Anfang gesagt habe, indem man sie irgendwie ernst nimmt. Indem man wirklich ein Vertrauensverhältnis aufbaut. Das geht nicht eben mal so. Aber wenn jemand merkt, da nimmt mich jemand ernst, da hört mir jemand zu mit meinen Problemen, und da wird nicht auf die Uhr geguckt und möglichst schnell wieder raus, dann glaube ich schon, dass man was bewegen kann. Dass man die Leute erreichen kann. Nur, das ist auch für uns extrem

schwierig. Ich meine, wenn das Wartezimmer voll sitzt und hier sitzt jemand. Gestern, da hat ich so einen Tag, da waren nur schwierige Patienten da. Das sprengt den Rahmen. Und dann warten die Leute halt zwei Stunden, zum Teil, das ist, das tut mir natürlich auch leid. Aber wenn hier die Tür zu ist, versuche ich mich wirklich auf den Einzelnen einzustellen, aber das ist natürlich auch, was völlig unwirtschaftlich ist. Das wird nicht entsprechend bezahlt. Gut, ich sagte ja vorhin schon, Idealismus muss man sich behalten. Bislang ist mir das auch, ist mir das auch, aufgrund der Struktur hier in der Praxis gelungen. Und deswegen kann man auch sagen, jetzt bringt es halt nicht so viel. Egal. Aber man geht mit einem guten Gefühl nach Hause. Man geht mit dem Gefühl nach Hause, dass man eben jemanden erreicht hat. Das bringt viel mehr als der schnöde Mammon. Obwohl, letztendlich, man will natürlich auch, wenn man so eine Arbeit macht sich auch mal was leisten können. Also, dass man wirklich mal essen gehen kann, oder nicht alles dem Finanzamt in den Rachen werfen. Also, das ist schon, das muss sich einfach die Waage halten, nur vom Idealismus allein, kann man so nicht arbeiten. Wenn man dann sieht, wenn man einen Kundendienst bestellt, wenn die Waschmaschine kaputt ist, wenn man dann auf die Rechnung guckt, so Anfahrt und so weiter. Und wenn man sich überlegt, als Arzt, was man bekommt, wenn man einen Hausbesuch macht. Dann verliert man fast die Lust. Also da sind so einige Sachen, die verquer sind. Wenn man da noch hört, dass die Politik die Ärzte so auf dem Prüfstand haben und die einfach nur schlecht machen, dann find ich das auch nicht so besonders förderlich, für die Motivation. Das passt jetzt aber ja gar nicht mehr so richtig zu dem Thema (lacht). Naja, was könnte man tun, natürlich auch die Menschen, die sich um Gesundheit auch kümmern, dass man die halt auch entsprechend motiviert. Und zu ner Motivation gehört natürlich auch hinzu, dass man ihre Leistung, die sie bringen auch entsprechend honoriert. Das ist nun mal so. Und wenn ich ständig unterbezahlt bin, ich nur aus Idealismus heraus etwas mache, dann vergeht mir die Lust.

Telefon

7. Abschließende Frage: Was würden Sie sich wünschen?

Was würde ich mir wünschen? Also, ich würde mir wünschen, dass die Politik begreift, dass man nicht alles wegstreichen kann, dass man nicht alle reduzieren kann. Auf betrügerisch abrechnende Ärzte, dass alles übertrieben wird. Ähm, ich weiß jetzt nicht so richtig die Wortwahl. Ich hoffe, das ist jetzt ungefähr klar geworden, was ich damit meine. Ich

würd' mir wünschen, dass es möglich ist, eben so was auf die Beine zu stellen, also eine Gesundheitsförderung, als eigenständige Institution, dass man damit auch in die Schulen geht, dass man wirklich auch die Jugendlichen versucht zu erreichen. Was extrem schwer ist, mit Sicherheit. Aber in Hinblick auf Drogenkonsum, Cannabis und so weiter, das wird als Banalität bei vielen angesehen, dass man da ansetzt, das ist ganz wichtig. Weil, ich weiß nicht was da sonst passiert, wenn man das nicht tut. Zum Beispiel auch mit der Schwerhörigkeit, die zunimmt, auch bei jungen Leuten schon, aufgrund Lärm, ne. Discomusik etc. Also, da ganz wichtig, dass man Leute schult, dass man das als Berufsausbildung macht, Gesundheitslotse, oder wie man das auch nennen will, das ist ja wurscht. Das würd' ich mir wünschen. Jetzt in Bezug auf die HIV-Infektion, dass nicht weiter gestrichen wird an solchen wichtigen Institutionen, wie AIDS-Hilfen. Was noch? Ja, das so dieses Hausarztmodell, dass das gestärkt wird. Das denke ich so aus meiner Sicht, ist das wichtig. Wir verstehen uns hier eben nicht nur als Schwerpunktpraxis HIV/Hepatitis, sondern eben auch, wie ich das ja vorhin ausgeführt habe, als Hausärzte, die Menschen begleiten. Mit all ihren Problemen, jetzt nicht nur mit Husten, Schnupfen, Heiserkeit, sondern auch tiefergehende psychologische Probleme. Dass man da die Möglichkeit hat, halt auch entsprechend mit der notwendigen Zeit zu arbeiten, nicht unter dem Druck ständig steht, ich muss ja eine Praxis auch wirtschaftlich führen, und eigentlich geht es gar nicht, so was. Das wär's so eigentlich, was mir jetzt so zusammenfassend einfällt.

Atmosphäre

Dr. Adam und ich trafen uns in der Praxis, in der er mit zwei Kollegen arbeitet. Es war ein Mittwochnachmittag, und somit war kein Patientenbetrieb. Die Atmosphäre war entspannt und ruhig. Wir saßen in seinem Sprechzimmer mit geschlossener Tür. Dr. Adam wirkt sehr engagiert und motiviert. Wir wurden einmal durch ein Telefongespräch unterbrochen. Das Interview dauerte ca. 40 Minuten.

9.5 Interview mit Anke Mohnert (Projektleiterin des Sperrgebiets)

Name: Anke Mohnert

Alter: 45

Nationalität: deutsch

Beruf/Werdegang: Erzieherin, 2. Bildungsweg Studium der Sozialarbeit, Leiterin des Sperrgebietes, Aufgaben sind vor allem Koordination, Fortbildung und Außenkontakte, sowie Betreuung des Teams

Tätigkeitsfeld: Cafe Sperrgebiet, Zielgruppe sind drogengebrauchende Prostituierte

Wie lange üben Sie diese Tätigkeit schon aus?

11 Jahre im Cafe, 4 Jahre Leitung

1. Wie schätzen Sie die Versorgungssituation von Menschen mit HIV und AIDS in Hamburg ein?

Ne schwierige Frage, weil generell, wie gesagt, ich hab hier, bin sehr ausschnittorientiert, also wir haben hier zu tun mit Mädchen und jungen Frauen in der Drogenprostitution, von da her kann ich, glaube ich, keine generelle Einschätzung geben, außer dem, was ich über die Presse oder so mitbekomme. Versorgungssituation für speziell diesen Mädchen- und Frauenbereich, ist schwierig, weil nach wie vor die Frauen und Mädchen das als sehr großes Stigma empfinden, auch die Mitteilung, das sie positiv sind, ist zum Teil, nach wie vor wirklich hahnbüchend. Sie bekommen das so nebenbei lapidar in den Krankenhäusern nach einer Untersuchung mitgeteilt. Und werden dann damit ziemlich allein gelassen. Behandelt werden die wenigsten, einfach aufgrund ihrer Lebenssituation, also Obdachlosigkeit, Szeneleben, so dass natürlich diese jungen Frauen dann häufig völlig unbehandelt einfach sind. Und bleiben, und auch selber nicht so dieses Bewusstsein, dass sie behandelt werden wollen. Das kommt dann manchmal nach Krisen, später. Aber eher so, bis dahin bin ich eh tot, bis ich AIDS habe. Auch nach wie vor sehr viel Unkenntnis.

In wiefern?

Also, zum einen, was Übertragungswege angeht, nach wie vor. Da, wir haben ja eine HIV und AIDS-Stelle, über das Amt für Gesundheit, wird ja auch gefördert. Aber es ist doch sehr erstaunlich, wie wenig das nach wie vor bekannt ist wie die Infektionswege sind und die Risiken sind und. äh, das muss immer wieder wiederholt werden. Eigentlich kann man nie aufhören damit, gerade bei den Mädchen, bei den jungen Mädchen. Das scheint in den

Schulen wenig Thema zu sein. Das scheint auch in Drogenhilfeeinrichtungen wenig Thema zu sein, in der ganzen Arbeit mit Sexualität wenig Thema zu sein. Großes Thema ist es in der Prostitutionsszene. Das heißt da ist Kondomakzeptanz relativ groß. Kein Thema. Aber immer wenn es um Beziehungen geht, um Liebe geht, hört das mit den Kondomen auf. Das heißt, es ist ein eindeutiger Liebesbeweis Verkehr ohne Kondom zu haben. Das da die Angst sich zu infizieren scheinbar nicht so groß ist. Oder auch die Unwissenheit nicht so groß ist. Auch im privaten Bereich kenn ich das von meinem Sohn, der ist 19, dass der zum Beispiel, wir sprachen jetzt von Ansteigen von Syphilis, Ansteigen von Syphilliraten in den Großstädten, der wusste noch nicht einmal was das ist. Und wie man sich da ansteckt, also diese ganzen sexuell übertragbaren Krankheiten, das ist, aufgeklärt sind sie scheinbar alle, irgendwie was wissen sie ja, aber doch ist das ein sehr medial vermitteltes Wissen. Und wirkliche Kenntnisse haben scheinbar wenige. Wir haben auch hier ein Forschungsprojekt laufen, also es sind fast 100 Mädchen und Frauen befragt worden, auch zur gesundheitlichen Situation und noch mal zu Infektionen. Dass sie dann zum Beispiel beim Französisch Verkehr sagten, da brauchten sie keine Kondome, weil man kann sich ja darüber nicht infizieren. Wo wir dachten, das haben wir doch eigentlich schon alles thematisiert. Wir können doch nicht immer mit so nem Schild rumlaufen, schützt euch, schützt euch, und so könnt ihr es tun. Aber, es ist, eigentlich müsste man wahrscheinlich immer wieder daran arbeiten. Immer wieder in die Szene rein, immer wieder erreichen. Wir machen ja auch aufsuchende Arbeit, das heißt wir gehen auch auf die Straße. Meine Einschätzung ist allerdings nach wie vor, dass der Prostitutionsbereich, wenn sie da richtig etabliert sind, da die Kenntnisse mit am größten sind. Die Versorgungssituation sicherlich nach wie vor nicht so gut ist, aber wir haben es ja hier viel mit Mädchen und Frauen zu tun, die sich nicht als Prostituierte definieren und somit immer wenn es in Richtung Stammfreier oder Freund, diese ganze Mischformen geht, dann sieht das ganz anders aus. Und die Versorgung von Menschen mit HIV und AIDS, ich glaube, die müssen sehr sortiert sein um die Einrichtungen, die es gibt aufzusuchen. Wir haben immer wieder hier auch Anrufe, die dann uns befragen, wo können sie einen Test machen. Es geht ganz viel darum anonyme Tests zu machen. Das wird ja, ich glaub es gibt nur noch zwei Stellen, in Hamburg anonym zu testen. Für die Frauen gibt es noch die Zentrale Beratungsstelle, wo noch ne Möglichkeit und das Tropenkrankenhaus. Aber die ambulanten, hier in St. Georg sind weg. Und

viele wissen es auch einfach nicht, es ist einfach nicht bekannt. Und wenn die wirklich in der Szene leben, also szenorientiert sind, also sprich, dass sie auch mit illegalen Drogen zu tun haben, dann gehen die nicht bis ins Tropenkrankenhaus und setzen sich da ins Wartezimmer, oder kommen nicht wieder um das Testergebnis, was ja alles anonymisiert ist eine Woche später abzuholen. Also, das klappt einfach nicht, das geht nicht, das macht keiner. Also nach meinen Erfahrungen ist das eher eine Feststellung, wenn sie in Haft sind, die Situation ganz klar. Dann wird es festgestellt, oder wegen ner anderen Sache im Krankenhaus. Und dann läuft das aber doch, im großen und ganzen nebenbei, ohne auch dass sie wirklich erfahren, wie das behandelbar ist. Also diese Zielgruppe zumindest.

Also wird keine Aufklärung im Krankenhaus betrieben?

Nein, nur so, es gibt Beratungsstellen, aber das diese Menschen die Beratungsstellen selten erreichen, ist klar. Selbst von hier, die Frauen bei uns hier erreichen und es ist ja um die Ecke, die AIDS-Hilfe in der Langen Reihe, ich glaube nicht, dass es wirklich gelingen würde eine dorthin zu orientieren.

Ich fass das jetzt noch einmal zusammen. Es gibt ein Versorgungssystem, das ist klar, aber für die Zielgruppe, für die ist es schwer die zu erreichen.

Da muss jemand auf sie zu gehen. Und es heißt, im Drogenhilfesystem, wir sind ja zum Beispiel die einzige Anlaufstelle, die so eine Spezialstelle überhaupt hat, auch zuwendungsfinanziert. Innerhalb der Drogenhilfe sollen das die Sozialpädagogen und Sozialarbeiter einfach mitmachen. Und ich weiß, behördlicherseits ist es auch immer schwer diese Stelle zu legitimieren. Weil, im Prinzip soll es über das normale System mit aufgefangen werden. Ich weiß aber aus der Praxis, wie schwer das ist, neben all den anderen Problematiken immer diesen fokussierten Blick auf HIV und AIDS auch zu haben, oder sexuell übertragbare Krankheiten. Das ist, das ist nur dann möglich, wenn es dazu einen ganz genau spezialisierten Auftrag gibt. Sonst geht das. Es gibt ja auch viel neue Entwicklungen, das heißt, es muss immer jemand dran sein und sich da fit machen und wissen was da Sache ist. und auch die Vernetzung haben, dazu, zu den Bereichen, weil das mal eben hier noch mit zu machen, überfordert die anderen. Weil, es geht hier ganz viel um Obdachlosigkeit, um Schulden, um dies und das. und das mal eben so mitzumachen, das ist ein großer Bereich und für die Situation der Frauen auch ein sehr spezialisierter Bereich da drin, da muss schon auch Zeit und Raum für sein. Oder auch die aufsuchende Arbeit. Das mal genau an-

zugucken, wie erreichen wir auch die Mädchen und Frauen, die neu sind. Mit diesem Thema kann man ja nicht auf die Straße gehen und sagen, und übrigens mach ich hier auch HIV- und AIDS-Aufklärung und Präventionsarbeit. Und wie sieht es eigentlich aus, welche Praktiken wendest du da an? Das wäre viel zu überfallmäßig.

2. Welche Veränderungen würden Sie begrüßen oder veranlassen, wenn Sie die Ressourcen hätten?

Sicherlich in diesem ganzen Präventionsbereich müsste man viel mehr in die Schulen rein gehen, denn ich glaube die Lehrer können das nicht leisten. Ich glaube auch nicht, dass die Schülerinnen und Schüler mit denen über diese Thematik wirklich sprechen. Also, da müsste. Wir haben ja zum Teil hier auch Gruppen, jetzt ist auch gerade ne Schülergruppe da und unsere Pastorin, wir haben ne halbe Stelle Pastorin hier, für die Öffentlichkeitsarbeit, macht eben auch solche Gruppen, Informationsgruppen. Und es scheint, ne ganz andere Ebene zu sein, wenn die hier her kommen vor Ort, um sich zu informieren, die machen nachher auch noch einen Stadtteilrundgang, als wenn das irgendwo in den Schulen selber stattfindet. Es ist so, diese ganzen Präventionszentren, theoretischen sind so ein bisschen, sag ich mal, so ein bisschen teuer und für die Katz. Macht keinen Sinn. Es erreicht nicht wirklich die Menschen, es macht nicht sensibel für das Thema. Hier sehen sie, auch wenn sie nicht in Kontakt kommen mit den Mädchen und Frauen, das machen wir nicht. Und trotzdem kriegen sie ne Atmosphäre mit, kriegen den Stadtteil mit, kriegen mit, wie es hier drinnen ist. Also, da müsste viel mehr getan werden. Das Thema müsste viel mutiger angegangen werden in den Schulen. Das finde ich einfach ein bisschen schade, dass es so ist. Wir haben aber die Ressourcen dafür nicht, es wirklich im größeren Maßstab zu machen. Dann sicherlich das Thema Prostitution, mit dem Thema kamen im letzten Jahr ziemlich viele Gruppen. Und ich glaube auch wenn das im öffentlichen, ja so im öffentlichen Blick ist ja diese ganze Debatte Prostitution als Beruf, ist ja doch auch ne große Abwertung mit denen, die das betreiben verbunden, nach wie vor. Und da noch mal ranzugehen, auf dieser Ebene, auf der einen Seite Prostitution als Beruf, ihr verdient dran, und auf der anderen Seite die Menschen, die das ausüben. Frauen und Männer. Also die noch mal anzugucken, das noch mal genau zu hinterfragen, was da dran ist. Und natürlich werden wir zukünftig, ich denke mal, mehr Prostituierte haben, sowohl männlich als auch weiblich. Bei der Arbeitsmarktlage ist das, Osterweiterung und so weiter, wird das ein zuneh-

mendes Thema werden, Und ich denke, dass es nach wie vor mit einer Doppelmoral ohne gleichen belegt ist. Also da noch viel mehr hinzugucken, auch als eigenes Thema und nicht nur immer mit dieser großen Abgrenzung. Ich merke das immer wieder, die einen, als Pro-fiprostituierte müssen sich abgrenzen zu den Migrantinnen, Armutsprostitution zu der Drogenprostitution. Es gibt ne Hierarchie, ne ganz deutliche. Und ich merk das selbst in Arbeitskreisen, also wir stehen da ganz unten, automatisch auch wir Mitarbeiterinnen ganz unten. Auch da gibt es ne Hierarchieordnung. Und da würd ich mir sehr viel mehr Diskus-sion wünschen. Es fängt so ein bisschen an, aber ich bin mir nicht so wirklich sicher, ob es weitergeht.

a) Welche Ressourcen bräuchten Sie?

Im Prinzip geht es immer um Personalressourcen und Geld. Sachmittel, da braucht man nicht soviel um das zu machen. Es geht immer um Menschen, die es tun und die müssen bezahlt werden.

3. Welchen Stellenwert hat Gesundheitsförderung dabei?

Ich würde sagen einen sehr großen, ich finde es müsste einen sehr großen Stellenwert ha-ben. Eigentlich schon angefangen mit den Kindern. Also, ich meine, wenn wir das bei den Kindern angucken, fast alle Kinder, die ich kennen gelernt habe, finden rauchen ekelig. Immer, überall, also hab ich noch nie anders gehört, außer dass sie es auch mal nachma-chen, weil es irgendwie schick aussieht oder so. Aber den Geruch finden alle ekelig, und trotzdem rauchen nachher viele. Das wär ein Thema. Und wir haben auf der einen Seite, diese sehr kriminalisierten, illegalisierten Drogen um auf der anderen Seite wieder zum Nikotin zu kommen. Und wir hatten hier ne Ärztin, die sehr viel zum Thema Schwanger-schaft unserer Frauen gemacht hat. Und sie sagte, letztendlich ist dieses Nikotin sehr viel giftiger als zum Beispiel Crack. Bei Schwangerschaft. Die Auswirkungen sind bei Nikotin und Alkohol die schlimmsten, die stofflichen, rein weg die stofflichen. Man weiß natürlich nicht was bei Kokain da sonst noch bei mitschwingt. Also das kann man nicht sagen. Aber es ist wohl tatsächlich so, dass nicht das Crack selber diese Schäden verursacht, die Schä-den auch bei Neugeborenen hervorruft, wenn sie welche haben, sondern das der ganze Le-bensstil natürlich mit berücksichtigt werden muss. Dass aber Schäden von Nikotin und Alkohol sehr viel direkter nachzuweisen, also nachweisbar heftiger sind. Alkohol weiß

man, sehr verbreitet, bei Nikotin weiß es eigentlich kaum jemand, ich wusste das auch nicht.

Gibt es auch Mischkonsum?

Es ist natürlich der totale Mischkonsum. Soweit ich weiß, habe ich bisher nur eine mitbekommen, die nicht geraucht hat, ansonsten haben alle geraucht. Das ist ein Mischkonsum, und man denkt natürlich immer, dass da Heroin und Kokain Schuld an diesen ganzen Schädigungen der Kinder, die es ja auch gibt. Aber man kann das nicht im Detail, also, man kann keinen kausalen Zusammenhang feststellen. Und von daher müsste so eine Gesundheitsförderung eigentlich im Bewusstsein aller sein, aber wenn ich mir diese Gesundheitsreform anschau, dann passt das schon wieder auch irgendwie nicht. Auf der einen Seite sollen jetzt alle irgendwie ihr Geld zahlen und darüber vielleicht, also darüber erlangt kein Mensch ein Bewusstsein, das tut mir leid. Bestraft werden die, die auf homöopathische Mittel zurückgreifen, das müssen sie alle selber bezahlen. Also, das heißt da gibt es auch keine Förderung von irgendwelchen Selbstheilungssachen. Oder auch diese Akupunktursachen, also China ist ja ein Riesenland und die haben relativ viel Erfahrung damit. Das ist allerdings relativ kostengünstig, die könnten ja dort die Menschen nicht mit westlicher Medizin versorgen, das wär' finanziell gar nicht möglich. Und ich glaube, dass viel mehr möglich ist über sogenannte Wege sich selber zu heilen, was weiß ich, durch bestimmte Bewegungssachen. Da könnte man sicherlich wirklich diese östlichen Sachen als Vorbild nehmen. Man kann sie nicht einfach rüberpacken und dann hier kopieren, völlig klar. Da hat natürlich die Pharmaindustrie und die Ärztelobby kein Interesse dran, dass Menschen anfangen selber für sich zu sorgen. Also auch die ganze Werbebranche darin, jeder Schmerz wird mit irgendeiner Tablette bekämpft. Das wird ja so transportiert. Für alles gibt es irgendwie was. Und die Nebenwirkungsgeschichten, ich hab das jetzt bei älteren Menschen mitbekommen, die dann über Jahre bestimmte Medikamente eingenommen haben, und die haben dann enorme Nebenwirkungen, die behandelt werden müssen. Also die sind dann, weiß ich gar nicht, wahrscheinlich nachher noch viel kränker als vorher. Also, das finde ich einen völlig absurden Mechanismus.

a) Was/wie ist ihr Verständnis von Gesundheitsförderung?

Das überleg ich nämlich gerade. Was ist damit gemeint? Denn das ist ja so ein weiter Begriff, Gesundheitsförderung. Ich überleg gerade. Diese ganze Debatte über was ist Krank-

heit, Gesundheit, ist ja ne uralte. Und ist Gesundheit dann wenn man nicht krank ist, oder was gehört da eigentlich alles dazu? Ich denk mal, ich würde eher ein Verständnis davon haben, nicht nur Abwesenheit von Krankheit, sondern einfach noch mehr. Also Gesundheit auch im Sinne von Psychohygiene, einfach sich wohl fühlen, also ein Leben, das dem entspricht, also den Wünschen der Menschen. Nicht jede Krankheit ist, denke ich, behandlungsbedürftig, im Sinne von, sie muss unbedingt weg. Das zeigt ja auch, das Leben mit Krankheit, mit chronischen Krankheiten, muss es ein gesundheitsförderndes Leben geben, ohne dass man denkt, es hat alles keinen Sinn? Und es ist leider ja im Denken sehr weit verbreitet, also ich geh zum Arzt, und der macht mich heil, also eher auch Gesundheitsförderung im Sinne von so ner, dem eigenen Tun da drin. Wobei ich nicht sagen würde, man muss natürlich immer gucken, mit der Eigenverantwortung. Das ist ja das Stichwort Nummer 1 heute, also jeder Mensch, Eigenverantwortung und dann muss er auch selber zu sehen, dass er gesund wird. Also nicht rauchen und so weiter. Man muss sich auch immer die Ressourcen der Menschen angucken, also, wenn ich mir das hier anguck. Natürlich könnte ich sagen, äh, was nehmen die alle Drogen, was rauchen sie alle, kein Wunder, dass sie krank sind, dass sie das und das haben. Aber Eigenverantwortung würde dann heißen, ich stell die Hilfeleistungen ein, weil sie keine Eigenverantwortung zeigen. Das heißt, ich muss mir angucken, wie sind die Ressourcen, wie sind die Hintergründe von Menschen, die auch krank werden und bei Krebs zum Beispiel, gibt es nicht diese Verurteilung, sondern das ist immer noch so eine anerkannte Krankheit nach dem Motto, schlimm und schrecklich und überhaupt, auch wenn es nicht wirklich heilbar ist. Bei HIV hat es immer noch den Beigeschmack von selber Schuld. Genau wie Hepatitis C. Das heißt, da würde ich mir, was Gesundheitsförderung angeht auch ne politische Arbeit wünschen. Weil ich glaube, dafür sind auch andere verantwortlich, dass das weiterhin so mitschwingt. und es muss da einen ganz anderen Ansatz geben dazu. Wirklich auch zu gucken, dass Menschen einfach unterschiedliche Lebensstile haben und auch unterschiedliche Lebensziele und das vielleicht bei manchen so eine Krankheit mit dazu kommt, das ist Risikofaktor sicherlich. Aber bei anderen, also Maler und Lackierern, die haben andere Risikofaktoren in ihrem Leben, ohne dass sie damit verurteilt werden. Stigmatisierung ist ein großes Thema, also ich finde, da müsste viel mehr getan werden.

4. Was ist für die Betroffenen aus Ihrer Sicht notwendig, wichtig oder/und hilfreich im Umgang oder mit der Bewältigung Ihrer Erkrankung? Was würde Menschen mit HIV und AIDS im Umgang mit ihrer Erkrankung helfen?

Da spielt natürlich diese Stigmatisierung wieder ne große Rolle, also, dass ihnen das auch genommen wird, zumindest von denen, die helfen. Man kann das natürlich nicht generell gesellschaftlich nehmen. Aber die, die helfen müssen da letzten Endes vorurteilsfrei rein, und auch immer an ihrem Eigenbild arbeiten, weil natürlich die das auch mittransportieren. Kein Mensch ist frei davon das immer wieder mit zu denken und im Kopf zu haben. Und ich glaube, es muss ein sehr pragmatischer Umgang damit stattfinden. Und nicht nur ein Blick auf die Medikation, sondern auch ein Blick auf das ganze Umfeld. Zu gucken, also, was sind da für Ressourcen? Wie sind aber auch die realistischen Wege? Was steht da an? Was kann man machen? Wie ist die Medikation? Wer sind die Spezialisten? Ist es auch für die Frauen hier, ist das überhaupt möglich? Ist es medikamentös zu behandeln? Aber ich seh die Mädchen und Frauen und weiß, die kriegen das gar nicht hin. Dann macht das auch keinen Sinn dann mit diesen Medikamenten zu kommen. Man kann natürlich deutlich machen, dass es zu behandeln ist. Aber, man muss ihnen nicht versprechen, dass das der Weg für sie ist. Sondern da muss genau gezielt mit ihnen geschaut werden, was genau brauchen sie an dem Punkt an Unterstützung? Weil häufig brechen sie erst mal ein Stück ein und haben das Gefühl, das ist so das Ende ihres Lebens, an dem Punkt wo sie erfahren, dass sie HIV positiv sind. Und da zu gucken, ist einmal ne Behandlung möglich, also dass es einmal ne Behandlungsmöglichkeit gibt. Das ist wichtig. Aber auch zu gucken, dass nicht alles sofort heute und hier und morgen geschehen muss, dass sie auch Zeit haben. Und dass sie natürlich auch ne Verantwortung haben, das muss ihnen auch mitgeteilt werden, dass muss man ihnen auch irgendwie transportieren. Dass sie ne Verantwortung haben sich weiterhin zu schützen vor anderen Infektionen, aber auch andere zu schützen. Also, das heißt verantwortlichen Umgang mit Kondomen zum Beispiel dann auch zu betreiben. Und aber, das muss letztendlich, das müssen die, die helfen sich weniger als Helfende, pädagogisch Helfende verstehen, sondern mehr als Lebensbegleiterinnen an dem Punkt.

a) Wie kann das durch Gesundheitsförderung unterstützt werden?

Gesundheitsfördernde Maßnahmen, wenn ich mir den Bereich jetzt hier angucke, ist natürlich diese Stelle ganz einfach. Das ist ne gesundheitsfördernde Maßnahme, die jetzt erst

mal die Ressourcen bereit stellt das zu machen. Wir haben ja schon über ein paar konkrete Dinge gesprochen. Das ist zum einen diese aufsuchende Arbeit mit den direkten Ansprachen. Wir haben hier die Möglichkeit, wir haben hier so einen schönen Sexkoffer, da sind Anschauungsmaterialien drin, da sind auch Penisse drin zum Kondom überziehen. Ganz praktisch zum üben. Dann haben wir immer wieder die Möglichkeit, es macht wenig Sinn dazu ein isoliertes Beratungsangebot zu machen. Sondern, es macht viel mehr Sinn auf dem Tisch was liegen zu haben. Und das Thema kommt dann so nebenbei mit rein. Wir hatten mal, und das ist jetzt in Bezug auf Drogenprostitution liegen, die Möglichkeiten, wo kann überhaupt injiziert werden. Also, was sind gute Punkte, was sind schlechte Punkte. Das lag da als so ein Anschauungsbild, und da zu kann natürlich dann jede was sagen. Da kann dann jede erst mal gucken, wie macht sie's selber. Und was sind Punkte, die sind gut. Und wo sind so die Alarmpunkte wie Leiste oder Hals oder Füße auch. Also, all so was, das kann man dann thematisieren ohne, dass man dass so aufgesetzt als Thema reinbringt, so ganz praktisch. Und bei diesen jungen Menschen, die tun ja immer so, als wüssten sie alles, also ne 17jährige möchte nicht unbedingt belehrt werden, darüber wie sich gesundheitsförderlich verhält, sondern die macht erst mal den Anschein, sie ist fit. Und das macht auch keinen Sinn ihr das zu nehmen. Sie ist fit, sie ist in vielen Sachen fit und vielleicht weiß sie manches nicht so genau. Also mehr so rum zu gehen: Was weiß sie? Ist sie informiert? Auch die Fragen zur Schwangerschaft zum Beispiel, also was ist da möglich. Da waren immer wieder die Fragen dazu, infiziere ich mein Kind dann? Also ganz praktisch mit ganz viel Sorge. Solche Angebote mit rein zu bringen, und das eher, wir machen das hier immer eher, durchaus auch mal bewusst initiiert und scheinbar zufällig. Also bestimmte Plakate, bestimmte, einfach Anschauungssachen hier liegen zu haben. Aber dann eher so scheinbar nebenher. Es gibt ja auch so Tage, da springt kein drauf an, das ist das so. Das bleibt dann nicht für ein Tag liegen, sondern ein bisschen länger. Oder wir haben jetzt so ein Angebot, wir werden eine Profi-Prostituierte hier haben, die noch mal zu Safer Sex, aber auch zu bestimmten Sicherheitsverhalten in der Prostitution was macht. Das wird die dann mit den Frauen auch machen. Weil, es macht keinen Sinn, wenn wir das machen. Ich kann hier nicht die Profi-Prostituierte sein, die Tipps und Tricks weitergibt, also, das wirkt aufgesetzt. Und Kolleginnen, die meinen das tun zu wollen, finde ich da auch nicht wirklich geeignet. Die wissen doch wer wir sind. Das ist wie mit den Schulen und den Leh-

ern, also, das ist im Prinzip das Gleiche. Es macht keinen Sinn, dass wir das übernehmen, da auch das Fachwissen mit reinzunehmen. Die Frauen haben auch Fachwissen. Und das mit reinzunehmen, aufzugreifen und weiterzugeben. Wir verstehen uns ja hier auch als Raum um in Kontakt zu kommen untereinander und das schöne ist, wir haben ja diesen großen Tisch, der ist deutlich anders als in anderen Einrichtungen mit so kleinen Kaffeetischchen. Hier ist so ein zentraler Ort. Und es gibt die, die viel reden wollen, die sitzen dann direkt neben denen Sozialarbeiterinnen und die, die eigentlich nicht reden wollen setzen sich einfach ans andere Ende, und sie kriegen trotzdem alles mit. Und das ist manchmal ganz erstaunlich, wenn da so ein Gespräch statt findet über so ein bestimmtes, bestimmte Themen, Freier, Freierverhalten, wie merkwürdig manche Freier sind, was für Wünsche sie haben. Da kommt dann aus der Ecke hinten plötzlich auch ein kleiner Satz dazu. Also alles mitgekriegt. Und das finde ich gut, dass ne Atmosphäre geschaffen wird, wo die nicht, die nicht geprägt ist von, hier wissen alle alles besser, sondern sie eigentlich auch aufgefordert werden ihr Wissen hier mit auf den Tisch zu legen.

b) Was ist dazu erforderlich?

Die Atmosphäre zu schaffen und Personal, wie ich eben schon sagte.

c) Was behindert das?

Es behindert natürlich, wenn wir jetzt so einen Auftrag kriegen, oder der Auftrag lautet ja zunehmend Ausstiegsorientierung, Minderjährige keinerlei Akzeptanz von Drogen und auch Prostitution natürlich. Die sollen hier eigentlich nicht verweilen, sondern die sollen ganz schnell wieder weg. Wir sind aufgefordert zu gucken, dass sie sich hier nicht verfestigen. Dazu bräuchten wir natürlich andere Perspektiven, ganz klar, die gar nicht da sind. Und es macht auch so einen Blick auf die Frauen, der verändert sich natürlich auch. Also, wenn ich nur noch den Blick habe, du darfst dich hier nicht verfestigen, das ist sowieso alles schlecht und gefährlich. St. Georg ist, seit ich glaube 2 Jahren wieder ein, sogenannter gefährdender Ort für Jugendliche. Ausdrücklich, es gibt polizeiliche Anordnungen dazu, wo sie auch gemeldet werden. Die Debatte von der geschlossenen Unterbringung für die sogenannten gefallenen Mädchen. Das wird auf so einer moralischen Ebene wieder gehandelt. Das hindert natürlich ungemein. Und das ist so ein schleicher Prozess. Das ist nicht heute. Heute sind alle Mitarbeiterinnen hier, die sagen, was für ein Quatsch. Aber ich weiß nicht was in fünf Jahren ist, oder zehn Jahren, wenn der Trend so weiter geht.

Entweder sind wir die ewig gestrigen hier, die aber dann irgendwann auch kein Geld mehr kriegen, oder es gibt hier auch diesen schleichenden Prozess und den Blick eher, der ist dann ja immer wieder auf die Defizite und nicht auf die Ressourcen gerichtet. Und immer nur dieser Blick auf das ist schlecht, das ist schlecht. Und das find ich schon bedenklich daran.

5. Welche Zielgruppen versuchen Sie zu erreichen?

a) Mit welchem Ergebnis?

Viele erreichen wir gut. Also, in der Drogenprostitution, die sind sehr mobil, also, die sind sehr viel unterwegs. Da kann es schon sein, dass man da ein bisschen hinterherläuft (*lacht*) sag ich mal. Aber ich glaube, dass die Straßensozialarbeiterinnen hier einen ganz guten Einblick haben, wer da ist, wer wiederkommt, also auch einen guten Blick auf Neue haben. Das gibt dann so einen geschulten Blick: Gehört sie dazu? Oder gehört sie nicht dazu? So dass wir auch diejenigen erreich, die dazu gehören, die aber noch nicht polizeilich bekannt sind. Was natürlich hier auch ein großes Thema ist. Die Repression und die Verfolgung durch Polizei, aber vielleicht kommen wir da später noch zu. Und, ich glaube da ist ein guter Blick drauf, auch auf die Jungen dann dabei. Unser Auftrag ist ja auch ganz nachdrücklich Minderjährige zu erreichen. Die sind natürlich noch viel vorsichtiger geworden, die sind viel weniger auf der Straße erreichbar. Also, alle die auf der Straße sind und sich da aufhalten, die erreichen wir ganz gut. Was allerdings in den Steigen, also wir gehen nicht in die Steigen. Und das ist momentan ein Diskussionsthema, ob wir das machen sollten, über so ne Kondomausgabe. Aber, da haben wir ein bisschen Skrupel noch, weil die Wirte dort, oder ich weiß gar nicht, wie man die genau heißen, die verkaufen die, und wenn wir die darein legen, wollen wir natürlich nicht, dass sie verkauft werden. Andererseits wollen wir ganz gerne unsere sicheren Kondome im Gebrauch sehn und nicht die dünnen London, die es da gibt. Das ist so die Diskussion, ob wir da rein kommen. Und alles, was so im Privatbereich liegt, ist natürlich für uns ganz, ganz schwer erreichbar.

Erreichen Sie auch einige durch Mund-zu-Mund-Propaganda?

Ja! Auch auf der Straße wird darauf hingewiesen, dass die Kolleginnen vom Sperrgebiet sind, und dass sie was dabei haben, dass man mit denen sprechen kann, dass das keine Zivis sind und dass das also auch hier ein Angebot gibt. Dass sie auch in Not vorbeikommen können. Auch wenn sie vielleicht sonst keine Angebote annehmen, das es immer wieder

dazu kommt, dass einige nicht zu den Öffnungszeiten, sondern auch so kommen und nach einem Beratungsgespräch fragen. Das geht dann auch. Also, sie müssen nicht rein weg auf Droge sein, um hier ein Beratungsgespräch zu bekommen. Das geht eben auch, sie müssen irgendwie zur Zielgruppe gehören, aber dann ist das möglich. Die werden, es geht sogar relativ viel über Mund-zu-Mund-Propaganda, also das ist schon, ich glaube das Verbreiteste. Also, auch wenn sie zu uns kommen, da werden sie mitgebracht. Das heißt natürlich, man muss ein Vertrauensverhältnis herstellen können und einen guten Leumund haben. Also das heißt, die Frauen, die rausgehen müssen freundlich sein, zugewandt sein, also es sind auch ganz viele persönliche Fähigkeiten damit verbunden und nicht nur Beratungsqualifikationen oder so. Es ist einfach so. Die müssen einfach gemocht werden. Da muss auch, wenn sie reinkommen, so eine Wiedererkennung ist dann wichtig. Sie müssen merken, dass sie die Frauen mögen, dass ist die Grundlage, sowohl hier drin als auch draußen Arbeit. Mitarbeiterinnen, die Angst haben draußen, die können sofort drinnen bleiben. Ist so. Das strahlt man aus, oder ein Unwohlsein. Das strahlt man aus. Und dann klappt das, ich glaube, wirklich ganz gut. Für die, die draußen sind.

b) Wie machen Sie das?

Also, wir machen das generell so, dass es gehen auch alle rein, nicht nur die eine Stelle. Vorhin sagte ich ja, es gibt eine Stelle für diesen Bereich. Also, das ist nicht so aufgeteilt, dass nur die das macht, sondern schon immer in Zusammenarbeit mit anderen Kolleginnen. Es wird immer zu Zweit auf die Straße gegangen, und auch deutlich erkennbar, aber das hat auch verschiedene andere Gründe. Also, sie haben so Jacken an, die auch irgendwie erkennbar sind, haben Taschen dabei. Ganz praktisch sieht es so aus, dass sie Kondome und Gleitgel dabei haben, um auch in Kontakt zu kommen. Und das sind dann einfach so Angebote, die wir dann weiter geben, und das wird gern genommen, ohne dass man da ein pädagogisches Gespräch braucht. Man kann aber darüber auch ne Safer Sex Aufklärung machen und so weiter. Also, die Gleitgel-Akzeptanz, das hat gedauert, weil vor drei Jahren, da sagten alle, ne, ich mach doch nicht anal und so weiter, das brauch ich nicht. Und das aber gerade bei Crack die Schleimhäute austrocknen und, und, und. Also, da wurde viel gearbeitet. Das wird inzwischen gut akzeptiert. Dann gibt's einen Saft, und eigentlich versucht man in Kontakt zu kommen. Die Frauen versuchen mit den Frauen in Kontakt zu kommen. Gucken auch wer neu da ist, sprechen die an, machen auch das Angebot unserer

Beratungsstelle bekannt, gucken auch welche anderen Dinge möglich wären. Also, es gibt im migrantischen Bereich, das sind ja eher weniger hier bei uns, sondern da versuchen wir doch immer mal wieder die Zentrale Beratungsstelle ins Spiel zu bringen, mit den kostenlosen und anonymen Untersuchungen, wichtig. Haben von denen auch die Faltblättchen in allen möglichen Sprachen. Weil natürlich auch in St. Georg das ein großer Bereich ist in der Prävention. Und, da versuchen wir einfach mit einen Blick drauf zu haben, und dann wird in Kontakt gegangen, geredet. Immer in die Szene rein.

6. Wie ist Ihre Prognose für die Situation/die Versorgung von HIV-Positiven in Hamburg?

Oh, in Hamburg ist meine Prognose schlecht, aber einfach, weil ich momentan das Gefühl hab, das geht hier so, es ist so eine reaktionäre Politik hier und sowenig der Blick auf andere Lebenswelten. Also das ist sowenig toleriert hier, obwohl ja Hamburg angeblich die weltoffene Stadt und so weiter. Aber, wenn es um die eigenen Gruppen geht, sei es diese Bauwagendebatte, wer darf wo stehen und wie leben, dass es da diese Nulltoleranz gibt. Oder Szeneansammlungen, auch die Nulltoleranz für St. Georg. Der Abbau von Geldern ist ja schon deutlich vorangegangen, gerade auch im HIV und AIDS-Bereich. Hein und Fiete, ich weiß gar nicht, wie viel Stellen die haben, die arbeiten ja fast alle ehrenamtlich. Also, wenn das dann auf dieser ehrenamtlichen Ebene weiter so läuft, oder minimalst finanziert wird, dann ist das Thema irgendwann auch weg. Ich finde ehrenamtliche Arbeit gut, kann auch ein guter Zusatzbaustein sein, aber es ist ein Zusatzbaustein und nicht, und ersetzt nicht was das so eine Festfinanzierung machen könnte. Und wenn das immer weiter gekürzt wird, wird das Thema auch weniger, weil es ist auch kein gewolltes Thema, nach wie vor nicht. Wobei ich gar nicht weiß, es sind so viele Schwule mittlerweile Politiker da, die sich mehr oder weniger outen oder nicht outen, und es ist nun mal ursprünglich ein schwules Thema, mit dem sind sie reingegangen und jetzt so zu tun als wäre es kein Thema mehr. Also, wenn es für die schon schwer wird das zum Thema zu machen, dann sind HIV-infizierte Frauen noch weniger Thema. Also, es ist sowieso immer ein Randthema gewesen. Und dann kommt irgendwann nur noch: Diese armen infizierten Menschen, die sich über ne Bluttransfusion angesteckt haben und dann wieder Opfer sind. Die Opfer würden noch zum Thema gemacht werden, aber alle die, die Richtung Täter wirken, Täter natürlich in Anführungsstrichen, die also selbstverantwortlich in diese Infektion geraten, weil sie eben nicht Se mit Kondom gemacht haben oder sich infiziert haben über Nadel-

gebrauch, oder ich weiß nicht was, die sind dann sozusagen selber Schuld und brauchen auch keine Unterstützung mehr. Behandlung ja, es soll dann wahrscheinlich in so ein medizinisches Regelsystem, wahrscheinlich überführt werden, das können dann die Ärzte auch selber machen, noch n bisschen reden mit denen, oder auch nicht, und das war's dann. Das ist so ein bisschen Schwarzmalerei, aber das ist meine Prognose im Moment,

a) Was könnte sich ändern, wenn jetzt Maßnahmen ergriffen würden?

Also, ich finde Maßnahmen müssen einfach ergriffen werden, um das Thema wieder präsenter zu haben für die Jugend auch. Weil es wird höhere Infektionszahlen geben, wenn das nicht wieder zum Thema gemacht wird. Es ist nicht weg, und die Zahlen steigen ja auch schon an. Und, das muss noch mal über ne andere Ebene laufen, das kann nicht nur über diese Risikogruppengeschichte laufen, sondern es muss über eine ganz gemeingesellschaftliche Ebene laufen. Und das, find ich, fehlt. Natürlich wissen Kinder heute auch über Unterricht, dass es HIV und AIDS gibt, aber viel mehr wissen sie da auch nicht zu. Dann wissen sie vielleicht noch, dass es irgendwie Schwule betrifft, dass man sich da irgendwie infizieren kann, über Blutkontakte, ja aber das betrifft sie ja alle nicht, denken sie. Also, da muss man schon jemanden in der Familie haben, dass man weiß, es ist doch näher als man denkt. Aber ansonsten, sind da einfach nicht so viele dabei.

7. Was würden Sie sich wünschen?

Ja, das geht in die Richtung. Dass mir viel mehr zum Thema zu haben, auch in einer Art und Weise, dass es nicht nur ne Stigmatisierung gibt und dass nicht nur unter dem Tenor, das kann behandelt werden, das ist aber ne ganz schwere Erkrankung und das Leben wird schwarz und düster dann. Sondern durchaus auch mal Beispiele von Menschen darin zu haben, die weiter leben, die auch lustvoll weiter leben und wo das vielleicht, ich hab das hier auch schon erlebt, in Anführungszeichen auch ein Gewinn sein kann, weil es dann noch mal Möglichkeiten gab, das eigene Leben noch mal zu reflektieren und zu sagen, ja, an diesem Punkt mache ich jetzt bestimmte Sachen anders. Und es durchaus dazu führen kann, wie hier manchmal zum Ausstieg aus Szene und eigentlich mit Mut noch mal andere Lebensschritte zu überlegen. Das find ich dann noch mal sehr erfreulich, weil, das ist für mich Gesundheitsförderung dann. Also sich nicht, also noch denken ja ganz viele, da muss man sich aufs Sterben vorbereiten. Man kann sich auch aufs Leben vorbereiten, dann, finde ich. Und es gibt ja viele, wenn wir diese Hospizbewegung angucken auch, wo deutlich

wird, dass das Sterben neben dem Leben ein wichtiger Faktor ist, aber das das beides sehr eng zusammen ist, und manchmal erst im Angesicht des Todes das eigentliche Leben beginnt. Und dieses ganze düstere Todesbild, so vielleicht mal anzugehen, wäre sicherlich auch ein Thema. Also da würde ich mehr einfach sehr viel mehr an Diskussion und einfach mehr Offenheit und Beweglichkeit da drin auch.

Atmosphäre:

Ich traf Frau Mohnert in ihrem Büro im Sperrgebiet. Die Atmosphäre war entspannt, und es gab keine Unterbrechungen. Das Interview dauerte 55 Minuten.

9.6 Interview mit Markus Straube (Projektleiter bei Hein und Fiete)

Name: Markus Straube

Alter: 38

Nationalität: deutsch

Beruf/Werdegang: Diplompädagoge, Berufserfahrung im klinischen Bereich (Forensik, Rehabilitation für psychisch Kranke), Bildungsbereich (selbstständige Arbeit im sozialen Bereich, Seminare...), Tätigkeit als Therapeut in eigener Praxis, dann Entgiftungsklinik und jetzt Projektleiter bei Hein und Fiete

Tätigkeitsfeld: schwule Prävention

Wie lange üben Sie diese Tätigkeit schon aus?

seit 1.11. 2001

1. Wie schätzt du die Versorgungssituation von Menschen mit HIV und AIDS in Hamburg ein?

Also, ich glaube, dass die relativ gut ist, bis fast vorbildlich in Hamburg. Und der Grund ist der, dass ich glaube, dass die Projekte, also ich hab das nie so erlebt, ich hab das selten erlebt, ich hab in vielen Städten gearbeitet, und ich hab das selten erlebt, dass die Koordination auf Leitungsebene so gut funktioniert und dass jeder so seinen definierten Bereich hat und dass die Zusammenarbeit durch die kurzen Weg eines Stadtstaates gut sind, und damit auch abbildet, was letztendlich für den einzelnen HIV-Positiven hier passiert. Ich glaube natürlich, die Grenze ist so was wie Migration, das ist, denk ich kein Thema, damit haben wir erst mal weniger zu tun. Aber das ist das, was ich so am Rande immer mitkomme. Selbst im Drogenbereich, obwohl nun Kürzungen nun Kürzungen durchgezogen

werden, auch ganz massiv, im AIDS Bereich ja auch, erlebe ich Hamburg und Umland als relativ gut versorgt.

2. Welche Veränderungen würdest du begrüßen oder veranlassen, wenn du die Ressourcen hättest?

Das was ich finde, was dringend verbessert werden muss, ist die Prävention im heterosexuellen Bildungsbereich. Da gibt es ja diese komischen zwei Frauen, die da irgendwie der Behörde unter, und die da interne Lehrerfortbildungen machen. Ich glaube, da gibt es einen unendlichen Bedarf, ja wirklich pädagogische Konzepte umzusetzen, mit Jugendlichen. Das, find ich, läuft viel zu wenig. Was ich auch ändern würde, wäre, jetzt was die Schwulenszene angeht, ne Versorgung der Orte wo anonymer Sex stattfindet. Das ist ja in Amerika und Australien ganz anders, dass überall in Pornokinos einfach Gleitgel und Kondome zur Verfügung gestellt werden und dass das mit einer anderen Selbstverständlichkeit funktioniert. Das sind so die Eckpunkte so aus meiner Sicht, weil ich ja auch aus dem Bereich Prävention komme. Natürlich würde ich die Szenearbeit, also in der Szene zu arbeiten auch noch mal gerne...also wir haben bei uns jetzt, es gibt 130 Läden in Hamburg, und es gibt einen Mitarbeiter mit ner dreiviertel Stelle und 15 Ehrenamtlichen. Und bis die einmal überall waren, ist zwei Jahre vergangen. So, wenn die jedes Wochenende los sind, das kann man sich irgendwo ausrechnen. Das heißt, da gibt es, glaub ich nen guten Bedarf, also in der Szene präsent zu sein und auch kreativer präsent zu sein. Und dafür braucht man einfach ne andere Ausstattung. Was ich mir wünschen würde, wäre ne gute Strategie in der Öffentlichkeitsarbeit. Also das was die Deutsche AIDS-Hilfe in Verbindung mit der BZGA macht, find ich, reicht nicht aus, weil die sehr eingeschränkt und teilweise auch viel zu kompliziert und viel zu komplex sind. Also, da würd ich eher so sagen, Reduktion aufs Wesentliche und da auch noch mal Ressourcen zu schaffen, das wär schon Klasse. Also es gibt ja so Geschichten, dass die BZGA so bestimmte Schwulensbroschüren nicht druckt und wo wir dann so intern, also es gibt so eine Vernetzung dieser Schwulenpräventionsprojekte in Deutschland, also aus den Metropolen, und wir tun uns zusammen und machen dann oft noch so Extrageschichten. Weil wir wissen, das wird nicht mit öffentlichen Mitteln finanziert. So, also gibt es noch so Untergruppen, weil es eine Notwendigkeit gegeben hat, und darum haben wir uns zusammengeschlossen. Da merkt man, dass einfach regional, die Berliner anders drauf sind als die Münchener und in München andere Themen herrschen

als in Köln und Hamburg. Das ist ganz spannend, also rauszukriegen, wie regional ist das. Also, Hamburg gilt ja zum Beispiel als die Stadt der Pornokinos. Also, der anonyme Sex bei Schwulen ist in Hamburg sehr stark auf Pornokinos ausgerichtet. Das ist in Köln zum Beispiel gar nicht so. Und München hat eher ne sehr starke Bären- und Lederszene. Also solche Geschichten. Berlin hat ne große alternative Szene, die in Hamburg ja eher auch rückläufig ist. Die ist ja nicht mehr so groß, wie sie mal war. Ansonsten glaube ich, dass das Versorgungssystem, also abgesehen von so was, wie Bereitstellung von Medikation und ne gute psychosoziale Betreuung, die ja auch immer weniger wird, aufgrund von Gesundheitsreformen. Da ist schon, da wäre schon ne Menge Bedarf.

a) Welche Ressourcen bräuchtest du?

Geld, Geld vor allen Dingen für Personal, weil gerade das Prinzip der personalkommunikativen Prävention, was wir ja auch haben hier. Also, ich erzähl das immer gerne, die Geschichte: Mit wem redest du eigentlich gern über Sex? Das tust du als Schwuler vielleicht noch mit deiner besten Freundin, aber sonst eher mit Menschen, die dir sehr intim sind. Und deswegen ist so ne Kampagne, wie in den 90er Jahren Benetton gemacht hat, erst mal ein Schocker, aber ist eher etwas, wovon Menschen sich distanzieren. Das heißt, wenn ich Aufklärung mache, dann brauche ich viel Personal, um Menschen in den unterschiedlichen Facetten zu erreichen. Und deswegen brauche ich auch unterschiedliches Personal für unterschiedliche Szenen und für unterschiedliche Gruppen. Also dieses ganze Ding von Multiplikatorenidee in afrikanischer Community und solche Geschichte, da brauch ich einfach Personal. Also das wäre, was ich mir auch noch vorstellen könnte, ist, dass man, wobei, das stimmt nicht wirklich. Also, ich glaube die Idee von so Kommunikationszentren, das ist eher ne Spätromantik aus den 68ern. Es ist vorbei. Da glaube ich, gibt es einfach andere Entwicklungen. Da würde ich eher sagen, wir sind viel mehr aufgefordert, was Prävention angeht, vielleicht auch was Versorgung angeht, auf die Leute zuzugehen und eher individuell ausgerichtete Programme, also für eine bestimmte Szene, für einen bestimmten Ort, oder auch für den Einzelnen, der halt eben sagt, ich bin zwar HIV-positiv, aber ich will nicht damit in eine Selbsthilfegruppe gehen, nicht zur AIDS-Hilfe, weil die Schwelle mir zu hoch ist. Und den eher abzuholen, an den unterschiedlichsten Ecken. Also, da stell ich mir so Sachen vor, wie, so wie man ne Rückenschulungsfortbildung man in Betrieben, bei Daimler Benz macht, so macht man auch ne Infoveranstaltung für HIV-Positive und gibt

anonyme Kontakte raus. Und dann haben die mal jemanden gesehen und solche Geschichten. Und dazu braucht man, glaube ich, ein gut funktionierendes Team an Leuten, die bildungsmäßig drauf sind und die solche Veranstaltungsreihen machen können in Kooperation mit Betrieben mit Ordnung.

3. Welchen Stellenwert hat Gesundheitsförderung dabei?

Also, bei uns hat es ja einen sehr hohen Wert. Wenn ich für uns rede, würde ich natürlich für Ressourcen, wenn wir mehr Ressourcen hätten, hätte ich die Idee. Also wir hatten mal so eine ganz irre Idee. Wir haben eine Organisationsberatung gemacht, superklasse Ideen für, was machen wir? Und da ist die Idee aufgekommen, wir machen ein schwules Fitnesscenter auf und machen, also das ist gerade die Ecke, wo man Schwule abholen kann, also körperorientiert, und sie rennen alle ins Meridian und was weiß ich und sind alle unheimlich schick, so. Und dann aber so ne Kombination zu machen, mit Ernährung, also alle die ganzen Ecken, die Gesundheitsförderung bedeutet, aber auch in diesen Fitnesscentern so was zu haben, wie nen Darkroom, ne Sauna, so ne Cruising-Meile und so Party-Geschichten. Und das Ganze einfach witzig zu machen und den Präventionsgedanken von schwuler Gesundheit einfach so neben bei mitzuspielen. Also, dass man nicht sagt: Nun esst mehr Vitamine! Sondern das einfach klar ist, es stehen Körbe mit Obst rum, jeder kann sich da bedienen. Jeder bekommt Wasser umsonst, man kann soviel Wasser trinken, wie man will. Und man hat aber auch immer die Möglichkeit mit jemanden sein individuelles Ernährungsprogramm zu erarbeiten, wenn man das möchte. Und das kostet ein Schweinegeld, und das wäre so etwas wie...Man könnte das, wir hatten das mal überlegt, mit einem Fitnesscenter in Kooperation zu machen, weil diese ganzen Fitnesscenter, also Fitnesscompany und Meridian, die sind natürlich sehr schwul unterwandert, aber es traut sich niemand von diesen Organisationen das offen zu nennen. So dass man dann eher sagen würde, man legt das für die Gesamtbevölkerung an und könnte dann unter diesem Aspekt von Gesundheitsförderung in diesen Centern natürlich auch das Thema HIV mitspielen lassen.

a) Was/wie ist dein Verständnis von Gesundheitsförderung?

Ich würde es definieren, als Menschen dazu unterstützen und zu befähigen, dass sie verantwortlich mit sich und ihrem Leben und damit auch mit ihrer Gesundheit umgehen. Also, mehr diesen Aspekt von Stärkung der Verantwortlichkeit für Leben und Entscheidungen,

die ich im Leben treffe. Und deswegen finde ich so eine Rauchergeschichte einfach unglaublich. Weil sie eher Angst macht, als das sie die Verantwortlichkeit fördert. Und damit wäre für mich gerade der Bildungsgedanke ist für mich an diese Stelle gerade ein ganz wichtiger. Also, wenn ich Menschen befähige, dazu, dass sie eigenverantwortlich Entscheidungen treffen, dann ist das, glaube ich, ist das eine gute Investition in die Zukunft.

4. Was ist für die Betroffenen aus deiner Sicht notwendig, wichtig oder/und hilfreich im Umgang oder mit der Bewältigung Ihrer Erkrankung? Was würde Menschen mit HIV und AIDS im Umgang mit ihrer Erkrankung helfen?

Also, ich glaube, dass man das an drei Punkten festmachen kann. Also erst mal so ne individuelle Stärkung und Unterstützung zur Auseinandersetzung und Positionierung mit dieser Infektion. Dann eine Vergemeinschaftung im weitesten Sinne, also, wenn sie gewollt ist. Nicht unbedingt dieses alte Prinzip von Selbsthilfegruppe, sondern vielleicht auch ne Vergemeinschaftung in, ja in andern Formen von sozialen Netzwerken. Das kann einfach sein, wenn jemand in einen Sportverein geht, und dann irgendwann so weit ist, dass er auch über seine HIV-Infektion kann. Also, nicht unbedingt eine Gruppe, wo das Thema draufsteht. Sondern wo es aber möglich ist, über Kontakte so ein Stück Lebensqualität zu bekommen. Und das dritte ist natürlich ein leichter Zugang zu allen medizinischen und sozialen Versorgungssystemen. Also, da ist also eher der Aspekt von Niedrigschwelligkeit ein ganz entscheidender, glaub ich. Man merkt es daran, dass hier auch immer wieder Leute hinkommen, also wir haben unter unseren Ehrenamtlichen wenig HIV-Positive, aber doch ein paar. Also die Motivation hier mitzumachen, die verändert sich, die verändert sich sehr. Und, dass die oft sagen, ich bin bewusst nach Hamburg gezogen, ein Freund von mir ist bewusst nach Berlin gezogen, weil einfach das Versorgungssystem in den großen Städten leichter zugänglich ist. Also zwischen Anonymität, also, wenn ich irgendwo auf dem Land lebe, ist es einfach total schwierig. Und, ich glaube, dass der Trend dahin gehen wird, dass in den großen Zentren dieser Republik sich das auch einfach ballen wird, weil es auch einfach leichter ist, die Bedingungen leichter sind damit umzugehen.

a) Wie kann das durch Gesundheitsförderung unterstützt werden?

Also, ich glaube, dass es wichtig ist, dass es, also Stichwort Kontakt. Das heißt, wenn ich die Möglichkeit habe, neben ner Aufklärung, also neben dem, dass ich irgendwo Anzeigen, Plakate oder was weiß ich sehe oder im Internet recherchiere, dass es irgendwann wichtig

ist, dass Kontaktangebote zur Verfügung sind. Also, dass es Menschen, dass ich so face-to-face mit jemanden in Kontakt kriegen kann, der mich a da abholt, wo ich mich befinde, und der mir aufzeigt, wie so ein Weg durch ein Versorgungssystem sein kann und dabei keinerlei Etikettierung oder so hat. Das ist so dieses Ding, wo man mal überlegen könnte, ist AIDS-Hilfe an dieser Stelle. Oder anders gesagt: Als ich hier angefangen bin, hat man mich im Vorstellungsgespräch gefragt, wo ist Prävention, wo ist dieses Projekt in 10 Jahren? Und dann hab ich gesagt: „Es ist ein Projekt und Projekte sind letztendlich nicht dafür ausgerichtet, soziale Institution zu werden. Ich würde mir wünschen, dass es in 10 Jahren dieses Projekt nicht mehr gibt, weil es ein Verständnis innerhalb der Gesellschaft gibt, also jeder Arzt, jeder Apotheker, so in jedem Laden, wo ich irgendwelche Produkt kaufen kann, gibt es ein Selbstverständnis von Gesundheit und Safer Sex, dass ich nicht mehr so eine Institution brauche, die das ständig als Thema vorweg hält.“ Das heißt eine gesamtveränderte Bewusstseinsweiterung, Bewusstseinsveränderung, und ich glaube, die funktioniert über Kontakte in Schulen, Projekte in Jugendzentren, witzige interkulturelle Feste, also wo das in der Kultur sich ein Stück verankert von Menschen. Und wenn Gesundheitsförderung da, also, dass wäre für mich ein Teil von Gesundheitsförderung, also die Kultur der Menschen zu nutzen. Also, so was wie essen ist ein hohes Kulturgut, und wenn ich über essen Bewusstsein schaffe, indem ich mich mit Menschen auseinandersetze, wie ist eigentlich eure Esskultur und mit denen Feste feiere und dann aber den Bezug von Gesundheit darein baue. Das ist so ähnlich wie, was wir auf Parties versuchen, da findet Kontakt statt, Flirten statt, da findet Sex statt und das einfach als Kultur mit einfließen lassen, das wär einfach, das wär das ideale.

Also auch Teil davon zu sein?

Ja, mit den Leuten zu feiern, mit den Leuten zu essen, Kontakt, weil das funktioniert immer nur über Menschen, das funktioniert nicht über Broschüren. Also Menschen als Träger der Information.

b) Was ist dazu erforderlich?

Das ist ne gute Frage. Ich glaube, dass was uns fehlt in dieser Gesellschaft, ist so eine bestimmte Form von Orientierung. Und, die ganze Diskussion um Werteverlust, also hin zu einer höheren Individualisierung, führt ja dazu, dass es auch eine hohe Vereinsamung gibt. Also die ganze Single-Geschichte, die existiert, aber der ganze Bedarf. Also, wenn man

sich anguckt, wie Internet und der ganze Kontaktmarkt, wie die boomen, also was die für ein Schweinegeld verdienen damit. Ich glaube, dass es Angebote geben muss, und da sind wir wieder bei Finanzen und Personal, die Menschen in dem Bedürfnis nach Gemeinschaft unterstützen. Und das kann dann, erfahrungsbezogen dazu führen, dass Menschen auch bereit sind Verhalten zu verändern. Denn sie sind an der Stelle zu kriegen wo sie leiden, und sie leiden, weil sie einsam sind. Und wenn ich ihnen Angebote mache, wo sie sich nicht mehr einsam fühlen, dann sind sie auch bereit sich mit mir oder mit anderen Themen auseinander zusetzen. Also das ist jetzt eine ganz große Antwort, das muss man dann noch mal unterbrechen, auf die jeweiligen Bereiche, auf die jeweiligen Gruppen, Kulturgruppen. Also Kirche hat da schon auch ne ureigenste Ressource und ne ureigenste Kompetenz, aber die geht ja an dem großen Teil der Bevölkerung vorbei. Und dann aber zu sehen, wo hol ich denn die anderen Menschen ab? Und was ich immer wieder erfahre, wenn ich mich unterhalte, gerade in der Schwulenszene, sagen sie alle: Oh, wie fürchterlich, da stehen sie alle Samstagabend irgendwo aufgebrezelt rum, beim Bier und kommen nicht in Kontakt mit Menschen und eigentlich leiden sie alle darunter, aber sie gehen immer alle auf den Laufsteg abends und meinen sie finden den Traumprinzen. Und finden ihn aber nicht, so! Da aber so Möglichkeiten schaffen, mit hoher Akzeptanz ja und, einfach mit Möglichkeiten, leicht mit Menschen in Kontakt zu kommen.

c) Was behindert das?

Ich, das ist ne schwierige Frage. Ich glaube, dass, also dass natürlich die, so ne gesellschaftliche, also a so was wie, also früher gab es ja so Instanzen, Lehrer, Pastor und Eltern, als Vorbilder. Heute sind, glaube ich, noch Medien als vierte Instanz dazugekommen, die uns jetzt bestimmte Bilder geben, von wie wir leben sollen. So mein Haus, mein Auto, so diese Geschichten, ist immer ein gutes Beispiel. Ich glaube, dass ne eine verstärkte Darstellung von Wertigkeit und Gemeinschaft und Solidarität, von Rücksichtnahme, von Nachbarschaftshilfe, dass die Mentalität sehr individualisiert ist, und dass man, natürlich wird in Schulen und Kindergärten soziales Lernen und solche Sachen werden gefördert. Aber der Moment, wo ich Teil dieser Leistungsgesellschaft werde, ist mehr gesetzt auf Individualisierung als auf Gemeinschaft. Also anders läuft das ja in bestimmten Forschungsteams, oder in Kreativteams bei irgendwelchen Werbeagenturen. Die haben ja schon erkannt, dass die Unterschiedlichkeit von Menschen, wenn ich die zusammenbringe,

viel erfolgreicher sein kann, als wenn jeder einzeln wurschtelt. Und ich glaube, das so ne Aufklärungskampagne oder Gesundheitsförderung im weitesten Sinne sich verändern könnte, wenn man beim Bildungssystem weniger auf das schaut, was hinten rauskommt, sondern mehr was Menschen erfahren im Tun. Und dass man sich einfach den Realitäten anders stellt. Es gibt nicht mehr die Kleinfamilie mit Vater, Mutter, zwei Kindern. Es gibt dieses Ein-Eltern-Phänomen und dass man da ganz anders ansetzen muss. Also, diese Ansätze, die es im Moment gibt, von Ganztagschulung, Betreuung, die sind an der Stelle ganz wichtig, glaube ich. Als ein Teil. Was es sicher auch behindert, ist der Punkt, dass viele Dinge einfach mit sehr viel Kosten verbunden sind. Also, früher gab es viel mehr freie, oder kostenlose Angebote, oder Möglichkeiten. Das ist heute sehr, also alles, was angesagt ist, kostet auch Geld, und da das auch anders zugänglich zu machen für andere Menschen, das wär so ein Ziel.

5. Welche Zielgruppen versucht ihr zu erreichen?

Wir sind ja eigentlich zuständig für schwule und bisexuelle Männer in Hamburg. Bei den Schwulen gelingt uns das relativ gut, glaube ich. Bei den bisexuellen Männern ist das schwierig, weil die sich ja oft nicht bekennen, im Sinne von dazu stehen, sondern die erreichen wir auf indirektem Wege, wenn wir an Orte gehen, wo anonymes Sex stattfindet, also Pornokino, Stadtparkaktionen, Saunengeschichten, wo alleine so die Anwesenheit immer mal wieder dazu führt, dass jemand vorbeischleicht und das wahrnimmt und da vielleicht auch ne Stärkung im Bewusstsein erfährt. Aber das ist schwer zu, nachzuweisen, zu kontrollieren, welche Zielgruppe ist es denn?

a) Mit welchem Ergebnis?

Ja, also wir haben ja ein sehr ausgeklügeltes Dokumentationssystem, also wir haben so Leistungsvereinbarungen mit der Behörde, und wir müssen zum Beispiel im Laden unten 14000 Kontakte im Jahr nachweisen. Das heißt, wenn jemand in den Laden kommt, gibt es unten ein Dokumentationsbogen, und dann wird genau gesehen, hat der ne Zeitschrift mitgenommen, gab es ein Gespräch an der Theke, was war der Inhalt des Gespräches, also wollte der nen Arzt, wollte der nen Sportverein, Informationen zu HIV, zur Testung, oder wie auch immer. Ich kann dir mal so einen Jahresbericht mitgeben, da ist das ganze so mit Säulen ausgefüllt. Ein bisschen schwieriger ist das bei der Szene-vor-Ort Arbeit, da können wir erst mal nur so Zahlen messen, wie viele Kondome haben wir verteilt, wie viele Aktio-

nen hat es gegeben, wie viele Leute waren da? Und das ist dann eher zu messen an dem Rücklauf, also was wird dann gefragt am Infostand, oder wie werden wir wahrgenommen? Also, Hein und Fiete ist zum Beispiel mittlerweile ne Marke in Hamburg. Das kennen einfach, die wissen oft zwar nicht so genau was wir machen, aber irgendwie ist das so, es ist schwul, und es hat irgendwas mit Safer Sex zu tun. Also, diese Brücke ist schon ziemlich gut, weil, wenn wir im Pornokino, wir haben letztes Jahr im Pornokino drei Parties gehabt, und es ist klar, wir stehen am Anfang, und es ist ne Pornokinoparty, die veranstaltet Hein und Fiete, dann war klar, dass an dem Abend auch Leute, die sich vielleicht sonst nicht trauen würden zu sagen, ich mach nur safe, es war klar, auf dieser Party brauch ich das nicht groß zu diskutieren, sondern rückengestärkt findet das dann safe statt.

b) Wie macht ihr das?

Wie gesagt, durch die Laden. Es gibt diese Kommen-und-Gehen-Struktur. Der Laden, der wie gesagt sechs Tage die Woche geöffnet ist, von 16 bis 21 Uhr, in dem wir Kartenvorverkäufe machen. Das heißt, wir versuchen die Leute in den Laden zu ziehen und ihnen dann, wenn sie hier sind, auch die Safer Sex Botschaft mitzugeben. Also, nicht so aufzudrängen, aber bei jedem Kartenvorverkauf gibt es zum Beispiel ein Cruising Pack dazu, oder wir haben die Broschüre des Monates, die stellen wir dann irgendwo hin. Und dann, ist klar, wir machen gerade was zu STDs, dann gibt's eben so einen STD-Flyer, oder was auch immer. Szene-vor-Ort Arbeit ist dann der andere Teil. Das heißt, an jedem Wochenende versuchen diese Gruppe von Ehrenamtlichen durch die Szene zu gehen, durch die unterschiedlichsten Szenen zu gehen und auf die Szenen auszurichten, einfach so kreativ. Also, neben Kondom-Verteilungsaktionen gibt es dann sogenannte Sex-Promotion-Aktionen. Das muss man sich so vorstellen, wie Marlboro, die machen ne Promotion-Aktion und ziehen durch die Läden, und es gibt, die neuesten Geschichten sind, dass die so störende Sachen machen wollen. Das heißt, die gehen zum Beispiel ins Gnosa, zwei Leute sitzen am Tisch und die kriegen sich in die Wolle, weil der Freund irgendwie fremdgefickt hat. Und die machen eine Riesenszene, einen Riesenaufruhr, und dann gehen die irgendwann raus, und dann kommt zwei Minuten später das Promotion-Team von Hein und Fiete, und die gehen dann rum und fragen so, wie war das für euch, ist das ein Thema und klären dann noch mal die Situation auf. Daran arbeiten die im Moment, das hat es früher schon mal gegeben. Das soll so wieder belebt werden. Oder, es gibt wunderschöne Aktio-

nen von den Münchener Kollegen, das übernehmen wir jetzt. Die haben so weiße Overalls, die du so zum Renovieren anhasst und haben weiße Masken, das kennst du wahrscheinlich, und die haben dann so vorne drauf stehen, positiv oder negativ, und die gehen auf Parties, wo es wirklich brummt, mit zehn Leuten, und das ist ein unheimlicher Schocker, so. Und das sind ja auch so ein bisschen Störaktionen, wo es mehr darum geht Leute zu irritieren und so einen Moment anzuhalten, dass sie einfach nachdenken. Ja, und dann machen wir natürlich Veranstaltungen im Haus, sowie intern als auch extern. Wir haben jetzt ne HIV-Testberatung im Haus, also wo auch da noch mal Angebote geschaffen werden, wo gerade schwule Männer Information bekommen, relative niedrigschwellig und anonym.

6. Wie ist deine Prognose für die Situation/die Versorgung von HIV-Positiven in Hamburg?

Ich glaube, dass die HIV-Infektionszahlen steigen werden in den nächsten Jahren. Ich glaube, dass durch die, Gott sei Dank verbesserte medikamentöse Versorgung wir sicher noch ein paar Jahre mit steigenden Zahlen zu rechnen haben, bis das Phänomen von Angst sich wieder ein bisschen breiter macht und Menschen dann aufgrund von Leiden ihr Verhalten ändern.

a) Was könnte sich ändern, wenn jetzt Maßnahmen ergriffen würden?

Das finde ich sehr schwierig. Gerade die gegenläufige Tendenz. Also man kann, oder wir diskutieren immer so was wie, müssen wir mehr Angst machen? Also, müssen wir jetzt schon die Angst machen, die dann irgendwann spürbarer ist, wenn es sich verbreitet? Müssen wir die forcieren? Und wir versuchen immer so ne Gradwanderung. Aber ich glaube, dass es nicht gut ist, das hammerhart zu tun, weil wir dann kommen in so was wie höher, schneller, weiter, also, und wir verlieren dann an Glaubwürdigkeit. Weil das Versorgungssystem ist erst mal gut, und man kann heute 20 Jahre gut leben mit ner Medikation. Und wenn man jetzt plötzlich nen Horror malt, der aber nicht stimmt werden wir unglaubwürdig, und die Menschen werden sich eher abwenden. Wir haben das jetzt bei, wir haben jetzt im Winter ne STD-Kampagne gemacht, und wir haben schon gemerkt, dass das Thema angstbesetzter ist. Also, da war der Rücklauf höher. Dann mit so Zahlen an die Öffentlichkeit zu gehen, dass zu propagieren, auch witzig in die Menge zu werfen, hat uns viele Leute ins Haus gespielt, viele Nachfragen ins Haus gespielt. Weil Leute an der Stelle verunsichert sind. Das zeigt, dass, wenn die Zahlen explodieren, und Leute wieder mehr be-

treffen sind, es dann auch einen höheren Bedarf gibt. Verändern kann man das, glaub ich, im Moment nur, indem man generell, in dem man im Bereich der kontaktbezogenen personal-kommunikativen Bildungsarbeit Menschen eher stärkt, im Bewusstsein ihres Tuns. Also, dass alles das, wofür oder wogegen sie sich entscheiden, in ihrer Verantwortung liegt. Das finde ich im Übrigen das Gute an der Gesundheitsreform. Das ist, auch wenn es natürlich immer mit Sparen verbunden ist, dass das Bewusstsein geschärft wird für, dass ich zum Beispiel meine Quittungen sammeln muss. Dass ich weiß, ich muss mich demnächst um eine Zahnersatz-Versicherung kümmern. Gar nicht mal, dass es an mein Geldsäckle geht, das finde ich an der Stelle nicht gut, aber das, Menschen sind oft nur kriegen über Geld. Aber, dass ich mich damit auseinandersetze, dass ich längerfristig denke. Dieses Bewusstsein finde ich eigentlich gut, weil es ist auch ein Ansatz von Gesundheitsförderung.

b) Was passiert wenn keine verändernden Prozesse eingeleitet würden?

Ich glaube, dass durch die Gesundheitsreform (Unterbrechung) Also, die doppelt und dreifach stigmatisiert sind, durch körperliche Unterversorgung, psychische Komponenten, Vereinsamung und letztendlich einen andern Verfall, sowohl körperlich, als auch seelisch unterliegen werden. Also, eigentlich die Schere, die sich auch in anderen Bereichen auftut, hier zwischen Zweiklassenmedizin. Und ich weiß nicht, ob es so enden wird, wie in Amerika, mit diesen Not öffentlichen Versorgungsräumen, und alles andere kostet Geld. Das würde ich mir nicht wünschen für diese Gesellschaft, aber es könnte sein, dass es so kommt.

7. Was würdest du dir wünschen?

Es ist vielleicht ein ein bisschen abgedrehter Wunsch, aber ich glaub du wirst kapieren, was ich damit meine. Ich würde mir wünschen, dass auf einem Staatsbesuch von George Bush in Berlin der Freund von Wovoreit mit Frau Bush das Damenprogramm macht. Und das damit letztendlich ein ganz anderes Bewusstsein entsteht zum Schwulsein, und damit auch zur Gesundheit. Also, neben dem Aspekt von selbstverständlich schwul leben, so Antidiskriminierung, was für mich auch im Übrigen gilt für alle anderen kulturellen Gruppen. Also eine Veränderung des Blickes auf multikulturelle Gesellschaft. Ne hohe Akzeptanz von anderen Werten, Wertesystemen von anderen Menschen und eher den Gewinn darin zu sehen, als den Verlust, den Verlust meiner Werte, wenn ich andere akzeptiere, glaube ich, dass man gerade im Gesundheitsbereich auch noch alle alternativ ausgerichte-

ten Behandlungsformen stärken kann. Also, wenn ich mir überlege mit wie viel einfachen Mitteln so was wie Akupunktur oder klassische Homöopathie, oder was auch immer, funktioniert. Das ist, glaub ich in Deutschland gar nicht durchsetzbar, weil wir ja so eine Ärztemafia haben, weil das ja sehr von Ärzten dominiert ist, unser Gesundheitssystem. Und das würde ich mir wünschen, wenn man das irgendwie hinkriegen könnte. Damit, glaube ich, einfach vielen Menschen einen Gefallen tut, und im Übrigen auch noch die Kosten senken könnte. Das wär's so.

Atmosphäre:

Markus Straube und ich trafen uns im Büro von Hein und Fiete. Er zeigte mir zunächst die Einrichtung und Material. Das Interview dauerte ca. 50 Minuten, wobei wir nachher noch ca. 45 Minuten diskutierten. Das Interview wurde dreimal durch ein Telefonat unterbrochen. Herr Straube fand aber stets sofort zum Thema zurück.

9.7 Interview mit Jörg Korell (Projektleiter der AIDS-Hilfe)

Name: Jörg Korell

Alter: 43

Nationalität: deutsch

Beruf/Werdegang: Diplomsozialarbeiter/-sozialpädagoge im zweiten Bildungsweg, zuvor Sozialversicherungsfachangestellter bei der BEK, Arbeit in der AH in Frankfurt am Main und in Gießen

Tätigkeitsfeld: Leitung der AIDS-Hilfe Hamburg

Wie lange üben Sie diese Tätigkeit schon aus?

10/2000

1. Wie schätzt du die Versorgungssituation von Menschen mit HIV und AIDS in Hamburg ein?

Ich würde unterscheiden zwischen der medizinischen Versorgungssituation, der psychosozialen Versorgungssituation und den Möglichkeiten der Selbsthilfe. Ich glaube, dass die medizinische Versorgungssituation in Hamburg, verglichen mit anderen Regionen, insbesondere ländlichen Regionen, relativ gut ist, gemessen an dem was ein echter Bedarf ist, schlecht ist. Relativ gut deshalb, weil wir in Hamburg mehrere Schwerpunktpraxen haben, wo im ambulanten Bereich die Basisversorgung, die Basisversorgung sichergestellt ist.

Und darüber hinaus, und das halte ich für eine sehr wichtige Kombination, wir hier an der Uni, am UKE noch die Ambulanz haben, also sozusagen in staatlicher Trägerschaft, an einem staatlichen Lehrkrankenhaus noch die Ambulanz noch haben, so dass aus diesem Setting, ambulante Medizin, stationäre Möglichkeiten, die inzwischen sehr eingeschränkt sind, und diese Ambulanz, quasi in staatlicher Trägerschaft, ne gute Versorgungskombination hinbekommen können. Schlecht deshalb, im medizinischen Bereich, deshalb, weil bereits in dem Moment, wo jemand ne fachärztliche Untersuchung oder Behandlung braucht, es sich schon zeigt, dass das Netz, selbst in der zweitgrößten Stadt der Bundesrepublik, und das ist Hamburg, sehr fragmentarisch ist, dass es Fachärzte gibt, die nicht bereit sind zu behandeln. Dass es sehr schwierig sein kann einen Arzttermin zu bekommen, und das gibt den Ausblick darauf, wie es auf dem Land sein mag. Auf dem Land wo es möglicherweise noch nicht einmal Schwerpunktärzte gibt, wo es natürlich weit und breit keine Ambulanz in der Uniklinik gibt. Also, so wird's dann, je weiter man sich von den Metropolen wegbewegt, desto schlechter wird es. Das wäre der medizinische Bereich. Im Bereich der psychosozialen Versorgung und Unterstützung spielt ne ganz starke Rolle natürlich das, was Sozialabbau in den letzten Jahren gemacht hat. Das heißt, einerseits ist das Netz an Beratungsstellen dünner geworden, andererseits ist die Verarmungssituation schlimmer geworden. Also Menschen, die infolge einer HIV-Infektion oder AIDS-Erkrankung aus dem Berufsleben ausscheiden, oder gar nicht erst reingekommen sind und von da her ohnehin einen größeren staatlichen Unterstützungsbedarf haben. Dieser Unterstützungsbedarf dann aber zusätzlich abgebaut wird, eben infolge dieser Gesetze des Sozialabbaus, dieser sogenannten Gesundheitsmodernisierung und von Haartz zwei und wie sie alle heißen. Also da, wo einfach Infrastruktur schon massiv weggebrochen ist. Und die dritte Domäne, die ich ansprechen würde, wären die Möglichkeiten der Selbsthilfe. Da hat es stärker noch mal etwas damit, Veränderungen haben da stärker was damit zu tun, dass, ich möchte manchmal sagen, dass Selbsthilfe ein bisschen aus der Mode gekommen ist. Ich glaube das hat was damit zu tun, mit ner Krisen –oder Drucksituation, die vor Jahren vielleicht anders gewesen ist, dass in der Situation wo sehr viele Menschen in Panik gewesen sind wenige Menschen wussten, was zu tun ist; natürlich diejenigen, die von HIV direkt betroffen waren, oder indirekt betroffen waren sich enger zusammengehörig gefühlt haben, sich enger zusammengeschlossen haben. Nicht, dass zuletzt aus dieser Tradition die AIDS-Hilfe ge-

gründet worden ist. Und dass diese Drucksituation, es klingt zwar paradox, tatsächlich abgenommen hat, und in sofern das Leben mit HIV ne gewisse Beliebigkeit erfahren hat. Einerseits ganz gut, natürlich muss man nicht alle Tage in Sack und Asche gehen, nach dem Motto „ich bin der Ärmste unter der Sonne, weil ich bin HIV-positiv“, das würd ich auch für nen Scheißdreck halten, wenn das jemand von sich behaupten würde. Auf der anderen Seite ne Beliebigkeit dahingehend zu sagen, mich gehen andere überhaupt nix mehr an, die in einer vergleichbaren Lebenssituation leben. Das ist jetzt ne Frage der politischen Auffassung, ich persönlich bedaure das, so ne Sichtweise.

2. Welche Veränderungen würdest du begrüßen oder veranlassen, wenn du die Ressourcen hättest? Also, es ist sozusagen die „König von Hamburg“-Frage.

Ach du lieber Gott!

Welche Veränderungen würde ich begrüßen und veranlassen? Na, was heißt welche Veränderungen? Letztendlich ist es ja das, wofür ich selber, wofür auch die AIDS-Hilfe und auch viele andere stehen. Das ist tatsächlich ne selbstverständliche Integration sozusagen von Menschen mit HIV von Menschen mit AIDS, in die vorhandenen Systeme mit der Unterstützung der Versorgung, auch der Selbsthilfe, auch wenn ich eben so ein bisschen sage, Selbsthilfe ist ja aus der Mode gekommen, sagen wir dann mal da, wo es halt die geförderte Selbsthilfe ist, also da, wo ich Dienstleistungen in Anspruch nehme, da wo ich nen Anschub bekommen kann mir dann selber zu helfen. Im Grunde genommen ne selbstverständliche Integration, dazu möchte ich jetzt gar nicht König von Hamburg sein, sondern, das ist eigentlich das, was ich von jeder Person und von jeder Einrichtung erwarte, dass sie genau das tut. Hat sich aber über 20 Jahre AIDS-Hilfe nicht eingestellt, also bis heute, ich hab es vor hin kurz gesagt, am Beispiel der niedergelassenen Ärzte, es gibt weitere Beispiele, also von Einrichtungen, die zum Teil tatsächlich richtig panisch und diskriminierend, zum Teil aber auch einfach in ner gewissen Borniertheit nicht zur Verfügung stehen. Also, ich will jetzt vielleicht zwei Beispiele dazu nennen, eins wäre also die staatliche Seite dabei, nehmen wir das Beispiel der Rentenversicherung wo die Möglichkeiten, zum Beispiel der Rehabilitation des beruflichen Wiedereinstiegs, der Förderung eines teilweisen beruflichen Wiedereinstiegs, wo die Systeme nicht so durchlässig sind, wie ich mir das wünschen würde, wie das auch längst erfunden ist, wie es auch in Absichtserklärungen niedergeschrieben ist. Wenn man tatsächlich selber vor der Situation steht, zu sagen, ich

wurde berentet, wegen meiner HIV-Infektion, wegen ner AIDS-Erkrankung und überlege mir jetzt in die Arbeit zurückzugehen, ist es tatsächliche eine brenzlige Angelegenheit und will gut überlegt sein, wie ich da den richtigen Weg gehe. Ich finde nach 20 Jahren AIDS könnte das routinierter sein. Das ist so ein Beispiel dazu. Gut und andere Beispiele, das wären tatsächlich eher solche, na ich sag mal, kleinere Diskriminierungsfälle, oder auch größere Diskriminierungsfälle. Das ist dann wirklich die Frage, sagen wir mal Menschen in einer besonderen Krisensituation, nicht nur an AIDS erkrankt, sondern infolge der AIDS-Erkrankung zusätzliche Probleme erworben, nehmen wir mal eine psychische Auffälligkeit und die Schwierigkeit, dann jemanden, jemandem zu helfen, eine vernünftige Versorgung zu finden, wenn er beispielsweise ne intensivere, vielleicht ne Rundumbetreuung bräuchte. Wo sich dann zeigt, dass alles hübsch nach Kästchen sortiert ist. Es gibt dann Einrichtungen für alte Menschen, passen aber keine jungen AIDS-Erkrankten rein. Es gibt Einrichtungen für psychisch Kranke oder seelisch behinderte Menschen, da passen dann aber keine Menschen mit HIV rein. Und so weiter sortiert es sich dann, wo ich so manchmal denke, o Hilfe, geht's denn noch? Also, wenn ich denn König wär, dann würd ich mal hingehen und die alle boxen und würde sagen, und so wird das jetzt gemacht, ne so wär das dann.

a) Welche Ressourcen bräuchtest du dafür?

Na, eigentlich wäre die Ressource ne Steuerung oder ne zentrale Koordination, was ich theoretisch daher spreche, was in echt passieren soll, weiß ich gar nicht, denn es gibt ja, sagen wir mal, was so Einrichtungsplanung, oder was Krankenhausbedarfsplanung, oder was die Versorgung mit niedergelassenen Schwerpunktpraxen angeht, das sind ja alles Systeme, die schon irgendwie eine Art von Koordinierung haben. Also, sag mal, die Behörde für die Krankenhäuser, oder diese komische kassenärztliche Vereinigung für die niedergelassenen Ärzte und so weiter. Und all diese Einrichtungen sprechen ja davon, behaupten ja von sich, sie würden eine sinnhafte Koordination tun, und wenn man hinguckt, funktioniert das nicht. So bin ich ein bisschen mit dem Latein am Ende, und kann mir da tatsächlich nur ne zentrale Plan und Steuerung wünschen und weiß, dass es die niemals geben wird. Ja, das, glaub ich, ist politisch nicht durchsetzbar. Also besonders deutlich ist es im bereich der jetzigen Veränderungen, oder der Versuche Dinge zu verändern mit diesem Gesundheitsmodernisierungsgesetz, was genau diese alberne Vielgliederigkeit wieder

zulässt. Also Geld wird verbrannt in ner Vielzahl von Krankenkassen zum Beispiel die schlechte Koordination durch diese kassenärztliche Vereinigung ist weiter festgeschrieben, also selbst dort wo Veränderungen, auch schmerzhaft Veränderungen gegen den Widerstand sozusagen der Endverbraucher, der Patienten durchgesetzt werden, doch diese Lobby- und Interessengruppen geschont werden dabei. Und das in Zeiten einer rot-grünen Bundesregierung, ich weiß nicht welche Bundesregierung es dann hinkriegen sollte.

3. Welchen Stellenwert hat Gesundheitsförderung dabei? Also, wenn du für HIV-Positive dein Wunschversorgungssystem konstruieren könntest?

Den gleichen wie heute, nämlich den höchsten. Gesundheitsförderung ist ja sozusagen die Triebfeder, sozusagen die konzeptionelle Überlegung hinter all dem, was wir tun, was wir, also damit mein ich jetzt AIDS-Hilfe und von dem wir auch erwarten, dass das andere tun. Man müsste da wahrscheinlich Gesundheitsförderung noch mal definieren, ich weiß nicht, ob du danach gleich sowieso fragen wirst?

Wenn du es gleich sowieso fragen wirst, dann brauch ich das ja jetzt nicht zu sagen, zu dem Thema. Die Philosophie sozusagen von der AIDS-Hilfe ist vor 20 Jahre, glaub ich, schon auf den Punkt gebracht worden, dass Prävention und dann Primär-, Sekundär –und Tertiärprävention, also tatsächlich die Vermeidung von schlimmeren, sag ich mal, das zentrale Moment ist. Und dann eher noch mal genauer hingeschaut, und was heißt denn dann, wie müssen die Verhältnisse sein, damit ich jemandem helfen kann, damit er sich selber helfen kann. Aber dazu kann ich dann ja gleich noch was sagen.

a) Das ist sofort die nächste Frage. Was/wie ist dein Verständnis von Gesundheitsförderung?

Also, zunächst tatsächlich noch mal so gegliedert, dass jeder selber in der Lage sein soll sich zu helfen, oder im Einklang mit seiner Umwelt zusammen, was ja auch heißt, sich zu helfen und ein Auge auf andere zu haben dabei. Das wär sozusagen die individuelle Philosophie, die ich stellen, unterstützen oder fördern würde, dabei. Und das in jeder Lebenssituation, also das meinte ich mit Primär-, Sekundär- oder Tertiärprävention, also für uns in der Primärprävention HIV-Infektionen zu vermeiden, aber auch in den anderen Präventionsbereichen, wenn ich HIV-infiziert bin, möglichst gut und gesund zu bleiben, gesund zu leben. Und selbst mit ner AIDS-Erkrankung, selbst mit ner, eigentlich kann man sagen, bis zum Tode hin ein möglichst gesundes, möglichst gutes, menschenwürdiges Leben zu füh-

ren, also Autonomie zu wahren und solche Fragen verbinden sich damit. Und das andere ist der Gedanke und der ist uns vom ersten Tag an wichtig gewesen, deswegen will ich ihn auch noch mal sagen. Der Gedanke der strukturellen Prävention, also tatsächlich zu erkennen, damit sich jemand selber helfen kann, muss er in der Lage dazu sein, ich will es mal mit ganz primitiven Beispielen ausdrücken. Wenn ich nix zu fressen hab, werde ich mir keine Gedanken machen wo der nächste Arzt ist. Wenn ich nicht weiß, wo ich heute Nacht schlafen soll, werde ich mir nicht furchtbar viele Gedanken darum machen, ob ich mich jetzt vielleicht ganz besonders gesundheitsfördernd verhalte. Wenn ich auf den Strich gehe und Pariser nehme oder keine Pariser nehme, da ist es dann einfach wichtig, dass ich Geld verdiene, damit ich heut Nacht nicht auf der Straße schlafe und so weiter. Also in soweit, die Lebenssituation natürlich, vorrangig zu klären, ist Existenzsicherung vorrangig zu klären, bevor ich davon ausgehen kann, dass ich jemand wirklich informiert und emanzipiert, selber um seine Gesundheit kümmern kann. Vergleichbares würde dann auch gelten für die Sorge für das soziale Umfeld gleichermaßen, ich glaub da gilt dann auch die Regel, jeder ist sich selbst der Nächste und in dem Moment, wo jemand in die Gefahr läuft zu verhungern oder zu erfrieren, weil er draußen schlafen muss, oder so, tritt natürlich auch die Sorge um, was weiß ich, natürliche Ressourcen und so weiter, dann doch eher in den Hintergrund. Also diese Systematik, dem Einzelnen zu helfen sich selber zu helfen und dabei drauf zu achten, dass das Umfeld auch sozusagen stimmen muss. Kann mit sich bringen eben auch die Intervention in Lebenssituationen, in das was wir das Umfeld nennen. Das deutlichste Beispiel ist da vielleicht die Drogenhilfe gewesen, wo es ja sehr lange und sehr deutlich darum ging vorrangig das was Harmreduction genannt wird, also vorrangig dafür zu sorgen, das beispielsweise die Jagt nach dem Stoff, dass beispielsweise die Zugänglichkeit von sterilen Spritzbesteck und das diese Fragen vorrangig geklärt werden mussten, um von dort aus ne gesundheitsfördernde Arbeit mit Drogengebrauchern machen zu können. Als ein Beispiel sei das mal genannt.

4. Was ist für die Betroffenen aus deiner Sicht notwendig, wichtig oder/und hilfreich im Umgang oder mit der Bewältigung ihrer Erkrankung?

Ach du Himmel, das ist aber auch viel auf einmal. Ach, da muss ich mir ein kleines Schaubild dazu malen, ich vergess jetzt bestimmt Bereiche dabei. Aber, da fangen wir vielleicht an, also für die Betroffenen, das heißt Menschen mit HIV, die neu von ner Infektion erfah-

ren, infiziert sind, mit ner Erkrankung konfrontiert sind, würde ich da wieder unterscheiden in die medizinische Versorgung, die Frage der psychologischen und der sozialen Begleitung und die Möglichkeiten der Selbsthilfe. Wieder diese drei Ebenen. Medizinische Versorgung, das was ich zunächst als anstrebenswerte Versorgungssituation vorhin schon mal beschrieben habe, zu wissen, wo finde ich meinen Arzt, gut informiert zu sein, damit mir der Arzt nicht einen vom Pferd erzählt, sondern damit ich mit dem zusammen, sozusagen die Situation erörtern kann und ein abgestimmtes Konzept, also ich und mein Arzt sozusagen ein abgestimmtes Konzept aushandeln kann. Also was ich dann auch verstanden hab und was ich dann auch anwenden kann, weil ich es auch selber für gut halte. Da berühren sich die Bereiche, glaub ich schon. Das andere wäre die psychologische oder die soziale Einbettung, die ja voraussetzt eben diese basalen Fragen, die ich eben angesprochen habe, dass ich mein Auskommen hab, dass ich ne gewisse existentielle Sicherheit habe, wenn ich Gedanken darum mache, ob ich verhungern werde, oder dass ich aus meiner Wohnung fliege, oder dass ich gar keine habe, nach Möglichkeit in meiner Arbeit bleiben kann, vielleicht, wenn es mir gesundheitlich schlechter geht die Möglichkeit habe, also nicht Angst davor haben muss krangeschrieben zu sein, dass ich die Möglichkeit hab meinen Arbeitsplatz anzupassen, oder mein Arbeitspensum anzupassen, dass man jetzt Teilzeit oder solche schonenden Möglichkeiten, aber letzten Endes alles das, was existentielle Sicherheit angeht und was nen weitgehendsten Umgang mit meiner HIV-Infektion angeht. Also ne Möglichkeit zu finden im Einklang mit mir und meinen Viren zu leben sozusagen. Einerseits nicht Angst zu haben davor, dass die Menschheit mich davon jagen wird, weil ich HIV-positiv bin. Andererseits aber auch nicht in der Ecke mich zu verkriechen und zu sagen, bestimmt läuft die Welt vor mir davon, weil ich selber lauf ja vor mir schon davon, eben wegen dieser Viren, und das ist sozusagen die individuelle, die innerpsychische Auseinandersetzung, sozusagen. Selbsthilfe letzten Endes einerseits, ich lerne von den Möglichkeiten von den Wegen anderer, hab die Gelegenheit mit anderen darüber zu sprechen um mich an denen zu überprüfen, an denen zu messen, mit ihnen, oder auch in Abgrenzung zu denen meinen Weg zu finden, also zu sagen, so ein Jammerlappen wie der will ich nie werden, aber auch zu sagen, was für eine tolle Persönlichkeit, guck mal, wie der seinen Weg gefunden hat, der ist für mich auch Ansporn. Also, das mein ich jetzt mit dem Messen, mit dem sich spiegeln und so weiter und letzten Endes auch zu wissen, ich lebe in ei-

ner Gemeinschaft, ich bin nicht der Einzige auf der Welt, der hier die Arschkarte gezogen hat, sondern es gibt andere Menschen, die eben ihren persönlichen Lebensweg haben, die auch ihren Weg finden, also wie soll ich sagen, verantwortlichen, erwachsenen Umgang mit dem Leben einfach zu finden. Vielleicht die drei Bereiche. Bestimmt hab ich Sachen vergessen, ich hab jetzt den Faden verloren (*lacht*).

a) Kann das durch Gesundheitsförderung unterstützt werden?

Ja, durch die Bereitstellung von Ressourcen, darüber haben wir ja schon gesprochen, also die ärztlichen Möglichkeiten, die Beratungsmöglichkeiten und die Selbsthilfe und so weiter. Also, das würde ich alles als Bereitstellung von Infrastruktur bezeichnen, unabhängig wer sie wie bereitstellt. Da haben wir ja Sachen dabei, die sind selbst erfunden, selbster-schaffen, es gibt Dinge, die öffentliche Daseinsfürsorge sozusagen, aus der öffentlichen Hand bezahlt, aus Steuermitteln getan werden, andere, die privatwirtschaftlich organisiert sind. Aber miteinander ist es so organisiert, dass diese Ressourcen da sind. Und das andere ist tatsächlich die kollektive oder die individuelle Förderung, wie soll ich das sagen, also kollektiv dahingehend, dass es ne Vereinbarung gibt. Wir leben in einem kollektiven Gemeinwesen, dass mein ich mit ner kollektiven Vereinbarung, manchmal denkt man ja, dass könnte bei uns zuende sein, das kommt mal ganz anders, und manchmal kriegt man es mit, was ist in anderen Ländern ja auch anders ist, ich will nicht sagen schon anders ist, vielleicht war's dort nie anders. Also nehmen wir mal als Beispiel arme Regionen der Welt, wo die Menschen sich sicherlich nicht als unsolidarisch bezeichnen würden, wo aber die staatliche Organisationsform nie den Stand erreicht hatte, bis heute, zu sagen, wir miteinander haben das verabredet, deshalb zahlen wir Steuern um daraus Ressourcen und Infrastruktur vorzuhalten und so weiter. Das ist so die eine Seite dabei, und das andere ist tatsächlich die Frage der solidarischen Nachbarschaftshilfe, schließlich und endlich. Also, das was ich vorhin eben so gesagt hab, mit den Möglichkeiten der Selbsthilfe, mit anderen ins Gespräch kommen, das hat ja was von, na ja, Kumpanei und Barmherzigkeit. Es hat ja so beides. Also einerseits ist es ja n nachbarschaftliches ein freundschaftliches Beieinander, und ich glaub das begründet oder motiviert ja jeder Mensch dann wieder anders. Also, der eine wird sagen, das ist vielleicht Barmherzigkeit, weil er ein Mensch ist, der sich auf einer sehr, einer relativ religiösen Basis definiert und der andere wird vielleicht sagen, das ist doch solidarische Nachbarschaftshilfe, oder so, der sich eher politisch motiviert. Das ist ne

individuelle Tat, wo man manchmal halt Glück hat und mehrere Menschen manchmal individuell die gleiche Lebensauffassung haben. Also Ressourcen, öffentliche Organisation, das Glück Menschen, Individuen mit gleicher Philosophie irgendwie zu finden.

b) Was ist dazu erforderlich?

Also, ich glaub, was erforderlich ist, und was es behindert, das sind dann Mutmaßungen letztendlich. Also, wo es deutlich und auf der Hand liegt, das ist natürlich die Frage von Armut und Verelendung, und das wird es mit Sicherheit behindern. Also wir hatten jetzt vorhin bei den einzelnen in unseren Zusammenhängen, also diese Verelendung, diese Verarmung, die man ja auch hier hat wahrnehmen können, die wird es mit Sicherheit behindern. Oder Gemeinwesen, die parse seit Jahren und Jahrhunderten arm sind, also sagen wir mal, die armen Regionen der Welt, oder so. Da es ist ja staatlicherseits ja quasi schon behindert. Nicht weil da ein Bösewicht sitzt, der sagt, ich will das jetzt behindern, sondern weil das System überhaupt noch nicht auf die Füße gekommen ist. Und alles andere bleibt dann diese Mutmaßung, also, wenn dann immer gesagt wird, unsere Gesellschaft verrotzt ja und fällt ja immer mehr auseinander, und alle wollen nur noch, was weiß ich, von Geiz ist geil über die Ich-AG, also Karriere und immer schneller ein bisschen den Vorteil haben, gegenüber jemand anders. Es wird ja manchmal gesagt, es würde auch in so eine Richtung führen. Ich persönlich glaube das nicht. Ich persönlich glaube nicht, dass es eine dauerhafte Tendenz in diese Richtung geht, weil dem sehe ich, steht ja heute gegenüber, eben doch diejenigen, die sich engagieren, aus der eigenen Betroffenheit, also Menschen, die Veranstaltungen besuchen, die in Gruppen sind, die sich, hier in der AIDS-Hilfe -Selbsthilfe engagieren. Menschen, die die AIDS-Hilfe zum Beispiel, bleiben wir bei dem kleinen Kosmos aufgebaut haben und die vielen, die sich bis heute freiwillig engagieren. Da kann ja keiner sagen, das sei alles hier asozial und die unsozialste aller Gesellschaften, dazu gibt es viel zu viele Menschen, die einfach mit ihrer Hände Arbeit, mit ihrer Spende, oder wie auch immer, die etwas tun, dass es sich nicht das dahingehend verändert, dass man sagt, alles fällt ja auseinander.

5. Welche Zielgruppen versuchen Sie zu erreichen?

Ich sprech da für Hamburg, du weißt da sind die AIDS-Hilfen ja sehr unterschiedlich. AIDS-Hilfe Hamburg hat als Zielgruppe alle Menschen mit HIV und AIDS, als erweiterte Zielgruppe auch deren Freunde und Angehörige, oder Zugehörige, wie man in Hamburg

immer so schön sagt. Also das Umfeld sozusagen mit dabei. Ja. Es gibt Angebote, die diese Differenzierung so nicht machen, beispielsweise das anonyme Beratungstelefon, da es ja anonym ist und sozusagen jedem und jeder offen steht, hat das natürlich nicht diese Zugangshürde HIV-Infektion oder AIDS-Erkrankung. Aber alle anderen Angebote, da ist das die Zielgruppenbeschreibung.

b) Wie macht ihr das? Wie könnt ihr die erreichen? Gibt es Probleme?

Ja, also, dann sag ich zunächst, wie machen wir das und dann noch mal abgestuft, wo gibt es denn dann die Probleme dabei. Wir tun das über unsere Beratungsstelle, die einerseits als Beratungsstelle für persönliche Beratungsgespräche, Gruppenangebote usw. ne Kornstruktur hat. Das heißt, diejenigen, die zu uns kommen, wie ich finde, denen ganz gute Öffnungszeiten zur Verfügung stehen, also da einfach die Tür sozusagen offen zu halten. Es gibt darüber hinaus die Möglichkeit mit der telefonischen Beratung des eben angesprochenen anonymen Beratungstelefons, das heißt, da auch für diejenigen, die sich vielleicht nicht trauen, weil sie ihren Namen nicht sagen wollen, oder weil sie nicht herkommen können oder nicht gesehen werden wollen, die Möglichkeiten telefonischen Kontakt aufzunehmen. Es gibt weiterhin bezogen hier aufs Haus die Möglichkeit offene Angebote in Anspruch zu nehmen, das heißt solche, wo es in erster Linie um Begegnung, Erfahrungsaustausch unter gleichen geht. Wo ich also hingehen kann und davon ausgehen kann, dass andere, die dort sind in diesem Angebot, so wie ich auch HIV-positiv oder AIDS-erkrankt sind, wo ich aber nicht, ich sag immer so flapsig, die Eintrittskarte vorzeigen muss, die sonst heißt, ich hätt da gern mal ein Problem, ich bräuchte da mal ne Beratung, mir geht es schlecht oder so was, sondern wo ich hingehen kann, hier bin ich, ich bin HIV-positiv, ich hab gehört, hier ist ein offenes Angebot und setz mich da mal hin und frühstücke da mal, wenn es gerade ein Frühstücksangebot ist, oder, keine Ahnung, spiele Spiele, wenn es gerade ein Spieleangebot ist, und so weiter. Also diese Möglichkeiten, die es da gibt. Dann ist das Haus Ort für Selbsthilfe, das heißt ein geschützterer Rahmen wo ich wieder dieses Modell Gleiche unter Gleichen, weiß da schneit nicht gerade jemand rein, sondern ich habe quasi ne Verabredung mit anderen Leuten in gleicher Lebenssituation, hab die Zusage, das ist jetzt eine geschlossene Gruppe, das heißt, ich gehe da hin, auch da muss nicht formulieren, ich hätt gern ein Problem und brauch ne Beratung, sondern hab da die Möglichkeit zum Gespräch und zum Erfahrungsaustausch, aber eben ohne diesen Forum, die-

sen Marktplatzcharakter, wie es den bei nem offenen Angebot gibt. Dann betreiben wir aufsuchende Beratungsarbeit, das heißt, gehen in Einrichtungen, die da heißen Justizvollzugsanstalten und Krankenhäuser, oder aber auch suchen Menschen zu Hause auf, die eben nicht in der Lage sind, beispielsweise aus gesundheitlichen Gründen, eventuell aber auch aus diesen vorhin beschriebenen Angstgründen, die sich nicht trauen hier her zu kommen, die eben mit den Angeboten der Beratung oder der psychosozialen Begleitung, Unterstützung zu Hause aufgesucht werden. Und darüber hinaus gibt es Vor-Ort-Beratung, ich sag nicht aufsuchende, sondern ich sag da Vor-Ort-Beratung traditionell immer schon in der Ambulanz des UKE, also um einfach dort zu sein, wo Menschen ohnehin zur medizinischen Untersuchung oder zur medizinischen Beratung auch gehen, oft auch solche, die sehr verängstigt sind wegen ihrer Lebenssituation, wegen des neuen HIV-positiven Ergebnisses, die Diskriminierungsängste haben, die häufig da Beratung von AIDS-Hilfe in Anspruch nehmen aus Angst vor Enttarnung wahrscheinlich nie in die AIDS-Hilfe gekommen werden, vielleicht aber auch deshalb, weil sie das Thema, das Problem, was sie vielleicht haben mit HIV, mit dem Leben mit HIV gar nicht so als ihr Problem definieren würden, so nach dem Motto, so schlimm ist ja nicht, ich mach schon meinen Weg, und da geh ich erst hin, wenn es mir ganz schlecht geht, wo sich aber dann herausstellt, wenn die Kolleginnen vor Ort sind mit dem Beratungsangebot, dass es durchaus möglich ist, da niedrigschwellig in ein Gespräch zu kommen und sich dabei rausstellt, dass es oft ganz gut ist, sozusagen das Kind zu retten, bevor es in den Brunnen gefallen ist und man nicht warten muss, bis ein Problem ganz gravierend ist. Gut, und nach diesem Modell, nach diesem Konzept der Vor-Ort-Beratung arbeiten wir jetzt auch mit verschiedenen Schwerpunktpraxen zusammen, da haben wir im letzten Jahr mit begonnen, quasi hier im Stadtteil Sankt Georg, weil einfach die Wegezeiten da für uns kürzer sind, zunächst mal in diesen Schwerpunktpraxen quasi auch so ein Vor-Ort-Angebot der Beratung zu installieren. Ja, das vielleicht zum Beratungsmodell. Ich spreche jetzt hier auch nur vom Struensee-Zentrum, also vom Beratungszentrum. Ein anderer Bereich wäre die Freiwilligenarbeit, aber das lass ich jetzt, glaube ich mal, außen vor. Dann sprechen wir über den Dienstleistungsbereich. So, dann haben wir vorhin, dann fragtest du nach Problemen. Wo klappt es denn nicht so gut? Fallen mir zwei, ne fallen mir drei Bereiche ein, wahrscheinlich gibt es noch mehr, aber drei fallen mir ein. Das eine ist traditionell die Arbeit mit Frauen, insbesondere da wo wir uns

wünschen, dass Selbsthilfe oder Selbstorganisation entstehen könnte. Es gibt nicht wenige Frauen, ich will nicht sagen es ist pari, aber doch nen großen Frauenanteil in der individuellen Beratung, und es gibt immer mal wieder Anläufe Selbsthilfe und Selbstorganisation zu unterstützen, tatsächlich im Sinne einer geleiteten Selbsthilfegruppe, nicht geleitete Selbsthilfegruppen seit Jahren nicht mehr, gab es vielleicht früher mal, ich weiß es gar nicht wirklich, ich bin seit dreieinhalb Jahren hier, gab es nie, seitdem. Wo es funktioniert ist in der nicht geleiteten Heterogruppe, also heterosexuelle Frauen und Männer gemischt. Da funktioniert es, dass auch Frauen sich auch organisieren. Im Bereich der geleiteten Selbsthilfe im Moment gerade nicht und letzten Endes der Rückbezug oder die Rückbindung in all das was sonst Infrastruktur für Frauengesundheit ist, find ich katastrophal, find ich n Skandal, das enttäuscht mich bis heute, nicht erst seit heute, dazu bin ich lange genug in der AIDS-Hilfe. Aber das es dort nie gelungen ist diese Vernetzung und Verzahnung hinzubekommen, finde ich zum Schreien. Gut, aber erst mal skizziert, das ist einer dieser Bereiche. Ein zweiter Bereich wäre, hat auch was mit Selbsthilfeförderung eigentlich zu tun, die Arbeit mit Einwanderern. Der Anteil derer, die mit Migrationshintergrund als Klienten, auch da wieder als einzelne Klienten in der Einzelberatung hier bei uns im Haus sind, ist nicht ganz unbedeutend, liegt, glaub ich in der Größenordnung von 30, 35% oder so der Klientel, die hierher kommen. Aber auch da, und das enttäuscht mich auch, auch da gelingt es nicht, im Sinne einer Gemeinwesenarbeit sozusagen so ein bisschen das Tabu des Schweigens zu brechen. Nicht wenige, die hierher kommen, habeganz ganz große Ängste, von ihrer, ich sag jetzt mal Herkunftscommunity, Herkunft stimmt ja nicht so ganz, aber letzten Endes das, was sie als ethnische Community hier in Hamburg vorfinden, von dieser verstoßen zu werden, wenn das Thema HIV öffentlich wird. Es ist aber bis heute nicht gelungen sozusagen ne Solidaritätsarbeit, Informations- oder Bildungsarbeit, wie wir sie hier in der deutschen eingestammten eingeborenen Bevölkerung vor 20 Jahren auch machen mussten, weil auch da alle Angst hatten das Haus wird in Brand gesteckt, wenn meine Nachbarn erfahren, dass ich HIV-positiv bin. Ich finde etwas Ähnliches könnte in der kulturellen Minderheiten, also in den Ethnien, die hier organisiert sind genauso stattfinden. Und das würd ich dann eher so als Multiplikatorenarbeit, als ne Art von Peer-Group-Education, oder so was begreifen, und da kämpfen wir seit Jahr und Tag, machen zaghafte, ganz kleine Fortschritte, aber das dauert mir viel zu lange, bis das gelingt

sozusagen da ne solidarische Förderung und Unterstützung hinzubekommen. Ganz schwierig wird's dann, bleib ich noch mal bei der Migrantenarbeit, wenn neben dem Thema HIV und Gesundheit, weitere Fragen hinzukommen, und da gibt es natürlich nicht wenige. Das erste können Sprachbarrieren sein, also wenn es erforderlich wäre ne kultursensitive oder ne muttersprachliche Beratung zu machen, ist überhaupt nicht dran zu denken, geht immer nur mit, kompliziert, improvisierten Hilfskonstruktionen, also Menschen zu finden, die halt dolmetschen. Und das ist Mist, also ein Beratungsgespräch kann man nicht dolmetschen. Also äußerst schwierig. Seit vielen Jahren die kollegiale Selbsthilfe sozusagen, der Zusammenschluss aus mehreren Einrichtungen, die wie wir im Bereich AIDS hier in Hamburg arbeiten, wo aus diesem System heraus ne ehrenamtlich medizinische Sprechstunde organisiert ist und so ne Basisversorgung für diejenigen, die ohne Pass und Krankenschein hier in Hamburg leben, also die sogenannten Illegalen, das geht seit Jahr und Tag so. Ich mein, es ist bewundernswert, dass das entstanden ist, dass es über so viele Jahre aber kollegiale Selbsthilfe geblieben ist und nichts an staatlichen Angeboten gemacht wurde, finde ich katastrophal. Ach da, ich muss es immer noch mal sagen, auch da nicht in rot-grünen Zeiten, das ist jetzt keine Erfindung oder keine Diskriminierung von Schill oder so, das ist auch früher schon besser gewesen, und das enttäuscht mich maßlos. Und dass es andere Metropolen in der Welt gibt, andere Länder in der Welt gibt, wo längst der Status der sogenannten Illegalen, zumindest, was so eine Basisversorgung angeht längst ein anderer geworden ist. Bei uns bleibt das ein unversorgter Bereich. Gut, und das dritte ist der Bereich der zugehenden Prävention, ich sag mal, der nichtzielgruppenspezifischen zugehenden Präventionsarbeit. Ich mein damit die allgemeine Bevölkerung insbesondere die allgemeine jugendliche Bevölkerung. Wir haben, das hast du glaube ich auch in deinen Interviews schon erfasst, was die Arbeitsteilung angeht zielgruppenspezifische Angebote, keine hinreichende, aber doch auch keine schlechte Infrastruktur. Wo es völlig fragmentarisch ist, ist tatsächlich die allgemeine zugehende Arbeit mit Jungs und Mädchen, also die aufsuchende Jugendarbeit letztendlich. Gut, und dem wenden wir uns seit geraumer Zeit mit nem ehrenamtlichen Team zu, wo man auch wieder sagen musste, das ist ein Tropfen auf dem heißen Stein. Wenn aus dieser Ressource alle Hamburger Schulen, oder alle Hamburger Schülerinnen und Schüler mit Präventionsarbeit bedacht werden sollen, so eine große Mannschaft könnten wir gar nicht aufstellen. Auf der anderen Seite haben wir gesagt, ge-

wartet wurde jetzt genug, da passiert von der öffentlichen Hand überhaupt nichts. Dieses Thema Schulen und Lehrer, oder so was haben seit 20 Jahren nicht wirklich was hinbekommen, es ist ja eher, das wenige was da war abgebaut worden, so dass wir uns entscheiden haben, so da gehen wir jetzt rein und fangen mit der ehrenamtlichen Arbeit an und schauen dann von da aus weiter was man tun kann. Das wären so die drei Defizitbereiche, die mir spontan einfallen.

6. Wie ist deine Prognose für die Situation/die Versorgung von HIV-Positiven in Hamburg?

Du sagst für Hamburg, insofern beziehe ich mich zunächst auch auf Hamburg. Ich glaube, dass diejenigen Menschen, die hier in Hamburg mit HIV und AIDS leben, gemessen an denen, die nicht hier in Hamburg leben, noch längere Zeit relativ gute Karten haben werden, dahingehend, dass dieses Thema nicht völlig in sich zusammenbrechen wird. Die werden wahrscheinlich weiterhin ihren Arzt, vielleicht ein Krankenhaus finden, wo sie nicht gleich auf den Flur geschoben werden. Eventuell auch ne Beratungsstelle wie die AIDS-Hilfe finden können, ob die noch in der Größe und dem Umfang ist, wie wir es vielleicht vor drei, vier oder fünf Jahren kennen gelernt haben, weiß ich nicht, wünsche ich mir natürlich, tue vieles dafür, aber da will ich keine Versprechen abgeben, die ich nicht einlösen kann. Also, das wäre für mich so der Unterschied Hamburg und andere Plätze der Republik, also da eher Hamburg und die anderen Metropolen. Wo ich glaube, mit HIV sollte man dann besser dort leben, als irgendwo auf dem platten Land, oder man muss ganz gut organisieren. Und auf der anderen Seite sehe ich, was die Prognose angeht, tatsächlich zunehmende Verelendung und zunehmende Verarmung vieler Menschen, insbesondere kranker Menschen, insbesondere Menschen die so ne massive, oder so eine einschränkende Diagnose wie ne AIDS-Erkrankung haben. Also wie da die Systeme abgebauter Sozialsicherung auf Dauer, erstens ihren Job machen sollen, ich sagte eben, es wird noch funktionieren, ich glaub n Arzt kann man noch finden. Die Frage ist ob wir das bezahlen können und das find ich die makabre Angelegenheit, also selbst für Menschen ohne ne chronische Diagnose, aber für Menschen mit ner massiven chronischen Erkrankung wie ner AIDS-Erkrankung, weiß ich nicht wirklich wo das hinführen soll. Ich glaube die Menschen werden noch nicht verhungern und sterbend auf den Straßen liegen, aber dafür ist der Sozial-

staat ja auch immer noch gut, das zu verhindern, aber ob es zu viel mehr gut ist, weiß ich nicht. Die Verelendung wird zunehmen.

b) Was passiert wenn keine verändernden Prozesse eingeleitet würden?

Naja, ich hake jetzt etwas an der Formulierung „keine verändernden Prozesse“. Also im Prinzip ist ja der Prozess der aller Veränderung, nämlich der zum schlechteren. Also, es sieht ja im Moment nicht mehr so aus, als könnte der Status quo gehalten werden, wo man auch schon hätte sagen können, hätten wir vor fünf Jahren gesprochen, hätte man möglicherweise auch gesagt, es gibt Defizitbereiche, wo man was tun muss, wo es besser werden muss. Denn auch in diesen Jahren wurden ja neue Einrichtungen geschaffen, wurden auch Versuche unternommen, auch mit privatem Engagement, mit Ehrenamtlichkeit, mit Spenden Systeme noch aufzubauen. Beispiel dafür wäre zum Beispiel das Hospiz, die Geschichte, das ist jetzt nicht fünf sondern zehn Jahre her. Aber wo auch da in diesen Zeiten schon geschaut wurde, Lücken im System zu schließen, zu ergänzen um die Versorgungssituation zu verbessern. Heute haben wir ne Situation, wo ja die, ja selbst diese Systeme zurückgefahren werden, insofern. Wenn ich mir heute wünschen würde, der Knopf würde wieder ein bisschen nach rechts gedreht werden, sozusagen, also wärmer oder lauter gedreht werden, dann müsste erst mal der Stand wieder erreicht werden, den wir schon mal hatten. Wie pessimistisch.

a) Was könnte sich ändern, wenn jetzt Maßnahmen ergriffen würden?

Also, ich glaube es könnte Maßnahmen geben zumindestens für ein gerechteres Gesundheits- und Sozialwesen. Ich glaube, dass wäre möglich. Wenn das alles stimmt mit Wirtschaftskrise und blablabla, darüber will ich jetzt gar nicht sprechen, wir machen hier keine Wirtschafts-, oder was weiß ich Politik, zumindestens könnte aber für die Sicherung der Sozialsysteme, also, dass ich auch weiß, meinen Arzt werde ich, oder er wird auch mir, so muss ich eher sagen, nämlich aus dem gemeinsam erschaffenen System, er wird mir auch bezahlt werden. Das wäre möglich, das hin zu bekommen. Also die ambulante ärztliche und auch die Beratungsstellensituation, könnte aus öffentlichen Ressourcen bezahlt werden, das wäre drin. Was dann auch ne Basisversorgung erst mal ist, es fließt dann auch nicht Milch und Honig, aber ich finde, dass wär ne Basisversorgung, wo ich schlafen könnte, oder wo man mal durchatmen könnte und nicht Angst haben würde, nicht Angst haben müsste nicht hinreichend versorgt zu sein.

7. Was würdest du dir wünschen?

Jetzt habe ich mich gerade in Richtung Politik und Geld eingeschwätzt, jetzt muss ich erst mal kurz denken. *(lacht laut)* Ich könnte mir ja auch was ganz anderes wünschen. Ne, aber bleib ich bei der Politik, weil das so das Ding ist, was mich auf die Palme bringt. Ich würde mir tatsächlich wünschen, dass der eigentliche Solidaritätsgedanke auch wieder gefördert würde, also nicht unterscheiden, was weiß ich, zwischen Arbeitnehmer und Nicht-Arbeitnehmer und denen, die von Mieteinkünften leben, und denen, die von Aktiengewinn leben, sondern einfach zu sagen, es gibt hier Probleme in diesem Land, die stemmen wir gemeinsam, also wir zahlen Steuern, damit ne Basisversorgung für alle Menschen gewährleistet wird. Und der nächste Wunsch wäre, dass das global eben auch funktionieren würde, dass nicht der Eine gegen den Anderen ausgespielt wird und irgendwo jemand sitzt, der damit viel Geld verdient und reich wird, sondern tatsächlich, dass der Ausgleich arme Welt, reiche Welt, im Prinzip das gleiche System in groß, dass da eine andere Solidarität herrschen würde. Ja, ist gut, ist ja nicht Weihnachten. *(lacht)*.

Atmosphäre

Das Interview fand in der AIDS-Hilfe Hamburg statt. Die Einrichtung wie auch Herr Korrell waren mir durch meine ehrenamtliche Arbeit bekannt. Es gab keine Unterbrechungen und die Atmosphäre war entspannt. Das Interview dauerte ca. 60 Minuten.

9.8 Interview mit Petra Klüfer (Vorstandsmitglied der AIDS-Hilfe)

Name: Petra Klüfer

Alter: 59

Nationalität: Deutsch

Beruf/Werdegang: Studium der Soziologie, Publizistik und Amerikanismus, wegen eines Autounfalls abgebrochen, danach Ausbildung zur Reiseverkehrskauffrau, seit 1992 HIV-Diagnose und seitdem Mitglied der AIDS-Hilfe, seit 1993 im Vorstand der AIDS-Hilfe Hamburg, seit 1995 berentet

Tätigkeitsfeld: Vorstand der AIDS-Hilfe Hamburg

Wie lange übst du diese Tätigkeit schon aus: 1993

1. Wie schätzt du die Versorgungssituation von Menschen mit HIV und AIDS in Hamburg ein?

Ich denke das Versorgungssystem ist gut. Gut für Menschen, die keiner sogenannten Randgruppe angehören und die sich organisieren können. Schwierig ist es für die Migrantinnen und für Menschen, die isoliert leben. Es gibt ja diesen Fall in Bremen, wo die Regierung einen Togolesen nach Togo abschieben will, obwohl er positiv ist. Im Togo ist die Versorgungssituation und die Therapiemöglichkeiten viel schlechter. Oder besser, es gibt gar keine, und trotzdem wollen die ihn abschieben Das ist unmenschlich. Ich denke das ist vor allem ein politisches Problem.

2. Welche Veränderungen würdest du begrüßen oder veranlassen, wenn du die Ressourcen hättest?

Als erstes sollte man sich um die Leute kümmern, die sogenannte sozial Schwache sind. Die natürlich durch ihre finanziellen Einbußen ne große Einschränkung der Lebensqualität erfahren, nicht nur durch die Nebenwirkungen der Medikamente. Denn dieses Ausgeschlossen sein aus der sozialen Gemeinschaft, sag ich mal, so Kino gehen, Theater gehen, Konzert gehen, ist schwerwiegender häufig als das eigentliche medizinische Problem. Und am allerliebsten wär es mir, es gäbe hier verschiedene Häuser, wo sich verschiedene Leute zusammenfinden, die HIV-positiv sind, sich mögen und das man so eine Art WG macht. Natürlich auch mit nicht Positiven, das wär natürlich das Wunschziel. Und dass die Akzeptanz so groß wird, dass auch die Allgemeinbevölkerung mit einem HIV-Positiven zusammenleben kann ohne sich darüber Gedanken zu machen.

Hast du das Gefühl, dass da noch ein großes Problem ist, dass da noch Berührungsangst ist in der Allgemeinbevölkerung?

Also Berührungsangst würde ich das nicht nennen. Es ist zum großen Teil Unkenntnis. Man verhält sich so wie, ach das geht mich gar nix an. Das ist ein Problem einer kleinen Minorität. Und es gibt so viele andere Dinge um die man sich selbst kümmern muss. Denn wir sind eigentlich schon lang nicht mehr in ner Spaßgesellschaft, sondern Ellbogen, jeder ist sich selbst der nächste und guckt wo sein, wo sein Finanzen herkommen und wie er damit zurande kommt und kümmert sich eigentlich nicht so richtig um seinen Nachbarn. Also so eine zunehmende Individualisierung?

Ja. Und ich mein Egoismus bis zu einem gewissen Grade ist ja auch in Ordnung, aber wenn, es gibt mir zu viele egozentrische Leute.

a) Welche Ressourcen bräuchtest du?

Natürlich in erster Linie Geld, aber das kann es nicht sein, sondern die Kreativität ist gefragt, Eigeninitiative und neue ja, neue Ideen eigentlich. Das geht ja mit Kreativität einher. Und auch mal Wege zu begehen, die bisher noch keiner gewagt hat, oder noch nicht dran gedacht hat. Marketing mäßig würde man sagen, man muss die Marktnische entdecken.

(beide lachen)

3. Welchen Stellenwert hat Gesundheitsförderung dabei?

Ich kann das nur von meinem persönlichen Gesichtspunkt aus kommentieren. Und zwar erst mal gesehen auf das doch höhere Lebensalter, das sich auch in der Allgemeinbevölkerung Leute mit 50 nicht mehr so leistungsfähig sind wie 20-Jährige, und dann vielleicht mit 65 die Zipperlein haben, die wir auch alle haben. Bei der HIV-Infektion ist das natürlich noch verstärkt, und ich mach mir schon Gedanken, was wird eigentlich im Alter. Man hört ja so häufig, viele Leute leben völlig allein, das einzige mit dem sie mal sprechen können, ist die Zeitungsfrau, der Bäcker und vielleicht der Arzt, ne. Und diese extreme Vereinsamung gibt mir schon zu bedenken.

Und dagegen anzugehen wäre auch ein Konzept von Gesundheitsförderung?

Auf alle Fälle. Und ich glaube gemeinsam müsste man viel mehr unternehmen können, denn alleine macht man viele Dinge nicht und Gesundheitsförderung fängt ja nicht nur damit an, dass man regelmäßig zum Arzt geht und irgendwelche Pillen nimmt. Sondern zum Beispiel solche Dinge, wie essen in Gesellschaft, oder gesund kochen in Gesellschaft macht viel mehr Spaß, als wenn man sich seine Quarkstulle auf sein Vollkornbrot klappt, alleine.

a) Da schließt sich die nächste Frage an. Was/wie ist denn dein Verständnis von Gesundheitsförderung?

Also Gesundheitsförderung ist für mich die Prävention von möglichen Erkrankungen, also es klingt so bescheuert, aber sich gesund ernähren und tatsächlich diese einfachen Dinge auch berücksichtigen, und wir machen das ja alle nicht, ne. Viele Leute rauchen, inklusive mir, ne, ernähren sich eigentlich gar nicht so, wie das eine Ernährungsberaterin, die immer erzählt, was man theoretisch auch weiß, aber in der Praxis nicht umsetzt. Und Gesundheits-

förderung ist für mich eben nicht, dass man im Nachhinein seine Zipperlein behandelt, sondern schon im Vorwege vorbeugt, präventiv halt.

Dass Krankheiten gar nicht erst auftreten?

Ja.

4. Okay, die nächste Frage ist sehr weit gefasst: Was ist für die Betroffenen aus deiner Sicht notwendig, wichtig oder/und hilfreich im Umgang oder mit der Bewältigung ihrer Erkrankung?

Da kann ich natürlich auch wieder nur in Schlagworten sprechen. Information ist sehr wichtig, wissen wo ich mich hinwenden kann, für entweder medizinische Beratung oder psychosoziale Beratung, die darüber hinausgeht, dass was mein Arzt mir empfiehlt. Und vor allem ganz wichtig ist, dass man Leute hat, mit denen man sich austauschen kann. Und wichtig ist sicher auch für viele Leute eine Anlaufstelle zu haben, so wie hier, im sogenannten geschützten Raum, dass man sich ganz locker mal über seinen Immunstatus unterhalten kann. Und dass eben nicht so abläuft, wie in ner Kneipe, wenn man am Tresen sitzt und zufällig ins Gespräch kommt mit jemandem und plötzlich entdeckt, Moment mal, der ist ja auch HIV-positiv, und dieser Mensch hat noch nie in seinem Leben die Möglichkeit gehabt sich mit jemandem auszutauschen. Und dieser Austausch und auch die sogenannte Psychohygiene sind viel wichtiger als irgendwelche superklasse medizinische Betreuung. Wenn das fehlt, fehlt nämlich ein ganz großer Teil, der das, die Lebensbewältigung mit dem Virus erst möglich macht. Jetzt fällt mir leider nichts mehr ein. *(lacht)*

a) Wie kann das durch Gesundheitsförderung unterstützt werden?

Es gibt ja bereits ne ganze Menge von Angeboten. Ob das nun im Bereich der AIDS-Seelsorge ist, ob das Informationsveranstaltungen sind, die sowohl von der Behörde organisiert werden, oder durch uns, die AIDS-Hilfe. Das müsste allerdings erweitert werden, das heißt, es müssten die finanziellen Möglichkeiten bestehen das fortzuführen, und wir müssten erreichen können, dass wir einen größeren Kreis der Infizierten erreichen. Was sehr schwierig ist, denn wenn jemand neu infiziert ist, de hat nicht mehr dieselben großen Lebenskrisen, wie wir das hatten vor 18, 20, 15 Jahren. Da hat sich natürlich der Stellenwert der Infektion verändert, aber trotzdem muss es auch für diese Langzeitinfizierten immer noch die klassischen Hilfeleistungen geben. Und man sollte es nicht nur eben auf HIV fokussieren, oder vielleicht auf STIs, sondern eben auf Gesundheitsförderung ganz allge-

mein im großen Rahmen. Und das müsste eigentlich auch ein Anliegen der Kassen sein. Dass sie also viel mehr Geld ausgeben präventiv, als für die Nachsorge. Oder zum Beispiel unterstützende Maßnahmen, wie alternative Therapien. Kein Mensch von uns, also von HIV-Positiven, die nicht gerade sehr vermögend sind, kann sich alternative Therapien eigentlich leisten, weil die alle selber bezahlt werden müssen.

b) Was ist dazu erforderlich um Gesundheitsförderung zu integrieren?

Dass der, ich mein der Stellenwert von Gesundheitsförderung wird ja von einigen Kassen schon anerkannt, die machen zum Beispiel Rückenschulung oder Raucherentwöhnungsseminare. Aber das sollte man doch eher zusammenführen. Ich mein, sicher haben die Kassen ein ganz merkantiles Interesse an solchen Veranstaltungen, aber wenn man das, sagen wir mal, globaler anbieten könnte, also nicht nur dass die Kasse X für ihre Versicherten Veranstaltungen macht, sondern es muss also flächendeckend sein, sag ich mal. Flächendeckend meint ich natürlich kassenübergreifend und auch Sozialstatus nicht beachtend, ne, solche Angebote müssten vermehrt da sein. Das ist auch eigentlich im Sinne der Verbraucherzentrale, die ja auch eine Unterabteilung haben über Patientenschutz und Patientenrechte.

ne Zugänglichkeit, also?

Ja.

c) Was behindert das?

Das behindert, ich nehme an die Ausrichtung sehr speziell fokussiert auf verschiedene chronische Erkrankungsgruppen, also Asthmatiker und Diabetiker haben ganz andere Forderungen als der normale Mensch, der altert, oder sagen wir mal acht Stunden am Tag vor seinem PC sitzt und dadurch n Rückenschaden und nen Haltungsschaden hat. Und ich glaube dieses, es fehlt das allgemeinverbindende Element. Ja.

5. Welche Zielgruppen versucht ihr zu erreichen? Oder speziell du in deiner Tätigkeit?

Also ich ganz persönlich versuche mehr infizierte Frauen zu erreichen, die auch damit selbstbewusst umgehen und nicht verschwinden und nicht aufgesogen werden durch die immer noch Hauptbetroffenengruppe der schwulen und bisexuellen Männer, oder früher waren es eben die Junkees. Und jede Frau, egal ob sie nun anschaffen gegangen ist, egal wo sie sich die Infektion zugezogen hat, sollte also wirklich selbstbewusster mit dem Thema umgehen können, auch in ihrem persönlichen Umfeld, Arbeitsumfeld. Und das ist, das

hat sich nicht groß verändert, in den letzten Jahren. Es ist eine sehr viel subtilere Diskriminierung heute da. Nicht mehr, zum Beispiel in nem Hausflur von einem der Vorstände der deutschen AH wohnte, der natürlich öffentlich war und der aus der Drogenszene kam, und wo dann stand als er neu einzog: AIDS-Sau raus! Das ist natürlich besonders prickelnd weil er zwei Söhne hatte, 15 und 13, wenn die mit so ner Aussage konfrontiert werden. Und das gibt es zwar heute nicht mehr, es ist sehr viel subtiler. Und man merkt es ja daran, an dem Umgang der Leute mit einem selbst. Dass sich halt doch immer noch relativ viele zurück ziehen, oder sich auch nicht binden wollen, weil ja irgendwann abzusehen ist, dass der Mensch vielleicht doch mal stirbt oder so. Das sind solche sozial, psychosozial, oder wie man das nennt, Probleme. Und wir versuchen natürlich auch Gruppen zu erreichen, die nicht dieses Selbstbewusstsein haben, hier über die Türschwelle zu schreiten und sagen, hier bin ich, ich brauche, meine Bedürfnisse sind die und die und die. Es gibt genügend Leute, die also nicht verbal sich ausdrücken können, was sie eigentlich brauchen. Dazu gehören eigentlich ganz bestimmt die Migranten. Was natürlich nicht nur ein Sprachproblem ist, sondern eben auch ein kulturelles Problem. Denn die haben ein anderes Schmerzempfinden, die, der Kenntnisstand über HIV ist gleich null. Und in ihren eigenen Communities, ich denk hier gerade an afrikanische Communities ist es leider kein Thema, und falls sich jemand outet, dann wird er doch von seiner Community mehr als geschnitten und n viel größeres Problem als die etablierten Communities sind eben die Leute, die n ungeklärten Aufenthaltsstatus haben, die keinen haben mit dem sie sich unterhalten können, austauschen können. Die versuchen wir zu erreichen, indem wir in das Netzwerk der bereits bestehenden Communities hereingehen und dort Multiplikatoren vor Ort uns aussuchen, die dann die Message weitertragen um das mal hochtrabend zu sagen. Weißt was ich mein, ne?

ja, kulturelle Mediatoren, die in die Szene schickt?

Mediatoren, ja, das war das Wort. Genau. Ne, und wie man zum Beispiel junge Leute oder frisch Infizierte erreichen kann oder könnte, ist mir immer noch ein Rätsel. Sehr viel ergibt sich eigentlich nur im persönlichen Gespräch. Wie sich immer wieder herausstellt. Und, ja, Punkt.

a) Und wenn du jetzt die Arbeit der AIDS-Hilfe siehst, und deinen eigenen Schwerpunkt. Würdest du sagen, dass einige Zielgruppen gut oder besser als andere erreicht werden?

Wen nicht hast du ja eben schon erwähnt, hast du denn das Gefühl dass die anderen Zielgruppen gut erreicht werden?

Ich hab nicht das Gefühl, nur kriegen wir die ganzen Informationen immer von den Anfangszeitfunktionären. Ich habe also sehr wenig, sagen wir mal, direkten Kontakt. Wir hatten hier im Hause mal eine Gruppe aus Simbabwe, positive Frauen, die aber schon das Level des Aktivismus erreicht haben, dass sie sich öffentlich machen und sich nicht von diesem äußeren Druck beeinflussen lassen. Doch die leben in Simbabwe, haben völlig andere Probleme. als sagen wir unsere Migranten und Asylbewerber hier vor Ort, die eigentlich ganz andere Probleme haben. Und eine Gruppe, die wir auch nicht erreichen, obwohl das immer wieder versucht wird, sind eben junge Mädchen oder junge Frauen, die der Beschaffungsprostitution nachgehen, und die völlig andere Probleme haben, als sich über ihren Immunstatus sorgen zu machen. Und zu kümmern. Und bei denen müsste eigentlich die Freierziehung anfangen. Freierziehung klappt viel eher bei männlichen Freiern, die also zu Strichern gehen, als bei Freiern, die zu Frauen gehen, gerade zu Mädels auf dem Straßenstrich. Die erreicht man absolut überhaupt nicht. Und ich mein, das ist relativ einleuchtend, denn keiner von denen gibt das zu, und wie will man die erreichen? Durch n Plakat von der deutschen AIDS-Hilfe, Kondome schützen, ne. Und Hein und Fiete zum Beispiel, die mit ihrer Vor-Ort-Arbeit eben in Stricherkneipen am Tresen sitzen und Ansprechpartner sind, die erreichen zum großen Teil auch die Freier. Und das ist in Hamburg natürlich ganz gut geregelt, dadurch, dass wir punktuell unsere Arbeit machen. Je nach Zielgruppe und es gibt da wirklich ein gutes Hilfswerk. Oder Netzwerk vielmehr.

Gibt es auch einen guten Austausch zwischen dem Netzwerk?

Das ist ja das Schöne hier in Hamburg ist das Ding der kurzen Wege und keiner von uns, obwohl wir alle aus dem gleichen Topf finanziert werden, hat irgendeine Befürchtung im Sinne von Konkurrenzdenken, oder Ellbogen, sondern wir tauschen uns sehr gut aus, dadurch, dass wir eben diese Landesarbeitsgemeinschaft AIDS formiert haben und uns auch erweitert haben auf Organisationen, die nicht Mitglied der deutschen AIDS-Hilfe sind. Das ist eigentlich die Landesarbeitsgemeinschaft AIDS, dass da nur die Mitgliedsorganisationen der DAH¹⁰⁶ unseres Dachverbandes drin sind. Und wir haben uns eben erweitert, was wir sehr sinnvoll sehen, weil wir alle im gleichen Thema arbeiten. Und das erleichtert na-

¹⁰⁶ DAH: Deutsche AIDS-Hilfe

türlich den Hauptamtlern sehr, können sie sich eben kurz ans Telefon hängen und sagen wir mal bei TAMPEP ne Organisation einholen können. Oder dass wir wissen untereinander, wer macht was, und wen kann ich wann erreichen und wie? Und man Klienten dementsprechend informieren kann.

6. Wie ist deine Prognose für die Situation/die Versorgung von HIV-Positiven in Hamburg?

Also, ich glaube, du meinst jetzt die medizinische Versorgung?

Die generelle, das gesamte Versorgungssystem. Nicht nur medizinisch.

Also, ich glaube, es klingt so platt, aber zieht euch warm an. Weil ich glaube, die Gesundheitsreform war erst mal ein Anfang in die negative Richtung. Schon jetzt hat sich herausgestellt, dass viele Nebenwirkungsmanagementtherapien nicht mehr genommen werden können, weil sie a nicht verschreibungspflichtig sind, selber zu bezahlen sind und ich glaube, also die medizinische Situation kann eigentlich nur aufgefangen werden durch so engagierte Schwerpunktsärzte, die natürlich weit über das ihnen zu Verfügung stehende Budget heraus Dinge in die Wege leiten. Sehr häufig auch finanzielle Geschichten, dass sei irgendwelche Labortests durchführen und sich eben die Kosten teilen, Labor und Arzt, weil der Patient es nicht bezahlen kann, es aber von der medizinischen Seite dringend notwendig ist, auch von den Kassen nicht anerkannt wird. Diese langwierigen Auseinandersetzungen mit der Kasse, mit den Kassen, da treten die Ärzte und die Labore lieber in Vorleistung, weil sie eben patientenorientiert arbeiten. Und was, sagen wir mal so, niedrighschwellige offene Angebote anbelangt, so wie hier in der AIDS-Hilfe, Mittwochscafe und Frühstück, oder in den verschiedenen Krankenhäusern von der AIDS-Seelsorge gemeinsam ein Brunchbuffet, kann eigentlich nur gewährleistet weiterhin werden durch privates oder bürgerliches Engagement. Nur ist es natürlich so, viele Leute klagen auf hohem Niveau, andere Leute müssen sich auch einschränken. Und da muss man, da muss man sehen, dass man da den glücklichen Spagat hinkriegt. So, vielmehr fällt mir im Moment nicht ein.

Also, meinst du es wird so sein, dass immer mehr Finanzen, mehr Geld rausgezogen wird?

Das befürchte ich schon. Und die Therapien werden ja nicht preiswerter, im Gegenteil, die Medikamente werden zum Teil teurer. Leute, die infiziert sind, leben viel länger. Unter Umständen brauchen sie ne 6er Therapie, die natürlich sehr viel teurer ist, oder sie sind austherapiert und die Optionen, die sie haben sind so teuer, dass sie kaum mehr verord-

nungsfähig sind. Und da kann man leider von Seiten Gesundheitsförderung, Aktivismus, Patientenaktivismus oder so, wenig ausrichten, weil das eigentlich Einzelfälle sind und bei 40000 Infizierten in Deutschland, ist eine verschwindend kleine Gruppe im Verhältnis zu anderen chronischen Erkrankungen, die dann natürlich einen Unterschied haben: Nicht alle chronischen Erkrankungen sind tödlich endend, so wie es bei HIV der Fall sein könnte.

a) Was könnte sich ändern, wenn jetzt Maßnahmen ergriffen würden?

Meinst du jetzt in Sachen Prävention?

Was dir einfällt.

Also, ganz deutlich ist natürlich das jeder ausgegebene Euro für Prävention sich mindestens verzehnfacht indem man eben die Kosten für Neuinfektionen spart. Und man sollte also auf gar keinen Fall auf die ganzen Präventionskampagnen, egal in welchem Bereich, ob das schwul, bisexuelle Männer sind, oder Allgemeinbevölkerung. Denn wenn man sich überlegt, was ne HIV-Behandlung im Jahr kosten kann, dann ist es extremst kurzsichtig, wenn man an dieser Ecke spart. Und das zieht sich schon in den letzten fünf sechs Jahren wie ein Faden durch unsere Argumentation. Natürlich ist es ethisch bedenklich, wenn man sagt HIV-Behandlung kostet so und soviel Euro im Jahr. So teuer seit ihr lieber Klient, aber ich mein, das ist ein ganz merkantiler Gesichtspunkt und dann muss man auch pragmatisch damit umgehen. Oder zum Beispiel, als Senator Kusch hier diese medienwirksame Aktion, Spritzentausch im Knast abgebaut hat, ist extremst kurzsichtig, denn eine Hepatitisbehandlung kostet den Staat sehr viel mehr Geld als diese Spritzentauschautomaten, was völlig kurzsichtig und dumm ist eigentlich auch. Vielleicht bin ich auch zu sehr behaftet in dem Thema, dass ich leider nur so aus dem Bauch heraus argumentieren kann. (*lacht*). Das ist natürlich immer die Diskrepanz, bist du jetzt in deiner Rolle als Funktionär, sitze ich hier als betroffene Frau, oder sitzt du hier als logisch denkender Mensch, der auch ab und zu mal Zeitung liest.

7. Was würdest du dir wünschen?

Dass zumindest der Status quo erhalten bleibt. Dass wir noch eine bessere Anbindung an die sogenannte Öffentlichkeit, die breite Öffentlichkeit hat. Dass das Thema nicht so ganz aus den Medien verschwindet, so wie es jetzt ist. Dass man ganz normal mit den Leuten umgeht und dass eben die ganzen Hilfsangebote, die es gibt und die auch dringend nötig sind erhalten bleiben oder auch sogar ausgeweitet werden können. Und da würde ich mir

doc ein bisschen größere Solidarität in den einzelnen, ich sag das mal in Anführungsstrichen, Betroffenengruppen wünschen. Denn ein schwuler Mann mit einer Hetenfrau und dann noch ein Junkie dazu, das klappt manchmal nicht so richtig. Und die Solidarität innerhalb der Schwulengruppe, ist ja auch schon sehr unterschiedlich, ob du nun n Lederkerl bist oder, ne, oder sonst wie. Was mir ganz deutlich auffiel bei der Bundespositivenversammlung in Leipzig, das war die achte. Da war ein Mensch da, der hatte einen Virus im Gehirn, also CML, war sprachlich gestört, hatte auch Schwierigkeiten in der Koordination und um den wurde ein weiter Bogen gemacht, so nach dem Motto: Oh, das will ich gar nicht sehen. Der gehört gar nicht zu uns. Und da finde ich, also dieses vielmissbrauchte Wort Solidarität sollte wirklich auch mal gelebt werden. Yes, Madam.

Atmosphäre:

Petra Klüfer und ich trafen uns in der AIDS-Hilfe, nach dem Empfang zum 20-jährigen Bestehen der AIDS-Hilfe. Wir saßen in einem offenen Raum und wurden auch teilweise von Durchlaufenden unterbrochen. Frau Klüfer hatte einen früheren Termin aus gesundheitlichen Gründen abgesagt. Das Interview dauerte ca. 40 Minuten.