

***Teil IV:
Der Aids- und
HIV-Aktivismus
der ersten Generation***

HIV erfordert einen langen Atem ...

Ein Engagement an der Schnittstelle von Gesundheitswesen und Sozialer Arbeit

Zülfukar Çetin im Gespräch mit Veli Duyan

*Veli Duyan ist Professor für Gesundheit in der Sozialen Arbeit an einer Universität in Ankara. In den 1990er Jahren forschte er vor allem zu HIV und Aids. Im Interview, das am 15. März 2017 in Ankara geführt wurde, geht er zunächst auf seine wissenschaftlichen, sozialen und politischen Verbindungen zum Thema ein. Er argumentiert, dass die Soziale Arbeit Aids und HIV in der Türkei überhaupt erst zu einem gesellschaftspolitischen Thema gemacht habe, während davor eine medizinische Perspektive auf die Thematik vorherrschend gewesen sei. Zugleich habe die HIV-Thematik aber auch dazu beigetragen, die Soziale Arbeit in Krankenhäusern zu etablieren. Vor diesem Hintergrund diskutiert Duyan ausführlich die Funktion, die die Soziale Arbeit in Krankenhäusern für Menschen hat, die mit HIV leben. Sie schütze die Patient*in nicht nur vor dem Virus, sondern auch vor Diskriminierung und Stigmatisierung. Der letzte Teil des Interviews behandelt die Geschichte der Aids/HIV-Politik in der Türkei, die sich verändernde Sprache und den allgemeinen gesellschaftlichen Wandel im Bereich der Sexualität.*

Die Rolle der Sozialen Arbeit in der Geschichte von Aids und HIV in der Türkei

Zülfukar Çetin: *Herr Professor, Sie arbeiten seit den 1990er Jahren zu HIV und Aids. Was können Sie vor diesem Hintergrund über sich selbst und ihre wissenschaftlichen, sozialen und politischen Verbindungen zum Thema sagen?*

Veli Duyan: Zu Beginn der 1990er Jahre arbeitete ich als Mitarbeiter der Sozialen Dienste in einem Krankenhaus in Ankara. Dort lernte ich Menschen kennen, die mit HIV lebten, was mich in der Folge dazu brachte, auch dieses Thema zu behandeln. Bis 1998 tat ich dies auf der Basis meiner Arbeit im

Krankenhaus. Als ich danach an die Universität wechselte und anfang, dort zu lehren, setzte ich es im Rahmen meiner wissenschaftlichen Arbeit fort.

Wie würden Sie Ihre Arbeit in den öffentlichen Gesundheitsdiensten konkreter beschreiben? Welche Überschneidungen gibt es zwischen den Gesundheitsdiensten und der Sozialen Arbeit?

Im Krankenhaus gehörte es zur Politik des Hauses, Hilfesuchenden auch finanzielle, administrative und sozialarbeiterische Unterstützung zu offerieren. Das war eine Dienstleistung, die zur Angebotspalette gehörte, und zwar sowohl für ambulante wie für stationäre Patient*innen – bis heute übrigens. Dass mir HIV im Arbeitskontext begegnete, hatte auch damit zu tun, dass das Gesundheitsministerium damals über seine Koordinationsstelle für Soziale Arbeit entsprechende Patient*innen an uns vermittelte. Unsere Schwerpunkte waren Patient*innen der Inneren Medizin, der Chirurgie sowie der Notaufnahme. In der Kinderklinik gab es ein Angebot, das ganz ähnlich gestrickt war. Unser Krankenhaus war also eines der Zentren für die Behandlung von Menschen, die mit HIV leben. Entsprechend der Hauspolitik waren wir als Sozialarbeiter*innen – und insbesondere ich – an dieser Arbeit beteiligt.

*In der Sozialen Arbeit gibt es verschiedene Formen der Arbeit mit Klient*innen, etwa die Ansätze des Empowerment, der Parteilichkeit, der gesellschaftlichen Awareness oder Bewusstseinsbildung oder der individuums- bzw. subjektzentrierten Sozialen Arbeit. Welchen Ansatz verfolgten Sie in der Arbeit mit Menschen, die mit HIV lebten?*

Unsere Ausbildung umfasste das, was Allgemeine Soziale Arbeit genannt wurde. Uns wurde beigebracht, Probleme, die Menschen hatten, in ihren internalisierten, individuellen, familiären und gesellschaftlichen Dimensionen zu erfassen. Es war ein auf das Individuum bezogenes Verständnis, das Sozialisationsinstanzen nicht außer Acht ließ. Es ging um die Zusammenarbeit mit den Klient*innen, um die Arbeit mit Gruppen, oder um sozialintegrative Gruppenarbeit. Immer galt es, die Gesellschaft nicht aus dem Blick zu verlieren, in der das Individuum ja lebt. Daran orientierte sich unsere Ausbildung an der Universität. Damals ging es nicht nur darum, eine bestimmte Theorie zu lehren, wie es heute oft der Fall ist, und auf dieser theoretischen Basis Soziale Arbeit anzubieten. Es ging eher um die Methoden Sozialer Arbeit und ihre Übersetzung in die konkrete Praxis.

Als Sozialarbeiter*innen im Bereich des Gesundheitswesens machten wir nichts anderes. Unsere Angebote fokussierten das Individuum – also

ein krankes Individuum – und sein familiäres Umfeld. Nach den ersten Erfahrungen mit Menschen, die mit HIV lebten, erweiterten wir unser Angebot – ich war da vielleicht der Vorreiter in der Sozialen Arbeit – auch auf die Zeit außerhalb des Krankenhausaufenthaltes. Dadurch umfasste unsere Arbeit auch Hausbesuche und ambulante Behandlungen im Krankenhaus, die außerhalb der regulären Arbeitszeit geleistet wurden. Menschen, die mit HIV lebten und die sich an uns wandten, klagten allzu oft über finanzielle und bürokratische Schwierigkeiten im Alltag.

*Wie würden Sie die wissenschaftliche Arbeit in diesem Bereich beschreiben? Es gibt Ihre Aufsätze zum Thema. Andere Professor*innen haben ebenfalls dazu publiziert, und es gibt die Zeitschrift des HATAM (Hacettepe AIDS Tedavi ve Araştırma Merkezi; Praxis- und Forschungszentrum für Aids-Therapie an der Hacettepe-Universität)¹. Wie bewerten Sie all dies?*

Meine Arbeit umfasst ja zwei Dimensionen. Da ist zum einen die Ebene der Sozialen Arbeit, also die Anwendung am konkreten Menschen, und zum anderen die wissenschaftliche Arbeit, in der ich mich mit akademischen Themen beschäftige. In den Jahren am Krankenhaus schloss ich meinen Master ab und begann mit der Promotion. Ich war also nicht nur in der Sozialen Arbeit tätig, sondern hatte immer auch Verbindungen in die Akademie, was mir in einem erheblichen Umfang Vorteile verschaffte. Ich war immer auf dem Laufenden über die neuesten Entwicklungen in der akademischen Welt, und gleichzeitig arbeitete ich in der Anwendung der Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen. Natürlich hatte es auch 1990 schon viele Klient*innen mit Aids/HIV gegeben. Aber zu einer Verbindung dieser Thematik und der Sozialen Arbeit kam es eigentlich erst durch die Zusammenarbeit der Koordinationsstelle für Soziale Dienste im Gesundheitsministerium und unseres Krankenhauses.

In jener Zeit gab es an einer Universität in Ankara einen Professor, der in dieser Frage sehr sensibilisiert war. Er spielte die Rolle des Vorreiters – und dabei stand nicht nur die medizinische Dimension im Vordergrund. Es ging auch um Fragen der Bildung, der sozialen und psychosozialen Unterstützung und so weiter. So wurde er Vorsitzender einer Organisation, die sich all dieser Fragen annahm. Als Sozialarbeiter und als jemand, der die Gründung von HATAM unterstützt hatte, nahm ich auch an den Bildungsveranstaltungen dieser Organisation als Dozent aus der Praxis teil. Mit manchen Problemen, die in der Vermittlung zwischen Wissenschaft

1 Das HATAM wird auch im Interview mit Umut Güner erwähnt.

und Praxis auftauchten, waren auch wir konfrontiert. Was im Feld passierte und die Art, wie wir Klient*innen begegneten, passte nicht so recht mit dem zusammen, was wir in der Ausbildung gelernt hatten. Wir mussten beispielsweise mit den äußerst starken Ressentiments gegenüber Menschen umgehen, die mit HIV lebten. So kamen wir zu dem, was wir »Soziale Arbeit für Menschen, die nicht sichtbar sind« nannten. Nicht sichtbar meinte in diesem Zusammenhang, dass die Soziale Arbeit, die wir anboten, von niemandem sonst gesehen und zur Kenntnis genommen werden sollte. Wir haben unsere Arbeit unabhängig davon fortgesetzt, ob die Person mit oder ohne HIV lebte.

Wenn Sie es näher betrachten, hat HIV das Thema der längerfristigen bzw. kontinuierlichen Sozialen Arbeit im Krankenhaus überhaupt erst auf die Tagesordnung gebracht. In einer chirurgischen Klinik hielten sich Klient*innen der Sozialen Arbeit während maximal eines Monats auf. Dann wurden sie entlassen und gingen nach Hause. In der Regel benötigten diese Menschen die Soziale Arbeit danach nicht mehr. Aber die Realität von HIV war – und ist immer noch – anders.

Das sind die Erfahrungen, die ich in dem Krankenhaus von 1992 bis zu meinem Ausscheiden im Jahr 1998 gemacht habe, aber auch an der Universität in den Jahren bis 2008, auch wenn sie nun nur noch indirekt waren. Ich kann also auf über zehn Jahre Tätigkeit in diesem Feld zurückblicken. Das müssen wir meines Erachtens berücksichtigen. HIV erfordert in der Sozialen Arbeit einen langen Atem, denn die Krankheit hat nicht nur körperliche und ökonomische, sondern auch soziale, seelische, spirituelle und geistige Dimensionen. Die psychosoziale Unterstützung muss auf diese Komplexität ausgerichtet sein, das habe ich gelernt.

Die Aids-Arbeit außerhalb von Krankenhäusern: Aids/HIV als nicht nur medizinisches Problem und das öffentliche Sprechen über Sexualität

Gibt es denn außerhalb des Krankenhauses Dinge, die in diesem Bereich erreicht wurden? Damals war in diesem Bereich ja auch der AİDS Savaşım Derneği (Verein für den Kampf gegen Aids)² aktiv.

2 Vgl. dazu auch die Interviews mit Deniz, Doğan Güneş Tomruk, Muhtar Çokar, Tuğrul Erbaydar, Umut Güner und Yasin Erkaymaz.

Es gab einige Sachen, die durch das HATAM angeregt wurden. Zunächst einmal trug das HATAM ja nur schon dazu bei, dass HIV in der Türkei und an der Hacettepe-Universität sichtbar wurde. Und diese Sichtbarkeit umfasste nicht nur die Behandlung und Pflege der Kranken. Das wurde im Krankenhaus, in der Infektiologie, in der Chirurgie oder in der Frauenheilkunde, ohnehin gemacht. Es ging zugleich darum, ein gesellschaftliches Bewusstsein in Bezug auf HIV zu schaffen. Damals wurde natürlich nicht HIV gesagt, sondern Aids. Die Krankheit hieß ja Aids und die Kranken wurden entsprechend auch Aids-krank genannt.

Im Rahmen des HATAM – aber auch unabhängig davon – fingen wir an, mit Studierenden zum Thema zu arbeiten. In der Zeit wurde AİDS Savařım Derneęi gegründet, konnte sich aber nicht so lange halten. Dann unterstützten der *Türk Eczacıları Birlięi* (TEB; Türkischer Verband der Apotheker*innen) und das Gesundheitsministerium viele Projekte in diesem Bereich. So kam es, dass wir fast überall in der Türkei Weiterbildungen für Menschen anboten, die mit HIV-Positiven arbeiteten: Mitarbeitende in der Sozialen Arbeit, ärztliches und pflegendes Personal von Krankenhäusern. Dies beinhaltete auch, dass wir später noch einmal hingingen und Rückmeldungen zum angebotenen Programm einholten.

Darüber hinaus gibt das HATAM eine Zeitschrift heraus, die dabei hilft, wissenschaftliche Publikationen zum Thema zu verbreiten und HIV sichtbar zu machen. Auch wenn sie jetzt nicht mehr so häufig erscheint, dient sie doch dazu, wissenschaftlichen Arbeiten aus anderen Ländern eine Öffentlichkeit in der Türkei zu verschaffen. Damals schuf die Zeitschrift ein Forum, wo verschiedene Dimensionen der Krankheit mit anderen geteilt, beschrieben und diskutiert werden konnten. Dann gab es auf nationaler und internationaler Ebene Kongresse, die aber nicht langfristig angelegt waren. Es gab aber auch ein Buch, das mehrfach aufgelegt wurde und immer den aktuellsten Stand zu Aids und HIV beinhaltete, das *Güncel Bilgiler Iřıęında HIV/AIDS* (HIV/Aids im Licht des aktuellen Wissens).

Natürlich leisteten wir nicht nur Informationsarbeit und arbeiteten wir nicht nur mit und für Patient*innen. Wir forschten auch zu den gesellschaftlichen Einstellungen in Bezug auf Patient*innen. Wir konzipierten Arbeiten über Patient*innen in der Notaufnahme, in der Geburtsstation, der Gynäkologie oder in der Chirurgie. Das Personal in diesen Bereichen musste sensibilisiert und sein Wissensstand erhöht werden. Darüber hinaus evaluierten wir, ob und wie wirkungsvoll die Arbeit war, die wir taten. Mit anderen Worten: Wir arbeiteten im angewandten bzw. praktischen Be-

reich. Aber es wurden auch Studien durchgeführt, die zeigen sollten, welche Dinge aus der Wissenschaft in der Praxis gebraucht werden konnten. Es kam ja vor, dass eine schwangere Frau mit HIV während der Geburt oder während eines Schwangerschaftsabbruchs behandelt werden musste und die Kolleg*innen das nicht tun wollten. Dasselbe galt für Chirurg*innen oder Ärzt*innen und Pflegepersonal in der Notaufnahme. Sie wurden fortgebildet, sodass Praxis und Wissenschaft in eine Art Gleichklang gebracht wurden. Die Interaktion dieser Bereiche wurde auch durch uns – oder in den Jahren, in denen ich in diesem Krankenhaus arbeitete: auch durch mich – ins Laufen gebracht.

*Inwiefern trug Ihre Arbeit – also Ihr eigenes Engagement und das der anderen Professor*innen bei HATAM – dazu bei, dass Aids und HIV nicht mehr ausschließlich als medizinisches, sondern als gesellschaftlichen Problem betrachtet wurde und damit auch politisiert werden konnte?*

Es ist schwer zu sagen, inwieweit HIV jenseits der Aspekte, von denen ich vorhin gesprochen habe, zu einem politischen Thema wurde. Was aber sicher geschah, ist dies: Durch unsere Arbeit zu HIV sind Fragen der Sexualität in die Tätigkeit der Sozialen Arbeit eingeflossen. Denn Sexualität ist einer der Hauptübertragungswege, zumindest wenn sie ungeschützt praktiziert wird. Das war keine einfache Sache, denn es ging ja nicht nur um die Sexualität der Heterosexuellen. Mit HIV rückten auch verschiedene andere sexuelle Orientierungen ins Blickfeld. Parallel dazu wurde auch Kaos GL als Organisation sichtbar.³ Unter anderem wurde dort mit homosexuellen Menschen gearbeitet, die von HIV betroffen waren. Und in der Vereinszeitschrift erschienen Texte zu HIV und Homosexualität. Auch heute noch führt Kaos GL in diesem Bereich Projekte durch.

Ich glaube, ich war der erste, der in der Sozialen Arbeit einige Forschungsprojekte zu diesem Thema verwirklicht hat. Und diese Projekte trugen zur Sichtbarkeit von Menschen bei, die als anders galten. Während es in anderen Ländern bis zu einem gewissen Grad zu einer Abkehr von der Gleichsetzung von HIV und Homosexualität kam, indem festgestellt wurde, dass die Krankheit auch unter Heterosexuellen verbreitet war, wurde in der Türkei plötzlich die Realität der Homosexuellen sichtbar und so wurde HIV als Homosexuellenkrankheit definiert. Neben ein paar Fällen, die durch die Blutspenden über den Roten Halbmond verursacht

3 Vgl. dazu insbesondere die Interviews mit Tuğrul Erbaydar und Umut Güner.

wurden, gab es auch in den Zeitungen Bilder von Menschen, die mit HIV lebten. Einige von ihnen wurden als homosexuell präsentiert und das Leben mancher positiven Homosexuellen wurde in den Medien als noch tragischer dargestellt.

All dies führte aber in einem gewissen Sinne dazu, dass Sexualität einfacher artikulierbar wurde. Gleichzeitig bewirkte es auch, dass manche sexuellen Praktiken – das Benutzen von Kondomen oder Monogamie – überdacht wurden. Darüber hinaus konnte dadurch der Welt-Aids-Tag auch in der Türkei verankert werden.

Sie haben gesagt, dass es mit der HIV-Thematik auch einfacher geworden sei, über verschiedene sexuelle Praktiken zu sprechen. Ich fasse das einmal provokativ zusammen: »Zum Glück gab es HIV und Aids, denn sie führten in der Türkei zu einem gesellschaftlichen Wandel.«

Daran gibt es nichts Glückliches. Klar, über Sexualität und Diversität muss gesprochen werden. Aber es wäre grausam, so etwas zu sagen. Natürlich verschob sich die Debatte in der Türkei in diesem Zusammenhang. Aber dazu gehörte eben auch, dass andere sexuelle Orientierungen und Identitäten nun leichter stigmatisiert werden konnten. Das darf man auch nicht aus dem Blick verlieren. Die westliche Definition als Homosexuellenkrankheit wurde also in einem gewissen Sinn auch hier aufgenommen. Unter den Menschen mit HIV, die mir begegneten, gab es homosexuelle und heterosexuelle, wohlhabende und arme. Als Berufsgruppe der Sozialen Arbeit hatten wir natürlich eher mit den Armen zu tun. Aber letztlich können sich ja alle Menschen mit HIV infizieren.

Das Sprechen und Schreiben über Sexualität stand im Vordergrund meines persönlichen Interesses wie auch meiner Tätigkeit in der Sozialen Arbeit. Und ich war auch derjenige, der damals in der Sozialen Arbeit die erste Einstellungsskala bezüglich der Sexualität und der sexuellen Verhaltensnormen entworfen hat. Danach erkannten wir, dass weitere Forschungen notwendig waren. Neben den Einstellungen in Bezug auf HIV galt es auch, jene über die Homosexuellen mess- und beurteilbar zu machen. In dem Bereich ist Gregory Herek tätig, der über gesellschaftliche Einstellungen zu Homosexualität arbeitet. Vielleicht kennen Sie ihn? Ich kontaktierte Herek per E-Mail, übersetzte seine Einstellungsskala ins Türkische und passte sie auf die Türkei an. So entstand die in der Türkei am häufigsten verwendete Skala für Einstellungen in Bezug auf Homosexuelle.

Die Tätigkeit direkt Betroffener in der Sozialen Arbeit und die Frage der Parteilichkeit und der positiven Diskriminierung

In der Sozialen Arbeit entstand also ein Bewusstsein für die Spezifika von Aids und HIV. Gab es denn auch Menschen, die mit HIV lebten und zugleich hauptamtlich in der Sozialen Arbeit tätig waren?

Ich kenne nur eine Person, die mit HIV lebte und im Krankenhaus arbeitete, als ich dort war. Dazu kam es aufgrund der Unterstützung durch Professor X⁴ von der medizinischen Fakultät und durch das Ministerium. Eine HIV-positive Person, die in der Sozialen Arbeit tätig war, kenne ich nicht. Daneben gibt es aber eine Menge Kolleg*innen mit anderer sexueller Orientierung.

Wie kommt die Personalpolitik zustande? Gibt es bewusste Entscheidungen, wer eingestellt werden soll oder ist das eher ein Zufall?

Na, wenn ich mich recht erinnere, brauchte diese Person eine Arbeit. Und dann wurden irgendwie, aufgrund der gesellschaftlichen Sensibilität für die besondere Situation von HIV-Positiven, solche Projekte initiiert und sie konnte eingestellt werden.

In manchen Ländern des Westens gibt es Ansätze zu sagen, dass jemand, der Schwule beraten möchte, im Idealfall selbst schwul sein sollte. Wenn es um Frauen geht, sollte die Beraterin weiblich sein et cetera.

Nein, so etwas gibt es bei uns nicht. In unserem Bildungssystem ist das nicht vorgesehen. Die erste Ausbildungsstätte in der Türkei wurde an der Hacettepe-Universität gegründet und hieß Hochschule für Soziale Arbeit an der Hacettepe-Universität. Zwischenzeitlich gab es auch ein Institut für Soziale Arbeit an derselben Universität. Das, wovon Sie sprechen, wäre dort niemals akzeptiert worden, das war kein Thema. Ich erinnere mich nicht einmal an einen Ausbildungsinhalt, der »Menschen, die mit HIV leben« oder »Menschen mit anderer sexueller Orientierung« heißen hätte. Später jedoch wurden die Themen HIV, Aids, Homosexualität, Einstellungen gegenüber Homosexuellen et cetera zentral für die Soziale Arbeit. In der Ausbildung wird heute nicht nur in Bezug auf Homosexualität, sondern ganz allgemein ein immer größerer Schwerpunkt auf Diversität

4 Anonymisierung durch die Herausgeber.

gelegt. An meiner Universität etwa haben wir vielfältige Lebensentwürfe mit in den Lehrplan aufgenommen.

Inwiefern betrachten Sie die Parteilichkeit als Aspekt der Sozialen Arbeit?

Bei uns dürfte wohl die positive Diskriminierung, wie wir es nennen, im Vordergrund stehen, insbesondere in Bezug auf Frauen, Kinder, Menschen mit Behinderung oder Menschen, die allgemein anders sind. Persönlich denke ich, dass jede Form der Diskriminierung unangemessen ist. Es gibt keine Gruppe, die durch positive Diskriminierung gestärkt worden wäre. Selbstverständlich haben wir in der Sozialen Arbeit besondere Bevölkerungsgruppen im Blick. Aber wir bringen niemandem bei zu »diskriminieren«. Selbst wenn sie von »positiver Diskriminierung« sprechen, diskriminieren sie die betroffenen Menschen und beteiligen sich an deren Othering.

Sie meinen, dass damit Individuen auf ein bestimmtes Identitätsmerkmal oder eine Kategorie reduziert würden?

Ja, aber ich glaube nicht, dass das jemand braucht. Soziale Arbeit ist selbstverständlich dazu da, Probleme von Menschen zu lösen und sich dafür einzusetzen, dass ihre Bedürfnisse befriedigt werden. Auf diese Weise sollten Menschen unterstützt werden. Und dabei steht stets der größtmögliche Nutzen für sie im Vordergrund. Aber mich würde es stören, dabei eine Bevölkerungsgruppe nach vorn zu stellen oder in ihrem Sinn parteiisch zu sein. Natürlich stehen die in der Sozialen Arbeit tätigen Personen immer an der Seite der Schwachen und Bedürftigen. Die prioritäre Aufgabe ist die Soziale Arbeit, die Hilfe, das Kümern um soziale Probleme oder juristische Ungerechtigkeiten.

Doch wenn wir es philosophisch betrachten: Würden wir nicht den Rest vernachlässigen, wenn wir parteiisch sind? Gehen wir einmal davon aus, dass wir die Homosexuellen unterstützen wollten. Sie sollen in der Gesellschaft sichtbarer sein, mehr Akzeptanz erfahren. Dazu würden wir, wie sie vorhin sagten, die Einstellungspolitik beeinflussen. Warum aber sollte ich jemanden einstellen, nur weil ich Menschen aufgrund ihrer homosexuellen Identität positiv diskriminieren möchte? Was mir wichtig ist, ist das Engagement für Gerechtigkeit und Gleichberechtigung für alle Menschen.

Vielleicht habe ich mich ungenau ausgedrückt. Was ich fragen wollte, war dies: Angenommen es gibt einen Bedarf an psychosozialer Beratung zu HIV

und Aids. Werden Personen, die sich in diesem Bereich weitergebildet haben und zufällig auch HIV-positiv sind, bevorzugt eingestellt? Sie bringen ja eigene Erfahrungen mit dem Thema wie auch die nötigen professionellen Kenntnisse mit.

Also, ich könnte mich da an keine Bevorzugung erinnern. Nun gibt es in der Türkei im Moment zahlreiche Menschen aus Syrien. Auf dem Arbeitsmarkt haben Syrer*innen, die sowohl Arabisch als auch Türkisch sprechen, sicher bessere Chancen. Das ist, ich sage das in Anführungsstrichen, ein pragmatisches und praktisches Vorgehen. Aber ist es notwendig, selbst mit HIV zu leben, um die psychosoziale Situation einer Person zu verstehen, die mit HIV lebt? Oder, andersherum, wird eine Person, die selbst mit HIV lebt, einem anderen Menschen, der auch mit HIV lebt, automatisch adäquat begegnen – empathisch, neutral, ohne ihn zu verurteilen, mit genug Zeit und Zuwendung?

Wenn es sich um eine Freundschaft handelt, ein soziales Umfeld, ein Unterstützungsnetzwerk, ein Coaching oder eine Lebensbewältigungshilfe, dann würde ich das bejahen, klar. In einem solchen Rahmen kann ein Mensch, der dasselbe Problem hat, einem anderen Menschen mit diesem Problem vielleicht besser helfen. Aber dabei würde ich die Professionalität der Hilfe infrage stellen. Damit jemand von der Sozialen Arbeit den Schmerz versteht, den ein Mensch, der mit HIV lebt, unter Umständen fühlt, muss diese Person nicht selbst mit HIV leben. Wenn das so wäre, müssten in der Sozialen Arbeit Menschen mit acht Milliarden verschiedenen Identitäten tätig sein. Beschäftigte in der Sozialen Arbeit müssen vielmehr die kognitiven, emotionalen, spirituellen, sozialen und körperlichen Bedürfnisse leidender Menschen verstehen können und zugleich so großzügig sein, dass sie sie zu ihren Erfolgen beglückwünschen können. Wenn das nicht klappt, können sie gar nicht in diesem Bereich arbeiten, dann haben sie bloß ein Diplom.

Aids/HIV-Politik, Sprache und gesellschaftlicher Wandel seit den 1990er Jahren

Sie arbeiteten von 1992 bis 2008 in diesem Bereich. Das ist eine lange Zeit. Wie denken Sie angesichts dieser Erfahrungen über die offizielle Aids- und HIV-Politik? Wie hat sich die Gesundheitspolitik in diesem Bereich – vielleicht gehören auch andere übertragbare Krankheiten in diesen Kontext –

entwickelt? Gab es Grenzen? Wo stehen wir heute? Haben Sie das in all den Jahren verfolgt?

In mancherlei Hinsicht tat ich das, ja. Allerdings befinden sich die Türkei und auch das Gesundheitsministerium in einem weitreichenden Umstrukturierungsprozess. Soweit ich weiß, geht die Entwicklung hin zu kleineren Einheiten und damit auch zum Mikromanagement. Nach unseren Bildungsangeboten zu HIV hat es eine sehr lange Zeit gar nichts mehr gegeben. Erst in diesem Sommer erhielt ich einen Anruf, in dem mir erzählt wurde, dass etwas passieren soll. Und ich wurde gefragt, ob ich teilnehmen wolle. Aber dazu gibt es noch nichts Konkretes.

Aber auch dies gehört zur Wahrheit: In den ersten Jahren, als ich noch im Krankenhaus arbeitete, sahen wir Krankenakten, auf die mit rotem Stift »HIV-positiv« geschrieben worden war. Auf Lungenbildern fanden sich Informationen wie der Name und der HIV-Status der Patient*innen. Es gab kein Bewusstsein für diese Thematik. Heute sehe ich, dass diese mangelnde Sensibilität aus den Universitätskrankenhäusern wie aus den Krankenhäusern, die dem Gesundheitsministerium angegliedert sind, verschwunden ist. Es wird auf Verschwiegenheit und Datenschutz geachtet, egal ob die Menschen mit oder ohne HIV leben. Es gibt, zumindest offiziell, Prozeduren, die sich herausgebildet haben. Es ist gesetzlich festgelegt, wem und auf welche Weise sexuell übertragbare Krankheiten mitgeteilt werden müssen.

*Früher gab es ein Codierungssystem, aus dem sich die Identität der Patient*innen nicht ableiten ließ, einen gewissen Schutz der Daten.*

Dasselbe System haben wir noch heute. Es ist nur leicht fortentwickelt worden, um die Daten noch besser zu schützen.

Ist es denn wirklich sicher in Bezug auf den Datenschutz und die Anonymisierung?

Denken Sie an WikiLeaks. Nicht einmal die CIA ist da sicher ...

Wir können also davon ausgehen, dass die offizielle Gesundheitspolitik zumindest in den Prozeduren für eine Verbesserung gesorgt hat?

Ich glaube, es gab sogar einen allgemeinen gesellschaftlichen Wandel in diesem Land. Und im Zuge dieses Wandels wurden manche Sachen besser erkennbar. Ich führte zum Beispiel eine Drei-Generationen-Studie durch und sah mir die Einstellungen gegenüber Homosexuellen an: Jugendliche, die an einer Universität studieren, ihre Eltern, ihre Großeltern. Das

erschien in einer internationalen Zeitschrift. Die Einstellungen entwickeln sich, relativ gesehen, zum Besseren. Diese Gesellschaft ist nicht mehr die Gesellschaft von vor einhundert Jahren. Es ist nicht einmal mehr die Gesellschaft unserer Eltern. Ich kann das in Bezug auf mich selbst in Seelenruhe sagen: Es ist nicht einmal mehr die Gesellschaft meiner eigenen Jugend.

Sie hatten davon gesprochen, dass Aids zunächst als medizinisches Problem betrachtet wurde, dann aber zunehmend auch die gesellschaftlichen Aspekte in den Vordergrund traten. Wurde Aids damit auch zu einem politischen Thema?

Selbstverständlich. Im Endeffekt ist ja jedes Thema politisch. Wie sollten wir uns denn etwas Nicht-Politisches vorstellen? So betrachtet, sprechen Sie, wenn Sie HIV thematisieren, immer schon von der Gesundheitspolitik, von der Justizpolitik, von der Sexual- bzw. der Reproduktionspolitik. Und darüber hinaus müssen wir uns auch die Bildungspolitik anschauen.

Auch viele Begriffe in diesem Bereich haben ja einen politischen Hintergrund. In Ihren Aufsätzen bin ich über einige Begriffe gestolpert, etwa »Risikogruppe« oder »riskante Verhaltensweisen«. Wie werden diese Begriffe heute benutzt? Wie beurteilen Sie die Entwicklungen in dieser Hinsicht?

Früher wurde »Risikogruppe« verwendet, manche tun das auch heute noch. Im Unterschied dazu versuchten wir, die Begriffe weiterzuentwickeln. Statt »Risikogruppe« sprachen wir beispielsweise von »besonderer Bevölkerungsgruppe«. Das Wort »Risiko« klingt nach einem Krisenbegriff, der zu negativen Konnotationen führt. Wenn sie aber »besonders« sagen, ist das ein bisschen anders. Die Sprache hat ja eine große Macht. Ich weiß natürlich nicht mehr genau, wie wir im Jahr 1992 sprachen, aber die Sprache verweist immer auch auf die politische Perspektive, steht für eine bestimmte Sicht auf das Leben, zeigt, wie sie eine Person wahrnehmen. Wenn die Sprache aggressiv ist, diskriminiert oder sich gegen Inklusion richtet, hat sie in der Sozialen Arbeit nichts zu suchen. In solchen Fällen muss man auch daran zweifeln, ob jemand ein*e gute*r Staatsbürger*in ist ... Ich kann sagen, dass ich deswegen von Anfang an auf die Sprache geachtet habe.

Dabei halfen mir auch Erfahrungen, die ich mit anderen als meiner eigenen Sprache, dem Türkischen, machte. In einer Arbeit, die ich ins Ausland schickte, hatte ich den Begriff *kör* verwendet und ihn als »blind« ins Englische übersetzt. So sagen wir das im Türkischen, auch der Verein von und für blinde Menschen heißt »Blinden-Föderation« (*Körler Federasyonu*). Doch

genau wegen dieses Begriffs wurde die Arbeit zurückgewiesen, mit der Begründung, dass es sich um einen stigmatisierenden Begriff handle. Die Sprache darf also von Anfang an nicht abwertend sein, nicht ausgrenzend sein. Vielleicht schleicht sich aufgrund der umgangssprachlichen Verwendung von Begriffen auch bei mir gelegentlich so etwas ein. Aber ich versuche, sehr sorgfältig mit der Sprache umzugehen. In Aufsätzen verdoppelt sich diese Anstrengung vielleicht sogar.

Wie steht es denn um die Sprachpolitik der Institutionen, Organisationen und Gruppen in diesem Bereich? Sie sagten ja, dass manche immer noch den Begriff »Risikogruppen« benutzen.

Manche versuchen, auf diese Weise sich selbst zu schützen, zumindest vermeintlich. Am Ende müssen sie doch erkennen, dass das, was sie damit von sich weisen wollen, zu etwas »Fremdem« wird. Das kann niemals eine Basis für Prävention sein.

Was ist Ihre Meinung bezüglich des Begriffs der »Risikogruppen« oder der »Gruppen mit riskantem Verhalten«? Wer verhält sich denn überhaupt riskant?

Die Bewertung, ob ein bestimmtes Verhalten ein Risiko birgt oder nicht, kann auf unterschiedliche Weise erfolgen. Wenn sie ungeschützten Geschlechtsverkehr haben und monogam leben, ist das kein Risiko. Aber gemessen woran? Vielleicht birgt es kein Risiko, sich mit HIV oder einer anderen sexuell übertragbaren Krankheit anzustecken. Aber wenn wir annehmen, dass sie im Moment kein Kind bekommen möchten, dann kann dieselbe sexuelle Verhaltensweise auch für sie ein Problem darstellen. Das Verhalten muss in seinem Kontext betrachtet werden. Ein und dieselbe Verhaltensweise kann zu verschiedenen Zeiten und an verschiedenen Orten ganz anders bewertet werden.

*Vielfach wurde eine riskante Verhaltensweise vor allem den Sexarbeiter*innen, Trans*-Frauen und Homosexuellen zugeschrieben.*

Das sind Begriffe des zweiten Jahrtausends. Natürlich sind diese Gruppen von Menschen gefährdet, was solche Krankheiten angeht. Gleichzeitig besitzen sie auch das Wissen, die Fähigkeiten und die Mittel, ihre sexuellen Kontakte geschützt einzugehen. Wenn eine Krankheit also sexuell übertragen wird, sie sich aber immer schützen, sind sie mit Blick auf eine Infektion mit dieser Krankheit nicht gefährdet.

Seit dem Aufkommen von PrePs, einer wirksamen Präexpositionsprophylaxe, wird vor allem in den USA eine medikamentöse Verhinderung von HIV-Infektionen propagiert. Auch manche Aids- und HIV-Organisationen in Europa versuchen, dies in die Debatte einzubringen. Was ist ihre Meinung dazu?

Bei ungeschütztem Sexualverkehr steht natürlich die Gesundheit im Vordergrund. Und das ist keine Sache, die nur das Individuum verpflichtet. Es geht auch um das nahe Umfeld, um das Meso-Umfeld sowie das Makro-Umfeld und eigentlich die ganze Welt. Ein Mensch, der mit HIV lebt, kann die ganze Welt beeinflussen. Deswegen müssen alle Arbeiten in diesem Bereich unterstützt werden. Aber wenn Sie es so betrachten, ist ungeschützter Sex auch mit diesem Medikament eigentlich nur Sex ohne Kondom. Und die Menschen müssen ja auch an dieses Medikament herankommen, sie müssen genug Geld dafür haben.

Ich glaube, es sind 800 Dollar⁵ im Monat.

800 Dollar im Monat. Wenn Sie sich unseren Mindestlohn⁶ anschauen ...

Wer hat unter diesen Umständen überhaupt Zugang zu den Medikamenten?

Wer rankommt, kommt ran. Wenn es jemand will, wird es gehen. Aber die Benutzung dieses Medikaments bedeutet zugleich ja auch: »Ich habe mit mehr als einem Menschen Sex.« Das bedeutet, das braucht auch eine flankierende Politik ...

Ein letztes Wort vielleicht: Die Soziale Arbeit stellt das Individuum in den Mittelpunkt. In Bezug auf HIV ist es das Individuum, das mit HIV lebt. Aber zugleich steht immer auch die Gesellschaft im Mittelpunkt. Das Individuum muss lernen, in seiner Gesellschaft mit HIV zu leben, aber die Gesellschaft muss auch lernen, dass Individuen, die mit HIV leben, zu ihr gehören. Und mir scheint, dass das über die Soziale Arbeit vermittelt wird.

5 Das entspricht etwa 675 € (Stand vom 13.05.2018).

6 Der monatliche Bruttomindestlohn beträgt in der Türkei im Jahr 2018 insgesamt 2.029 TL, was rund 400 € entspricht (Stand vom 13.05.2018).