

Aids und HIV in der Türkei

Geschichten und Perspektiven
einer emanzipatorischen Gesundheitspolitik



Zülfukar Çetin, Peter-Paul Bänziger (Hg.)
Aids und HIV in der Türkei

Die Reihe »Angewandte Sexualwissenschaft« sucht den Dialog: Sie ist interdisziplinär angelegt und zielt insbesondere auf die Verbindung von Theorie und Praxis. Vertreter_innen aus wissenschaftlichen Institutionen und aus Praxisprojekten wie Beratungsstellen und Selbstorganisationen kommen auf Augenhöhe miteinander ins Gespräch. Auf diese Weise sollen die bisher oft langwierigen Transferprozesse verringert werden, durch die praktische Erfahrungen erst spät in wissenschaftlichen Institutionen Eingang finden. Gleichzeitig kann die Wissenschaft so zur Fundierung und Kontextualisierung neuer Konzepte beitragen.

Der Reihe liegt ein positives Verständnis von Sexualität zugrunde. Der Fokus liegt auf der Frage, wie ein selbstbestimmter und wertschätzender Umgang mit Geschlecht und Sexualität in der Gesellschaft gefördert werden kann. Sexualität wird dabei in ihrer Eingebundenheit in gesellschaftliche Zusammenhänge betrachtet: In der modernen bürgerlichen Gesellschaft ist sie ein Lebensbereich, in dem sich Geschlechter-, Klassen- und rassistische Verhältnisse sowie weltanschauliche Vorgaben – oft konflikthaft – verschränken. Zugleich erfolgen hier Aushandlungen über die offene und Vielfalt akzeptierende Fortentwicklung der Gesellschaft.

BAND 16

ANGEWANDTE SEXUALWISSENSCHAFT

Herausgegeben von Ulrike Busch, Harald Stumpe,
Heinz-Jürgen Voß und Konrad Weller
Institut für Angewandte Sexualwissenschaft
an der Hochschule Merseburg

Zülfukar Çetin, Peter-Paul Bänziger (Hg.)

Aids und HIV in der Türkei

**Geschichten und Perspektiven
einer emanzipatorischen Gesundheitspolitik**

Psychozial-Verlag

Die Übersetzung der Interviews aus dem Türkischen und die Realisierung des Buchs wurden durch die Hochschule Merseburg ermöglicht.

Die Open-Access-Publikation wurde durch eine Förderung des Bundesministerium für Bildung und Forschung ermöglicht.

Dieses Werk ist lizenziert unter der Creative Commons Attribution-NonCommercial-NoDerivs 3.0 DE Lizenz (CC BY-NC-ND 3.0 DE). Diese Lizenz erlaubt die private Nutzung und unveränderte Weitergabe, verbietet jedoch die Bearbeitung und kommerzielle Nutzung.

Weitere Informationen finden Sie unter:

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/de/>



Die Bedingungen der Creative-Commons-Lizenz gelten nur für Originalmaterial. Die Wiederverwendung von Material aus anderen Quellen (gekennzeichnet mit Quellenangabe) wie z. B. Schaubilder, Abbildungen, Fotos und Textauszüge erfordert ggf. weitere Nutzungsgenehmigungen durch den jeweiligen Rechteinhaber.

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek
Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

Originalausgabe

© 2018 Psychosozial-Verlag, Gießen

E-Mail: info@psychosozial-verlag.de

www.psychosozial-verlag.de

Alle Rechte vorbehalten. Kein Teil des Werkes darf in irgendeiner Form (durch Fotografie, Mikrofilm oder andere Verfahren) ohne schriftliche

Genehmigung des Verlages reproduziert oder unter Verwendung elektronischer Systeme verarbeitet, vervielfältigt oder verbreitet werden.

Übersetzung: Koray Yilmaz-Günay

Umschlagabbildung: Zülfukar Çetin & Peter-Paul, Bänziger, Fotocollage (Ausschnitte aus türkischen Zeitungen der 1980er/90er Jahre über HIV/AIDS), 2018

Umschlaggestaltung & Innenlayout nach Entwürfen von Hanspeter Ludwig, Wetzlar

ISBN 978-3-8379-2826-6 (Print)

ISBN 978-3-8379-7457-7 (E-Book-PDF)

ISSN 2367-2420 (Print)

<https://doi.org/10.30820/9783837974577>

Inhalt

Jenseits des Modellfalls 9
Erzählungen über Aids und HIV in Europa – eine Einleitung
Peter-Paul Bänziger & Zülfukar Çetin

Teil I: Queere Stimmen und Trans*Positionen zur Gegenwart

**Aber irgendwie muss man es auch schaffen,
so zu leben, als sei man nie damit konfrontiert worden ...** 37
Ein Leben zwischen Schwulenszene
und positivem HIV-Status
Zülfukar Çetin im Gespräch mit Efe

**Die Menschen hier betreiben ihren Aktivismus
in dem Bewusstsein, dass ein einziger ihrer Sätze
der gesamten Gruppe schaden könnte ...** 55
Ein Kampf für die sexuelle Gesundheit und die Rechte
von Sexarbeiter*innen zwischen lokalen Interventionen
und transnationalen Bündnissen
Zülfukar Çetin im Gespräch mit Kemal Ördek

**Wir sind an einem Punkt angelangt,
wo etwas passieren muss ...** 85
Ein aktivistisches Leben
als kurdisch-alevitische Trans*-Sexarbeiterin
Zülfukar Çetin im Gespräch mit Buse Kılıçkaya

Teil II: Selbstorganisation und Positives Leben

**Wenn man das konservative Regime fragt,
haben nur heterosexuell Verheiratete Sex ...** 103
Aids/HIV, Sexualität und Menschenrechtsaktivismus
unter der AKP-Regierung
Zülfukar Çetin im Gespräch mit Canberk Harmancı

**Jede vermeintlich vulnerable Gruppe
wird ja durch das System erst erzeugt ...** 125
Die Geschichte und Gegenwart von Aids und HIV
aus der Perspektive von Basisorganisationen
Zülfukar Çetin im Gespräch mit Yasin Erkamaz

**Der Ansatz, vom Kampf auszugehen,
treibt die HIV-Positiven in den Untergrund ...** 149
Die Ambivalenzen der Aids/HIV-Arbeit
zwischen Prävention und Antidiskriminierung
Zülfukar Çetin im Gespräch mit Arzu Rezzan Sunam

Teil III: Die Professionalisierung der Aids/HIV-Arbeit

**Wir könnten die Geschichte von Aids in der Türkei mit der
Gründung der Nationalen Aids-Kommission beginnen lassen ...** 169
Ein Gespräch über Periodisierungen, Begriffe
und die aktuelle Gesundheitspolitik in der Türkei
*Zülfukar Çetin im Gespräch mit
Doğan Güneş Tomruk und Muhtar Çokar*

**Wir müssen lernen, unsere Unterschiedlichkeit und unsere
verschiedenen Arbeitsweisen als Bereicherung anzusehen ...** 187
Von der Dominanz der Gesundheitsfachkräfte
zur Vielfalt der Basisorganisationen
Zülfukar Çetin im Gespräch mit Umut Güner

Ich würde sogar sagen, dass das Gedächtnis des Gesundheitsministeriums nach 2006 oder 2007 irgendwie gelöscht wurde ...	199
Globale Entwicklungen, negative Einflüsse aus dem Westen und lokale Auseinandersetzungen <i>Zülfukar Çetin im Gespräch mit Muhtar Çokar</i>	
Teil IV: Der Aids- und HIV-Aktivismus der ersten Generation	
HIV erfordert einen langen Atem ...	225
Ein Engagement an der Schnittstelle von Gesundheitswesen und Sozialer Arbeit <i>Zülfukar Çetin im Gespräch mit Veli Duyan</i>	
Ich denke immer, dass das Zurverfügungstellen von Projektmitteln auch ein Manipulationsmechanismus ist ...	239
Ein Plädoyer gegen den Diskursimperialismus und die zunehmende Projektorientierung in der internationalen Gesundheitsförderung <i>Zülfukar Çetin im Gespräch mit Tuğrul Erbaydar</i>	
Es ist eine Krankheit, die zu einem bösartigen Gespenst geworden ist – ein Gespenst, das aus Diskriminierung und Stigma gewebt wurde ...	269
Die Geschichte von Aids/HIV und die aktuelle Gesundheitspolitik aus der Perspektive eines*r Ärzt*in <i>Zülfukar Çetin im Gespräch mit Deniz</i>	
M. – Das Gespenst einer Aids-Dystopie	287
Ein Essay <i>Yener Bayramoğlu</i>	
Die Herausgeber und der Übersetzer	305

Jenseits des Modellfalls

Erzählungen über Aids und HIV in Europa – eine Einleitung

Peter-Paul Bänziger & Zülfukar Çetin

Soll man eine Geschichte von Aids und HIV in der Türkei mit dem Jahr 1996 beginnen lassen, als die *Ulusal Aids Komisyonu* (UAK; Nationale Aids-Kommission) ihre Arbeit aufnahm?¹ Oder müsste man nicht eher das Jahr 1985 als Anfangspunkt wählen, als es zwar erst eine Handvoll bekannter Fälle gab, das Thema jedoch im Zusammenhang mit der reißerischen Medienberichterstattung über die Erkrankung von Murtaza Elgin breit verhandelt wurde?² Stellt der Amtsantritt der zweiten Regierung der *Adalet ve Kalkınma Partisi* (AKP; Partei für Gerechtigkeit und Entwicklung)³ im Jahr 2007 einen Bruch dar, mit dem die steigende Zahl von Neuinfektionen im vergangenen Jahrzehnt in einem direkten Zusammenhang steht?⁴ Oder ist die Untätigkeit der Regierung eher ein allgemeines Charakteristikum der türkischen Aids/HIV-Politik der vergangenen gut drei Jahrzehnte?⁵ Wie ist die Präventions- und Antidiskriminierungsarbeit zivilgesellschaftlicher und aktivistischer Organisationen und Gruppen einzuschätzen? Waren sie in der Lage, die Mängel der staatlichen Politik zumindest zu einem gewissen Grad auszugleichen?⁶ Oder scheiterten sie letztlich aufgrund ihrer inneren Zer-

- 1 Vgl. das Interview mit Doğan Güneş Tomruk (S. 169–186).
- 2 Zu Murtaza Elgin vgl. auch den Essay von Yener Bayramoğlu (S. 287–304) sowie die Interviews mit Canberk Harmancı (S. 103–124), Deniz (S. 269–286), Muhtar Çokar (S. 199–221), Umut Güner (S. 187–197) und Yasin Erkaymaz (S. 125–148).
- 3 AKP ist die Abkürzung für Adalet ve Kalkınma Partisi, Partei für Gerechtigkeit und Entwicklung. Die 2001 von Recep Tayyip Erdoğan gegründete konservative Partei stellt seit 2002 ohne Unterbrechung die Regierung.
- 4 Vgl. die Interviews mit Canberk Harmancı (S. 103–124), Deniz (S. 269–286), Doğan Güneş Tomruk (S. 169–186) und Yasin Erkaymaz (S. 125–148).
- 5 Vgl. die Interviews mit Canberk Harmancı (S. 103–124), Deniz (S. 269–286) und Doğan Güneş Tomruk (S. 169–186).
- 6 Vgl. die Interviews mit Arzu Rezzan Sunam (S. 149–166), Canberk Harmancı (S. 103–124),

strittenheit oder der Unmöglichkeit, sich genügend Gehör zu verschaffen?⁷ Und welche Bedeutungen hatten Aids/HIV-Aktivismus und -Politik in Westeuropa und in den USA für die Türkei? Stellten sie einen Erfahrungsschatz dar, von dem man in vielerlei Hinsicht profitieren konnte?⁸ Oder hätte man gut daran getan, sich vor dem Import problematischer Wahrnehmungsweisen und Ansätze zu schützen, um stattdessen eigene Herangehensweisen zu entwickeln?⁹

Am Beispiel von Erzählungen über die Geschichte von Aids und HIV in der Türkei geben diese Fragen einen Eindruck von den Gesprächen mit Aktivist*innen und Vertreter*innen einer Vielzahl von Organisationen und Initiativen, die wir mit dem vorliegenden Band veröffentlichen. In ihrer Gesamtheit zeugen sie nicht nur von solchen Deutungskämpfen, sondern auch von der Vielfalt der Ansätze, von den Gemeinsamkeiten und von den Arbeitsteilungen, die das Engagement in dieser Sache bis heute prägen. Dabei werden einerseits Unterschiede zwischen der Türkei und beispielsweise dem deutschsprachigen Raum erkennbar. An den ersten menschen- und patient*innenrechtsorientierten Aktivitäten etwa, die in diesem Feld in der Türkei stattfanden, waren die direkt Betroffenen und ihr Umfeld noch kaum beteiligt.¹⁰ Aber auch der Verlauf der Epidemie weist ein anderes Muster auf. Lange Zeit blieben die Infektionszahlen in der Türkei auf einem vergleichsweise sehr tiefen Niveau, während es in den meisten anderen Regionen der Welt keine Entsprechung zum erwähnten Anstieg in jüngster Zeit gibt. Nicht zuletzt war die türkische Gesundheitspolitik der letzten Jahre durch die Geflüchteten aus Syrien mit einer ganz spezifischen Problemlage konfrontiert.¹¹ Doch wie die Interviews andererseits ebenfalls deutlich machen, sollte man diese Unterschiede nicht zu sehr betonen. Nicht nur

Deniz (S. 269–286), Doğan Güneş Tomruk (S. 169–186), Muhtar Çokar (S. 199–221), Kemal Ördek (S. 55–84), Tuğrul Erbaydar (S. 239–268), Veli Duyan (S. 225–238) und Yasin Erkaymaz (S. 125–148).

7 Vgl. die Interviews mit Buse Kılıçkaya (S. 85–99), Tuğrul Erbaydar (S. 239–268), Umut Güner (S. 187–197) und Yasin Erkaymaz (S. 125–148).

8 Vgl. die Interviews mit Doğan Güneş Tomruk (S. 169–186), Kemal Ördek (S. 55–84), Muhtar Çokar (S. 199–221), Tuğrul Erbaydar (S. 239–268) und Umut Güner (S. 187–197).

9 Vgl. das Interview mit Muhtar Çokar (S. 199–221).

10 Vgl. die Interviews mit Arzu Rezzan Sunam (S. 149–166), Canberk Harmancı (S. 103–124), Deniz (S. 269–286), Tuğrul Erbaydar (S. 239–268), Umut Güner (S. 187–197) und Yasin Erkaymaz (S. 125–148).

11 Vgl. die Interviews mit Canberk Harmancı (S. 103–124), Deniz (S. 269–286) und Kemal Ördek (S. 55–84).

die Medienberichterstattung, sondern auch verschiedene Ansätze der Aids- und HIV-Arbeit haben vielerlei Ähnlichkeiten. Die Präventionsbemühungen sind im vergangenen Jahrzehnt nicht nur in der Türkei unter Druck geraten, sondern beispielsweise auch in der Schweiz.¹² Und die Unterschiede zwischen einzelnen Landesteilen innerhalb der Türkei sind in mancherlei Hinsicht größer als jene zwischen der Türkei und dem deutschsprachigen Raum (welchen man allerdings auch nicht als homogen betrachten sollte).¹³

Diese Ähnlichkeiten und Gemeinsamkeiten gilt es nicht zuletzt deshalb zu betonen, weil heutzutage in den Medien und in der Politik ganz allgemein eine Betonung des Andersseins der Türkei dominiert. Vielfach kommen dabei vor allem Vorurteile und Gemeinplätze zum Ausdruck. Das war für uns eine wichtige Motivation, mit dem vorliegenden Buch unterschiedliche Akteur*innen selbst zu Wort kommen zu lassen. Mit der Gesundheitspolitik steht dabei zugleich eine Thematik im Zentrum, die in der Berichterstattung über die Türkei kaum eine Rolle spielt. Die Idee jedoch, die Interviews zu veröffentlichen, kam von einigen unserer Gesprächspartner*innen selbst. Für sie geht es nicht um das Bild der Türkei in Westeuropa, sondern um die zutiefst politische Frage, welche Geschichten von der Vergangenheit und der Gegenwart der Gesundheitspolitik, und insbesondere von der Aids- und HIV-Arbeit, in der Türkei selbst erzählt werden. Das Buch soll deshalb nicht nur in deutscher, sondern auch in türkischer Sprache erscheinen. Dieses Interesse deckt sich zugleich mit unserer Beobachtung, dass die Geschichte von Aids heute ganz allgemein wieder mehr Aufmerksamkeit erhält. Der Blick auf die Türkei – auf die Gemeinsamkeiten wie die Unterschiede –, so hoffen wir, trägt nicht nur zur besseren Kenntnis von Geschichte und Geschichten in diesem Land selbst und im deutschsprachigen Raum bei. An diesem Beispiel lassen sich auch einige allgemeinere Aspekte des Umgangs mit der Vergangenheit von Aids/HIV und Gesundheitspolitik diskutieren. Dazu zählt vor allem eine in verschiedenen Zusammenhängen beobachtbare Tendenz zu recht einfach gestrickten Meistererzählungen. Was wir darunter verstehen, führen wir nun am Beispiel des deutschsprachigen Raums aus.

Stärker noch als die Geschichte der anderen – wobei wiederum »Osteuropa« oder »Afrika« und weniger die Türkei im Vordergrund stehen – erscheint die »eigene« Aids/HIV-Geschichte in vielen deutschsprachigen Dar-

12 Vgl. Bänziger (2016).

13 Vgl. dazu das Interview mit Doğan Güneş Tomruk (S. 169–186) und Muhtar Çokar (S. 199–221).

stellungen als eigentümlich homogen. Spätestens seit der allgemeinen – wenn auch vielerorts mit beträchtlichen Kosten verbundenen – Verfügbarkeit von PrEPs, von Truvada und anderen Mitteln der Präexpositionsprophylaxe, gilt sie als abgeschlossene Geschichte. »Der Schrecken hat ein Ende«, postulierte die Wochenbeilage *Das Magazin* im November 2016.¹⁴ Die PrEPs stellen damit den letzten Baustein in der Bewältigung jener tiefen Krise der biomedizinischen Infektiologie seit der zweiten Hälfte der 1970er Jahre dar, deren wichtigstes Symbol wohl Aids war. Doch auch aus der Perspektive der nordwesteuropäischen Sozial- und Präventivmedizin wird die Geschichte von Aids und HIV als ziemlich glatte Erfolgsgeschichte erzählt: als gelungene Normalisierung eines gesundheitspolitischen Ausnahmezustandes oder als Ersatz einer älteren, »repressiven« Seuchenpolitik durch ein liberales Präventionsregime.¹⁵ *Une cause modèle*, ein Modellfall, heißt ein 2016 veröffentlichtes Buch des Soziologen Michaël Voegtli, das dieses Narrativ für die Schweiz durchspielt.¹⁶ Ähnliche Darstellungen lassen sich für die in verschiedener Hinsicht vergleichbare Geschichte von Aids und HIV in der Bundesrepublik Deutschland finden.¹⁷

Wenn von einem Modellfall die Rede ist, liegt der Ratschlag nicht fern, »die anderen« sollten »es« auch so machen. Die Interviews in diesem Band verdeutlichen jedoch, dass das nicht so einfach ist – wenn es überhaupt als wünschenswert oder sinnvoll betrachtet wird. Aber nicht nur dies: Weil in der Türkei bisher keine Erzählung eine dem Modellfallnarrativ vergleichbare Dominanz erlangt hat, aber auch weil die Zukunft angesichts der jüngsten Zahlen wieder offen ist, lenken die Interviews den Blick auf die Tatsache, dass die Etablierung bestimmter Erzählungen immer auch auf dem Ausschluss oder der Unterordnung alternativer Darstellungen beruht. So wenig homogen die Realität in der Türkei ist, so wenig ist sie es nämlich auch anderswo. Sobald man an der glatten Oberfläche der Modellerzählung kratzt, zeigt sich dies im deutschsprachigen Raum denn auch in aller Deutlichkeit. Besonders sprechend ist aus dieser Perspektive der Titel eines kürzlich erschienenen journalistischen Bandes: *Positiv. Aids in der Schweiz*¹⁸. In einem Wort verdichtet schiebt sich das Erfolgsnarrativ hier sogar über die ältere Verwendung des Wortes »positiv« als Selbstbezeich-

14 Shaller (2016).

15 Für ausführlichere Überlegungen zu dieser Thematik vgl. Bänziger & Çetin (2017).

16 Voegtli (2016).

17 Ein aktuelles Beispiel ist Henning Tümmers *AIDS. Autopsie einer Bedrohung im geteilten Deutschland* (2017).

18 Seibt (2018).

nung und Mittel der Selbstermächtigung von Betroffenen. Deren Position wird also gerade durch die Integration in die allgemeine Erzählung unsichtbar gemacht. Doch zugleich zeigt einer der Beiträge in dem Band nur allzu deutlich, dass im Leben der direkt Betroffenen keineswegs alles gut ist.¹⁹ Einiges davon erinnert deutlich an Problematiken, die etwa im Gespräch mit Canberk Harmanci, einem Vertreter von *Pozitif Yaşam Derneği* (Verein Positives Leben), zum Ausdruck kommen. Unter anderem verweist er auf die Tatsache, dass HIV nach wie vor keine Infektion wie jede andere ist und Grund für eine besonders deutliche Ausgrenzung sein kann: »Denn während Menschen auf der Straße aufgrund aller möglichen Gründe stigmatisiert und Diskriminierung ausgesetzt werden, kann das bei einem sensiblen Thema wie HIV noch einmal wesentlich gravierender sein.«²⁰

Selbstverständlich ist die deutschsprachige Modellerzählung nicht unumstritten. Auch in der Schweiz und in Deutschland, deren Aids-Politiken gerne als Paradebeispiel präsentiert werden,²¹ stellen die Vergangenheit wie die Gegenwart dieser Thematik umkämpfte Felder dar. Das Buch *Positiv. Aids in der Schweiz* blende weitgehend aus, heißt es etwa in einer Rezension, dass Aids nicht für alle Menschen gleichermaßen bedrohlich gewesen sei: »Betroffen waren [...] vor allem Schwule, intravenös spritzende Drogenabhängige, SexworkerInnen, MigrantInnen aus endemischen Ländern. [...] Sie erlebten Aids komplett anders.« Im Sinne eines Beispiels ergänzt der Rezensent Erzählungen aus dem Umfeld der Schwulenbewegung: wie der »Super-GAU« Aids die Emanzipationsbemühungen der 1960er und 1970er Jahre infrage stellte und Tod und Hilflosigkeit brachte; und wie schließlich »Kreativität« und »Lebensmut« der Schwulen siegten, »neuen Ansätzen in der Prävention« zur Etablierung verholfen und der »Prozess der gesellschaftlichen Öffnung und Gleichstellung« vorangetrieben wurde. Und so übernehmen die Schwulen in Zeiten von PrEP schließlich wieder die Rolle einer Vorhut: »Wir waren die Ersten, die sich das Präservativ überstreiften, und werden womöglich die Ersten sein, die es wieder weglassen.«²² So marginal allerdings, wie hier behauptet wird, sind diese schwulen Erfahrungen und Interventionen

19 Reye (2018).

20 Canberk Harmanci in diesem Band, S. 104.

21 In der Einleitung des erwähnten Buches etwa heißt es im ersten Absatz, dass die schweizerische Kampagne »die Gesundheitsexperten der anderen Länder erblasen ließ – vor Neid« (Seibt, 2018, S. 7).

22 Haas (2018).

keineswegs in jeder Darstellung der Geschichte von Aids – auch nicht im besprochenen Band.²³ Vielmehr folgt der Rezensent selbst einem typischen Erzählmuster: Die Geschichte der Schwulenbewegung steht für die Kämpfe und Organisierungen anderer Gruppen. Gerade solche Formen der Repräsentation haben jedoch zur Marginalisierung von nicht-schwulen Betroffenen Gruppen beigetragen.²⁴

Auch in dieser Hinsicht können die Interviews interessante Vergleichsperspektiven eröffnen. Zweifellos waren und sind die Schwulen eine wichtige Säule der Queer-Bewegung in der Türkei. Von Anfang an wurde diese jedoch auch von anderen Gruppen geprägt. Zu erwähnen sind etwa Trans-Sexarbeiter*innen, die 1987 durch einen Hungerstreik um die Anerkennung ihrer Identität und für ihre Menschenrechte kämpften. In der Aids/HIV-Arbeit scheinen sich die schwulen Organisationen zudem eher zögerlich engagiert zu haben. Gesprächspartner*innen wie Arzu Rezzan Sunam verweisen in diesem Zusammenhang auf die ambivalenten Positionen von schwulen Aktivisten, aber auch von Vertreter*innen anderer Teile der Queer-Bewegung.²⁵ Und Muhtar Çokar, langjähriger Mitarbeiter von *İnsan Kaynaklarını Geliştirme Vakfı* (İKGV; Stiftung für die Entwicklung des Personalwesens) schildert die Situation im Istanbul der 1990er und frühen 2000er Jahre wie folgt:

»Es gibt in Istanbul eine Menge LSBTT-Vereine. Diese Organisationen weigerten sich aus sehr verständlichen Gründen viele Jahre lang, ihren Namen in einen Zusammenhang mit HIV geraten zu lassen. Sie wollten nicht einmal mit Sexarbeit im gleichen Atemzug genannt werden. Sie wollten keine Präventionsarbeit machen. [...] Es hätte vielleicht Gerede und Diskriminierung gegeben.«²⁶

Umut Güner von der lesbisch-schwulen Organisation *Kaos GL* hingegen argumentiert, dass sie sich zwar »den Slogan ›HIV/Aids ist keine Schwulenkrankheit‹ zu eigen gemacht« hätten. Dies habe aber nicht zu einem abnehmenden Engagement geführt, denn das »wäre gar nicht möglich gewesen«. Man habe sich vor allem deshalb »ein wenig« aus diesem Bereich

23 Vgl. insbes. Imseng (2018, S. 38).

24 Vgl. Bänziger & Çetin (2017, S. 31, 35f.).

25 Arzu Rezzan Sunam in diesem Band, S. 162. Vgl. auch die Interviews mit Canberk Harmancı und Tuğrul Erbaydar.

26 Muhtar Çokar in diesem Band, S. 219.

zurückgezogen, weil man »Organisationen, die unmittelbar zum Thema arbeiten, und Organisationen von Sexarbeiter*innen« habe »stärker werden« lassen wollen. »Insbesondere Trans*-Initiativen und Organisationen, die zu spezifischen Themen wie Sexarbeit tätig waren, hatten es nicht einfach, an Geld heranzukommen.«²⁷ Hierbei hatte er wahrscheinlich die Zeit nach dem Antritt der zweiten AKP-Regierung im Jahr 2007 vor Augen. Çokars und Güners Bemerkungen machen damit nicht nur auf die unterschiedlichen Perspektiven der Beteiligten aufmerksam. Es wird auch deutlich, wie wichtig es ist, zwischen einzelnen Phasen in der Geschichte von Aids/HIV zu unterscheiden.²⁸

Es ist zwar zu vermuten, dass vergleichbare Interviews im deutschsprachigen Raum eine ähnliche Vielfalt von Erzählungen zum Vorschein bringen würden – aktuelle Forschungen zum Thema weisen eindeutig in diese Richtung²⁹ –, man kann sich jedoch des Eindrucks nicht erwehren, dass bezüglich des Erinnerns ein Schließungsprozess stattgefunden hat, der das Modellfallnarrativ heute allgemein als attraktiv erscheinen lässt. Gründungserzählungen wie die Geschichte vom Ausnahmezustand und Normalisierungs- oder Liberalisierungsthesen stellen einen Interpretationsrahmen zur Verfügung, der von kaum einer Darstellung gesprengt wird. Damit wollen wir nicht behaupten, dass sich die Lebensqualität einer Vielzahl von Betroffenen nicht grundlegend verbessert hätte. Auch die Zahl der Neuinfektionen ist zweifellos nachhaltig gesunken. Infrage stellen möchten wir jedoch die direkten Kausalitäten, die durch die Modellerzählung hergestellt werden. Dabei geht es uns nicht einfach um die adäquate Erinnerung an die Verhältnisse, Ereignisse und Erlebnisse von damals; auf dem Spiel steht ebenso die zukünftige Ausrichtung der Gesundheits- bzw. Aids/HIV-Politik und, darauf basierend, die Zuteilung von Ressourcen. Erzählungen über die Vergangenheit dienen immer auch der Legitimation oder Delegitimation bestimmter Positionen und Forderungen in der Gegenwart. Genau in diesem Sinne stellt der vorliegende Band nicht nur eine Dokumentation, sondern auch eine Intervention dar.

27 Umut Güner in diesem Band, S. 192.

28 Vgl. dazu den nächsten Abschnitt.

29 Vgl. etwa Klöppel (2016). Zu erwähnen ist in diesem Zusammenhang auch das seit Ende 2017 laufende Forschungsprojekt »Keine Rechenschaft für Leidenschaft!« Aids-Krise und politische Mobilisierung in den 1980er und frühen 1990er Jahren in Deutschland«, vgl. <https://www.euroethno.hu-berlin.de/de/forschung/projekte/AKPMMD> (21.11.2018).

Für unsere Gesprächspartner*innen steht dabei die Situation in der Türkei im Vordergrund. »Wir sind an einem Punkt angelangt, wo etwas passieren muss«, bringt Buse Kılıçkaya diesen Umstand auf den Punkt.³⁰ Was es für den deutschsprachigen Raum bedeuten könnte, soll mit folgendem Beispiel kurz ausgeführt werden.

In den föderalistisch geprägten Gesundheitssystemen der BRD und der Schweiz trug der Kampf gegen Aids und HIV zu einer Stärkung der Bundesebene bei. Hier werden die großen Präventionskampagnen koordiniert, deren Ziele sich heute nicht mehr auf Infektionskrankheiten beschränken.³¹ Prävention ist zu einem umfassenden Dispositiv staatlichen Handelns geworden, das auf der Produktion eines spezifischen Wissens über die Bevölkerung und deren Wohlergehen basiert und beim Umsetzen seiner Ziele keineswegs nur auf Information und Eigenverantwortung setzt.³² Durch austeritätspolitische Forderungen, die besonders den Sozialbereich betreffen, und durch die parallel dazu lauter werdenden Rufe nach einer Individualisierung oder »Familiarisierung« der Vorsorge, sieht sich das staatliche Gesundheitswesen seit einiger Zeit mit einem rauen Gegenwind konfrontiert. Vor dem Hintergrund des Siegeszugs biomedizinischer Ansätze in der Infektiologie kommen dabei insbesondere die breit angelegten Präventionsprogramme unter Druck. Zunehmend wird deshalb die Befürchtung geäußert, dass es zu einer graduellen Umverteilung von Ressourcen komme, vor allem auf internationaler Ebene.³³ Solchen Tendenzen stehen wir ausgesprochen skeptisch gegenüber. Wir sind jedoch der Meinung, dass die Antwort darauf nicht einfach in einer Gegenüberstellung von Bio- und Sozialmedizin und einer unkritischen Wiederholung der präventivmedizinischen Variante der Erfolgsgeschichte liegen kann. In jedem Fall impliziert die Rede von Modellfällen oder »Best Practices« ein reduktionistisches Denken, das von einer unproblematischen Übertragbarkeit von Lösungen ausgeht. Demgegenüber kann eine vielstimmige Darstellung der Vergangenheit die Stärken integrativer Ansätze der Gesundheitspolitik hervorheben. Seit der Mitte des 19. Jahrhunderts gehörte es zu den Grundlagen der Sozialmedizin, den lokalen Bedingungen von Krankheit und Gesundheit angepasste Ansätze zu entwickeln.

30 Buse Kılıçkaya in diesem Band, S. 99.

31 Für die Schweiz vgl. Bänziger (2016).

32 Vgl. u. a. Lengwiler & Madarász (2010), Thießen (2014).

33 Vgl. etwa Kippax & Stephenson (2012), Michael & Rosengarten (2013).

Was geschieht, wenn das Gemenge aus Erzählungen über die Vergangenheit, gegenwärtigen Praktiken und zukünftigen Perspektiven in der heutigen Gesundheitspolitik entwirrt wird, ist auch die Ausgangsfrage des Forschungsprojekts »Disentangling European HIV/AIDS Policies: Activism, Citizenship and Health« (EUROPACH), in dessen Kontext die im vorliegenden Band veröffentlichten Interviews geführt wurden.³⁴ Am Beispiel von Aids und HIV untersuchen fünf Fallstudien die Zusammenhänge von Gesundheit, Sexualität und (Staats-)Bürgerschaft. Ein besonderer Fokus liegt dabei auf der Rolle sozialer Bewegungen. Gleichzeitig nimmt das Projekt eine doppelte Dezentrierung vor – der Schwulenbewegung zum einen und der westeuropäischen Modellfälle zum anderen. Mit dem Strafvollzug und der Bluttransfusion werden Themenbereiche analysiert, die bisher nur wenig Aufmerksamkeit erhalten haben.³⁵ Und mit Polen und der Türkei werden neben Deutschland und Großbritannien zwei Länder in den Blick genommen, die gemeinhin an den Rändern Europas situiert bzw., im Fall der Türkei, aus diesem ausgeschlossen werden.³⁶ Dabei gilt unser Interesse insbesondere der Frage, inwiefern gerade durch die Aids-Politik der vergangenen dreieinhalb Jahrzehnte ein europäischer Handlungs- und Erfahrungsraum entstand, dessen Vielfalt und Widersprüchlichkeit die Basis für eine zukünftige Gesundheitspolitik liefern kann, die eher inkludiert als ausschließt – im »Nordwesten« nicht weniger als im »(Süd-)Osten«. Nicht zuletzt davon legen die Interviews ein vielfältiges Zeugnis ab.³⁷ Zu deren besserem Verständnis fassen wir im folgenden Abschnitt einige zentrale Aspekte der Geschichte und Gegenwart von Aids und HIV in der Türkei zusammen. Da zum Thema bisher noch kaum Forschungsarbeiten vorliegen, handelt es sich dabei um erste Annäherungen. Neben Literatur- und Archivrecherchen basieren sie auf den in diesem Band abgedruckten und den weiteren Interviews, die im Rahmen unseres Forschungsprojektes bisher geführt wurden.

34 An dem im Rahmen der HERA-Initiative (Humanities in the European Research Area) geförderten Projekt beteiligen sich Teams aus vier Universitäten: Humboldt Universität Berlin (Institut für Europäische Ethnologie); Goldsmiths, University of London (Department of Sociology); Universität Basel (Department Geschichte); Uniwersytet Jagielloński, Krakau (Institut für Soziologie). Vgl. die Website, <http://europach.eu> (21.11.2018).

35 Vgl. Dziuban & Sekuler (2017).

36 Vgl. Çetin (2017), Struzik (2017).

37 Zu den unterschiedlichen Perspektiven in diesem Zusammenhang vgl. die Interviews mit Doğan Güneş Tomruk (S. 169–186), Muhtar Çokar (S. 199–221), Kemal Ordek (S. 55–84), Tuğrul Erbaydar (S. 239–268).

Aids und HIV in der Türkei: Geschichte und Gegenwart

In der Geschichte von Aids und HIV in der Türkei lassen sich vier Phasen unterscheiden. Die erste begann im Herbst 1985, als das Thema zum ersten Mal breit in der Öffentlichkeit verhandelt wurde. Anlass war die Erkrankung von Murtaza Elgin, der durch seine Freundschaften und Beziehungen zu berühmten Sänger*innen und anderen Künstler*innen Bekanntheit erlangt hatte. Bis dahin war Aids als Problem der USA und Westeuropas wahrgenommen worden, als etwas, von dem die Türkei nicht betroffen war. Die massenmediale Darstellung war in dieser Zeit stigmatisierend und moralisierend. Es gab noch kaum zivilgesellschaftliche, aktivistische oder wissenschaftliche Akteur*innen, die sich dagegen hätten wenden können. Dies liegt erstens daran, dass es im Unterschied zum westlichen Europa und zu den USA lange Zeit nur wenige direkt Betroffene gab. Bis 1992 wurden lediglich 71 Personen registriert, die mit HIV infiziert waren.³⁸ Bis Anfang der 2000er Jahre wurden Aids und HIV deshalb in der Regel zusammen mit Syphilis und anderen Krankheiten unter der Sammelbezeichnung »sexuell übertragbare Infektionen« behandelt und sie erhielten keine außerordentliche gesundheitspolitische Aufmerksamkeit.

Zweitens war die allgemeine politische Lage dafür verantwortlich, dass zivilgesellschaftliche und aktivistische Akteur*innen nur einen eingeschränkten Spielraum hatten. Die Türkei stand in den 1980er Jahren unter dem Einfluss des Militärputsches von 1980, in dessen Zuge die Demonstrations-, Vereins-, Presse- und Meinungsfreiheit stark eingeschränkt und alle politischen Parteien verboten worden waren. Willkürliche Festnahmen und Folter standen auf der Tagesordnung, 517 Todesurteile wurden verhängt, 50 davon vollstreckt, und es kam im großen Stil zu Ausbürgerungen. Gleichzeitig wurden Schulen und Universitäten einer massiven Militarisierung unterzogen. Als die *Partiya Karkerên Kurdistan* (PKK; Arbeiterpartei Kurdistans) 1984 ihren bewaffneten Kampf aufnahm, intensivierte sich die staatliche Repression noch einmal deutlich.³⁹ Mit dem Staatsstreich übernahm das Militär die Zuständigkeit für sämtliche öffentlichen Dienste, also auch für das Gesundheitswesen. Es ist deshalb wenig erstaunlich, dass der Umgang mit sexuell übertragbaren Infektionen in der zweiten Hälfte der 1980er Jahre maßgeblich durch das Gesundheitsministerium bestimmt

38 Tümer (2016).

39 Vgl. Çetin (2015).

wurde und dieses zunächst auch der einzige Akteur in der türkischen Aids/HIV-Politik blieb. Für Nichtregierungsorganisationen (NGOs) oder gar aktivistisches Engagement von Basisorganisationen blieb unter diesen Umständen wenig Raum.

Das Gesundheitsministerium leitete schon relativ früh eine Reihe von hauptsächlich auf Kontrolle basierenden Maßnahmen ein. Als eines der ersten Länder der Welt führte die Türkei beispielsweise schon 1985 die Meldepflicht für HIV-Infektionen ein.⁴⁰ Es folgten obligatorische Tests von Blutprodukten und für das Personal von Armee und Gesundheitseinrichtungen, der Einsatz von Einmalspritzen in Krankenhäusern und verschärfte Kontrollen von Friseur*innen, Sexarbeiter*innen und Beschneider*innen.⁴¹ 1987 wurden die ersten HIV-Testzentren eröffnet und der *AIDS Yüksek Kurulu* (Hoher Fachbeirat für Aids) geschaffen, der sich aus Mitgliedern wissenschaftlicher Einrichtungen und Vertreter*innen des Gesundheitsministeriums zusammensetzte. Seine Aufgabe bestand darin, Informationen über HIV und Aids zu sammeln, das Personal der Gesundheitseinrichtungen weiterzubilden und zusätzliche Instrumente gegen die Ausbreitung der Krankheit zu entwickeln.⁴²

Auf internationaler Ebene kooperierte die Türkei in dieser Zeit vor allem mit der *Weltgesundheitsorganisation* (WHO). 1987 initiierte diese ihr »Global Program on AIDS«, um forschungsbasierte Handlungsanleitungen zu entwickeln und die einzelnen Länder technisch und finanziell zu unterstützen. Dabei sollten insbesondere NGOs mobilisiert, ein gesellschaftliches Bewusstsein für HIV und Aids geschaffen und die Rechte von Menschen mit HIV und Aids gestärkt werden.⁴³ All diese Aspekte spielten in der Türkei jedoch bis in die Mitte der 1990er Jahre hinein kaum eine Rolle. Als einzige NGO beschäftigte sich in dieser Phase die regierungsnahe *Türkiye Aile Sağlığı ve Planlaması Vakfı* (TAPV; Stiftung für Familiengesundheit und -planung in der Türkei) mit dem Thema Aids. Gegründet worden war die Stiftung 1985 auf Initiative von Vehbi Koç, einem türkischen Geschäftsmann und Gründer der Koç Holding, einer der größten Unternehmensgruppen des Landes. Schon ab 1986 setzte sie sich gezielt mit dem Thema Aids und HIV auseinander und begann, mit dem Gesundheitsministerium zusammenzuarbeiten. Die

40 Başer (1998).

41 Vgl. Pozitif Yaşam Derneği (2008).

42 Vgl. Çetin (2017).

43 Vgl. AVERT (o.J.).

hauptsächliche Zielgruppe dieses Engagements waren Studierende, die als Multiplikator*innen für die Verbreitung von Wissen über HIV und Aids angesprochen wurden.⁴⁴

Die zweite Phase der Geschichte von Aids und HIV in der Türkei setzte um 1991 ein und dauerte bis etwa 2002.⁴⁵ Die frühen 1990er Jahre waren durch den Versuch der regierenden *Anavatan Partisi* (ANAP; Mutterlandspartei) geprägt, eine Politik der schnellen Urbanisierung, Industrialisierung und Re-Internationalisierung der türkischen Wirtschaft sowie der Privatisierung verschiedener staatlicher Institutionen umzusetzen. Daneben herrschte weiterhin der Krieg zwischen der türkischen Armee und der PKK. Er führte zu gravierenden ökonomischen Verwerfungen und, in der Form einer starken Binnenmigration in Richtung Westen, zu weitreichenden demografischen Verschiebungen. Die Menschenrechtsverletzungen und weitere Formen der Repressionen erreichten einen Höhepunkt. Dennoch – oder gerade deshalb – war diese Phase auch durch gesellschaftliche Aufbrüche geprägt. Erstens erlebte der Menschenrechtsaktivismus einen Aufschwung. Der 1986 gegründete *İnsan Hakları Derneği* (Verein für Menschenrechte) beispielsweise intensivierte nun seine Arbeit. Er unterstützte zahlreiche lokale Initiativen und intervenierte im ganzen Land gegen Menschenrechtsverletzungen. Zweitens begannen verschiedene marginalisierte soziale Gruppen, sich selbst zu organisieren. Die Queer- und die Frauenbewegung, der Umweltaktivismus, politische Kunst, Ansätze studentischer Selbstorganisation, die Arbeiter*innenbewegung, antimilitaristische Gruppen sowie Kämpfe und Widerstand in verschiedenen weiteren Bereichen des gesellschaftlichen Lebens wurden nun sichtbarer und einflussreicher. So können die 1990er Jahre rückblickend als Jahrzehnt des »zivilen Ungehorsams« beschrieben werden.⁴⁶

Ein wichtiger Faktor für diese Entwicklungen war die Tatsache, dass im Zuge des Militärputschs die ältere radikale Linke weitgehend vernichtet und die extreme Rechte vorübergehend geschwächt worden waren. Mit dieser Repressionswelle der frühen 1980er Jahre schuf der Staat ungewollt eine Basis für die ein Jahrzehnt später aufkommenden Neuen Sozialen Bewegungen. Zahlreiche Aktivist*innen flohen nach Westeuropa und in die USA. Hier schlossen sie sich antimilitaristischen, ökologischen, feministi-

44 Vgl. HATAM (2016).

45 Vgl. auch den Essay von Yener Bayramoğlu (S. 287–304) in diesem Band.

46 Mater (2008).

schen und homosexuellen Bewegungen an. Diese Erfahrungen waren für den neuen Aktivismus in der Türkei der 1990er Jahre prägend. Nach ihrer Rückkehr in die Türkei in der zweiten Hälfte der 1980er Jahre versuchten die ehemaligen Exilant*innen die Konzepte und Politiken der Neuen Sozialen Bewegungen in die Türkei zu importieren. Ein Beispiel dafür ist die Queer-Bewegung. Der kollektive Protest, den LSBTI-Gruppen im Jahr 1996 gegen die Polizeigewalt in der Istanbuler Ülker-Straße organisierten, wird denn auch nicht selten mit dem Stonewall-Krawall in den USA verglichen.⁴⁷ Parallel dazu gewannen nun auch Beziehungen zu verwandten Bewegungen in westlichen Ländern an Bedeutung. Mit Unterstützung von dortigen Organisationen gelang es etwa türkischen Queer-Gruppen erstmals, längerfristig bestehende Koalitionen wie *Gökkuşak* '92 (Regenbogen '92) zu bilden, und 1993 regte die Berliner Initiative *Schwule International* an, anlässlich des Christopher Street Day gemeinsam mit Istanbuler Queer-Gruppen wie *Gökkuşak* '92 und *Pembe Güç* (Rosa Macht) eine lesbisch-schwule Parade zu organisieren.⁴⁸

Dies sind die gesellschaftlichen Hintergründe, vor denen die Geschichte von Aids und HIV in den 1990er Jahren betrachtet werden muss. Ebenfalls nicht ohne Bedeutung war die Berichterstattung über den Tod von Murtaza Elgin im Jahr 1992. Sie zeigte noch einmal in aller Deutlichkeit, wie dringend notwendig die Aufklärungsarbeit war.⁴⁹ Während die Aids-Politik in der ersten Phase von staatlichen Interventionen geprägt gewesen war, entstanden nun auch in diesem Bereich zivilgesellschaftliche Organisationen. Die Initiative dazu kam meist von kritischen Ärzt*innen, Anwält*innen und Intellektuellen. Die ersten Vereine, die sich explizit der Thematik widmeten, wurden 1991 in Izmir (*AIDS ile Mücadele Derneği*; Verein zur Bekämpfung von Aids) und 1992 in Istanbul (*AIDS Savaşım Derneği*; Verein für den Kampf gegen Aids) gegründet.⁵⁰ Dank ihrer Expertise im medizinischen Bereich konnten die Gründer*innen beider Vereine mit dem Gesundheitsministerium zusammenarbeiten. Sie waren in der Lage, staatliche Fördermittel zu akquirieren und Institutionen zu mo-

47 Mehr dazu in Çetin (2015).

48 Vgl. Mürmann (o.J.), Çetin (2015).

49 Vgl. die Interviews mit Canberk Harmancı (S. 103–124), Deniz (S. 269–286), Muhtar Çokar (S. 199–221) und Yasin Eraymaz (S. 125–148).

50 Vgl. die Interviews mit Arzu Rezzan Sunam (S. 149–166), Canberk Harmancı (S. 103–124), Deniz (S. 269–286), Doğan Güneş Tomruk (S. 169–186), Muhtar Çokar (S. 199–221), Tuğrul Erbaydar (S. 239–268) und Veli Duyan (S. 225–238).

bilisieren.⁵¹ Anders als in den meisten westeuropäischen Ländern und in den USA wurden diese ersten Vereine also nicht von Menschen mit HIV und Aids oder in deren unmittelbarem Umfeld gegründet. Parallel dazu begannen auch weitere Organisationen wie die İKGV und der *Türkiye Aile Planlama Derneği* (TAPD; Verein für die Familienplanung in der Türkei, nicht zu verwechseln mit der erwähnten Stiftung TAPV)⁵², die sich in erster Linie mit Bevölkerungspolitik, reproduktiver Gesundheit und Familienpolitik beschäftigten, in der HIV- und Aids-Arbeit aktiv zu werden. Auch sie konnten relativ erfolgreich mit dem Staat zusammenarbeiten. Sie verstanden sich nicht direkt als Repräsentant*innen marginalisierter Gruppen und wurden deshalb nicht als Opposition gegen die staatliche Gesundheitspolitik betrachtet.

Im Rahmen des durch die EU geförderten Projekts »Aids, Üst düzey politika ve karar organları girişimi« (Aids, Interventionen der Höheren Politik und politischer Entscheidungsgremien) regte der TAPD 1996 die Bildung einer nationalen Aids-Kommission an. Mit dieser Ulusal AIDS Komisyonu (UAK) entstand nun erstmals ein nationales Netzwerk, in dem Akteur*innen aus unterschiedlichen Bereichen unter der Leitung des Premierministeramtes zusammenarbeiteten: NGOs, mehrere Ministerien, das staatliche Fernsehen TRT und verschiedene Berufsverbände, die einen direkten Bezug zu Aids und HIV hatten.⁵³ Die UAK war zudem berechtigt, sich von weiteren Institutionen und Personen beraten zu lassen. Die Koordinationsstelle wurde dem Gesundheitsministerium untergeordnet, der TAPD übernahm das Sekretariat. Die Kommission hatte den Auftrag, die staatlichen Maßnahmen gegen HIV und Aids zu evaluieren, effektive Präventionsmaßnahmen zu planen und deren Umsetzung zu unterstützen. Dazu wurden vier Arbeitsgruppen zu den Themenbereichen Aufklärung, Beratung und Solidarität, Wissenschaft und Justiz gebildet. Die in diesem Rahmen entwickelten »AIDS'in önlenmesinde insan hakları ve kamu özgürlüklerinin korunmasına yönelik temel ilkeler« (Leitprinzipien zum Schutz der Menschenrechte und der allgemeinen Freiheiten in der AIDS-Präventionspolitik) bedeutete einen wichtigen Schritt in der Abkehr von einer hauptsäch-

51 Çokar (2006); vgl. auch die Interviews mit Deniz (S. 269–286), Doğan Güneş Tomruk (S. 169–186), Muhtar Çokar (S. 199–221), Tuğrul Erbaydar (S. 239–268) und Veli Duyan (S. 225–238).

52 Vgl. die Interviews mit Doğan Güneş Tomruk (S. 169–186), Muhtar Çokar, (S. 199–221) Tuğrul Erbaydar (S. 239–268) und Veli Duyan (S. 225–238).

53 Başer (1998).

lich auf Kontrolle basierenden Herangehensweise.⁵⁴ Konkret formulierte die UAK im Januar 1999 unter anderem folgende Arbeitsprinzipien⁵⁵:

- » ➤ Prinzip 4: Jedes Individuum, jede Gruppe, jede staatliche oder nicht-staatliche Institution übernimmt die Verantwortung, sich vor HIV/Aids zu schützen sowie die Menschenrechte von Menschen mit HIV anzuerkennen und sich dafür einzusetzen. Aids kann nur in einem Klima, in dem gleiche Rechte und Pflichten herrschen, bekämpft werden. Die Individuen beteiligen sich an dieser Auseinandersetzung freiwillig [...] und aus Eigeninteresse.
- Prinzip 12: HIV/Aids-bezogene Politiken und sozialpädagogische Maßnahmen werden mit der aktiven Partizipation der Menschen mit HIV/Aids gestaltet und durchgeführt.
- Prinzip 22: Staatliche Institutionen, Gesetze und Praktiken sollen nicht die Diskriminierung von Menschen mit dem HIV-Virus [sic] fördern. Sie sollen zu ihrem Schutz dienen.
- Prinzip 23: Die staatlichen Institutionen lassen sich von den internationalen Organisationen beraten, um nationale Politiken der Prävention, Behandlung und sozialen Unterstützung zu konzipieren [...].
- Prinzip 25: Für den Schutz der Volksgesundheit sind die staatlichen Institutionen verantwortlich. Sie tragen die Verantwortung, Politiken und Strategien zum Schutz vor HIV/Aids zu entwickeln und den Zugang zur Gesundheit für alle zu ermöglichen.«⁵⁶

Als reiner Fachbeirat besaß die UAK keine Rechtspersönlichkeit. Ihre Beschlüsse, Empfehlungen oder Ziele waren also nicht verbindlich. Die Mitglieder arbeiteten auf freiwilliger Basis, eine regelmäßige Teilnahme an den Sitzungen wurde nicht erwartet. Vor allem in den Jahren nach 2007 traf sich die Kommission auch nicht mehr regelmäßig. Aus diesen strukturellen Gründen blieb ihr Einfluss letztlich beschränkt.⁵⁷ Dennoch gab ihre Gründung einen wichtigen Impuls für Verbesserungen im Gesundheitssystem, insbesondere für das Entwickeln von Präventionsstrategien, die dem Schutz der Menschen mit HIV vor Diskriminierung und Stigmatisierung einen

⁵⁴ CEDAW (1993).

⁵⁵ Aus dem Türkischen ins Deutsche übersetzt von Zülfukar Çetin.

⁵⁶ Pozitif Yaşam Derneği (2008).

⁵⁷ Vgl. dazu die Interviews mit Doğan Güneş Tomruk (S. 169–186) und Muhtar Çokar (S. 199–221).

hohen Stellenwert einräumten.⁵⁸ Vor dem Hintergrund der enormen Zunahme von HIV-Infektionen seit Beginn dieses Jahrzehnts und als Reaktion auf entsprechende Warnungen der WHO wurde die UAK im Jahr 2015 zu neuem Leben erweckt. Welche Auswirkungen dies auf die türkische Aids-Politik der kommenden Jahre haben wird, lässt sich noch nicht abschätzen.⁵⁹

Die dritte Phase in der Geschichte von Aids und HIV in der Türkei setzte 2002 ein. Aufgrund der starken Zersplitterung des Parteiensystems und eines extremen Mehrheitswahlrechts konnte die AKP bei den Parlamentswahlen vom Herbst des Jahres mit nur 34,2 Prozent der Wählerstimmen die absolute Mehrheit im Parlament erringen und zum ersten Mal die Regierungsverantwortung übernehmen. Die Partei, die sich selbst als konservativ-demokratisch präsentierte, hatte die Erfüllung der Kriterien von Kopenhagen, der Voraussetzungen für den seit 1999 offiziell angestrebten Beitritt zur Europäischen Union, zum Programm erklärt. Neben der Oppositionsführerin, der *Cumhuriyet Halk Partisi* (Republikanische Volkspartei), befürworteten auch die Wirtschaft, die Hochschulen, große Teile der Zivilgesellschaft und die Mehrheit der Bevölkerung eine Mitgliedschaft in der EU. In einem raschen Reformprozess wurde nun eine Reihe sogenannter »Harmonisierungspakete« verabschiedet. Dazu gehörten insbesondere Verbesserungen in den Bereichen der Meinungs- und Kommunikationsfreiheit, des Schutzes vor Folter, des Rechts auf Privatsphäre, des Kinder- und Minderheitenschutzes, der freien Wahl des Wohnorts, der Vereinigungsfreiheit und der Gleichberechtigung der Geschlechter. Für den eingeschlagenen Weg erhielt die AKP die Anerkennung weiterer Teile der Gesellschaft, was die Parlamentswahlen vom Juli 2007 deutlich zugunsten der Partei beeinflusste.

Die Jahre nach 2002 waren für die sozialen Bewegungen in der Türkei von großer Bedeutung. Nicht zuletzt wurde im November 2004 das Vereinsgesetz reformiert. Das alte Gesetz aus dem Jahr 1983 hatte eine strikte Kontrolle aller Vereinsaktivitäten vorgeschrieben und jegliche politische Tätigkeit und Interessenvertretung untersagt. Nun hingegen konnten Vereine mit einem wesentlich geringeren bürokratischen Aufwand gegründet werden. Das Gesetz gab zwar den allgemeinen Rahmen für ihre Tätigkeit vor, in der Praxis kam es aber kaum mehr zu Einschränkungen. Dies ermutigte auch queer-feministische Aktivist*innen und verschiedene Gruppen,

58 Vgl. dazu die Interviews mit Canberk Harmancı (S. 103–124), Doğan Güneş Tomruk (S. 169–186) und Muhtar Çokar (S. 199–221).

59 Vgl. dazu die Interviews mit Doğan Güneş Tomruk (S. 169–186) und Muhtar Çokar (S. 199–221).

die für Gleichbehandlung aller Menschen im Gesundheitssystem und gegen die Diskriminierung von Menschen mit HIV kämpften. Die bisher wichtigste Organisation im letzteren Bereich, Pozitif Yaşam Derneği (Verein Positives Leben), entstand 2005 in Istanbul.⁶⁰ Ihre Gründung geht auf eine Initiative aus dem Jahr 2003 zurück, in der sich Menschen mit HIV, deren Angehörige, Aktivist*innen und Expert*innen zusammengeschlossen hatten. Pozitif Yaşam gilt deshalb auch als erste Basisorganisation in der Geschichte von Aids und HIV in der Türkei. Ab 2006 erhielt sie Fördergelder aus einer Kooperation des *Global Fund*⁶¹ und des türkischen Gesundheitsministeriums. Ihre hauptsächlichen Anliegen sind die kostenlose und barrierefreie medizinische Versorgung und die soziopsychologische Unterstützung für Menschen, die mit HIV leben. Die ersten Aktivitäten wurden über den E-Mail-Verteiler »HIV POZITIF« organisiert, der auch der Vernetzung von Menschen mit positivem HIV-Status diente. Dies war vor allem für Personen existenziell wichtig, die nicht in Istanbul lebten. Ähnliche Ziele verfolgte auch der 2006 in Istanbul gegründete *Pozitifler Derneği* (PODER; Verein der Positiven)⁶².

Trotz dieses Aufschwungs blieb die Wirkungsmacht der nicht-staatlichen Aids/HIV-Arbeit in der Türkei letztlich beschränkt – und wenn sie Erfolge feierte, hatten diese meist einen temporären Charakter. Muhtar Çokar von der İKGV verwies in einem Text aus dem Jahr 2006 auf verschiedene Umstände, die neben der bereits erwähnten Schwäche der UAK für diese Situation verantwortlich waren. Die HIV- und Aids-Prävention gehörte nach wie vor nicht zu den priorisierten Feldern in der gesundheitspolitischen Agenda der Türkei. Die in diesem Bereich tätigen NGOs und Projekte erhielten deshalb kaum staatliche Unterstützung. Die vorhandenen Ressourcen wurden ungleichmäßig verteilt und teilweise auch für andere Zwecke verwendet. Bis Mitte der 2000er Jahre gab es zudem keine kontinuierliche Beobachtung und Evaluation der Verbreitung von HIV. Dies führte auch aufseiten der NGOs zu Ungewissheiten bezüglich der Planung der

60 Vgl. dazu die Interviews mit Arzu Rezzan Sunam (S. 149–166), Canberk Harmancı (S. 103–124), Tuğrul Erbaydar (S. 239–268) und Yasin Erkaymaz (S. 125–148).

61 Der 2002 gegründete *Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria* (Globaler Fonds zur Bekämpfung von Aids, Tuberkulose und Malaria) wird in den Interviews mit Arzu Rezzan Sunam (S. 149–166), Buse Kılıçkaya (S. 85–99), Canberk Harmancı (S. 103–124), Doğan Güneş Tomruk (S. 169–186), Muhtar Çokar (S. 199–221), Umut Güner (S. 187–197) und Yasin Erkaymaz (S. 125–148) erwähnt.

62 Vgl. Çetin (2017).

Präventions- und Unterstützungsarbeit.⁶³ Vor diesem Hintergrund schlossen sich im April 2007 verschiedene Initiativen und Vereine zur *HIV/AIDS STK Platformu* (NGO-Plattform HIV/Aids) zusammen. Neben İKGV, PODER, und Pozitif Yaşam waren der schwul-lesbische Verein Kaos GL und die Trans*-Organisation *Pembe Hayat LGBTT Dayanışma Derneği* (Rosa Leben LSBTT-Solidaritätsverein)⁶⁴ beteiligt. Zu den Zielen gehörten die Prävention und allgemeine Sensibilisierung der Gesellschaft sowie die Unterstützung von Menschen mit positivem HIV-Status und die Entwicklung menschenrechtskonformer Begleitungs-, Beratungs- und Behandlungskonzepte. Neben dem Lobbying bei den politischen Parteien arbeitete die Plattform dabei mit Kleinanfragen an das Parlament.⁶⁵

Im Rahmen der erwähnten Kooperation zwischen dem Gesundheitsministerium und dem Global Fund wurde 2005 auch das »Türkiye HIV/AIDS Önleme ve Destek Programı« (HIV/Aids-Präventions- und Unterstützungsprogramm Türkei) ins Leben gerufen.⁶⁶ Das Programm, das bis 2007 bestand, ist ein gutes Beispiel für eine intersektorale und auf das gesamte Land ausgerichtete Aids-Arbeit, in die nicht nur die staatlichen Institutionen involviert waren, sondern auch unterschiedliche Organisationen aus dem Bereich der reproduktiven Gesundheit sowie Organisationen von und für Menschen mit Aids und HIV. In seinem Rahmen wurden elf Projekte in fünf großen Städten durchgeführt. Dazu gehörten unter anderem Umfragen bezüglich des »Risikoverhaltens« nicht registrierter Sexarbeiter*innen oder von Gefangenen. Außerdem wurden mehrere freiwillige Beratungs- und Testzentren eröffnet sowie eine Vielzahl von Informationsbroschüren für unterschiedliche Zielgruppen (Polizei, Medien, NGO, Sexarbeiter*innen, MSM, Gefangene, Drogenkonsumierende etc.) publiziert. Daneben wurden zahlreiche Weiterbildungsangebote und Workshops gefördert bzw. organisiert. Nicht zuletzt führte Pozitif Yaşam in diesem Rahmen eine Evaluation der vorhandenen Gesetze

63 Çokar (2006).

64 Vgl. die Interviews mit Arzu Rezzan Sunam (S. 149–166), Buse Kılıçkaya (S. 85–99), Canberk Harmanlı (S. 103–124), Deniz (S. 269–286), Muhtar Çokar (S. 199–221), Tuğrul Erbaydar (S. 239–268), Umut Güner (S. 187–197) und Yasin Erkaymaz (S. 125–148).

65 In einem weiteren Gespräch mit Muhtar Çokar berichtete dieser, dass die Plattform sich aus organisatorischen Gründen aufgelöst habe. Ein konkretes Datum nannte er jedoch nicht. Unserer Recherche zufolge beteiligte sich die Plattform zuletzt am 1. Dezember 2009 an einer Demonstration zum Welt-Aids-Tag. Vgl. dazu Pozitif Yaşam Derneği (o.J.).

66 Pozitif Yaşam Derneği (2008).

in den Bereichen des Arbeits-, Zivil- und Strafrechts durch, um Menschen mit positiven HIV-Status besser vor Diskriminierungen schützen zu können.⁶⁷

Mit der zweiten AKP-Regierung kam es nach 2007 erneut zu weitreichenden Verschiebungen. Wie bereits erwähnt, wurde die Arbeit der UAK unterbrochen. Die Fördergelder für die Aids/HIV-Arbeit wurden deutlich gekürzt, HIV und sexuell übertragbare Krankheiten im Allgemeinen in der Agenda des Gesundheitsministeriums durch Infektionskrankheiten wie Ebola und die Vogelgrippe verdrängt.⁶⁸ Unsere Interviewpartner*innen erklären die Untätigkeit der Regierung in dieser bisher letzten Phase der Geschichte von Aids und HIV in der Türkei unterschiedlich: Muhtar Çokar vermutet, dass die Zahl der registrierten Fälle schlicht nicht groß genug gewesen sei, um Aids und HIV für den Staat zu einem ernsthaften Thema zu machen. Doğan Güneş Tomruk, ebenfalls langjähriger Mitarbeiter der İKGV, geht davon aus, dass die Regierung andere Prioritäten setzte und HIV und Aids einfach ignorierte. Canberk Harmancı von Pozitif Yaşam wiederum begründet die Untätigkeit bzw. die Ignoranz der Regierung mit deren sexualitätsfeindlicher, konservativer Politik, die sexuelle Kontakte als ausschließliche Ursache von HIV und Aids betrachtet und jedwede Art unehelichen Geschlechtsverkehrs moralisiert. Ganz ähnlich argumentiert auch Deniz, eine*r der Mitgründer*innen von AİDS Savaşım Derneği, dass unter der Regierung der AKP nicht mehr über Sexualität und sexuelle Gesundheit gesprochen werden kann. Das gilt nicht zuletzt für die Schulen und andere Bildungsinstitutionen. Angesichts dieser Entwicklungen konzentrierten sich die aktivistischen Vereine und die anderen Organisationen, die sich mit sexuell übertragbaren Krankheiten und reproduktiver Gesundheit auseinandersetzen, in dieser Phase vor allem auf die rechtliche Lage von Menschen mit HIV sowie auf andere gesetzliche Regelungen, die im Zusammenhang mit Aids und HIV relevant sind.

Aufgrund der Zunahme der HIV-Infektionen in jüngerer Zeit, die von vielen in einen kausalen Zusammenhang mit der fehlenden staatlichen HIV-Politik und der »Tabuisierung« der Sexualität gestellt wird,⁶⁹ übten internationale Gesundheitsorganisationen wie die WHO und der Global

67 Vgl. KLİMİK (2015), Pozitif Yaşam Derneği (2008) sowie die Interviews mit Arzu Rezzan Sunam (S. 149–166) und Yasin Erkaymaz (S. 125–148).

68 Vgl. die Interviews mit Deniz (S. 269–286) und Muhtar Çokar (S. 199–221).

69 Vgl. insbes. die Interviews mit Canberk Harmancı (S. 103–124), Deniz (S. 269–286), Kemal Ördek (S. 55–84) und Yasin Erkaymaz (S. 125–148).

Fund zunehmend Druck auf die staatliche Gesundheitspolitik aus. Schon 2011 wurde das *Türkiye Halk Sağlığı Kurumu* (Amt für Volksgesundheit) eingerichtet, das in der heutigen Aids- und HIV-Politik eine federführende Rolle spielt. Seine Strategie für den Zeitraum 2014 bis 2017 beschreibt folgende Ziele für die Bekämpfung von HIV und anderen sexuell übertragbaren Krankheiten: die Reduktion der Verbreitungsrate von HIV und anderen sexuell übertragbaren Krankheiten; die Entwicklung eines nationalen Programms zur Prävention sexuell übertragbarer Krankheiten; die Einrichtung weiterer Beratungs- und Testzentren sowie die Qualitätssicherung der entsprechenden Dienstleistungen; die Etablierung von Sensibilisierungs- und Aufklärungsprogrammen für gesellschaftliche Gruppen, die schwer erreichbar sind; die Antidiskriminierungsarbeit und der Schutz von Menschen mit HIV vor Stigmatisierung; die Veröffentlichung der Protokolle über Diagnosen und Behandlungen; die Aufklärung der Gesellschaft über sexuell übertragbare Krankheiten; die Entwicklung und Förderung der Zusammenarbeit zwischen unterschiedlichen Sektoren auf der nationalen Ebene.⁷⁰ Inwiefern damit tatsächlich eine neue Phase in der Geschichte von Aids und HIV in der Türkei eingeleitet wurde, muss hier offen bleiben. Zwar sind seit 2015 mehrere Organisationen gegründet worden, die in diesem Bereich tätig sind. Gleichzeitig jedoch äußerten einige unserer Gesprächspartner*innen eine grundlegende Skepsis bezüglich des Willens der Regierung, wirklich etwas zu ändern.⁷¹ Wie wir den Kontakt zu ihnen aufgenommen haben, wie die Interviews ausgewählt wurden und wie das Buch aufgebaut ist, führen wir nun im abschließenden Abschnitt dieser Einleitung aus.

Das Buch: Zugang zu den Gesprächspartner*innen, Auswahl der Interviews und Aufbau

Wie erwähnt, war der Ausgangspunkt unserer Suche nach Interviewpartner*innen die Frage, wie die Geschichte und die Gegenwart von Aids und HIV in der Türkei dargestellt werden. In erster Linie sollten unsere Gegenüber deshalb in unterschiedlichen Phasen dieser Geschichte präsent gewesen sein und verschiedene inhaltliche und institutionelle Zu-

70 Türkiye Halk Sağlığı Kurumu (2013).

71 Vgl. Interviews mit Buse Kılıçkaya (S. 85–99), Canberk Harmanlı (S. 103–124), Deniz (S. 269–286), Doğan Güneş Tomruk (S. 169–186), Muhtar Çokar (S. 199–221), Umut Güner (S. 187–197) und Yasin Erkaymaz (S. 125–148).

gänge zur Thematik repräsentieren. So wurden insbesondere ehemalige Aktivist*innen und Expert*innen angefragt, die zu den Ersten gehörten, die in den jeweiligen Bereichen tätig waren – von der von zivilgesellschaftlichen Stiftungen wie der İKGV geprägten Präventionsarbeit der frühen 1990er Jahre bis zu aktuellen Formen der Selbstorganisation bei *Kırmızı Şemsiye Cinsel Sağlık ve İnsan Hakları Derneği* (Roter Regenschirm. Verein für sexuelle Gesundheit und Menschenrechte).⁷² Auf dieser Basis sollten unsere Gesprächspartner*innen insbesondere auch Auskunft darüber geben können, inwieweit auf staatlicher wie auf zivilgesellschaftlicher und aktivistischer Ebene mit Institutionen und Organisationen aus der Türkei und anderen Ländern zusammengearbeitet wurde und welche Transferprozesse von Wissen und Politiken es dabei gab.

Der Zugang zu Interviewpartner*innen wurde durch die nicht-akademischen Kooperationspartner*innen des EUROPACH-Projektes, Kaos GL, İKGV und Pembe Hayat LGBTT Dayanışma Derneği, ermöglicht. Im Vorfeld der Gespräche wurden die Befragten ausführlich über die Inhalte und die Ziele des Gesamtprojektes informiert. Die Interviews selbst fanden an den Orten ihrer Wahl statt. Auf dieser Basis konnten zwischen Frühjahr 2017 und Januar 2018 qualitative Interviews mit insgesamt 25 Personen geführt werden. Zwölf davon wurden im vorliegenden Band abgedruckt. Eine Mehrheit der Interviewpartner*innen hat der Veröffentlichung ihres Namens zugestimmt. Die persönlichen Informationen aller anderen Personen wurden anonymisiert. Die Auswahl der veröffentlichten Interviews erfolgte nach folgenden Kriterien, von denen jeweils mindestens eines erfüllt sein sollte:

- Die*der Interviewpartner*in erlebte die frühen HIV- und Aids-Bewegungen mit oder war Teil dieser.
- Die*der Interviewpartner*in gehört(e) einer Organisation an, die von internationalen Geldgebern geförderte Projekte realisierte oder aktuell an deren Realisierung beteiligt ist.
- Die*der Interviewpartner*in gehört(e) einer Basisorganisation an, die direkt von und für Menschen, die mit HIV leben, gegründet wurde.
- Die*der Interviewpartner*in hat(te) Zugang zu Menschen mit positivem HIV-Status und unterstützt(e) sie in medizinischer, sozialer oder rechtlicher Hinsicht.

72 Vgl. das Interview mit Kemal Ördök S. 55–84). Die Basisorganisation ist nicht dieselbe wie die 2008 von Pembe Hayat gegründete Sexarbeiter*innen-Initiative Kırmızı Şemsiye. Vgl. dazu das Interview mit Buse Kılıçkaya (S. 85–99).

- Die*der Interviewpartner*in gehört einer Bevölkerungsgruppe an, die aufgrund von (vermeintlichen) Differenzmerkmalen marginalisiert und stigmatisiert wird. Dazu zählen insbesondere die Sexarbeiter*innen.
- Die*der Interviewpartner*innen lebt selbst mit HIV.

Das Buch besteht aus vier Teilen mit jeweils drei Interviews. Der erste Teil enthält Gespräche mit queeren und Trans*-Personen, die sich aktuell, aus persönlicher Betroffenheit und/oder professionell mit der HIV-Thematik auseinandersetzen. Zunächst kommt ein junger schwuler Mann zu Wort. Das Gespräch mit ihm unterscheidet sich insofern von den anderen elf Interviews, als er weder als Aktivist noch als Wissenschaftler oder sonst »wichtiger« Akteur spricht. Es geht vor allem um sein Verhältnis zu HIV und um das Leben als Person mit positivem HIV-Status in der Schwulenszene von Ankara. Die beiden weiteren Interviews in diesem Teil dagegen handeln von der spezifischen Situation von Trans*-Personen und insbesondere von Trans*-Sexarbeiter*innen. Die Gesprächspartner*innen beschreiben die vielfältigen Problematiken, aufgrund derer sie dem Risiko einer Infektion mit HIV und anderen Gefahren ausgesetzt sind. Sie berichten aber auch von erfolgreichen Versuchen, sich selbst zu organisieren und sich gegen unterschiedliche Formen der Diskriminierung zu wehren.

Im zweiten Teil kommen Aktivist*innen zu Wort, für die erste Basisorganisation von und für HIV-Positive, Pozitif Yaşam Derneği, arbeiten oder gearbeitet haben. Dabei steht der Prozess der Selbstorganisation im Zentrum. Die ersten Organisationen, die im Bereich Aids/HIV tätig waren, wurden ausschließlich von Personen mit negativem HIV-Status gegründet. In erster Linie engagierten sie sich für die Prävention. Auch wenn die Interviewpartner*innen diese Arbeit schätzen, unterstreichen sie die Notwendigkeit von Basisorganisationen, deren Arbeitsbereiche und Politiken Personen mit positivem HIV-Status selbst bestimmen und gestalten können. Entsprechend engagier(t)en sie sich nicht in erster Linie in der Präventionsarbeit. Sie setz(t)en sich vielmehr für die Bekämpfung von Diskriminierung und Stigmatisierung ein. Es geht in diesen drei Gesprächen folglich weniger um die gesundheitlichen Folgen der Infektion mit dem Virus als um deren gesellschaftliche Auswirkungen.

Die Gespräche im dritten Teil dieses Buches handeln hauptsächlich von der Phase der Professionalisierung der Aids/HIV-Arbeit in den 1990er und frühen 2000er Jahren. Damals standen zunächst die Prävention und der Schutz der Bevölkerung im Zentrum. Die Vereine und Organisationen erhielten finansi-

elle Unterstützung durch das Gesundheitsministerium und durch supranationale Organisationen wie die WHO und die EU. Die Förderprogramme letzterer führten zugleich zu einem strukturellen Wandel: Während die bestehenden Vereine in der Türkei großen Wert auf eine kontinuierliche Präventionsarbeit legten, kam es nun zu einer Verschiebung zu temporären, projektbasierten Aktivitäten. Dies führte zu einer Professionalisierung (nicht nur) der Aids/HIV-Arbeit, die von den Interviewpartner*innen unterschiedlich bewertet wird. Zugleich fanden nun Antidiskriminierungskampagnen und die gruppenspezifische soziale Arbeit vermehrt Unterstützung. Davon profitierten nicht zuletzt die damals im Entstehen begriffenen Basisorganisationen.

Im letzten Teil kommen Akteur*innen der ersten Generation von Aids/HIV-Arbeit und -Aktivismus zu Wort. Sie gehen insbesondere auf die Frage ein, wie die Geschichte von Aids und HIV in der Türkei erzählt werden könne. In einzelnen Aspekten unterscheiden sich ihre Antworten deutlich. Daneben berichten die Gesprächspartner*innen von ihren ersten Begegnungen mit dem HI-Virus während des Medizinstudiums oder der Assistenzzeit. Sie erzählen von der Entstehungsgeschichte der ersten Organisationen, die sich explizit mit Aids und HIV auseinandersetzten. Und nicht zuletzt erinnern sie an Murtaza Elgin, die oben erwähnte erste Person in der Türkei, deren positiver HIV-Status öffentlich bekannt wurde. Die drei Gespräche machen deutlich, wie schwierig es ist, von einem Anfang, von einer besonders gefährdeten Gruppe oder von einer richtigen oder falschen Präventions- oder Antidiskriminierungsarbeit zu sprechen. Dabei kommen einmal mehr Fragen nach dem Transfer von westeuropäischem Wissen und entsprechenden Politiken und nach der Rolle der internationalen Gesundheitsförderung zur Sprache.

Das Buch wird durch einen Essay von Yener Bayramoğlu abgeschlossen. Darin geht es vor allem um die frühere mediale Darstellung von Aids und die Medienberichterstattung über Murtaza Elgin. Das »Gespenst M«, so Bayramoğlu, steht für den Umstand, dass die Geschichte von Aids und HIV keine abgeschlossene Geschichte ist. Die Erinnerung an die Diskriminierung und Stigmatisierung, die Murtaza widerfuhr, diene den Interviewpartner*innen als Warnung, dass einmal Erreichtes auch wieder rückgängig gemacht werden kann. Sie halte zur Wachsamkeit an – angesichts der aktuellen Situation eine Notwendigkeit, wie viele Gesprächspartner*innen explizit betonen. Dabei geht es ihnen nicht nur um die Politik der AKP-Regierung, sondern auch um allgemeine gesellschaftliche Veränderungen. In den Worten der*des Ärzt*in Deniz:

»Denken Sie nur, diese Menschen studieren Medizin. Sie wollen Ärzt*innen werden und die Menschen werden sie aufsuchen, um Rat zu holen. Doch wenn das Gespräch im Unterricht auf Sexualität kommt, senken die Studierenden den Kopf und stellen keine einzige Frage. Und wenn sie wissen, dass dieses Thema auf dem Programm steht, erscheinen sie am betreffenden Tag gar nicht erst.«⁷³

Dieses Buch wäre ohne die Interviewpartner*innen, ihre Bereitschaft, Auskunft zu geben und die Gespräche zu veröffentlichen, nicht möglich gewesen. Und wie erwähnt haben einige von ihnen die Idee für eine Publikation überhaupt erst eingebracht. Ihnen gebührt deshalb unser größter Dank. Besonders erwähnen möchten wir aus diesem Kreis Muhtar Çokar und Umut Güner. Ihr unermüdlicher Einsatz hat die Kontaktaufnahme mit den weiteren Gesprächspartner*innen entscheidend erleichtert. Dass die Interviews überhaupt geführt werden konnten, ermöglichte der konzeptuelle und finanzielle Rahmen des EUROPACH-Projektes. Wir danken dem Projektteam, besonders Martin Lengwiler vom Basler Teilprojekt, für die anregenden Diskussionen und die Unterstützung, die die Publikation von Anfang an erfahren hat. Die Transkription der türkischsprachigen Interviews wurde von Yener Bayramoğlu und Nazlı Cabadağ übernommen, die Übersetzung ins Deutsche von Koray Yılmaz-Günay. Ihnen gilt unser Dank ebenso wie Heinz-Jürgen Voß (Hochschule Merseburg), der das Buch in die Reihe »Angewandte Sexualwissenschaft« aufgenommen hat, und der Hochschule Merseburg für die Förderung der Übersetzung. Für die Fahnenkorrektur bedanken wir uns bei Stefanie Degner, Falco Drießen und Rasmus Randig. Schließlich danken wir dem Psychosozial-Verlag, namentlich Jessica Vogt, Jana Motzet und Christian T. Flierl, für die ausgezeichnete Zusammenarbeit. Ein persönlicher Dank von Peter-Paul Bänziger geht darüber hinaus an Eveline Müller – für spannende Diskussionen über globale Machtverhältnisse und Kurdistan; und für vieles andere mehr.

Zülfukar Çetin widmet dieses Buch seinem Ehemann Oliver Ohlsen (1965–2018). Er hat die Arbeit an diesem Projekt partnerschaftlich begleitet, bevor er im vergangenen Sommer unerwartet gegangen ist.

Peter-Paul Bänziger widmet es Chris Bänziger (1958–1993) und Markus Bänziger (1959–1989), für die wirksame Therapien zu spät kamen.

73 Deniz in diesem Band, S. 282.

Literatur

- AVERT (o.J.). History of HIV and AIDS overview. <https://www.avert.org/professionals/history-hiv-aids/overview> (21.11.2018).
- Başer, Zerrin (1998). Türkiye'de HIV/AIDS. Mücadelesinde Yapılanma. In Serhat Ünal & Aygen Tümer (Hrsg.), *Güncel Bilgiler Işığında HIV/AIDS* (S. 275–284). Ankara: Bilimsel Tıp Yayınevi.
- Bänziger, Peter-Paul (2016). Transformationen des Gesundheitswesens seit den 1960er Jahren. Die Beispiele der Aids- und der Drogenthematik. In Lucien Criblez, Christina Rothen & Thomas Ruoss (Hrsg.), *Staatlichkeit in der Schweiz. Regieren und Verwalten vor der neoliberalen Wende* (S. 193–216). Zürich: Chronos.
- Bänziger, Peter-Paul & Çetin, Zülfukar (2017). Die Normalisierung eines Ausnahmezustands? Geschichten der Aids- und der Drogenthematik in Bundesrepublik Deutschland seit den 1980er Jahren. In Hannah Ahlheim (Hrsg.), *Gewalt, Zurichtung, Befreiung? Körperliche »Ausnahmezustände« 1880–2000* (S. 117–140). Göttingen: Wallstein.
- CEDAW (1993). Birleşmiş Milletler CEDAW Komitesine Sunulmak Üzere Hazırlanan İkinci ve Üçüncü Birleştirilmiş Periyodik Türkiye Raporu. https://www.tbmm.gov.tr/komiyon/kefe/belge/uluslararası_belgeler/ayrimcilik/CEDAW/ulke_raporlari/CEDAW%20Komitesi%27ne%20verilen%20T%C3%9CRK%C4%B0YE%20RAPORU%202%20ve%203.%20d%C3%B6nem.pdf (21.11.2018).
- Çetin, Zülfukar (2015). Die Dynamik der Queer-Bewegung in der Türkei vor und während der konservativen AKP-Regierung. Berlin: SWP. https://www.swp-berlin.org/fileadmin/contents/products/arbeitspapiere/AP_FG_Europa_2015_08.pdf (21.11.2018).
- Çetin, Zülfukar (2017). Intertwined Movements, Interwoven Histories: HIV and AIDS in Turkey. Disentangling European HIV/AIDS Policies: Activism, Citizenship and Health (EUROPACH) Working Paper No. 17-001/2. <http://europach.phils.uj.edu.pl/assets/Uploads/Cetin-2017-Intertwined-Movements-Interwoven-Histories-HIV-AIDS-in-Turkey-21022017.pdf> (21.11.2018).
- Çokar, Muhtar (2006). Türkiye'de CYBE/HIV/AIDS Alanında STK'ların Rolü ve Yapısal Özellikleri. in HATAM (Hrsg.), *HIV/AIDS Dergisi*, 9(2), 29–32.
- Dziuban, Agata & Sekuler, Todd (2017). Mapping HIV-Related Figures of Risk in Europe's Blood Donation Regime. Disentangling European HIV/AIDS Policies: Activism, Citizenship and Health (EUROPACH) Working Paper No. 17-001/1. <http://europach.phils.uj.edu.pl/assets/Uploads/Dziuban-Sekuler-2017-Mapping-HIV-Related-Figures-of-Risk-in-Europes-Blood-Donation-Regime-new2.pdf> (21.11.2018).
- Haas, Jen (2018). Unser doppeltes Coming-out. *WOZ*, 7, 15.02.2018, 19.
- HATAM (2016). Türkiye'de HIV/Aids vakalarının yıllara göre dağılımı. <http://www.hatam.hacettepe.edu.tr/veriler/Haziran2016web.pdf> (21.11.2018).
- Imseng, Dominik (2018). Ohne Dings kein Bums. In Constantin Seibt (Hrsg.), *Positiv. Aids in der Schweiz* (S. 29–53). Basel: Echtzeit.
- Kippax, Susan & Stephenson, Niamh (2012). Beyond the distinction between biomedical and social dimensions of HIV prevention through the lens of a social public health. *American Journal of Public Health*, 102(5), 789–799.

- KLİMİK (2015). İstanbul'da Kayıt Dışı Seks İşçilerinde HIV/AIDS Korunma Bilincinin ve isteğinin Yükseltilmesi. <https://www.klimik.org.tr/wp-content/uploads/2015/06/HIV-AIDS-%C3%96nleme-ve-Destek.pdf> (21.11.2018).
- Klöppel, Ulrike (2016). Aids-Krise in Deutschland revisited: zwischen Bio- und Affektpolitik. *GENDER, Sonderheft 3*, 75–87.
- Lengwiler, Martin & Madarász, Jeannette (Hrsg.). (2010). *Das präventive Selbst. Eine Kulturgeschichte moderner Gesundheitspolitik*. Bielefeld: Transcript.
- Mater, Nadire (2008). 90'ların Hak Mücadeleleri'ne Başlarken. <http://bianet.org/bianet/bianet/160590-90-larin-hak-mucadeleleri-ne-baslarken> (21.11.2018).
- Michael, Mike & Rosengarten, Marsha (Hrsg.). (2013). *Innovation and Biomedicine: Ethics, Evidence and Expectation in HIV*. London: Palgrave Macmillan.
- Mürmann, Heribert (o. J.). Lambda Tarihine Kişisel bir Bakış [Ein persönlicher Rückblick auf die Geschichte von Lambda]. <http://www.ibnistan.net/lamtar/lam2bkurulus.html> (14.06.2018).
- Pozitif Yaşam Derneği (2008). AIDS, İnsan Hakları ve Yasalar. Türkiye'de AIDS Konusundaki Yasal Düzenlemeler ve Öneriler. <http://www.pozitifyasam.org/Content/Upload/Kitaplarimiz/AIDS,%20%C4%B0nsan%20Haklar%C4%B1%20ve%20Yasalar.pdf> (25.11.2018).
- Pozitif Yaşam Derneği (o. J.). Yine Sokaktaydık! 1 Aralık Dünya AIDS gününde Beyoğlu'ndaydık. <http://www.pozitifyasam.org/haber-m-1327> (25.11.2018).
- Reye, Barbara (2018). Positiv leben. In Constantin Seibt (Hrsg.), *Positiv. Aids in der Schweiz* (S. 68–72), Basel: Echtzeit.
- Seibt, Constantin (Hrsg.). (2018). *Positiv. Aids in der Schweiz*. Basel: Echtzeit.
- Shaller, Caspar (2016). Der Schrecken hat ein Ende. *Das Magazin*, 26.11.2016, 10–17.
- Struzik, Justyna (2017). Disentangling the 1980s and 1990s in Poland. Milestones and Framework of HIV/AIDS Policies. Disentangling European HIV/AIDS Policies: Activism, Citizenship and Health (EUROPACH) Working Paper No. 17-001/5. <http://europach.phils.uj.edu.pl/assets/Uploads/Struzik-2017-Disentangling-the-1980s-and-1990s-in-Poland-Milestones-and-Frameworks-of-HIV-AIDS-Policies-ne.pdf> (21.11.2018).
- Thießen, Malte (Hrsg.). (2014). *Infiziertes Europa. Seuchen im langen 20. Jahrhundert*. München: De Gruyter Oldenbourg.
- Tümer, Aygen (2016). HIV/AIDS nedir? [Was ist HIV/Aids?]. http://www.hatam.hacettepe.edu.tr/AIDS_web-2016.pdf (21.11.2018).
- Tümmers, Henning (2017). *AIDS. Autopsie einer Bedrohung im geteilten Deutschland*. Göttingen: Wallstein.
- Türkiye Halk Sağlığı Kurumu (2013). 2014–2017 Stratejik Planı. http://www.sp.gov.tr/upload/xSPStratejikPlan/files/x4rRI+Stratejik_Plan_2014-2017.pdf (25.11.2018).
- Voegtli, Michaël (2016). *Une cause modèle. La lutte contre le sida en Suisse (1982–2008)*. Lausanne: Éditions Antipodes.

Teil I:
Queere Stimmen
und Trans*Positionen
zur Gegenwart

Aber irgendwie muss man es auch schaffen, so zu leben, als sei man nie damit konfrontiert worden ...

Ein Leben zwischen Schwulenszene und positivem HIV-Status

Zülfukar Çetin im Gespräch mit Efe

Efe¹ ist zum Zeitpunkt des Interviews, das am 9. März 2017 stattfand, 23 Jahre alt. Er lebt in Ankara und studiert Soziale Arbeit. In der vorlesungsfreien Zeit fährt er zu seiner Familie im Nordwesten der Türkei. Im November 2015 erfuhr er von seinem positiven HIV-Status. Im Gespräch geht es deshalb vor allem um den individuellen Umgang mit HIV und um die Erfahrungen mit dem sozialen Umfeld, der medizinischen Behandlung und der psychosozialen Unterstützung. In Bezug auf die schwule Szene in Ankara befindet sich Efe in einer Zwickmühle: Er beschreibt sich als offen lebenden Schwulen, der sich jedoch aufgrund der Angst vor Diskriminierung und Stigmatisierung in der Szene nicht als Person mit positivem HIV-Status outen kann.

Der negative Anfang eines »positiven« Lebens

Zülfukar Çetin: Würden Sie zunächst ein bisschen von sich selbst erzählen?

Efe: Natürlich. Ich heiße Efe. Ich studiere in Ankara im Sozialbereich. Meine Familie wohnt in einer Stadt außerhalb von Ankara. Ich bin 22, 23 Jahre alt und schwul. Vor etwa anderthalb Jahren, im November 2015, erfuhr ich, dass ich HIV-positiv bin. Ich war zu dem Zeitpunkt allein und hatte das ganz und gar nicht erwartet. Ich hatte mir vor der Diagnose immer gesagt, dass mir das nicht passieren könne, dass es so weit weg von mir sei. Aber Hochmut kommt eben vor dem Fall ... So war es wohl ein bisschen. Ich erfuhr es zu einem Zeitpunkt, als ich es am wenigsten erwartet hätte. Es war wirklich ein großer Schock für mich. Sie untersuchten mich, splitterfasernackt, zig Ärzt*innen um mich herum. Normalerweise machen sie ja

1 Name anonymisiert.

einen weiteren Test nach drei Monaten, um die Diagnose zu bestätigen. Ich hatte drei Monate davor schon einen Test gemacht, aber dessen Ergebnis gar nicht angegeben. Also ließ ich noch einen Test machen, welcher dann tatsächlich auch positiv ausfiel. Das bedeutete, ich war wirklich positiv. Das verstärkte den Schockgrad natürlich, ein richtiges Trauma.

Dann fing der Follow-up-Prozess an. Ein paar Tage lang stand ich neben mir, es ging mir sehr schlecht. Alles Mögliche wurde detailliert untersucht. Ich wurde an die Psychiatrie verwiesen. Anfänglich, vielleicht drei, vier Monate lang, nahm ich Antidepressiva. Aber ich merkte, dass sie mir nicht guttun und setzte sie ab. Ich vernachlässigte mein Studium vollkommen und meine Leistungen sackten ab. In dem Zeitraum absolvierte ich ein Praktikum bei Pembe Hayat LGBTT Dayanışma Derneği (Rosa Leben LGBTT Solidaritätsverein).² Ich entfremdete mich zusehends von meinem Umfeld. Anfangs fühlte ich mich wirklich sehr allein. Ich wusste nicht, was es bedeutet, positiv zu sein; wusste nicht, was die Konsequenzen sind; wusste fast gar nichts. Ich nahm an, es sei eine tödliche Krankheit, quasi das Ende der Welt. Wahrscheinlich, weil ich so jung war. Ich war 21. Ich dachte, ich verdiene das nicht. Es war wirklich niederschmetternd. Ich habe jetzt noch Konzentrationsschwierigkeiten, wenn ich darüber spreche.

Ich zog mich immer weiter in mich selbst zurück und versuchte, alles mit mir selbst auszumachen. Ich vermute, ich fürchtete mich auch ein bisschen davor, dass andere Menschen es erfahren, dass es sich herumspräche und öffentlich würde. Meine Familie weiß eh nichts von meiner sexuellen Identität, auch wenn sie sich da Fragen stellen. Ich glaube, sie würden nicht gut reagieren. Es ist wirklich schwer. Meine Freundschaften litten auch darunter und wurden schwächer. Beim ersten Mal, dass ich das jemandem erzählte – weil ich es jemandem erzählen musste –, bekam ich nicht die nötige Unterstützung. Wir hatten auch schon andere Probleme, aber selbst als ich nur um eine Begleitung zu den Kontrollen ganz am Anfang bat, war das nicht immer möglich und ich musste allein gehen.

Lassen Sie mich von einem Erlebnis erzählen: Ich habe häufig wechselnden Geschlechtsverkehr, viele verschiedene Partner im schnellen Wechsel. Bevor ich krank wurde – nein, das wollte ich ja nicht mehr sagen –, also bevor ich erfuhr, dass ich positiv bin, wusste ich von meinem Arzt ein bisschen etwas zum Verlauf der Infektion. Sagen wir mal, über die Inkubationszeit. In dem Zeitraum hatte ich alle möglichen Sexualkontakte. Ich schrieb

2 Vgl. dazu das Interview mit Buse Kılıçkaya.

allen, mit denen ich zusammen gewesen war, über ihr Profil: »So und so steht es, du könntest auch was haben.« Ich fühlte mich dazu verpflichtet, das zu tun. Es gab einen, den ich regelmäßiger getroffen hatte, sechs-, siebenmal oder vielleicht sogar acht-, neunmal. Wir hatten jedes Mal ungeschützten Verkehr. Ich sagte immer, dass wir uns schützen sollten, aber er lehnte es immer ab. Und ich bestand nicht darauf, als der andere es nicht wollte. Ich wusste zwar, dass ich mich schützen muss, ich sagte: »Immer nur Safer Sex.« Aber wenn es dann darauf ankam, wurde ich schwach. Es war, als wären mir die Hände gebunden. So war das vorher. Seitdem mache ich nur noch Safer Sex. Aber mit jener Person traf ich mich in den ersten ein, zwei Monaten nicht mehr. Ich hatte eigentlich zu gar niemandem Kontakt. Ich versuchte, ohne Sex und ohne andere Menschen zu leben. Ich musste es erst einmal verdauen, musste mich daran gewöhnen. Ich konzentrierte mich also zwei Monate lang auf mich selbst, indem ich mich zurückzog.

Dann sah ich diesen Typen wieder. Noch zwei- oder dreimal. Ich hatte auch ihm anonym geschrieben, um ihn zu informieren. Ich hatte getan, was ich konnte, das, was ich als Verpflichtung empfand, ohne ihm direkt in die Augen zu sehen und zu sagen: Ich bin so und so. Ich hätte mich nicht outen können. Und er fing dann an zu sagen: Lass uns Schutz benutzen. Aber immer erst nach dem Sex. Immer danach sagte er: »Eigentlich sollten wir uns schützen.« Gerade so, als wäre es immer an mir gescheitert. So, als hätte er es immer gewollt und ich mich sorglos verhalten. Ich sagte: »Ja, wir hätten Schutz benutzen sollen. Aber als ich während des Sex davon gesprochen habe, hast du von Erektionsproblemen wegen Kondomen gesprochen.«

Ich habe doch vorhin von einem Freund erzählt. Es stellte sich heraus, dass dieser Typ auch sein Sexpartner war. Wir erfuhren das erst später. Mein Freund und ich kannten uns schon länger als jeder von uns den Typen, aber trotzdem wurde das zwischen uns zum Problem. Er hatte uns beiden gefallen, aber der Freund konnte das nicht akzeptieren. Da gab es eine Vorgeschichte zwischen uns, drei andere, mit denen wir beide Sex gehabt hatten, Leute, mit denen er vorher zusammen gewesen war. Aber bei diesem einen war es anders. Hier war ich der Erste gewesen und er machte sich danach an ihn heran, ohne mir davon zu erzählen. Ich weiß nicht, was er sich dachte, ob er neidisch war oder so. Er sagte: »Du bist krank. Du hast keinen ungeschützten Verkehr mit ihm, oder? Tu das bloß nicht!« Schließlich hatte er zur selben Zeit Sex mit ihm. Er dachte wahrscheinlich an sich selbst oder seinen Sexpartner. Nur an mich dachte er nicht. »Natürlich haben wir Safer Sex«, sagte ich. Es ging ihn ja nichts an.

Aber er erfuhr dann wohl, dass es nicht safe war. Er warnte mich: »Ich will nicht, dass du dich noch einmal mit Ozan³ triffst.« Ich fragte, warum er das nicht wolle. »Ich will es eben nicht«, sagte er. Also war es ihm neu-lich nicht nur um Safer Sex gegangen. Sein Problem war auch ein anderes. Er drohte dann offen: »Ich will es nicht. Und wenn du ihn noch einmal triffst, gehe ich zu deiner Familie und oute dich.« Und ich sagte dann: »Gut, wenn du es nicht willst, treffe ich ihn nicht mehr.« Ich wollte nicht weiter darüber sprechen, weil ich dachte, es bringt nichts, wegen so etwas unsere Freundschaft zu gefährden. Also traf ich den anderen nicht mehr, bis etwa ein Monat später Nachrichten von ihm kamen, so nach dem Motto: Wo bist du? Komm sofort hierher! In der Zwischenzeit aber war mein Freund bei ihm gewesen und hatte ihm alles erzählt, etwa auf folgende Art und Weise: »Du könntest krank sein.« Und er ruft dann mich an und sagt, ich könnte krank sein.

Zuerst war ich eine Weile nicht ans Telefon gegangen, denn ich fürchtete mich. Er war schon ein Psychopath. Ich wusste nicht, wozu er fähig ist, und hatte Angst. Er war gefährlich. Ich sprach nicht mit meinem Freund über diese neue Situation. Wir taten beide so, als wüssten wir nichts. Ich schwieg einfach. Nach ein paar Tagen kam er zu mir ins Zimmer – wir lebten im selben Studierendenwohnheim. »Was ist los, warum kommst du nicht vorbei?«, fragte er. Und ich sagte: »Das fragst du mich?« Als ich ihn fragte, warum er mir so etwas angetan hatte, antwortete er: »Weil ich unserer Freundschaft beenden wollte.« Ja, in der letzten Zeit war unsere Freundschaft nicht mehr dieselbe gewesen. Wir hatten zwar Probleme, aber so hätte es trotzdem nicht enden müssen – damit, dass er mich an den Pranger stellte und so seine Distanzierung zum Ausdruck brachte. Davor hatte er nie davon gesprochen, dass er nicht mehr mein Freund sein möchte. Jetzt erst sagte er mir offen, dass er auf den anderen Typen stehe und deswegen nicht mehr mit mir befreundet sein wolle. Ich sagte ihm, dass ich ihm das niemals verzeihen würde. Das war es dann.

Das, was ich damit sagen möchte, ist dies: Am Ende hatte einer aus der Schwulen-Welt von Ankara, einer, den ich nur für Sex traf, von meiner Infektion erfahren, einer der mir fremd war und bleiben sollte. Das machte mir Angst. Mein vermeintlicher Freund hätte das ja auch vielen anderen erzählen können. Ich wäre dann in der schwulen Szene in Ankara eine bekannte Figur geworden. Das ließ mich zweifeln. Und zwar ziemlich stark.

3 Name anonymisiert.

Die Angst vor Diskriminierung in der schwulen Szene aufgrund des HIV-Status

Wenn ich das richtig verstehe, sind Sie als Schwuler in Ankara out, aber als HIV-Positiver nicht.

Genau.

Also wissen es nicht viele Leute?

Zahlenmäßig sehr wenige, ja. Ich lebe in Ankara wirklich sehr offen mit meiner sexuellen Identität. Ich würde sagen, ich habe seit vier, fünf Jahren ein gay life hier. Ich lebe seit fünf Jahren in Ankara und irgendwann bist du unter den Schwulen bekannt. Sie erkennen dich am Gesicht und dein Leben wird dann noch öffentlicher. Naja, und das führt dann natürlich auch dazu, dass du dir noch mehr Fragen stellst.

Wenn Sie vom Coming-out als Person mit positivem HIV-Status sprechen, sprechen Sie von der schwulen Welt oder von der Allgemeinbevölkerung?

Ich meine gegenüber der schwulen Welt.

Denken Sie denn, dass Sie dort mehr Diskriminierung oder Verurteilung erleben würden, wenn Ihr HIV-Status bekannt wäre?

Wie soll ich es sagen? ... Natürlich ist es nicht so erfreulich, Diskriminierung in der Gesamtgesellschaft zu erleben. Aber in diese Situation begeben sich mich gar nicht erst, denn es ist leider sehr schwierig, Dinge zu verändern. Wenn wir uns unsere Gesellschaft anschauen, ist es sehr schwierig, die Gedanken einer Tante zu verändern, die ihr 30. oder 40. Lebensjahr erreicht hat. In dem Alter denken doch alle schon in ihren Schubladen. Natürlich gibt es ganz hervorragende Projekte im Bereich der gesellschaftlichen Wahrnehmung, aber ich erwarte beispielsweise keinen Respekt.

Von der Allgemeinbevölkerung?

Von der Allgemeinbevölkerung. Das stört mich nicht. Es ist mir gleichgültig, ob sie mich verurteilen oder nicht. Aber in der Schwulenszene von Ankara bin ich ein populärer Mensch. Mich kennen wirklich viele Leute. Ich würde sofort zum Gesprächsthema, die Schwulen sind sehr gut darin. Es gibt wirklich viele Leute, die auf Klatsch und Tratsch stehen. Wenn du ein bisschen gekannt und erkannt wirst, wirst du sofort abgestempelt und

angeklagt. Das würde mich noch viel trauriger machen und zu noch mehr Vereinsamung führen – und ich würde dadurch auch von Ankara entfremdet werden. Das wäre nicht gut, denn ich mag Ankara gern. Ich mag es sehr, hier zu leben. Außerdem würde es dadurch schwieriger werden, Partner zu finden.

Mag sein, dass auch das zu einer Zurückhaltung bei mir führt. Sie kennen das ja. Ich meine bei Hornet, einer Dating-App, habe ich auch schon Nachrichten bekommen, wo es dann hieß: »Bist du positiv? Ich habe gehört, du bist positiv, ist das wirklich so?« Mag sein, dass mich dieser ehemalige Freund, von dem ich gesprochen habe, auf diese Weise bestrafen möchte. Kann sein, dass er Sachen aus meinem Privatleben gegenüber Dritten ausgeplaudert hat. Ankara ist eine Großstadt, aber gleichzeitig kann es auch ein sehr kleiner Ort sein. Eigentlich kennt jeder jeden und es gibt so eine Art Netzwerk, in dem alle auf die eine oder andere Weise drinhängen.

Es gibt auch noch diesen Umstand ... Ein sehr großer Teil der Menschen hat ungeschützten Sex und denkt auch, dass er leidenschaftlicher ist. Wenn ich dann sage: »Ich mache nur Safer Sex«, dann kriege ich manchmal bei Hornet als Antwort: »Eh? Warum? Früher war das doch auch nicht so ...« Und es stimmt ja auch. Früher hatte ich ungeschützten Sex und offenbar sprach sich das herum. Ist ja auch klar, denn ich lebte sehr schnell, hatte mit vielen verschiedenen Leuten Sex. Unter diesen Umständen ist es verständlich, dass sich das Gerücht schnell verbreitete, dass ich es ohne mache. Ich muss mich immer sehr bemühen, cool zu bleiben, wenn etwa Leute, mit denen ich früher ungeschützt Sex hatte, mich heute fragen: »Was ist los? Oder hast du jetzt etwa HIV?«

Aber im Lauf der Zeit habe ich mich auch da entwickelt. Die Leute haben die Meinung verinnerlicht, dass sich nur die Positiven schützen müssen. Das hat sich richtig festgesetzt in den Gehirnen. Dabei ist es doch das Normalste, sich immer zu schützen. Du musst nicht krank oder infiziert sein. Aber das gibt es hier überall, in der ganzen Gesellschaft. Dir muss immer zuerst einmal etwas passieren, damit du deine Lehren daraus ziehst – und danach verhältst du dich dann vorsichtig. Wir müssen immer zuerst einmal kräftig durchgeschüttelt werden, bevor sich die Gehirnwindungen klären. Also, ich versuche aufzupassen. Ich war vorher auch schon sensibilisiert, aber im Lauf der Zeit hat das zugenommen. Ich war jung, ich war doof. Heute verhalte ich mich vorsichtiger.

Selbstbild als Person mit positivem HIV-Status und Umgang mit Vorurteilen

Gehen Sie davon aus, dass Sie das Leben anderer in Gefahr bringen könnten?
Ja, ich betrachte mich manchmal als jemanden, der eine Gefahrenquelle für andere darstellt.

Hat das mit der Positiv-Diagnose begonnen oder hatten Sie davor auch schon solche Gedanken?

Nein, ich hatte nie so gedacht. Diese Art zu denken kam auf, nachdem ich erfahren hatte, dass ich HIV-positiv bin. Am Ende *bin ich ja HIV-positiv*.⁴ Ich muss vorsichtiger sein als andere, muss bewusster damit umgehen. Aber es gibt auch diese Seite: Du brauchst ja eine wechselseitige Verantwortungsübernahme. Ich frage den anderen, ich warne ihn. Wenn der andere aufgeklärt ist, schützen wir uns eh. Aber wenn der andere trotzdem keinen Safer Sex will, distanzieren mich ein bisschen von ihm. Wir machen dann vielleicht ein bisschen rum, aber wir haben keinen Analverkehr. Auch wenn etwas zwischen uns passiert, habe ich meine Verantwortung getragen, indem ich gesagt habe, dass ich keinen ungeschützten Sex haben möchte.

Natürlich ist das eine Sache, die nicht nur die Positiven, sondern auch die Negativen angeht.

Ja, ich sage es und denke, dass ich damit den Ball zurückgegeben habe. Alle müssen sich Gedanken darüber machen, was sie tun oder nicht. Es ist ja eine bekannte Sache, die eine verbreitete Krankheit unter schwulen Männern ist. Wenn du schwul bist, musst du dich damit auskennen und dich entsprechend verhalten. Es ist also deine eigene Verantwortung.

Ist das also eine Art Schwulenkrankheit?

Das ist es nicht, nein. Es gibt ja welche, die das sagen. In der Türkei ist das zumindest noch so. Hier wird Aids weiterhin als Schwulenkrankheit gesehen.

Auch heute noch?

Ich würde sagen bis heute, ja. Oder aber, sie kommt im Ausland oder bei Ausländer*innen vor, bei uns nicht. In der Türkei gibt es das nicht.

4 Im Original stark betont.

Was hat sich in Ihrem Leben verändert, nachdem Sie erfahren haben, dass Sie positiv sind?

Das ist ein seltsamer Gemütszustand. Alle Positiven werden ihre eigenen Reaktionsweisen haben. Manche lernen im Laufe der Zeit, sehr bewusst damit umzugehen, wissen eine Menge, bilden sich weiter zu dem Thema. Viele legen dann viel mehr Wert auf ihre körperliche und psychische Gesundheit. Aber es ist auch möglich, dass du aus dieser Leere nicht mehr rauskommst und gedanklich krank wirst. Sie denken: »Ich bin eh krank, ich werde sowieso sterben.« Und dann gehen sie verschwenderisch mit sich selbst um. Ihre Beziehungen, auch die sexuellen, sind viel ungeschützter.

Haben Sie Schritte unternommen, um andere Positive kennenzulernen und von ihren Erfahrungen zu profitieren?

Ich habe darüber nachgedacht, aber nichts unternommen. Bei Pozitif Yaşam (Positives Leben)⁵ soll es jemanden geben. Ich habe aber nie Kontakt aufgenommen.

Warum nicht? Hatten Sie Angst?

Ich hatte keine Angst, ich wollte es eher selbst überwinden.

Könnten Sie sich vorstellen, sich mit anderen Positiven zu treffen, um Erfahrungen auszutauschen, wenn Sie einmal alles überwunden haben?

Ja, klar. Ich habe das vor – warum auch nicht? Ich würde später gern anderen von meinen Erfahrungen berichten. Zuerst muss ich mich aber selbst stärken. Für die Zeit danach habe ich schon konkretere Vorhaben, Menschen in ihrer Suche und in ihrem Forschen zu unterstützen.

Ich will das Thema nun ein wenig ausweiten ...

Ich wollte mich eigentlich sehr gern mit Ihnen treffen, weil ich dachte, es gäbe Sachen, die ich noch nicht weiß. Oder vielleicht auch Sachen, über die ich falsch informiert bin. Mehr so als gegenseitigen Wissensaustausch. Ich bin HIV-positiv und Sie forschen dazu. Ich dachte, da kann ich mir auch Sachen aneignen.

Sie können jederzeit Fragen stellen. Zunächst einmal bin ich zum Zuhören hier. Wenn es aber Sachen gibt, zu denen Sie etwas erfahren möchten, können wir auf

5 Vgl. dazu die Interviews mit Arzu Rezzan Sunam, Canberk Harmancı und Yasin Erkaymaz.

jeden Fall auch darüber sprechen. Allerdings bin ich keine medizinische Fachkraft. Das Feld, zu dem ich arbeite, ist vor allem das Leben von HIV-Positiven, ihre gesellschaftliche Situation, ihre Diskriminierungserfahrungen, der Widerstand gegen solche Erfahrungen, der Prozess der Selbststärkung. Viele sehen HIV als Krankheit, genau genommen als Synonym für Aids. Doch HIV ist heute nicht mehr tödlich. Viel mehr Menschen sterben an Herzinfarkten oder im Straßenverkehr. Ich stelle mir die Frage, warum HIV nach wie vor auf so dramatische Weise zur Sprache gebracht und so sehr mit moralischen Fragestellungen aufgeladen wird. Ich betrachte HIV also vor allem als ein gesellschaftliches Problem.

Ja.

Als Mensch, der Beziehungen mit HIV-Positiven unterhält, habe ich selbst auch eine Menge gelernt. Am Ende teilst du ja unglaublich viel mit Menschen – berühren oder nicht berühren, aus demselben Glas trinken oder nicht? Solche Vorurteile haben doch zunächst einmal alle Menschen.

Ja, auf jeden Fall. Solche Vorurteile hatte ich früher auch im Kopf. Tatsächlich auch anhand der Frage nach dem Trinken aus demselben Glas. Als ich noch mit meiner Familie zusammenwohnte, benutzten wir beispielsweise alle denselben Nagelknipser. Heute habe ich einen eigenen. Ich musste über Handtücher, Toiletten und viele andere Dinge des Alltags erst einmal nachdenken. Wenn ich heute beispielsweise an irgendeiner Stelle meines Körpers eine kleine Wunde habe, kümmere ich mich sofort darum.

Sie hatten die Vorurteile schon verinnerlicht, bevor Sie Ihren HIV-Status kannten?

Eigentlich ja. Es dauerte ewig, bis ich mich von dieser Programmierung und ihren Auswirkungen befreien konnte. Ich gehörte mit zu denen, die diese gesellschaftliche Wahrnehmung reproduzierten. Dabei ist so viel Paranoia ja gar nicht notwendig. Klar, sei dir deiner Krankheit bewusst ... Ach, sehen Sie, jetzt sage ich schon wieder »Krankheit« ...

Sollen wir Status statt Krankheit sagen?

Keine Ahnung ... Sollen wir Status sagen? Wie sollen wir es nennen? Ich bin nicht so terminologiefest.

Auf die Begriffe werden wir gleich noch eingehen. Viele fördern ja Formen der Diskriminierung. Sie werden gesellschaftlich erzeugt, aber irgendwie schaffen wir es oft auch nicht, sie wieder loszuwerden ...

Ja, leider. Sie sitzen uns in den Zellen. Was ich sagen wollte, ist dies: Klar, sei dir bewusst, dass du positiv bist, triff deine Vorkehrungen, vergiss es nicht. Aber irgendwie muss man es auch schaffen, so zu leben, als sei man nie damit konfrontiert worden. Sonst ermüdest du doch nur in psychischer Hinsicht. Ich meine, ich vergesse ohnehin nie, dass ich positiv bin, es ist mir immer in den Gedanken. Aber das ist doch nichts Gutes. Gleichzeitig so zu tun, als existierte es gar nicht, erscheint mir für ein gesundes, bequemes Leben manchmal auch sehr wichtig.

In Ihrem Alltag hat sich geändert, dass Sie einmal am Tag ein Medikament einnehmen müssen. Menschen mit anderen Krankheiten benötigen viel mehr Medikamente und werden in ihrem Leben trotzdem wesentlich stärker behindert.

Klar. Durch diese Veränderung hat sich in meinem Leben manches sogar zum Vorteil gewandelt. Ich achte beispielsweise viel mehr auf meine Gesundheit. Oder es gibt die Routine-Untersuchungen und ich bekomme es gegebenenfalls viel schneller mit, wenn ich eine andere Krankheit habe. Ein Mensch, der nicht HIV-positiv ist, macht doch kaum so oft Bluttests. In diesem Sinn habe ich sogar ein bisschen Glück. Ich habe angefangen, auf diese Weise damit umzugehen.

»Positiv« als Selbstbezeichnung und der Umgang mit Diskriminierung

Wir haben vorhin schon kurz über Begriffe gesprochen. Sie beschreiben sich beispielsweise als »HIV-positiver Mensch«. Wenn wir jetzt kurz HIV und Mensch beiseite lassen: Könnten Sie sich vorstellen, sich auch als »Positiver« zu beschreiben? Würde es Ihnen einfallen zu sagen: »Ich bin positiv«?

Als Adjektiv meinen Sie?

Ja, als Adjektiv. Im Augenblick sagen ja viele »HIV-positiv«, so wie früher gesagt wurde: »Aids-krank« oder »mit HIV«. Und wieder andere sagen »HIV-Infizierte« oder »Personen, die mit HIV leben«.

Ja, das nutze ich. Denn mir kommt dieses »mit HIV« so vor, als würde ich mich selbst als krank etikettieren. Um sich aus dieser Geisteshaltung zu befreien, nicht mehr »mit HIV« oder »HIV-positiv« sagen zu müssen, ist der Begriff »Positiv-Sein« behilflich. Wie Sie es ja auch gesagt haben:

Eigentlich müsste man an all diesen Begriffen einmal feilen, um sie zeitgemäßer zu machen.

Wenn wir die normativen Aspekte und die Etiketten loswerden könnten und nur noch von »positiv« sprechen würden, wie wäre das? Positiv ist positiv. Etwas Gutes. Das könnte doch auch eine politische Forderung sein. Wie bei Pozitif Yaşam.

Ich habe mal auf der Seite dieses Vereins gesurft. Da teilen positive Menschen ihre Erfahrungen mit. Ja, ich führe mich selbst langsam an diese Thematik heran. Dort gibt es beispielsweise »Positive Texte«. Sehr schön, ich habe viele gelesen. Es beruhigt mich wirklich sehr, die Lebensgeschichten von Menschen zu lesen.

Und da Sie vom Positiv-Sein gesprochen haben: Ich meine, natürlich bin ich HIV-positiv. Aber ich habe mich so sehr daran gewöhnt, dass es mir vorkommt, als sei ich es gar nicht. Da hat in mir eine Normalisierung stattgefunden. Mir kommt das vor wie ein zweites Coming-out. Auch bei meinem schwulen Coming-out war mir das ja zuerst unnormal vorgekommen. Aufgrund bestimmter gesellschaftlicher Normen hatte ich geglaubt, dass es eine Sünde sei, ich konnte es mir selbst nicht verzeihen. Dieser Prozess nahm einige Zeit in Anspruch. Das jetzt ist eigentlich eine gut vergleichbare Situation. Ich habe ein zweites Coming-out erlebt, habe es für mich normalisiert, habe es angenommen.

Es gibt nichts, das sich wirklich verändert hat?

Genau.

Schwul-Sein, Positiv-Sein, so viele Dinge gelten als unnormal, dabei sind sie es gar nicht.

Ich glaube, davon bin ich eigentlich auch immer ausgegangen. Schwul-Sein und Positiv-Sein. Ich habe diesen Prozess zur Selbstakzeptanz ja bereits vor ein paar Jahren durchlebt. Wenn ich es so sehe, hatte ich einen Teil der nötigen Ressourcen schon in mir drin.

Und was lässt sich gegen Diskriminierungen tun? Sie haben ja ihre Angst vor einem Outing in der Schwulenszene beschrieben. Was lässt sich gegen eine solche Form der Diskriminierung Ihrer Meinung nach tun?

Vorurteile sind wirklich ein ganz besonderer Fluch. Ich glaube, die müssen wir alle miteinander besiegen.

Und wer kann dafür konkret etwas tun?

Ich weiß nicht, wie das gehen kann. Um ehrlich zu sein, erscheint mir das sehr schwierig. Man muss ein bisschen sensibler sein, man muss sich um etwas mehr Empathie bemühen. Ich weiß nicht, ob es zum Menschsein gehört, andere auszugrenzen oder herabzuwürdigen ... Wenn du denkst, andere stehen unter dir, stehst du dann wirklich über ihnen? Wenigstens ein bisschen? Ist das das Streben nach Überlegenheit? Ich glaube, das ist in diesem Sinn auch eine Ego-Frage. Von dieser Form des Egos müssen wir uns verabschieden. Ich glaube nämlich, dass es die Grundlage der meisten Vorurteile ist.

Manchmal merkst du ja erst beim Reden über etwas, mit wie vielen Vorurteilen du an die Sache herangegangen bist. Dann tauchen die Vorurteile auf und werden sichtbar. Ich sage etwas, ich merke, dass es falsch ist, und je länger man redet und sich gegenseitig bildet, desto besser versteht man sich. Deswegen muss man mit anderen reden. In unserer Gesellschaft werden manche Dinge nicht genügend besprochen, wir fliehen vor manchen Themen.

Deswegen ist die Arbeit der NGOs auch so wichtig, finde ich. Wenn es sie nicht gäbe, wären wir noch mehr mit Schweigen konfrontiert.

Ja, sie verteilen beispielsweise Kondome. Am 1. Dezember, dem Welt-Aids-Tag, verteilen verschiedene NGOs Kondome. Das ist zum Beispiel eine sehr gute Sache. Ganz anders der Film *İncir Reçeli* (Feigengelee).⁶

Ich habe davon gehört, konnte ihn mir aber bisher nicht anschauen.

Für eine Situationsanalyse müssten Sie ihn sich wirklich anschauen. Der Film ist super absurd. Er bestätigt in jeder Hinsicht vorhandene diskriminierende Wahrnehmungen und zementiert sie. Da sehen Sie eine Glasscheibe zwischen zwei Menschen – auf diese Weise haben sie Sex. Super absurd, wirklich.

Ohne sich gegenseitig zu berühren?

Sie berühren sich nicht.

Soll das besonders romantisch sein? Zu fühlen, ohne sich zu berühren?

Genau. Das ist ein Agitationsfilm. Solche Filme führen dazu, dass Dinge,

6 Dabei handelt es sich um einen türkischen Spielfilm aus dem Jahr 2010. Der Film wurde von zivilgesellschaftlichen Organisationen heftig kritisiert, weil er falsche Informationen über HIV und Aids wiedergebe und Klischees und Ressentiments fördere. Vgl. dazu auch das Interview mit Canberk Harmancı.

die eigentlich aufgelöst werden sollten, noch schablonenhafter werden. Sie verstärken Vorurteile und Schubladendenken.

Gibt es denn neben dem Verteilen von Kondomen weitere gute Aktivitäten, die Ihnen aufgefallen sind?

Dieses gibt es auch bei uns an der Uni.

Am 1. Dezember?

Ja, an unserer Uni gibt es eine LSBTI-Gemeinschaft. Ich erinnere mich nicht an den genauen Namen, aber es ist so etwas wie »Queere Fest-Gruppe«. Sie verteilen unter anderem am 1. Dezember Kondome. Sie organisieren Kinoveranstaltungen und Filmvorführungen und so weiter.

Meinen Sie das jährliche queere Filmfestival, das von Pembe Hayat organisiert wird?

Ja. Auch von Kaos GL⁷ war jemand aus diesem Bereich dabei.

Alltagssorgen und Zugang zu medizinischer Versorgung und psychosozialen Angeboten

Was können Sie mir über Ihr aktuelles Alltagsleben sagen?

Nächste Woche, am Mittwoch, habe ich um 17 Uhr einen Termin im Krankenhaus.

Wieder ein Bluttest?

Ja, sie werden mir Blut abnehmen. Ich war am Dienstag im Krankenhaus. Dann war ich bei der Sozialversicherung. Es sah nämlich so aus, als sei ich gar nicht krankenversichert. Dabei hatte ich vor zwei, drei Wochen meine aktuelle Immatrikulationsbescheinigung vorbeigebracht. Ich brauchte eine Bestätigung, dass ich in Behandlung bin und dass nichts dagegen spricht, dass ich in einem Studierendenheim wohne. Die dortige Verwaltung wollte eine solche Bestätigung. Ich habe ein Problem mit der Unterkunft, das mich seit einem Monat beschäftigt. Sie wollten mich im neuen Semester nicht wieder annehmen, weil es zu wenig Platz gibt und ich ein Jahr länger studiert habe. Ich wollte deswegen meine Krankheit anführen

⁷ Vgl. dazu die Interviews mit Tuğrul Erbaydar und Umut Güner.

und sagen, dass ich in einem meiner Gesundheit förderlicheren Umfeld wohnen möchte.

Im Moment wohne ich bei Freund*innen. Das sollte eigentlich nur vorübergehend sein, weil ich nicht dachte, dass sich das mit der Neuanmeldung so lange hinzieht. Ich muss da möglichst bald raus. Deswegen bin ich seit einem Monat dreimal in der Woche bei der Sozialversicherung. Aber die Zuständigen lehnen mein Gesuch jedes Mal ab, weil es keinen Platz gebe. Das hat mich am Ende so genervt, dass ich ins Rektorat ging. Dort sagten sie mir, ich solle einen Antrag oder wenigstens eine E-Mail schreiben. Ich schrieb eine detaillierte E-Mail. Die stellvertretende Rektorin und Zuständige für die Unterkünfte ist wohl selbst aus der Medizin. Die Sekretärin hatte ihr von meinen besonderen Umständen erzählt und mir dann mitgeteilt, dass ich eine E-Mail schreiben soll, in der ich das beschreibe, und dass sie mir dann behilflich sein werde. Naja, und jetzt warte ich auf eine Nachricht.

Steht in Ihrer E-Mail, dass Sie HIV-positiv sind?

Ja. Ich habe der stellvertretenden Rektorin offen über die Probleme berichtet, mit denen ich konfrontiert war und bin, dass ich in Behandlung und HIV-positiv bin.

Was denken Sie, wie die Antwort sein wird?

Ich denke, dass sie mir behilflich sein wird. Da waren ja auch die nötigen Unterlagen und Gutachten angehängt.

Und die haben Sie auf eigenen Wunsch eingereicht?

Auf eigenen Wunsch, ja.

Gibt es Probleme mit der Krankenversicherung?

Nein. Ich habe im Moment eine Versicherung. Aber selbst wenn das nicht so wäre, würde mir der Staat die Medikamente kostenlos zur Verfügung stellen. Ich glaube nicht, dass ich in dieser Frage je ein Problem haben werde.

Sind Sie denn auch sonst zufrieden mit der medizinischen Versorgung, die Ihnen zur Verfügung steht?

Zum Teil. Es könnte immer alles besser sein.

Die guten Seiten ...

Die guten Seiten sind die, dass diese Universität und ihre Kliniken in ihren

Bereichen gut sind. Aber sie könnten sich auch noch mehr kümmern. Ihre psychologischen und psychosozialen Unterstützungsangebote sind eher schwach. Klar, ganz viele Untersuchungsmethoden stehen mir zur Verfügung, es gibt jede erdenkliche Form der medizinischen Unterstützung, aber psychologisch werde ich dort nicht unterstützt. Auf die Suche nach Alternativen muss ich mich meist selbst begeben. Beispielsweise musste ich den Schock, den ich am Tag nach dem positiven Testergebnis hatte, selbst verarbeiten. Sie schauten mich nur so an und konnten mir nichts sagen, was mich beruhigt hätte.

Sie gaben Ihnen einfach das Testergebnis und sagten: »Sie sind HIV positiv«?

Ja, direkt: »Sie sind HIV-positiv.« Ich meine, ich habe dort geweint und gejamert. Ich hätte mir gewünscht, im Sinne einer psychologischen Unterstützung wenigstens am selben Tag noch mit jemandem sprechen zu können. Aber diese Möglichkeit gab es dort nicht.

Es war ein sehr guter Follow-up-Prozess, aber es fehlte eben auch etwas. Ich hätte unterstützt werden müssen. Es hätte Angebote gebraucht, die mich stärken. Aber ich machte mich auch nicht auf die Suche. Ich hatte Zweifel, obwohl mir in jedem Augenblick klar war, dass ich Unterstützung brauchte. Es gibt sehr gute Institutionen, die zu diesem Thema arbeiten und forschen. Es gibt in ja Istanbul beispielsweise Pozitif Yaşam. Mir wurden auch einzelne Personen empfohlen.

*Eigentlich müssten das doch auch die Ärzt*innen tun können, oder? Dem Testergebnis entsprechend mit den Patient*innen sprechen, sie beruhigen, Informationen geben?*

Ja, aber so etwas gab es nicht. Ich konnte mich nicht beruhigen. Ich erfuhr in der dermatologischen Klinik, dass ich positiv bin. Von dort wurde ich in die Infektiologie weitergeleitet. Ich ging dorthin, zeigte jemandem mein Testergebnis, konnte gar nichts sagen. Ich weinte mir die Augen aus dem Kopf, die Leute schauten mich alle an und so weiter. Das war wirklich ein sehr schlimmer Tag. Ich gehe rein und rede mit der Ärztin, aber eigentlich rede ich nicht, sondern weine. Und sie sagt mir, so als wäre es das Normalste von der Welt: »Warum weinst du denn jetzt? Was ist denn schon los? Wovor hast du Angst? Denkst du, dass du sterben wirst?«, und lauter solche Sachen. Es war ein sehr kurzes Gespräch. Es war gar nicht gut, dass ich dort allein war.

Was war denn der Grund, dass Sie überhaupt hingegangen sind? Gab es eine konkrete Situation, die Sie hatte zweifeln lassen?

Nein, ich wollte nur zur Kontrolle. Ich meine, ich war nicht monogam, ich hatte viele verschiedene Sexpartner. Das war eine Art Vorbeugung. Ich war auch davor schon alle drei oder sechs Monate zum Test gegangen. Bis dahin waren die Ergebnisse immer negativ gewesen. Und ich sagte mir wohl immer, dass ich das nicht bekommen könne. Aber am Ende passierte es mir doch. Die meisten Schwulen kennen da keine Angst. Sie denken, das ist unmöglich. Sie passen gar nicht auf und das lässt mir wirklich das Blut gefrieren. Leider sind wir nicht besonders sensibilisiert, was das angeht. Oder wir sind sensibilisiert, aber an der Anwendung scheitert es dann trotzdem.

Gibt es denn neben den psychosozialen Unterstützungsangeboten und den Freunden weitere Institutionen oder Personen, von denen Sie sich gewünscht hätten, dass sie Ihnen in dieser Zeit beigestanden hätten?

Meine Familie hätte das beispielsweise sein können. Ich hätte mir das sehr gewünscht. Ich habe solche schwierigen Situationen erlebt und musste sie immer allein durchstehen. Meine Familie weiß nichts von alledem. Sie wissen gar nichts. Meine Familie kennt mich überhaupt nicht. Ihnen gegenüber bin ich so sehr ein anderer Mensch. Mein wahres Ich kennen sie gar nicht. Ich verstecke mich einzig und allein, weil ich nicht will, dass sie sich Sorgen machen.

Würde eine psychologische Unterstützung denn durch die Krankenversicherung bezahlt?

Nein. Und meine finanzielle Situation würde es nicht erlauben, regelmäßig in eine private Klinik oder zur Therapie zu gehen.

Bieten die Leute bei Pembe Hayat nicht Empowerment- und Unterstützungsprogramme an, die für Sie infrage kämen?

Ich meine, im professionellen psychosozialen Bereich gibt es im Moment eh nur die Beratung bei Pembe Hayat.

Nutzen Sie die?

Ich glaube, ich möchte nicht so sichtbar sein. Das ist ein bisschen meine Wahl. Aber andererseits wäre es sicher gut, aus den Erfahrungen von Leuten zu lernen, die dasselbe durchgestanden und überwunden haben. Es würde mich sicher entspannter machen, wenn ich ihnen zuhören könnte. Aber ich habe bisher noch nichts in diese Richtung unternommen.

HIV und Homosexualität im Militär

Ein letztes Thema: Wie steht es mit dem Militärdienst und einem positiven HIV-Status? In der Türkei ist der Militärdienst ja grundsätzlich für alle Männer ab dem 20. Lebensjahr verpflichtend.

Darüber weiß ich nicht so viel. Im Internet steht, dass ich von der Wehrpflicht befreit bin. Wenn ich zur Musterung gehe, steht es mir frei, von meiner Krankheit zu sprechen. Dann werde ich offenbar freigestellt.

Das heißt, Sie werden nicht vom Militärdienst ausgeschlossen, sondern Sie kommen frei, wenn Sie es wollen?

Ich vermute, dass man dann für untauglich erklärt wird.

Aber was passiert, wenn Sie den Wehrdienst doch leisten möchten?

Daran hindert dich niemand. Es wird mir überlassen. Sie fragen, ob man zum Militär will oder nicht. Ich beispielsweise werde sagen, dass ich es nicht will.

Das ist ein interessanter Fortschritt. Sie fragen Sie nach Ihrem Willen.

Das ist das, was ich gehört habe. Doch in unserer Gesellschaft sehen sie dich ja nicht als Mann, wenn du nicht beim Militär warst. Es gibt traditionell einen solchen Druck.

Steht denn auf dem Dokument, das Ihre Untauglichkeit belegt, ein Grund?

Nur, dass man untauglich ist. Ich habe gehört, dass da nichts weiter ausgeführt wird.

Früher sprachen sie – im Zusammenhang mit Homosexualität – von psychosexueller Störung. Viele Schwule wollten freigestellt werden, indem sie sich für untauglich erklären ließen. Aber in der Konsequenz bekamen sie dann so etwas bescheinigt.

Ja, und dann riefen sie deine Familie an und sagten Dinge wie: »Kommen sie und holen Sie Ihre Tochter hier ab.«

Zumindest bei HIV reagieren sie also sensibler? Was ich erwähnt habe, liegt schon fünf, sechs Jahre zurück ... Ich weiß nicht, wie es jetzt ist. Aber es klingt nach einem sehr begrüßenswerten Fortschritt.

Das finde ich auch, auf jeden Fall. Für meine Gesundheit wäre der Militärdienst nicht vorteilhaft, denn das Essen und die Hygiene sind dort nicht so

gut. Es ist aber eine offene Frage, ob für das Militär meine Gesundheit im Vordergrund steht oder ob sie eher an die Gesundheit der anderen Soldaten denken, wenn sie mich freistellen.

Die Menschen hier betreiben ihren Aktivismus in dem Bewusstsein, dass ein einziger ihrer Sätze der gesamten Gruppe schaden könnte ...

Ein Kampf für die sexuelle Gesundheit und die Rechte von Sexarbeiter*innen zwischen lokalen Interventionen und transnationalen Bündnissen

Zülfukar Çetin im Gespräch mit Kemal Ördek

*Kemal Ördek ist Mitbegründerin von Kırmızı Şemsiye Cinsel Sağlık ve İnsan Hakları Derneği (Roter Regenschirm. Verein für sexuelle Gesundheit und Menschenrechte).¹ Die seit 2013 aktive Organisation setzt sich auf lokaler wie auf internationaler Ebene für die sexuelle Gesundheit und die Rechte von Sexarbeiter*innen ein. Dabei stützt sie sich auf zivilgesellschaftliche und auf akademische Herangehensweisen. Davor war Ördek bei Pembe Hayat LGBTT Dayanışma Derneği (Rosa Leben LSBTT Solidaritätsverein)² und bei Kaos GL³ als Aktivistin und Mitarbeiterin tätig. Das Interview fand am 6. März 2017 statt. Darin spricht Ördek zunächst über die Gründungsgeschichte und die thematischen Schwerpunkte des Vereins: den Einsatz für die Gesundheit und die Rechte von Sexarbeiter*innen. Sie beschreibt die strukturellen Hindernisse beim Zugang zur Gesundheitsversorgung und berichtet von der spezifischen Situation von Migrant*innen und Geflüchteten aus Syrien. Anschließend geht sie auf Aids und HIV ein, insbesondere auf die Anonymität von HIV-Tests und den Kampf gegen Diskriminierung. Vor allem im zweiten Teil des Interviews kommt auch das Selbstverständnis von Kırmızı Şemsiye zur Sprache. Angesichts des Ausnahmezustandes und des zunehmenden Konservatismus in der Türkei, so argumentiert Ördek, mache ein Aktivismus westlichen Stils heute wenig Sinn. Viel Energie werde stattdessen in die transnationale Zusammenarbeit im Rahmen von Sexarbeiter*innen-Initiativen investiert.*

- 1 Nicht zu verwechseln mit der 2008 von Pembe Hayat gegründeten Sexarbeiter*innen-Initiative Kırmızı Şemsiye (vgl. dazu das Interview mit Buse Kılıçkaya).
- 2 Vgl. dazu die Interviews mit Buse Kılıçkaya und Umut Güner.
- 3 Vgl. dazu die Interviews mit Tuğrul Erbaydar und Umut Güner.

Die Arbeit von Kırmızı Şemsiye zwischen Aktivismus, Advocacy und Mitgliedschaft in internationalen NGOs

Zülfukar Çetin: *Würdest Du zuerst ein wenig von dir selbst und von der Gründungsgeschichte von Kırmızı Şemsiye erzählen?*

Kemal Ördek: Ich arbeite seit etwas mehr als zehn Jahren aktivistisch in den Bereichen LSBTI und Sexarbeit. Eine Zeitlang, etwa vier, fünf Jahre, war ich selbst in der Sexarbeit tätig. 2015 passierte etwas, das nicht gerade angenehm war, und ich habe damit aufgehört – oder besser gesagt: Ich war gezwungen, damit aufzuhören. Ich wurde bedroht. Bis heute kommt es immer wieder vor, dass ich bedroht werde. In diesem Zeitraum habe ich für verschiedene NGOs in der Türkei Projekte koordiniert und Beratung angeboten. Im gleichen Zeitraum, im April 2013, gründeten wir Kırmızı Şemsiye. Seitdem gab es zwei Mitgliederversammlungen und bei der letzten wurde ich erneut in den Vorstand gewählt. Genauer gesagt: Ich habe seit vier Jahren, seit der Gründungsversammlung, den Vorsitz inne. Ich koordiniere viele verschiedene Projekte und repräsentiere den Verein darüber hinaus ganz allgemein.

Außerhalb der Türkei arbeitete ich zwei Jahre als Policy Officer für das *Global Network of Sex Work Projects*⁴. Das ist ein Dachverband aller Organisationen und Netzwerke von Sexarbeiter*innen mit Mitgliedern auf fünf Kontinenten. Wir veröffentlichten briefing papers zu Menschenrechten, Bedürfnissen und Vorschlägen von male and transgender sex workers.⁵ Ich war auch vier Jahre im Vorstand von *Transgender Europe* (TGEU)⁶, zwei Jahre davon Co-Vorsitzende. Im Augenblick bin ich zudem im Vorstand des *Mittel- und Osteuropäischen Netzwerks der Sexarbeiter*innen-Organisationen* sowie des entsprechenden Netzwerks für Zentral-Asien (SWAN)⁷. Ich arbeite also seit Längerem auf der internationalen wie auf der nationalen und lokalen Ebene, sowohl im Sinn eines Grassroots-Aktivismus als auch professionell im Sinn von Advocacy.

Und was macht nun Kırmızı Şemsiye genau? Es handelt sich um eine Advocacy-NGO, deren Vorstand und Gremien sich zu hundert Prozent aus Sexarbeiter*innen zusammensetzen. Seit unserer Gründung stehen

4 Vgl. dazu die Webseite des Netzwerks: <http://www.nswp.org> (05.12.2018).

5 Die im Original englischsprachigen Ausdrücke wurden nicht übersetzt.

6 Vgl. dazu die Webseite von TGEU: <https://tgeu.org> (05.12.2018).

7 Zum *Sex Workers' Rights Advocacy Network* (SWAN) vgl. dessen Selbstbeschreibung: <http://swannet.org/en/about> (05.12.2018).

viele Themen und Programme im Mittelpunkt unserer strategischen Ziele. Am wichtigsten ist die sexuelle und reproduktive Gesundheit. In diesem Zusammenhang, aber auch in Bezug auf die allgemeine Gesundheit, machen wir Advocacy-Arbeit und vertreten die Interessen der Sexarbeiter*innen bei öffentlichen Institutionen und Einrichtungen. Dazu gehört auch die Bildungs- und Bewusstseinsbildungsarbeit, die wir »sensitization« nennen. Wir versuchen, lokale öffentliche Institutionen zu überzeugen, vor Ort Aktionspläne und Fahrpläne aufzugleisen. Neben der Advocacy-Arbeit kümmern wir uns in der Bildungsarbeit auch um den Kapazitätsaufbau zu diesen Themen unter Sexarbeiter*innen.

Das zweite Arbeitsgebiet betrifft die Verbesserung der juristischen und politischen Situation von Sexarbeiter*innen, also das, was »legal and policy environment« genannt wird. Aus diesem Bereich kann ich ein paar Beispiele nennen. Vor ein paar Tagen sind wir zum Beispiel in Antep, in Südostanatolien, gewesen und haben dort Fortbildungen für einzelne Abteilungen der Anwalt*innenkammer gegeben. Es ging um die Gesetze und die Rechtsprechung im Zusammenhang mit Sexarbeit: das Gesetz über Ordnungswidrigkeiten, das Strafgesetz, die Charta zur Bekämpfung der Prostitution, Politiken des mandatory HIV testing – alles, was sie über diese Themen wissen müssen, wenn sie Sexarbeiter*innen juristisch unterstützen. Das sind Veranstaltungen, an denen mindestens fünfzig Rechtsanwält*innen teilnehmen, also ziemlich viele. Darüber hinaus bieten wir den Sexarbeiter*innen eine kostenlose rechtliche Beratung an. Sie wenden sich mit Fragen zu den Gesundheitsdienstleistungen und deren Zugänglichkeit an uns, aber auch bei Hassverbrechen und Gewalt- und Diskriminierungserfahrungen. Unser dritter Arbeitsbereich ist die Bildungsarbeit im Bereich des Zugangs zur Judikative und ihren Einrichtungen.

Die Arbeit mit und für Sexarbeiter*innen aus Syrien

Darüber hinaus haben wir begonnen, mit Sexarbeiter*innen unter den syrischen Geflüchteten zu arbeiten. Im letzten Jahr wurde ein Programm entwickelt, das die Bedürfnisse im Feld erfassen und Handlungsempfehlungen geben sollte. Wir fuhren in neun Städte, in denen viele aus Syrien geflüchtete Menschen leben, also Hatay, Antep, Urfa, Diyarbakir,

Adana, Mersin, Izmir, Bursa und Istanbul. Hier suchten wir syrische Sexarbeiter*innen, aber auch die Direktionen für Migration und für Familien- und Sozialpolitik in der jeweiligen Stadt auf. Wir unterhielten uns mit den Anwalt*innenkammern, mit NGOs, die im Bereich Geflüchtete arbeiten, aber auch mit Anbieter*innen medizinischer Dienstleistungen wie Ärzt*innen und Angehörigen des Pflegepersonals. Durch diese multisektorale Herangehensweise gelang es, nicht nur die Bedürfnisse der Sexarbeiter*innen zu erfassen, sondern auch die diejenigen anderer Akteur*innen.

Daraus entstehen jetzt runde Tische, zu denen wir öffentliche Institutionen und Einrichtungen, Anwalt*innen und ihre Kammern, medizinisches Fachpersonal und die Direktionen des Gesundheitsministeriums in der jeweiligen Stadt einladen werden. Dieses Jahr werden wir in Antep, Istanbul, Izmir, Ankara und Mersin beginnen, im Jahr darauf kommen Diyarbakir, Urfa, Hatay und die anderen Städte dazu. Im Sinne eines nachhaltigen Prozesses sollen die staatlichen Stellen auf dieser Basis lokale Aktionspläne erstellen. Parallel dazu werden wir den Kapazitätsaufbau unter den syrischen Sexarbeiter*innen vorantreiben. Es wird Material in den Erstsprachen geben – also auf Kurdisch, Arabisch, Englisch und Türkisch – wie auch Outreach-Arbeit. Denn es handelt sich ja um eine Gesellschaftsschicht, die gar nicht so leicht zu erreichen ist.

Könnt ihr sie denn auf diese Weise wirklich erreichen?

Eigentlich schaffen wir das bisher nicht in einem Umfang, der uns zufriedenstellen würde. Im Rahmen der erwähnten Feldforschung nutzten wir das Schneeballprinzip. Es gab keinen Ort, den ich nicht aufgesucht hätte – Gespräche in Bars und Nachtclubs, Clubs im Untergrund oder mit Sexarbeiter*innen mit türkischer Staatsangehörigkeit, die syrische Sexarbeiter*innen kennen, Vermittler*innen, Zuhälter*innen ... Wir erreichten insgesamt 26 Sexarbeiter*innen, mit denen wir leitfadengestützte Tiefeninterviews führten. Das gab uns eine Menge Material in die Hand. In allen Provinzen erreichten wir syrische Sexarbeiter*innen aus den unterschiedlichsten Bevölkerungsgruppen. Manche waren aus Aleppo, andere aus Damaskus und wieder andere aus Latakia. Manche waren arm, andere reich. Einzelne waren bereits in Syrien in der Sexarbeit tätig gewesen, andere haben erst hier damit angefangen. Es gab jüngere und ältere, Menschen mit Behinderung, manche waren HIV-positiv. Du kannst das auch alles dem Bericht entnehmen, der am Ende der Feldforschung entstand. Er wird in

zwei Monaten auch auf Englisch erscheinen.⁸ Darüber hinaus arbeiten wir natürlich auch direkt mit LSBTI-Geflüchteten aus Syrien zusammen. Die Feldstudie hat deutlich gemacht, dass ein beträchtlicher Teil von ihnen Trans* und/oder homosexuell bzw. bisexuell sind. Wir haben festgestellt, dass es darunter viele bedürftige Menschen gibt. Also werden wir ein separates Programm für sie entwickeln. Wir haben bereits finanzielle Unterstützung dafür beantragt, im Moment warten wir aber noch auf Antwort.

Darüber hinaus werden wir in Kürze ein Angebot starten, das Menschen in der Sexindustrie, die danach suchen, den Ausstieg ermöglichen und Alternativen auf dem Arbeitsmarkt aufzeigen soll. Entsprechende Wünsche werden permanent geäußert. Wir werden mit staatlichen Einrichtungen wie der Arbeitsagentur İŞKUR (Türkiye İş Kurumu) sprechen, um herauszufinden, welche Bereiche des Arbeitsmarkts in Frage kommen. Wir werden aber auch Bildungsangebote für private und öffentliche Unternehmen konzipieren und so weiter. Das ist in der Türkei noch nie versucht worden. Deswegen sind wir gespannt und aufgeregt, was dabei herauskommt.

Die Unterstützung von Sexarbeiter*innen nach Gewalt- und Diskriminierungserfahrungen

Im Januar 2017 haben wir ein weiteres Projekt gestartet, in dem es darum geht, wie Trans*- und Nicht-Trans-Frauen in der Sexarbeit nach einer Gewalterfahrung geschützt und unterstützt werden können. Am 24. März 2017 werden wir beispielsweise eine Veranstaltung mit 25 Trans*-Frauen aus dem ganzen Land durchführen und danach fragen, was ihre Bedürfnisse sind. In einem zweiten Schritt werden dann Institutionen und Organisationen zusammengebracht, die in diesem Bereich arbeiten, also etwa Frauenhäuser, Stellen, die finanzielle und psychosoziale Unterstützung anbieten, NGOs, die juristische Beratung anbieten und so weiter. Das wird dann am 25. und 26. März 2017 stattfinden. Wir werden sehen, was sie uns beibringen und wie sie unser Anliegen unterstützen können. Im Anschluss

8 Vgl. Kemal Ördek (Hrsg., für den Verein Kırmızı Şemsiye Cinsel Sağlık ve İnsan Hakları Derneği). (2017). Türkiye'de »Geçici Koruma« Altında Suriyeliler ve Seks İşçiliği. <http://www.kirmizisemsiye.org/Dosyalar/Rapor%20T%c3%bcrk%c3%a7e%20PDF.pdf> (15.06.2018). Englisch: Syrians under »Temporary Protection« in Turkey and Sex Work. <http://www.sexworkeurope.org/sites/default/files/userfiles/files/syrians%20under%20temporary.pdf> (05.12.2018).

wird es Veranstaltungen mit staatlichen Stellen geben, die lernen sollen, wie sie für den Schutz und die Unterstützung von Trans*-Frauen aktiv werden können. Neben fünf oder sechs Direktionen für Familien- und Sozialpolitik aus unterschiedlichen Städten werden Vertreter*innen von Zufluchtsheimern und Sicherheitsbehörden eingeladen, aber auch das Gesundheitsministerium und die Gesundheitsbehörden in den einzelnen Städten und die dortigen Direktionen für Migration. Da diese Sache auch Geflüchtete betrifft, müssen diese Stellen dabei sein. Da es auch Trans*-Kinder gibt und Kinder, die sexuellen Missbrauch erlebt haben und deshalb teilweise in der Sexarbeit landen, müssen auch die Kinderschutzstellen einbezogen werden. Dazu kommen die Themen Menschenhandel und Trans*-Frauen an der Schnittstelle von Menschenhandel und Sexarbeit. Auch deswegen müssen verschiedene Ministerien und ihre regionalen Direktionen zusammenkommen.

Am Ende werden wir ein Handbuch zu den Bedürfnissen von Trans*-Frauen und Sexarbeiter*innen herausgeben. Es wird sich der Frage widmen, wie öffentliche Einrichtungen, NGOs und soziale Dienste die Opfer von Gewalt und Diskriminierung unterstützen und ihre Bedürfnisse auf Basis der bestehenden Gesetze abdecken können. Dazu wird es Veranstaltungen mit Ärzt*innen geben, im Sinne eines Pilotprojekts zuerst einmal in Ankara. Dort werden Familiengesundheitszentren und Fachkrankenhäuser, also Primär- und Sekundärdienstleister*innen fortgebildet. Außerdem werden wir ein Handbuch für Ärzt*innen zum Thema Sexarbeit veröffentlichen. Auch dies ist in der Türkei noch nie versucht worden.

Du hast von Zufluchtshäusern gesprochen. Was meinst du damit genau?

Es geht uns darum, die vorhandenen Zufluchtswohnungen und Frauenhäuser für Trans*-Frauen und Nicht-Trans*-Frauen in der Sexarbeit zu öffnen. Diesen Gruppen stehen diese Strukturen bisher nicht zur Verfügung. Und Geflüchtete werden dann aufgenommen, wenn sie einen rosafarbenen Ausweis haben – in der Türkei sind Ausweise für Menschen mit männlichem Personenstand blau, für Menschen mit weiblichem Personenstand rosafarben. Natürlich sollen sie da aufgenommen werden. Sie sind mit so vielen Schwierigkeiten konfrontiert. Da sie kaum Türkisch sprechen und ihr sozialer Status und ihr finanzieller Hintergrund anders sind als bei türkischen Staatsangehörigen, können sie die Angebote nicht auf gleichberechtigter Basis nutzen. Es gibt auch keine Schutzmechanismen, die ihrer besonderen Situation gerecht werden.

Die rechtliche Situation migrantischer Sexarbeiter*innen

*Begegnen euch in der Praxis Schwierigkeiten oder Widersprüche zwischen der türkischen Migrationsgesetzgebung und den Gesundheits- und Sexualpolitiken? Mit anderen Worten: Was ist die rechtliche Situation der migrantischen Sexarbeiter*innen?*

Es ist so: Wenn sich Migrant*innen im Rahmen der begrenzten Alternativen, die ihnen zur Verfügung stehen, für Sexarbeit entschieden haben, sprechen wir von migrantischer Sexarbeit. Migration und Menschenhandel werden ja oft miteinander verwechselt, dabei sind das verschiedene Dinge. Selbst der Menschenschmuggel über eine Grenze und der Menschenhandel sind ja nicht dasselbe. Aber der Gesetzgeber in der Türkei wie die Strafverfolgungsbehörden, die sozialen Dienste und selbst NGOs – also Gruppen mit Expertise – werfen Schleuserei und Menschenhandel in einen Topf.

Was ist Schleuserei? Ein Mensch möchte in dein Land kommen oder durch dein Land in ein anderes reisen. Freiwillig bezahlt er jemanden dafür, die Einreise oder die Ein- und Ausreise auf illegale Weise zu organisieren. Diese Tätigkeit ist Schleuserei. Es gibt dort keine Waffengewalt, keine Ausnutzung von individueller Verzweiflung oder das Wegnehmen des Reisepasses. Beim Menschenhandel gibt es solche Dinge hingegen sehr wohl. Dort wird jemand ohne eigene Einwilligung zur Ware gemacht und über Staatsgrenzen hinweg verkauft, ein internationaler Handel. Und Sexarbeit wiederum wird mit diesen beiden Dingen verwechselt, ist aber etwas anderes. Es gibt viele Sexarbeiter*innen, die aus der Ukraine hierher kommen. Sie wissen, dass sie hierher kommen, um dieser Arbeit nachzugehen. Es gibt viele Menschen, die vor dem Krieg in Syrien flüchten und hierher kommen, um genau dieser Arbeit nachzugehen.

Nun ist die Sexarbeit in der Türkei außerhalb von Bordellen, also registered brothels, verboten und wird entsprechend bestraft. Wenn sie also außerhalb eines Bordells, etwa in ihrer Privatwohnung, unangemeldet und ohne staatliche Kontrolle der Sexarbeit nachgehen, werden sie eine Geldstrafe bekommen und die Wohnung oder das Haus wird versiegelt.

Die Grundlage dafür ist das Gesetz über Ordnungswidrigkeiten?

Damit wird die Geldstrafe begründet, die Versiegelung hingegen über die Charta zur Bekämpfung der Prostitution. Dies gilt auch für Migrant*innen. Wenn du aus Syrien kommst, gibt es jedoch im Allgemeinen keine Rückführung.

*Wie sieht das bei anderen Migrant*innen aus, beispielsweise den Ukrainer*innen?*

Die werden abgeschoben. Sie werden alle deportiert. Die Ausnahme stellen Opfer von Menschenhandel dar, sie erhalten eine spezielle Aufenthaltserlaubnis für die Türkei. Dies wird damit begründet, dass die Sexarbeiter*innen im Fall einer Abschiebung in ihrem Herkunftsland mit schwerwiegenden Folgen konfrontiert sein könnten. Es gibt internationale Übereinkommen, die das verbieten. Für Opfer des Menschenhandels existieren auch spezialisierte Zufluchtwohnungen, in denen sie bis zu sechs Monate bleiben können. Wenn es einen Antrag auf Verlängerung gibt, wird ein Aufenthalt von bis zu einem Jahr gestattet, der gegebenenfalls noch einmal um sechs Monate verlängert werden kann. Aber Sexarbeit außerhalb des staatlich regulierten Bereichs ist in der Türkei verboten worden. Also gilt: »If it is not registered it is penalized.« Deswegen ist es schwierig, außerhalb des registrierten Bereichs der Sexarbeit nachzugehen. Die Migrationspolitik sagt: »Du darfst nicht in die Türkei einreisen, um hier der Prostitution nachzugehen.« Das Reisepassgesetz sagt dasselbe. Ebenso das Gesetz über den internationalen Schutz. Wenn festgestellt wird, dass du einreisen möchtest, um der Prostitution nachzugehen, wird dir die Einreise nicht gestattet.

Die Aids- und HIV-Arbeit von Kırmızı Şemsiye

Kommen wir auf eure Arbeit zu Gesundheitsfragen zurück: Wann habt ihr bei Kırmızı Şemsiye angefangen, zu Aids und HIV zu arbeiten?

Unser Grund, zu diesem Thema zu arbeiten, ist die außerordentlich verletzliche Situation der Sexarbeiter*innen und unser Engagement für sie. Sie sind eine key population. Es ist absolut notwendig, dass ihre spezifischen Bedürfnisse berücksichtigt werden, dass sie sichtbar werden und dass in diesem Bereich ein gesellschaftliches Bewusstsein entsteht. Deswegen haben wir von Anfang an Wert darauf gelegt, ein Advocacy-Programm aufzubauen, das die sexuelle Gesundheit ins Zentrum stellt. Entscheidend ist, welche grundlegenden Bedürfnisse wir wahrnehmen. Das, was am akutesten notwendig ist, entscheidet darüber, was wir tun. Wir werben beispielsweise bei den kommunalen Verwaltungen dafür, dass freiwillige und anonyme HIV-Tests inklusive der entsprechenden Beratung angeboten werden. Wir bilden Ärzt*innen und das Personal von Laboratorien fort, wir führen Sensibilisierungsmaßnahmen in den Polikliniken spezialisierter Krankenhäuser durch. Wir haben Bildungsangebote

zu HIV, Aids und sexuell übertragbaren Infektionen und den entsprechenden Schutzmöglichkeiten für Sexarbeiter*innen. Wir haben selbst kein medizinisches Angebot, aber wir setzen uns sowohl beim Gesundheitsministerium als auch bei den Kommunen dafür ein, dass medizinische Dienste zur Verfügung gestellt werden. Das ist unsere Basisarbeit im Bereich HIV und Aids.

Könntest du von ein paar Erfolgen in diesem Bereich erzählen? Wie erfolgreich seid ihr da? Und welche institutionellen und gesellschaftlichen Hindernisse müssen dabei überwunden werden?

Institutionell ist der erste Erfolg gewesen, dass wir im Prozess selbst eine Menge gelernt haben, weil wir ja am Anfang auch nicht so viel wussten. Wir haben gelernt, systematisch und professionell Advocacy-Arbeit zu leisten. Darüber hinaus haben wir den institutionellen Wandel in öffentlichen Einrichtungen mit beeinflusst. Manches Mal war Kırmızı Şemsiye die einzige LSBTI- und/oder Sexarbeiter*innen-Organisation, die zu Veranstaltungen des Gesundheitsministeriums im Zusammenhang mit der HIV-Politik eingeladen wurde. Das Gesundheitsministerium nimmt uns ernst; oder wenigstens hören sie uns zu, wenn wir von der Verletzlichkeit von Sexarbeiter*innen angesichts von HIV und Aids sprechen und von der Last, die HIV und Aids für sie darstellen. Unsere Vorschläge werden nicht zur Gänze umgesetzt, aber immerhin beachtet. Sie laden uns beispielsweise zu Kampagnen- und Strategieplanungsmeetings ein. Vielleicht ist noch der eine oder andere Verein dabei, sagen wir Pozitif Yaşam Derneği (Verein Positives Leben)⁹ als Mainstream-Organisation in diesem Bereich, und wir als Vertretung von Schlüsselgruppen. Sie laden dann noch İnsan Kaynaklarını Geliştirme Vakfı (Stiftung für die Entwicklung des Personalwesens)¹⁰ ein, die Forschungszentren der Universitätskrankenhäuser, die Regionaldirektionen – also die öffentlichen Stellen – sowie die Kommunen. Das ist alles. Selbst das ist also bereits ein Erfolg.

HIV-Test und Anonymität

Als zweites vielleicht dies: Im Ankarauer Stadtbezirk Çankaya haben wir es geschafft, dass die Bezirksverwaltung anonyme HIV-Tests und die entspre-

9 Vgl. dazu die Interviews mit Arzu Rezzan Sunam, Canberk Harmancı und Yasin Erkamaz.

10 Vgl. dazu die Interviews mit Muhtar Çokar und Doğan Güneş Tomruk.

chende Beratung anbietet. Das hat Kırmızı Şemsiye geschafft. Dieses Zentrum ist am 1. Dezember 2016 eröffnet worden, am Welt-Aids-Tag. Die Bezirksverwaltung finanziert es aus ihren eigenen Mitteln, auch wenn es in Zusammenarbeit mit dem Gesundheitsministerium aufgebaut wurde. Den dafür notwendigen Druck konnten wir mit der Unterstützung des *United Nations Population Fund* (UNFPA; Bevölkerungsfonds der Vereinten Nationen)¹¹ aufbauen. Zwei Jahre hat die Lobby- und Advocacy-Arbeit gedauert. Dann waren sie überzeugt und das Zentrum stand.

Das ist ein wichtiger lokaler Erfolg – aber wie ist die allgemeine Situation in der Türkei? Ich vermute, es gibt nicht überall die Möglichkeit für einen anonymen Test?

Die gibt es nirgendwo in der Türkei. Was in der Türkei unter anonym verstanden wird, ist dies: Sie können einen HIV-Test machen lassen, aber das wird in staatliche Unterlagen eingehen. Das Zentrum, in dem sie ihn machen lassen, nimmt ihren Vor- und Nachnamen auf, denn sie sind ja gezwungen, ein Identitätsdokument vorzulegen. Warum ist das so? Den Test können sie nur über die Sozialversicherung machen lassen, und dafür sind die persönlichen Angaben immer notwendig. Wenn ich also in ein Krankenhaus gehe und einen HIV-Test machen lassen möchte, wird das Personal meinen Namen kennen, und das Zentrum wird das Testergebnis an das Gesundheitsministerium weiterleiten. Die Politik des Gesundheitsministeriums ist hier besser geworden, klar. Seit fünf, sechs Jahren gibt es mehr Anonymität. Aber das bedeutet nicht, dass das Personal meinen Namen nicht erfährt.

Was wir geschafft haben, ist dies: Es gibt im Istanbuler Bezirk Şişli ein HIV-Testzentrum, das von der Bezirksverwaltung betrieben wird. Sie hat zwischen 2005 und 2008 über das Gesundheitsministerium Mittel des Global Fund¹² akquirieren können. Das Ministerium hatte in vier Städten, in Ankara, Izmir, Istanbul und Trabzon anonyme Testzentren eröffnet,

11 UNFPA ist eine Entwicklungsagentur der Vereinten Nationen, die sich für das Recht aller Menschen auf ein gesundes und gleichberechtigtes Leben einsetzt. Dazu gehören auch die Rechte auf sexuelle und reproduktive Gesundheit. Erwähnt wird die Organisation auch im Interview mit Doğan Güneş Tomruk und Muhtar Çokar.

12 Der 2002 gegründete Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria (Globaler Fonds zur Bekämpfung von Aids, Tuberkulose und Malaria) wird auch in den Interviews mit Arzu Rezzan Sunam, Buse Kılıçkaya, Canberk Harmancı, Doğan Güneş Tomruk, Muhtar Çokar, Umut Güner und Yasin Erkaymaz erwähnt.

um voluntary counselling testing zu machen.¹³ Aber der Global Fund zog sich 2009 aus der Türkei zurück. Denn die Türkei war zum Middle Income Country geworden.¹⁴ Das Gesundheitsministerium weigerte sich in der Folge, die Angebote selbst weiter zu finanzieren. Nur das eine Zentrum in Istanbul blieb bestehen, und das auch nur, weil sie es dort aus eigenen Mitteln weiter finanzierten.

Was ist nun der Unterschied zwischen den Angeboten in Ankara-Çankaya und Istanbul-Şişli? Dass Ersteres verletzlichen Gruppen einen anonymen Test ermöglicht – und dass dieser kostenlos ist. Es muss kein Name angegeben, kein Identitätsdokument vorgezeigt werden. Du kannst dich Fatma nennen oder Ayşe, Marc oder John. So müssen sie dich aufnehmen. Ob du Migrant*in bist oder nicht, ob du die türkische Staatsangehörigkeit besitzt oder nicht, spielt keine Rolle. Du kannst hingehen und einen Test machen lassen. Und außerdem können sich die Leute dort auch beraten lassen. Wenn Beratung gebraucht wird und ein Bestätigungstest notwendig ist, wirst du an das Aids-Behandlungs- und Forschungszentrum an der Hacettepe-Universität in Ankara (*Hacettepe AIDS Tedavi ve Araştırma Merkezi*) oder an die Ankara-Universität verwiesen, denn mit diesen Institutionen gibt es entsprechende Vereinbarungen.

Wenn also in dem Testzentrum in Çankaya nach zehn Minuten das Ergebnis kommt und es positiv ist, sagen sie dir: »Komm, lass uns kurz in einem etwas privaten Rahmen zusammensitzen und reden. Es ist so und so, HIV ist das und das. Das ist die Realität, aber es gibt keinen Grund zur Sorge. Dieser erste Test muss nicht heißen, dass du positiv bist, wir müssten einen Bestätigungstest machen.« Sie legen die weiteren Schritte dar, um die Person etwas zu beruhigen. Fachärzt*innen oder Pflegekräfte bzw. Laborant*innen führen diese Gespräche durch, das ist das Gute. Sexarbeiter*innen, Trans*-Personen, Schwule, Lesben, Drogengebraucher*innen, Männer, die Sex mit Männern haben, alle vulnerablen Gruppen können dort bis abends um 20 Uhr hingehen. Das ist ein Ort, wo alle nach dem Aufwachen hingehen können, auch wenn sie nachts arbeiten, wie etwa Sexarbeiter*innen, die oft bis mittags zwölf oder eins schlafen. Andere Testzentren schließen gegen fünf. Das passt nicht be-

13 Voluntary counselling testing steht hier für ein Testzentrum, in dem Menschen freiwillig, kostenlos und anonym einen HIV-Test machen lassen können.

14 Gemäß der Liste der Bruttoeinkommen der Weltbank gehört die Türkei seit dem Jahr 2000 zu den »middle income countries«; vgl. den Länderbericht zur Türkei: <http://www.worldbank.org/en/country/turkey> (05.12.2018).

sonders gut zur Lebensführung vieler Menschen und sie gehen dann einfach nicht hin. Deswegen war es uns wichtig, dass dieses Zentrum bis zum frühen Abend auf hat. Es ist ein gutes Angebot. Das ist ein Erfolg. Wir machen diese Lobbyarbeit seit zwei Jahren und versuchen parallel dazu, auch die anderen Bezirksverwaltungen von Ankara überzeugen.

Wie schätzt du die Wahrscheinlichkeit ein, dass es euch gelingt?

Es wird klappen. Es muss.

Kriminalisierung, Armut und Ausbeutung als strukturelle Hindernisse für den Zugang von Sexarbeiter*innen zur Gesundheitsversorgung

*Welche institutionellen Hindernisse siehst du darüber hinaus beim Zugang von Sexarbeiter*innen zur Gesundheitsversorgung?*

Wenn wir solche Programme entwickeln und umsetzen, gibt es immer viele Gruppen von Sexarbeiter*innen, die wir nicht erreichen – aus den verschiedensten Gründen. Selbst wenn wir über unermessliche Geldquellen verfügen würden, wäre das so. Denn in der Türkei gibt es, im Vergleich zu manchen anderen europäischen Ländern, ganz eigene soziale und institutionelle Dynamiken, etwa Morde im Namen der »Ehre« oder Probleme, wenn du als Sexarbeiter*in sichtbar wirst. Vermittler*innen haben sich hier zu kriminellen Netzwerken zusammengeschlossen und kontrollieren die Sexarbeiter*innen. Sexarbeit findet in einem Umfeld statt, das zugleich intensiv von kriminellen Machenschaften geprägt ist. Deswegen gibt es vergleichsweise viele Sexarbeiter*innen, die im Untergrund arbeiten. Ein eingetragener Verein, der auf legale Weise professionelle Advocacy-Arbeit macht, würde sehr viel Zeit brauchen, um in solche Umfelder reinzukommen. Auch das Organisieren würde sehr lange dauern, wenn es überhaupt möglich wäre. Das ist die Realität. Ich kann leider keine andere Realität erfinden und so tun, als würden wir alle gleichermaßen erreichen. Das ist ja überall so. Sexarbeit ist ein kriminalisierter Bereich. Egal, wo auf der Welt man näher hinschaut, ob nun in den USA, den Niederlanden, Neuseeland oder Zentralasien – es gibt kaum Unterschiede: Ob legalized, penalized, criminalized oder prohibited. Egal, wo sie sich befinden, egal welchen juristischen Rahmen es gibt, wird es schwierig sein, die Sexarbeiter*innen zu erreichen.

Trotz dieser Umstände gelingt es uns ziemlich gut, die Trans*-Sexarbeiter*innen zu erreichen. Wo auch immer wir in der Türkei hinkommen, haben wir Kontakte, in Urfa genauso wie in Hakkâri oder Van, im Zentrum Istanbuls wie in den Randbezirken. Dasselbe gilt für die schwulen Sexarbeiter und die Frauen in der Sexarbeit, also Nicht-Trans-Frauen, die als registered Sexarbeiterinnen in brothels arbeiten. Am schwersten hingegen fällt es uns, Nicht-Trans-Sexarbeiter*innen zu erreichen, die nicht registriert sind. Und syrische Sexarbeiter*innen erreichen wir auch erst seit kurzem. In dieser Hinsicht ist unsere Arbeit noch beschränkt. Aber es wäre gelogen, wenn ich sagen würde, dass wir diese Personen gar nicht erreichen. Wir probieren da Verschiedenes aus. Wir werden etwa ein Outreach in Antep, Urfa, Hatay, Bursa, Izmir, Antalya und Istanbul organisieren. Wir werden freiberufliches Personal bezahlen, es fortbilden und ins Feld schicken. Im Laufe dieses Jahres werden wir sehen, was uns das gebracht hat.

Darüber hinaus haben wir Schwierigkeiten, hierher geflüchtete Sexarbeiter*innen zu erreichen, die nicht aus Syrien sind. Sie kommen aus der Ukraine, aus Moldawien, Georgien, Russland, Weißrussland oder Rumänien, in den letzten Jahren aber auch aus afrikanischen Ländern wie Somalia, Sudan, Äthiopien, Kamerun oder Kenia. Da kommen neuerdings viele Menschen her. Aber auch aus anderen Ländern des Mittleren Ostens außer Syrien kommen viele Sexarbeiter*innen, aus Saudi-Arabien, Jordanien, Iran, Afghanistan, Ägypten, Libyen usw. Hier haben wir Probleme mit der Erreichbarkeit. Aber ich bin optimistisch, dass wir auch das schaffen, wenn wir so weiterarbeiten wie bisher. Wir werden Programme aufgleisen, Fundraising machen und in Zukunft auch Outreach-Work betreiben. Das ist nicht besonders einfach, es ist sogar ziemlich schwierig, denn wer aus dem Ausland kommt, ist oft viel enger an die Vermittler*innen gebunden. Ein ernst zu nehmender Teil arbeitet innerhalb krimineller networks. Es gibt Sprachbarrieren, sie sind oft nicht registered. Sie sind keine Staatsangehörigen der Türkei. Was die Sichtbarkeit angeht, haben sie noch mehr Angst als türkische Staatsangehörige. Sie scheuen Kontakte und Kommunikation mit anderen.

*Wie steht es allgemein um die medizinische Versorgung von Sexarbeiter*innen, die nicht über die türkische Staatsangehörigkeit verfügen? Wie sieht es in Ankara-Çankaya und Istanbul-Şişli aus?*

Dort können sie einfach hingehen.

Und anderswo?

Anderswo ist es schwieriger. Ich kenne Sexarbeiter*innen aus Turkmenistan, Usbekistan, aus der Ukraine oder Russland. Soweit ich es bei ihnen sehe und von ihnen höre, bevorzugen sie es, in Privatkrankenhäuser zu gehen. Sie wollen nicht warten. Sie haben einen Aufenthaltstitel oder eine Arbeitserlaubnis – nicht für die Sexarbeit, aber als Pflegekraft, als Babysitter*in oder sonst als care worker. Oder sie haben jemanden für die Papiere geheiratet und können auf diesem Weg in der Türkei bleiben. Da sie über die notwendigen Papiere verfügen, ist auch ihr Zugang zur gesundheitlichen Versorgung problemlos möglich. Wenn aber herauskommt, dass sie Sexarbeiter*innen sind, können sie sofort deportiert werden. Diese Angst führt in vielen Fällen dann doch dazu, dass entsprechende Dienste nicht aufgesucht werden. Das ist der Grund, warum Privatkrankenhäuser bevorzugt werden. Sie sagen sich: »Wenn ich bezahle, werden sie mit niemandem reden.« Das bedeutet, dass der Zugang zur Gesundheitsversorgung für sie ziemlich teuer ist. Wenn ein Test in einem staatlichen Krankenhaus oder in der Poliklinik eines Zentrums für Familiengesundheit 50 oder 60 Türkische Lira (TL)¹⁵ kostet, sagt sich die Person: »Nein, ich werde in ein privates Testlabor gehen, auch wenn derselbe Test dort 500 oder 600 kostet.«

So viel kostet ein Test?

Das bezahlen manche. Nicht nur für den Test, auch für die Beratung, für die follow-up care nach dem Test und so weiter. Da gibt es eine Menge Angebote. Sie gehen in Privatkrankenhäuser und lassen sich operieren. Es geht ja nicht nur um HIV oder Aids. Es gibt allgemeinere Gesundheitsprobleme oder Probleme der reproduktiven Gesundheit. Auch dafür geht eine Menge Geld über den Tisch. Eine Menge weitere Informationen zum Zugang zur Gesundheitsversorgung findest du in einem Bericht, den wir 2015 herausgegeben haben.¹⁶ Darin geht es auch um Diskriminierung, Stigmatisierung, Gewalterfahrungen und andere Formen der Missachtung der Menschenwürde durch das Gesundheitspersonal.

15 1TL entspricht ca. 0,20€ (Stand vom 13.05.2018).

16 Vgl. Kemal Ördek (Hrsg., für den Verein Kırmızı Şemsiye Cinsel Sağlık ve İnsan Hakları Derneği). (2015). Türkiye’de Seks İşçilerinin Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı Durumu. <http://www.kirmizisemsiye.org/Dosyalar/Cinselsaglikihtiyaclaroneriler.pdf> (15.06.2018). Englisch: Sexual and Reproductive Health of Sex Workers in Turkey: Needs and Recommendations. [http://www.kirmizisemsiye.org/Dosyalar/formalar_sexwork_eng--04122015.pdf\(05.06.2018\)](http://www.kirmizisemsiye.org/Dosyalar/formalar_sexwork_eng--04122015.pdf(05.06.2018)).

Viele Sexarbeiter*innen erleben psychische oder körperliche Gewalt durch Angestellte im Gesundheitsbereich oder sie erfahren sexualisierte Übergriffe durch Ärzt*innen. Das ist das ein Problem. Das andere ist die Armut. 99 Prozent der Sexarbeiter*innen in der Türkei sind unregistriert. Und weil sie unregistriert arbeiten, there is no social security for them. Und das wiederum bedeutet, dass sie nicht krankenversichert sind. Wie sollen sie ohne Krankenversicherung zur Gesundheitsversorgung kommen? Indem sie dafür aus der eigenen Tasche bezahlen! Um das alles bezahlen zu können, muss man reich sein, aber die Mehrzahl der Sexarbeiter*innen ist nicht reich. Eher gehören sie zur mittleren Unterschicht. Soziales Prekariat also, soweit das Auge reicht. Unter Umständen finden sie Wege, etwa indem sie bei irgendeiner Firma als pro forma angestellt gelten. Manche bezahlen 600 bis 700 TL statt der üblichen 450 und die »Arbeitgeber*innen« streichen die restlichen 150 bis 200 ein. Das bedeutet, dass der Zugang zum Gesundheitssystem für sie ein Drittel teurer ist. Das ist also eine Art Bestechung, was die Verarmung noch einmal fördert.

Dazu kommen die Geldstrafen für ihre Tätigkeit. Der Staat verschuldet sie bei sich. Ein- bis zweimal am Tag erhalten sie Geldstrafen, an manchen Tagen sogar bis zu zehn. Überhaupt ist die Kriminalisierung einer der Faktoren, die den Zugang zur Gesundheitsversorgung immens einschränken. Wenn der Staat und seine Ermittlungsbehörden ihre Tätigkeit als illegal betrachten, werden sie mit den unterschiedlichsten Arten schlechter Behandlung konfrontiert. Das Personal in einer Gesundheitseinrichtung wird etwa alles dafür tun, dass sie bestimmte Leistungen nicht erhalten. Ich würde in kein Gesundheitszentrum gehen, das mich schlechter behandelt oder dessen Ärzt*innen oder Pflegepersonal mich bei der Polizei verpfeifen, wenn sie herausfinden, dass ich der Sexarbeit nachgehe.

Darüber hinaus musst du alle möglichen Personen bestechen, die Polizei, Menschen aus der Nachbarschaft und so weiter. Wenn Vermieter*innen mitbekommen, dass jemand der Sexarbeit nachgeht, steigt die Miete von 500, 600 oder 1.000 plötzlich auf 2.000 oder 3.000 TL. All das sind keine Übertreibungen. Das bedeutet, dass die monatlichen Auslagen viel höher sind als bei anderen Tätigkeiten. Und schließlich arbeiten viele Sexarbeiter*innen über Vermittler*innen. Was sind das für Leute? Manager*innen, kriminelle Zuhälter*innen, pimps¹⁷ und so weiter. Ein großer Teil der Einkünfte geht

17 Englisch für »Zuhälter*in« oder »Kuppler*in«.

an diese Personen. Wenn jemand pro Freier 100 TL bekommt, gehen 50 davon an sie. Die restlichen 50 müssen dann reichen für die Stromrechnung, fürs Essen, für Kosmetik und Pflege.

Sexarbeiter*innen brauchen kosmetische Pflege. Wir sprechen ja nicht von durchschnittlichen Männern oder Frauen. Der Gigolo¹⁸ pflegt sich, geht ins Fitnessstudio, benutzt Cremes und so weiter. Er gibt dafür zehnmal mehr aus als der durchschnittliche Mann. Frauen lassen sich das Haar machen, mindestens zweimal in der Woche. Wer in einer Bar oder einem Nachtclub arbeitet, muss das jeden Tag tun, eine durchschnittliche Frau vielleicht einmal in der Woche, also viermal im Monat – wenn überhaupt. Das bedeutet, es ist zehnmal teurer. Friseur*innen, zu denen Sexarbeiter*innen gehen, berechnen ihnen das Doppelte des regulären Preises. Da ist ein ernst zu nehmendes Ausbeutungsverhältnis vorhanden. Auch das ist Bestechung.

Darüber hinaus gibt es alltägliche Dynamiken, die direkt mit den steigenden Zahlen sexuell übertragbarer Infektionen zusammenhängen. Drogengebrauch und Alkoholabhängigkeit sind unter Sexarbeiter*innen stark verbreitet. Unter anderem erleichtern sie es den Sexarbeiter*innen, sich willentlich oder nicht willentlich – in Führungsstrichen – »riskanter« zu verhalten. Sexarbeiter*innen, die intravenös Drogen gebrauchen, werden zu einem sehr großen Teil keine Kondome benutzen. Daran denken sie in dem Augenblick gar nicht. Oder alkoholabhängige Menschen ... Sie setzen sich ebenfalls größerer Gefahr und Gewalt aus. Warum? Sie arbeiten etwa auf der Straße – wie sollen sie sich da schützen? Und wenn du fünf Bier getrunken hast, wirst du dich nicht schützen, weil du es gar nicht kannst. Du wirst dich Gewalt aussetzen, du wirst dich schlechter verteidigen können und solche Sachen. Auch dies ist ein Hindernis für das Gesundbleiben.

Advocacy, Ermächtigung und die Schwierigkeit, im Ausnahmezustand aktivistische Politik zu betreiben

*Als Interessenvertretungsorganisation repräsentiert Kırmızı Şemsiye Sexarbeiter*innen. Ihr sprecht mit Ärzt*innen, bildet sie fort, ihr sprecht mit*

18 Gigolos sind männliche Sexarbeiter, die älteren Frauen sexuelle Dienstleistungen anbieten.

*Anwält*innen und ihren Kammern, mit dem Gesundheitsministerium und so weiter. Gibt es jenseits dieser Aktivitäten auch aktivistische Aktionen?* Wir würden solche Dinge gerne machen. Aber es wäre falsch, eine solche Strategie zu verfolgen, wenn in einem Land der Ausnahmezustand herrscht. Das muss ich vorab sagen. Es kann ja im Moment niemand mehr auf die Straße gehen und Aktionen durchführen. Wer es trotzdem tut, wird verprügelt oder verhaftet. Besonders für Sexarbeiter*innen ist es unter solchen Umständen schwierig, so etwas in Angriff zu nehmen. Klar könnten wir die Leute aufrufen, indem wir sagen: »Kommt, lasst uns gemeinsam auf die Straße gehen!« Es würden sicher auch fünfzehn bis zwanzig Personen teilnehmen. Aber sie könnten am nächsten Tag nicht mehr als Sexarbeiter*innen auf die Straße gehen. Die Polizei würde sie erkennen und nicht arbeiten lassen.

Es liegen Welten zwischen sozialistischen Studierenden einerseits zum Beispiel und Sexarbeiter*innen andererseits. Letztere werden ohne weiteres drei Tage lang in einer Ausnüchterungszelle festgehalten, haben Angst, werden unter Umständen misshandelt. Studierende sind vielleicht mit ähnlichen Dingen konfrontiert. Aber dann kommen sie wieder raus und nehmen an der nächsten Aktion teil. Sexarbeiter*innen werden zudem gegenüber der Familie geoutet, bekommen dann Morddrohungen von dieser, von Nachbar*innen oder Vermittler*innen. Viele haben Kinder und arbeiten ohne Kenntnis ihres Umfeldes. Studierende sind nicht jeden Tag mit der Polizei konfrontiert, Sexarbeiter*innen hingegen jede Nacht. Wenn normalerweise 100 TL Strafe zu zahlen sind, werden nun 300 TL verhängt, die Wohnung wird durchsucht oder sogar versiegelt. Sexarbeiter*innen müssen häufiger ihre Wohnung wechseln. Da es nicht so einfach ist, etwas Neues zu finden, müssen sie drei, vier Monate bei Freund*innen unterkommen. Dort müssen sie, wenn sie dort Kundschaft empfangen wollen, noch einmal extra zahlen, sodass die Hälfte der Einkünfte verloren geht, es ist also eine ganze Verkettung von Problemen.

Das ist jetzt nur ein Beispiel, um zu erläutern, warum wir in den letzten anderthalb, zwei Jahren auf öffentliche Aktionen verzichtet haben. Bis vor kurzem haben wir am 3. März, dem Internationalen Tag für die Rechte von Sexarbeiter*innen, große Symposien oder Konferenzen veranstaltet, um das gesellschaftliche Bewusstsein zu erhöhen. Doch auch das geht jetzt nicht mehr. Dafür machen wir andere Sachen. Das Geld, die Energie und die Arbeitskraft, die dafür draufgehen würden, kanalisieren wir in die Dinge, die du vorhin genannt hast. Was tun wir beispielsweise? Am 3. März sind

wir in einem Bordell in Gaziantep gewesen. Wir haben 65 Frauen besucht, einzeln, bei ihnen zu Hause. Wir haben Broschüren zu Rechtsverletzungen und zu sexueller Gesundheit verteilt. Um sie zu ehren, hatten wir Nelken dabei. Du musst wissen, dass sonst niemand sie ernst nimmt, weder Chef*innen noch Kunden oder der Staat, niemand. Auch nicht die NGOs, wirklich niemand. Aber wir tun das. Wir haben kistenweise Kondome verteilt, die wir vom Gesundheitsministerium und den Vereinten Nationen bekommen hatten, fast eine Million Kondome. Ansonsten kosten zehn Kondome 25 bis 30 TL. Du musst also 25 Lira für drei Kunden ausgeben, wenn sie Kondome benutzen wollen. Von uns haben sie pro Person 500 bis 1.000 Kondome bekommen. Solche Sachen, das Geld für solche Dinge auszugeben, ist für uns sehr wichtig.

Das ist also auch eine Art der Ermächtigung.

Ja, natürlich. Sie brauchen ja auch Ermächtigung. Studierende, die zu unseren Veranstaltungen kommen, müssen ein Bewusstsein entwickeln, klar. Aber wichtiger sind uns Sexarbeiter*innen.

Sprecht ihr dabei von Empowerment?

Empowerment, ja. Oder strengthening. Der Ausnahmezustand war Anlass zu re-strategize, um ehrlich zu sein. Das ist also im Moment unser political activism. Wir geben Sachen für die Presse heraus oder publizieren etwas und machen eine Presseerklärung dazu. Oder wir veranstalten ein press meeting, das ist alles. Im Augenblick ist es wirklich zu gefährlich, auf die Straße zu gehen. Und ich würde es nie und nimmer riskieren, einzelne Sexarbeiter*innen in Gefahr zu bringen. Das kann ich nicht – nicht solange Sexarbeiter*innen so arm sind oder jede Nacht fürchten müssen, ermordet zu werden. Was soll es in einer solchen Situation bringen, auf die Straße zu gehen?

HIV- und Aidsarbeit zwischen Prävention und Kampf gegen Diskriminierung

Kommen wir noch einmal zurück auf das Thema HIV. Im Zentrum steht heute die Prävention. Gibt es daneben Strategien oder Politiken vonseiten des Staates oder von NGOs, die sich gegen Diskriminierungen richten?

Ja, ja, klar! Es dominiert wirklich der Ansatz, dass sexuell übertragbaren Infektionen, HIV und Aids, präventiv begegnet werden muss, um die Ge-

sellschaft zu schützen. Es ist ja auch wichtig, Maßnahmen zur Prävention zu entwickeln. Doch wäre es auch wichtig, für Menschen, die mit sexuell übertragbaren Infektionen leben, menschenrechtsbasierte Herangehensweisen zu entwickeln, die den Zugang zu Schutz- und Unterstützungsmechanismen in den Vordergrund stellen. Wir sind nach wie vor vollkommen damit beschäftigt, die Gesellschaft zu schützen. Aus dieser Perspektive betrachten Staat und Gesellschaft auch die Sexarbeiter*innen. Das ist ja auch der Grund, warum wir Kondome an sie verteilen, wir wollen die Gesellschaft schützen. Dabei gibt es viele Sexarbeiter*innen, die mit HIV leben. Ihr Anliegen ist es nicht, die Gesellschaft vor sich selbst zu schützen, sie haben ganz andere Probleme. Sie wollen beispielsweise nicht diskriminiert werden, wenn es um den Zugang zur gesundheitlichen Versorgung geht. Sie wollen nicht geoutet werden oder sie wollen einfach und kostenlos an antiretrovirale Medikamente herankommen. Aber das steht bei niemandem auf der Tagesordnung, außer bei ein paar wenigen Organisationen, mit denen du vermutlich schon gesprochen hast.

Du meinst, dass die Antidiskriminierungspolitik bei niemandem auf der Tagesordnung steht?

Ganz genau. Alle würden sagen: »Menschen, die mit HIV leben, sollen nicht diskriminiert werden.« Aber wenn du fragst, welche konkreten Maßnahmen sie vorschlagen würden, um dieses Ziel zu erreichen, wirst du keine konkrete Antwort bekommen.

Also gibt es auch keine entsprechende Praxis?

Also gibt es auch keinen Druck, keinen pressure, keine Praxis. Pozitif Yaşam ist sicher sehr wichtig. Und die Aids-Behandlungszentren der Universitäten und ihre Advocacy-Arbeit, beispielsweise an der Hacettepe-Universität in Ankara oder an der Ege-Universität in Izmir. Aber es gibt nur ganz wenige NGOs, die sich dieser Arbeit verschrieben haben. Eines der Arbeitsgebiete von Kırmızı Şemsiye ist die Advocacy- und Bildungsarbeit beim Gesundheitsministerium und beim Türkiye Halk Sağlığı Kurumu (Amt für Volksgesundheit der Türkei).¹⁹ Dabei sagen wir immer Folgendes: »Ja, wir sind überzeugt, dass HIV-Tests, Behandlung, Prävention und Pflege auch in Bezug auf die Sexarbeit weiterentwickelt werden müssen. Aber wir wollen,

¹⁹ Im Rahmen einer Strukturreform wurde diese Einrichtung im Jahr 2017 in *Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü* (Generaldirektion für Volksgesundheit) umbenannt.

dass zugleich und im selben Umfang auch die Lebensbedingungen und Probleme von Sexarbeiter*innen angegangen werden.« Deswegen bilden wir ja auch Ärzt*innen weiter. Denn ab dem Moment, wo Sexarbeiter*innen einen Test machen lassen und herausfinden, dass sie mit HIV oder einer sexuell übertragbaren Infektion leben, fallen sie in dieses Loch der Diskriminierung. Ärzt*innen und Pflegepersonal lächeln manchmal darüber. Oder jemand hat gerade ein Testergebnis bekommen und die Krankenschwester spricht mit einer anderen Person darüber, die zwar zum Personal gehört, mit dem Testergebnis aber nichts zu tun hat. Ich meine, was soll das? Und dabei schauen sie der Person auch noch in die Augen: »Schau, hier haben wir eine*n HIV-Positive*n.«

Es gibt kein Recht auf Vertraulichkeit?

Nein. Die Politik des Gesundheitsministeriums ist besser geworden, das sollten wir nicht außer Acht lassen. Aber manche haben immer noch kein Bewusstsein, was HIV angeht. Mit verletzlichen Bevölkerungsgruppen muss auch hier noch effektiver gearbeitet werden, da müssen viel mehr Schritte unternommen werden. Zwischen den Dienstleister*innen im Gesundheitsbereich damals und heute gibt es himmelweite Unterschiede. Es gibt eine ganz neue Generation von Ärzt*innen, Pflegenden, Beamt*innen und Angestellten. Dennoch ist es unerlässlich, besonders diejenigen zu schulen, die bei einer Einweisung ins Krankenhaus die Erstaufnahme vornehmen. Das haben wir für die Zukunft vor. Niemand von denen ist ja medizinisches Fachpersonal.

Die sollten also zuerst geschult werden?

Klar, das sind ja die focal points dort. Du gehst dorthin und sie verweisen dich an die Zuständigen. Wie soll das gehen, wenn sie dich diskriminieren?

Kommen die Betroffenen dann nicht ins Krankenhaus?

Manche kommen rein, andere nicht. Auf jeden Fall weiß es jedoch das ganze Krankenhaus. Sie werden zum Material für Krankenhaus-Comedians. Dem Gesundheitsministerium sagen wir deshalb: »Bitte, bitte, sorgt dafür, dass in euren Bildungsmodulen auch HIV und andere sexuell übertragbare Infektionen vorkommen. Wenn Sexarbeiter*innen mit diesen Infektionen leben, dürfen sie nicht stigmatisiert oder diskriminiert werden, sie müssen an Informationen und Gesundheitsdienste herankommen.« Die Angebote sind verpflichtend, aber sie sollten auch richtig konzipiert sein.

Zusammenarbeit mit Staat, internationalen Organisationen und transnationalen NGOs

Können Sie denn an diesen Veranstaltungen teilnehmen?

Sie lassen uns da bisher nicht rein, nein. Aber was tun wir stattdessen? Wir werden im September und Oktober 2017 eine große Bildungsveranstaltung für Anwalt*innen organisieren. Und seit zwei, zweieinhalb Jahren sprechen wir in allen Städten, in die wir fahren, mit der Direktion für Volksgesundheit und der Abteilungsleitung für übertragbare Krankheiten. Wir stellen uns als Verein vor, sprechen von den Bedürfnissen und übergeben ein schriftliches Briefing mit den Themen, die unseres Erachtens bei ihren lokalen Bildungsveranstaltungen vorkommen müssen.

Haben Sie denn Publikationen zu diesen Themen?

Wir haben ein Handbuch, das sich an das Gesundheitsministerium richtet. Und ich habe ja gesagt, dass wir auch ein Handbuch für Ärzt*innen herausgeben wollen. Darin sollen solche Themen noch detaillierter aufbereitet werden. Und ich habe dir ja dieses rosafarbene Buch gegeben, das von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) herausgegeben wurde. Wir haben es ins Türkische übersetzt und drucken lassen. Da sind sechs Kapitel drin: Gewalt, Diskriminierung, Stärkung der Gemeinschaft, Kondom- und Gleitmittel-Programme, Projekt- und Programmmanagement. Zu all diesen Themen gibt es kurze Texte, die sagen, was die Behörden tun sollten. Daran orientieren wir uns bei solchen Gesprächen.

Welche Reaktionen bekommen Sie auf eure Forderungen und Vorschläge?

Das ist ganz verschieden. Während es bei unserem Besuch bei der Direktion für Volksgesundheit in Izmir hieß: »Ja, das werden wir anwenden. Wir werden euch zu unseren Veranstaltungen einladen«, war das in Istanbul mitnichten der Fall. In Antep auch nicht. Das hat eine Menge mit den jeweils für Gesundheit zuständigen Personen zu tun, denn das Gesundheitsministerium macht keine Vorgaben.

Wer hat das Handbuch für das Gesundheitsministerium finanziert?

Der UNFPA und die Botschaft der Niederlande.

Und der Staat hat das gar nicht unterstützt?

Der Staat hat nichts zu dem Buch beigetragen.

Gab es denn eine andere Zusammenarbeit mit dem Staat?

Nein.

Nicht einmal mit dem Gesundheitsministerium?

Sie sind neugierig, was wir machen. Sie archivieren unser Material und wollen sich auch immer persönlich mit uns austauschen. Wenn wir zum Beispiel im April ein SWIT-Manual herausgeben, also ein »Sex Workers Implementation Tool«, wie wir das nennen, werden wir mit dem Gesundheitsministerium und nachgeordneten Behörden in Ankara zusammenkommen und es ihnen vorstellen. Danach werden wir in andere Städte fahren – im Juni nach Istanbul, im August nach Izmir, zwei Monate später nach Antep.

Mit welchen internationalen Organisationen und NGOs habt ihr konkret zu HIV und Aids zusammengearbeitet?

Als Verein sind wir Mitglied in regionalen und internationalen LGBT- und Sexarbeiter*innen-Netzwerken. Zuletzt sind wir beispielsweise dem *International Committee on the Rights of Sex Workers in Europe*, dem ICRSE²⁰, beigetreten. Das ist das Sexarbeiter*innen-Netzwerk auf europäischer Ebene, eine Dachorganisation, mit der wir letztes Jahr ein Training zu HIV and human rights für Sexarbeiter*innen durchgeführt hatten. Es gab auch ein Training zu HIV-Advocacy. Aus allen Teilen der Türkei haben Sexarbeiter*innen teilgenommen. Das ist das eine. Zweitens gibt es das Global Network of Sex Work Projects, NSWP, dessen Publikationen wir als Advocacy-Material ins Türkische übersetzt und an das Gesundheitsministerium und verschiedene andere Stellen geschickt haben. Es gab Veranstaltungen und das NSWP hat uns dabei unterstützt und vieles erleichtert. Darüber hinaus haben wir zum Sex Workers Implementation Tool gemeinsam Bildungsveranstaltungen angeboten. Zusammen mit dem oder SWAN haben wir kollektive Bildungsveranstaltungen unterstützt bzw. selbst angeboten.

Wir arbeiten auch mit dem UNFPA zusammen. Im Moment sind wir Implementing Partner bis 2020. Ich vermute, dass das auch danach noch weitergehen wird, wenn nichts Gravierendes dazwischen kommt. Die WHO soll einige Guidelines zu Sexarbeit veröffentlicht haben, die

20 Vgl. dazu die Webseite des International Committee on the Rights of Sex Workers in Europe: <http://www.sexworkeurope.org/> (05.12.2018).

wollen wir ins Türkische übersetzen. *UNAIDS*²¹ hat eine Publikation, die »UNAIDS Guidance Notes on HIV and Sex Work«²² heißt. Sie werden wir ebenfalls ins Türkische übersetzen. Für uns als erst vier Jahre alte Organisation ist es sehr schön, dass wir Dinge zu HIV/Aids in die Türkei bringen können, die es so bisher noch nicht gab.

Transnationale Perspektiven und westlicher Orientalismus

Was sind denn die Möglichkeiten, in diesem Bereich vom Westen zu lernen oder dem Westen etwas beizubringen – vor allem an der Schnittstelle HIV/Aids und Sexarbeit? Es gab im Westen früher ja einige Versäumnisse, beispielsweise wenn Präventionsmaßnahmen zur Diskriminierung bestimmter Gruppen führten. Die Bedingungen in der Türkei sind andere, sowohl bezüglich der Sexarbeit als auch der gesellschaftlichen Situation von Trans-Personen. Doch du fährst oft in den Westen und bist selbst in vielen transnationalen Gremien aktiv, du sprichst von Übersetzungen. Wie gehst du mit der Frage um, auf welche Weise diese Übersetzungen in der Türkei nützlich sein können?*

Zum einen übersetzen wir Publikationen, die international akzeptiert sind. Es sind Texte des Global Network of Sex Work Projects wie das SWIT, der WHO, des United Nations Development Programme (UNDP; Entwicklungsprogramm der Vereinten Nationen), des UNFPA, von UNAIDS oder von der Weltbank. Das sind also alles Sachen, die durch Konsultationen mit Sexarbeiter*innen entstanden sind. Wir haben Veröffentlichungen des NSWP übersetzt, das »Consensus Statement on HIV, Human Rights and the Law«²³ oder Publikationen zu male sex workers oder trans sex workers. Das NSWP beispielsweise war nie Western-centric. Es gibt ein board mit zwei Vertreter*innen von jedem Kontinent

21 UNAIDS, das *Joint United Nations Programme on HIV/AIDS* (Gemeinsames Programm der Vereinten Nationen zu HIV/Aids), ging 1996 aus dem »Global Program on HIV/AIDS« der WHO hervor und hat seinen Sitz in Genf. Die Organisation hat das Ziel, die weltweite Aids- und HIV-Arbeit zu koordinieren. Erwähnt wird sie auch in den Interviews mit Canberk Harmancı und Muhtar Çokar.

22 Vgl. die entsprechenden Informationen auf der Website von UNAIDS: http://www.unaids.org/sites/default/files/sub_landing/files/JC2306_UNAIDS-guidance-note-HIV-sex-work_en.pdf (05.12.2018).

23 Vgl. die Website der Prevention Access Campaign, URL: <https://www.preventionaccess.org/consensus> (05.12.2018).

und die Arbeitsschwerpunkte sind oft Asien, Afrika, Latein- oder Südamerika. Es ist also keine Western perspective, die dort dominant ist. Weil die NSWP eine Dachorganisation von Sexarbeiter*innen-Initiativen aus allen möglichen Ländern ist, wird dort ein horizontaler Repräsentationsansatz verfolgt. Ich habe da keine Befürchtung, dass es eine Western imposition geben könnte. Wenn wir aber auf internationale Treffen gehen, kommt es gelegentlich schon vor, dass wir auf den Teil »Arbeit« in der »Sexarbeit« besonders hinweisen müssen: »sex work is work«, sagen wir, das ist ja unser Grundprinzip. Hätten wir nicht dieses grundlegende Prinzip verinnerlicht, könnten wir weder regional noch international Teil von Netzwerken werden.

Doch es gibt durchaus besondere Bedingungen in der Türkei. Auch wenn es vermeintlich objektiv ist, passen wir das SWIT auf die Situation im Land an, indem wir es einer Revision unterziehen. Das tun wir immer. Wenn beispielsweise Leute im Vereinigten Königreich sagen, dass alle Sexarbeiter*innen registriert werden sollten, bedeutet das also nicht, dass wir hier dasselbe wünschen. Unsere Perspektive berücksichtigt das, was Sexarbeiter*innen in der Türkei wollen. In Bezug auf die HIV- und Aids-Politik etwa werden hier viele sagen: »Ich möchte in einem Bordell arbeiten und es soll ein mandatory testing geben.« Als Verein finden wir das nicht okay, aber die große Mehrzahl der Sexarbeiter*innen mit türkischer Staatsangehörigkeit will genau das. Was soll ich da sagen? Es ist leicht, bei solchen Treffen in einfachen, schönen Sätzen zu sagen: »Mandatory testing is against the human rights. It is a human rights violation.« Aber wie sehr repräsentiert das die Sexarbeiter*innen in der Türkei? Es ist uns wichtig, die richtige Sprache zu finden, Forderungen zu erheben, die aus dem Feld stammen, statt dem Feld unsere Forderungen überzustülpen. Wir sagen also bei allen Treffen: »Ja, we are against mandatory testing but we have to tell the sex workers in Turkey why it is bad.« Aber ich kann Sexarbeiter*innen nicht sagen: »Du willst zwar im Bordell arbeiten, aber tu das nicht, dort gibt es ein mandatory testing.« So etwas steht mir nicht zu. Ich kann nur das Wissen und die Informationen nach außen tragen, die ich von ihnen bekommen habe. Ich kann ihnen nicht aufzwingen, was ich von woanders mitgebracht habe. Es ist wichtig, die Repräsentation politisch und ethisch gut zu durchdenken. Bei Treffen im Ausland sage ich immer, dass in meinem Land viele Sexarbeiter*innen genau solche Argumente benutzen und dass dies ihr artikuliertes Bedürfnis ist. Ich ernte dann viel Widerspruch, aber ich mache da keinen Schritt zurück.

Darüber hinaus gibt es bei der WHO, bei UNAIDS und solchen Institutionen im Allgemeinen so eine Western perspective. In vielerlei Hinsicht stehen sie beispielsweise der Sexarbeit feindlich gegenüber. Das begründen sie dann mit Western Argumenten oder sie sagen beispielsweise: »Muslimische Sexarbeiter*innen, wie kann das sein? Muslimisch-Sein und Sexarbeit, das geht doch gar nicht zusammen – was für ein interessantes Land!« Es gibt solche und ähnliche orientalistische Aussagen. Naja, und dann erzählen wir. Ich habe in der Türkei beispielsweise in einem Bordell in Gaziantep eine Sexarbeiterin mit Kopftuch kennengelernt. Der Kopf ist bedeckt, das Dekolletée offen, sie trägt einen Minirock. Es kann sein, dass das einer niederländischen Sexarbeiter*innen-Organisation sonderbar vorkommt, vielleicht auch jemandem von UNAIDS oder einer medizinischen Fachkraft. Aber so ist die Türkei. Wir sagen, dass es solche Menschen gibt, und dass, weil es sie gibt, über ihre Lebensweisen berichtet werden muss, und zwar von ihnen selbst. Wir sagen, dass diese westlich-orientalistischen Perspektiven und Herangehensweisen uns einmal mehr marginalisieren.

Es gibt ja immer dieses Argument, dass muslimische Gesellschaften verschlossen seien, dass deswegen alles im Untergrund passiere. Es ist ein richtiges Argument, da ist nichts Falsches dran, finde ich. Aber zu behaupten, dass HIV deswegen unter Muslim*innen besonders weit verbreitet sei, ist ein seltsam monströses, absurdes Argument. In der Ukraine ist HIV viel verbreiteter, und das ist ganz und gar keine muslimische Gesellschaft. Das sind die Dinge, mit denen wir in der HIV-Politik zu kämpfen haben. Deswegen müssen wir in internationalen Organisationen repräsentiert sein. Es gibt beispielsweise Community Delegations, bei der WHO etwa oder beim Global Fund. Dort und an vielen anderen Plattformen werden Sexarbeiter*innen repräsentiert. Überall da müssen wir rein.

Doch wenn wir schon dabei sind, muss ich auch noch Folgendes hinzufügen: Es gibt in der Türkei die verschiedensten Gruppen von Sexarbeiter*innen und alle haben ihre eigenen Bedürfnisse. Während die eine Gruppe etwas fordert, fordert die andere das genaue Gegenteil. Und ich will sie alle gemeinsam repräsentieren. Ich mag diese abgehobenen Diskussionen gar nicht hierher tragen, weil diese Sachen sehr weit weg von unserer Realität sind. Ich kann Sexarbeiter*innen, die sich die Frage stellen, ob sie morgen noch am Leben sein werden, nicht irgendwas von orientalistischen Argumenten bei internationalen Versammlungen erzählen.

Begriffe und Selbstbezeichnungen in Zeiten eines zunehmenden Konservatismus

Zum Schluss möchte ich auf die Terminologie im Zusammenhang mit Aids und HIV eingehen. Wir stellen uns im Rahmen unseres Forschungsprojekts auch die Frage, welche Begriffe sich in den letzten 35 Jahren wie gewandelt haben. Früher wurde viel von Aids gesprochen, heute liegt der Fokus darauf, dass jemand HIV-positiv ist. Wie siehst du den Begriff »positiv«? Wie definierst du Begriffe wie »Schutz«, »nicht-riskantes Verhalten«, »Risikogruppe« oder »Gruppen, die einem Risiko ausgesetzt sind«? Einen Teil dieser Begriffe hast du in unserem Gespräch ja auch schon selbst benutzt.

Es ist natürlich problematisch, von »Risikogruppen« zu sprechen. Ich meine, Sexarbeiter*innen sind keine Risikogruppe. Vielleicht sind sie eine Gruppe, die einem Risiko ausgesetzt ist, was strukturelle Gründe hat. Sexarbeiter*innen haben jedoch kein riskantes Sexualverhalten. Aber was soll das sein, riskant oder geschützt? Es wäre sinnvoller, von ungeschütztem Verhalten zu sprechen, das stellt ein Gleichgewicht zwischen Sexarbeiter*innen und Kunden her, aber auch zwischen Sexarbeiter*innen und anderen Menschen in der Gesellschaft. Demgegenüber bedeutet riskantes Sexualverhalten, dass Sexarbeiter*innen das riskante Verhalten allein zugeschrieben wird. Aber warum sollten sie eine Risikogruppe sein? Wenn es eine Risikogruppe gibt, sind das die Kunden. Tut mir leid, wenn ich das so sage. Sexarbeiter*innen dürfen nicht weiter auf diese Weise stigmatisiert werden, genauso wenig wie MSM²⁴, Trans* oder drug users. Das trifft auf alle zu. Du kannst uns nicht stigmatisieren, uns die Schuld daran in die Schuhe schieben und dann so tun, als wolltest du uns schützen. In wessen Namen passiert das? Im Namen der öffentlichen Gesundheit. Nicht für uns, sondern für die öffentliche Gesundheit. Wir existieren da gar nicht. Also ist die Vermengung von riskantem Sexualverhalten und Sexarbeit gewissermaßen selbst eine Diskriminierung. Dasselbe gilt für die Bezeichnung »positiv«. Ich sage »Menschen, die mit HIV leben«. Sie leben mit HIV.

Gibt es in der Türkei Menschen, die sagen: »Ich bin positiv«?

Die gibt es. Aber es fällt ihnen nicht einfach, das zu sagen. In meinem Umfeld gibt es sehr wenige Menschen, die mit HIV leben und sagen, dass sie HIV-positiv sind.

24 MSM steht für »Männer, die Sex mit Männern haben«.

Gibt es welche, die das Wort »positiv« ohne »HIV« benutzen?

Ach so, nur »positiv« ... Ich kenne eine Person, die das so benutzt, ja. Das sagt sie gelegentlich auch im öffentlichen Raum. Aber ich weiß nicht, ob es das als Bewegung gibt, ob das so eine Art Neue Soziale Bewegung ist. Es könnte eine Bewegung mit großem Einfluss werden. Das ist ein discourse mit großen Konsequenzen. Es gibt nicht viele Menschen, als quantity, aber die Konsequenzen sind immens.

In Westeuropa gibt es innerhalb der Aids-Bewegung Strömungen, die den Begriff positiv politisieren und normalisieren wollen.

Verstehe, sie entleeren den Begriff. Bei uns funktioniert das so: Wir sprechen von Sexarbeit. Je nach target group kommt es vor, dass manche sagen: »Ich bin eine Hure« (*ben fabișeyim*) oder ein »Gigolo«, oder aber sie sagen »Masseur*in« oder irgendwas anderes, da können wir uns nicht einmischen. Wenn die Person den Begriff für sich so definiert und Bedeutungselemente wegnimmt, wenn sie die ganze negativity rausnimmt und ihn zu etwas Positivem macht, ist das meines Erachtens politisch sehr ernst zu nehmen. Das ist etwas sehr Starkes, so etwas wie: »I am a faggot, so what?«

In der politischen Arena ist für uns vor allem der Begriff Sexarbeit wichtig. Es geht um Arbeitskraft und das Einfordern von Rechten entlang einer Identitätspolitik, die auf der Grundforderung nach Menschenrechten basiert. Ich bin Sexarbeiter*in, meine Arbeitsbedingungen müssen verbessert werden und die Rechte, die aus dem Verkauf meiner Arbeitskraft resultieren, müssen gewahrt werden. Von hier aus betrachtet, kann es sehr vernünftig sein zu sagen: »Ich bin positiv.« Aber ich würde trotzdem »Leben mit HIV« bevorzugen, es ist ein neutralerer Begriff. Daran ist nichts Negatives, er ist neutral und nicht stigmatisierend, eher softened. Jetzt kannst du natürlich sagen: »Ich bin positiv«, und wirst dadurch zum radical activist. Aber die Frage ist, ob das in einem Land wie der Türkei eher von Nutzen oder von Schaden wäre. Ich denke, es würde langfristig eher schaden. Warum? Ich spreche an zig Orten auf Veranstaltungen. Sollte ich da einsteigen mit den Worten: »Ich bin Hure«? Die Frage ist, was die Leute darunter verstehen, die das hören. Vielleicht haben sie in ihrem Leben noch nie eine*n Sexarbeiter*in gesehen. Keine Ahnung, wie sehr es sie erschrecken würde zu hören: »Ich bin positiv« oder »Ich bin HIV-positiv«. Ich vermute, es würde sie ängstigen und sie würden sofort eine Wand zwischen uns errichten.

In Deutschland bringen viele so anarchistische und radical leftist Slogans. Ich kenne viele Menschen dort, die in den sozialen Bewegungen aktiv sind. Was dort wirkt und Aufmerksamkeit erregt, sind so Sachen aus der Kreuzberger Atmosphäre. Ich meine das nicht stigmatisierend. Ich finde auch nicht, dass das falsch ist. Ganz im Gegenteil, sie leisten alle eine unglaublich wichtige Arbeit. Aber ich glaube nicht, dass das für meine Advocacy-Arbeit in der Türkei förderlich wäre. Die Menschen hier betreiben ihren Aktivismus in dem Bewusstsein, dass ein einziger ihrer Sätze der gesamten Gruppe, die sie repräsentieren, schaden könnte. Etwas anderes würde in der Türkei nicht funktionieren. Verstehst du, was ich meine? Alle radikalen Identitäten, ich meine alle marginalen Gruppen, sind wertvoll und müssen zusammenstehen. Vielleicht müssen sie noch viel mehr miteinander ins Gespräch kommen, das muss auch in der Türkei flourishen. Manche mögen »positiv« sagen, andere »HIV-positiv« oder »Leben mit HIV«. Das muss alles bei und miteinander stehen können, es muss besprochen werden können, debattiert, vielleicht auch kontrovers.

Aber in der Türkei geht das nicht so offen. Wir haben einen stetig zunehmenden Konservatismus, einen stetig zunehmenden politischen Autoritarismus, stetig zunehmende polizeiliche surveillance. Ich kann solche Dinge hier nicht riskieren, denn ich bin nicht nur ich allein. Da ist eine Gruppe, die ich repräsentiere, und ich kann der Gesellschaft nicht Dinge vor den Latz knallen, die ihr nicht gefallen werden, wenn ich weiß, dass ich damit dieser Gruppe schaden würde. Zur richtigen Zeit und am richtigen Ort ist es notwendig, das sagen zu können, was andere als radikal und marginal wahrnehmen. Wir müssen also vorsichtig sein, die richtigen politischen Argumente gebrauchen. Du musst wissen, ob du Grassroots-Aktivismus machst oder professional advocacy. Oder du machst beides auf einmal, wie wir. Wenn du professional advocacy machst, brauchst du eine ganz andere Sprache als beim Grassroots-Aktivismus. Wenn du beides machst, bist du pragmatisch. Wir sind pragmatisch. Ich war früher anders. Wenn ich bei Versammlungen oder auf einem Podium sprach, tat ich das ohne solche Erwägungen. Ich meine, jetzt sage ich auch, was ich sagen will. Aber ich denke gut darüber nach, wie ich es sage, ich bevorzuge Aussagen die to the point sind. Nicht, dass ich mich selbst zensiere, dann müsste ich mit dem Aktivismus sofort aufhören.

Ich habe beispielsweise in Diyarbakir eine Person kennengelernt, die über Trans*-Rechte sprach. Die Zuhörenden waren auf die eine oder andere Weise konservativ. Selbst diejenigen, die sich als links verstanden, waren

leider transphob. Sie begann damit zu sagen, dass sie ein Hurenkind sei. In dem Moment erschauerten alle, man spürte förmlich das »Moment mal«. Es ist ja nichts dabei, ein Hurenkind zu sein, aber du musst den richtigen Ort und die richtige Zeit wählen, um so etwas zu sagen. Würde ich diesen Begriff benutzen wollen, würde ich erst einmal etwas zu seinem background sagen, ich würde die Zuhörenden vorbereiten, because of that I am a son of a bitch. So würde ich das vielleicht sagen. Aber viele in diesem Land wissen einfach nichts darüber, wie Aktivismus funktioniert, das muss ich ganz offen sagen – weder zu HIV-Politiken noch zu Trans*, LSBT- oder Sexarbeiter*innen-Rechten. Ich kann sagen, dass ich vielen Forderungen widersprechen würde. Ich spreche nicht von einzelnen Aktivist*innen, es gibt eine ganze Strömung, eine Strömung, die dominant ist. Und diese dominante Strömung, befürchte ich, wird in der Türkei gar nichts erreichen können.

Woran liegt das deiner Meinung nach?

Ich glaube, die verstehen die Gesellschaftsstruktur und die Konjunkturen nicht. Sie wissen nicht, welcher Methoden sie sich bedienen müssen, um ihr Ziel zu erreichen. Schau, ich bin seit elf Jahren aktivistisch in diesem Bereich tätig. Was ich sage, ist vielleicht falsch, aber wenn ich diesen Zeitraum vor meinem inneren Auge vorbeiziehen lasse, wenn ich die Formen des Aktivismus, die ich kennengelernt habe, und alles, was mir begegnet ist, durch einen gedanklichen Filter laufen lasse, muss ich heute Sachen kritisieren, die ich vor fünf oder zehn Jahren selbst gesagt habe. Denn es waren Fehler, oder es war die falsche Zeit. Ich kann heute sowohl mit dem Gesundheitsministerium als auch mit Sexarbeiter*innen auf der Straße sprechen. Wenn ich mit einer jungen Person in ihrem Slang kommunizieren kann und beim Besuch im Gesundheitsministerium weiß, wie ich mich zu verhalten habe, hat das ja Gründe. Und die sind wichtig. Wenn ich in einem Moment vor der Frage stehe, ob ich professionelle Interessenvertretung leisten oder mich dem Grassroots-Aktivismus widmen soll, bewerte ich zuerst immer die politischen Konjunkturen. Wenn du eine Revolution starten willst, musst du wissen, welche Art der Revolution du willst. Vielleicht gibt es auch die Menschen schon, die mit einem revolutionären Ruf losgegangen sind, der auch uns mitreißen und uns beeinflussen wird. Vielleicht gibt es das schon und wir haben das noch nicht wahrgenommen. Das geschieht ja nicht über Nacht, du weißt zehn oder fünfzehn Jahre später, ob etwas wirklich eine Revolution war. Mir kommen viele Dinge im Moment aber eher als Selbstbefriedigung vor, ich meine, dass sie von politically masturbating people stammen.

Wir sind an einem Punkt angelangt, wo etwas passieren muss ...

Ein aktivistisches Leben als kurdisch-alevitisches Trans*-Sexarbeiterin

Zülfukar Çetin im Gespräch mit Buse Kılıçkaya

*Buse Kılıçkaya (geb. 1977) ist eine Aktivist*in, die sich über verschiedene Zugehörigkeiten definiert. Im vorliegenden Interview beschreibt sie sich als Kurdin, Alevitin¹, Trans*-Person, Sexarbeiterin und Aktivistin. Sie lebt und arbeitet in Ankara und ist Mitbegründerin von Pembe Hayat LSBTT Dayanışma Derneği (Rosa Leben LSBTT-Solidaritätsverein)², des am 30. Juni 2006 gegründeten ersten Vereins von und für Trans*-Personen in der Türkei. Das Gespräch fand am 8. März 2017 in den Räumen des Vereins in Ankara statt. Parallel dazu bereiteten sich die Vereinsaktivist*innen auf eine Großdemonstration zum Weltfrauentag vor. Kılıçkaya berichtet von der Vereinsarbeit und von ihrem aktivistischen Engagement als kurdisch-alevitisches Trans*-Sexarbeiterin. Sie wendet sich gegen jegliche Art von Menschenrechtsverletzung, denn HIV-Positive gehören letztlich fast immer zu den Betroffenen. Weitere Gesprächsthemen sind die Zusammenarbeit mit anderen NGOs, die Problematik projektbasierten Arbeitens und aktuelle Tendenzen der Kriminalisierung der Sexarbeit. Das Interview endet mit der Hoffnung, dass die staatliche Willkür der jüngeren Zeit eine Basis für eine neue soziale Bewegung schaffe.*

- 1 Mit einem Bevölkerungsanteil von 20 bis 30 Prozent bilden die Aleviten heute nach den sunnitischen Muslimen die zweitgrößte Religionsgruppe in der Türkei. Dazu zählen sich Bevölkerungsgruppen türkischer, turkmenischer, kurdischer und arabischer Herkunft; vgl. Cihan Minkner (2007): Alevitentum (auch Alevitum, Alevismus), <http://www.inforel.ch/i1272e01.html>.
- 2 Vgl. dazu auch die Interviews mit Arzu Rezzan Sunam und Umut Güner.

Ein Leben als Trans*-Frau und Aktivist*in zwischen Kurdistan, Ankara und Istanbul

Zülfukar Çetin: *Würdest du als Aktivistin für Trans*-Rechte zunächst ein bisschen von dir selbst sprechen? Wenn du dich selbst fragen würdest, wer Du bist: Wie würdest du darauf antworten?*

Buse Kılıçkaya: Wer bin ich? Ich bin 1977 in Ankara geboren und dort aufgewachsen. Seit 23 Jahren arbeite ich im Bereich Menschen- und LSBTI-Rechte. Ich wäre gern Kinoschauspielerin und Regisseurin geworden. Ich glaube, die Alternativen, die ich mir zum Bestehenden vorstellen kann, bekommen Gestalt durch mein Trans*-Sein. Ich bin kurdisch, alevitisch und zugleich eine Trans*-Frau. Das sind die Gründe, warum ich in meinem Leben immer kämpfen muss. Wenn wir von der allgemeinen Wahrnehmung in der Gesellschaft ausgehen, gehöre ich zu einer Minderheit. In meinem politischen Engagement unterscheide ich aber nicht zwischen Mehr- und Minderheiten. Ich bin da, so wie ich bin. Und ich werde gemeinsam mit anderen, im organisierten Kampf, weiter dafür streiten, dass die Welt ein Ort wird, an dem ich leben kann. Mein Engagement fing bei Kaos GL³ an, jetzt setze ich es bei Pembe Hayat (Rosa Leben) fort. Ich gehöre vielen Organisationen in der Türkei an, insbesondere solchen, die in der letzten Zeit in der Trans*-Bewegung aktiv geworden sind. Dazu zählt beispielsweise der Verein *Istanbul LGBT*⁴. Mit vielen Organisationen, die einen Schwerpunkt im Bereich Trans* haben, arbeite ich umstandslos zusammen.

Du hast gesagt: »Ich bin kurdisch, alevitisch und Trans-Frau.« Aber gleichzeitig kommst du aus der Hauptstadt. Eine Aktivistin, die in Ankara geboren ist und selbst keine Migrationserfahrungen gemacht hat ...*

Naja, eigentlich ging ich auch immer wieder ins Dorf und dann wieder zurück in die Stadt. Wir kommen aus Sivas⁵, deswegen waren einzelne

3 Vgl. dazu auch die Interviews mit Tuğrul Erbaydar, Umut Güner, Veli Duyan und Yasin Erkaymaz.

4 *Istanbul LGBT Dayanışma Derneği* (Istanbul LGBT Solidaritätsverein) wurde 2007 von Trans*-Personen gegründet und ist ein eingetragener Verein mit dem Status einer juristischen Person. Die Vereinsaktivitäten fokussieren vor allem den Schutz von Trans*-Personen und -Sexarbeiter*innen vor Diskriminierung.

5 Sivas ist eine Großstadt im Osten Zentralanatoliens, die rund 450 km von der Hauptstadt Ankara entfernt liegt. Ihre Bevölkerung besteht hauptsächlich aus einer türkisch-sunnitischen Mehrheit und aus einer kleinen kurdischen Minderheit.

Etappen meiner Kindheit auch immer auf dem Dorf. Aber eine Migrationserfahrung habe ich nicht. Migration habe ich erst erlebt, nachdem ich Trans* geworden war. Ich lebte beispielsweise sieben Jahre in Istanbul. Ich war aus Ankara weggegangen – wegen meiner Trans*-Identität, weil das Umfeld meiner Familie und die Leute allgemein getratscht hätten, aus Furcht vor sozialem Druck also. Es gab diese Zeit, in der ich mich hier unwohl fühlte, in der ich dachte, mich hier nicht richtig ausdrücken und entfalten zu können.

Und wie würde ich mich als Aktivistin beschreiben? Ich habe eben vergessen zu sagen, dass ich auch Sexarbeit mache. So Sorge ich für meinen Unterhalt. Darüber hinaus arbeite ich seit drei Jahren hauptamtlich bei Pembe Hayat. Wir arbeiten im Projekt »Ayrımcılığa Karşı Gökkuşakı« (Regenbogen gegen Diskriminierung) mit zahlreichen LSBTI-Organisationen aus der ganzen Türkei zusammen. Wir kommen zusammen und fassen gemeinsame Beschlüsse. Wenn ich mich als Aktivistin beschreibe, würde ich sagen, dass ich eine Trans*-Frau bin, der das Recht auf Bildung aus der Hand genommen wurde. Da es in meiner gesamten Lebensspanne eine immense Diskriminierung gegen Trans*-Frauen gab und gibt, hatte ich weder in der Schule noch auf dem Arbeitsmarkt eine Chance. Ich habe ein Leben, in dem ich keine Bildung genießen konnte und von einem Ort an den anderen ziehen musste. Dabei lernte ich die Menschen nicht durch Lesen, sondern eher durch Zuhören kennen; indem ich zu Veranstaltungen, Versammlungen und Podiumsdiskussionen ging. Auf diese Weise versuchte ich, mich weiterzuentwickeln – aber auch, indem ich mir wieder und wieder Fragen stellte.

Ich weiß nicht, ob das Aktivismus ist oder etwas anderes, aber ich möchte mich vielleicht auch gar nicht innerhalb solcher starren Kategorien beschreiben müssen. Innerhalb der LSBTIQ-Bewegung⁶ sage ich heute immer: »Ich bin Buse. Es gibt mich und ich möchte leben.« Deswegen können mich manche Aktivistin nennen, andere Kämpferin, andere vielleicht nur Trans*-Rechte-Aktivistin. Das kommt auf die Wahrnehmung der Menschen an. Aber als Buse bin ich heute hier, als Buse, die sich den Menschenrechtsfragen verschrieben hat.

6 Im Unterschied zu den meisten anderen Stellen verwendet Kılıçkaya hier auch den Buchstaben »Q«.

Erste Begegnungen mit Aids und HIV und die Gründung von Pembe Hayat

Ich weiß nicht genau, wie stark ihr euch mit den Themen Aids und HIV beschäftigt. Aber ich weiß, dass das immerhin eines eurer Arbeitsgebiete ist. Davon unabhängig interessiert mich, wie du zum ersten Mal persönlich den Begriffen HIV und Aids begegnet bist. Erinnerst du dich daran?

Zum ersten Mal begegnete ich HIV und Aids im Fernsehen. Sie zeigten abgemagerte Menschen, die dem Tod nahe waren. Ich weiß nicht mehr, in welchem Jahr das war, aber ich war noch in keinerlei Form von Aktivismus engagiert, also einer organisierten Auseinandersetzung mit Themen. Diese Fernsehbilder fallen mir als erstes ein, wenn du fragst, wann ich das Thema wahrgenommen habe. Zu der Zeit also, in der ich noch bei der Familie wohnte. Die Krankheit wurde als tödlich dargestellt, als etwas, das dich tötet. Aber es gab keine Informationen dazu. »Von welchen Personen weiß ich, dass sie HIV-positiv sind« und solche Nachrichten gab es damals. Menschen und ihr Privatestes wurden vorgeführt.

Als organisierte Aktivist*in hingegen dürfte meine erste Begegnung mit der Thematik 2006 gewesen sein. Nicht das erste Mal, dass ich davon hörte, sondern das Mal, an dem ich begann, direkt zum Thema zu arbeiten. Aber davor hatte ich auch schon von Freund*innen gehört, dass sie HIV-positiv sind, und ich bekam mit, wie sie innerhalb ihrer eigenen Gruppen diskriminiert wurden. Von meinem Charakter her ertrage ich es nicht, wenn Menschen verletzt werden. Ich werde dann neugierig und muss etwas tun. Diese Neugier führt auch dazu, dass ich Neues lerne. Eine Trans*-Freundin konnte beispielsweise nicht ins Krankenhaus, sie war in einer furchtbaren Situation ...

Eine Trans-Freundin, die mit HIV lebte?*

Ja, genau. Ich kämpfte für sie, wir fuhren oft zum Krankenhaus und so weiter. Dann, 2006, während wir Pembe Hayat gründeten, arbeitete ich als Berichtserstatterin für KAOS GL – ich sammelte Fälle von Rechtsverletzungen – und das war einer der Fälle. Wir erhielten permanent Informationen. Zwischen 2003 und 2005 hatten wir eine Reihe von Fortbildungsveranstaltungen absolviert und KAOS GL hatte eine ganze Reihe Veranstaltungen zum Thema Aufbau von Strukturen und Kapazitäten organisiert. Mit Förderung durch

den Global Fund⁷ fingen wir 2006 an, Pembe Hayat aufzubauen und zu arbeiten. Das Besondere an Pembe Hayat ist der Umstand, dass wir eine Trans*-Organisation sind, die vornehmlich von Trans*-Sexarbeiter*innen gegründet wurde. Hast du von den Ereignissen in Eryaman und Esat gehört?⁸

Ja, das habe ich.

Es war eine Zeit, in der wir den Bedürfnissen als Sexarbeiter*innen besser entgegenkommen wollten, gleichzeitig aber noch nicht über viel Erfahrung im Organisationsaufbau verfügten. Es ist eine schwierige Materie, wenn du dich erst einmal hinein begibst. Zum einen musst du den zivilgesellschaftlichen Organisationen von deinen Problemen und Bedürfnissen erzählen – und dasselbe gilt auch für den Staat –, zum anderen musst du den Trans*-Menschen beibringen, wie ein organisierter gemeinsamer Kampf aussehen kann. Du musst die ganze Zeit reden. In diese Zeit fiel der Beginn unseres Engagements im Bereich HIV und Aids. Das Gesundheitsministerium leitete uns Geld weiter, das es vom Global Fund bekommen hatte. Damit kauften wir Tische und Stühle für unseren Verein und wir krepelten die Ärmel hoch. Da war also unser erster Verein, gegründet von Trans*-Frauen, die Sexarbeit machen. Und ich denke »Pembe Adımlar« (Rosa Schritte) war unser erstes Projekt.

Was steckt hinter dem Namen Pembe Hayat (Rosa Leben)? Es gibt einen Film, der so heißt.⁹

Ja, es ist dieser Film. Er handelt von den Auseinandersetzungen eines kleinen Kindes mit seinem Umfeld und der Gesellschaft.

- 7 Der 2002 gegründete *Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria* (Globaler Fonds zur Bekämpfung von Aids, Tuberkulose und Malaria) wird auch in den Interviews mit Arzu Rezzan Sunam, Canberk Harmancı, Doğan Güneş Tomruk, Kemal Ördök, Muhtar Çokar, Umut Güner und Yasin Er kaymaz erwähnt.
- 8 Im April 2006 wurde eine Gruppe von Trans*-Personen in Eryaman, einem Stadtteil Ankaras, von einer größeren Personengruppe aus konservativen Kreisen mit Dönermessern und ähnlichen Waffen angegriffen. Obwohl die Polizei anwesend war, intervenierte sie nicht. Mehr als 30 Personen wurden schwer verletzt. Die Täter wurden freigesprochen. Im Jahr danach wurden mehrere Trans*-Sexarbeiter*innen in der Esat Caddesi (Esat-Straße) in Ankara körperlich angegriffen. Die Esat Caddesi ist ein Ort, wo Trans*-Sexarbeiter*innen und andere Trans*-Personen sich offen zeigen. Die Täter wurden aufgrund des Tatbestandes der organisierten Kriminalität verurteilt.
- 9 *Mein Leben in Rosarot* (Originaltitel: *Ma vie en rose*; B/F/GB 2007) ist ein Spielfilm des belgischen Regisseurs Alain Berliner. Er handelt von einem Kind mit einem »männlichen« Körper, das sich als Mädchen definiert, und von dessen Kampf gegen die Familie, die Schule und die weitere soziale Umgebung.

Ich habe mir diesen Film früher wieder und wieder angesehen und jedes Mal geweint.

Mir ging es genauso. Er machte mich unglaublich traurig. Dieser und ähnliche Filme führten mich zum Aktivismus, zumindest waren sie einer der Faktoren.

Die Zusammenarbeit mit anderen Gruppen und Organisationen und die Problematik projektbasierten Arbeitens

Kennst du andere Gruppen, Institutionen oder Vereine, die sich gegen Diskriminierungen im Zusammenhang mit HIV und Aids allgemein und besonders von positiven Menschen einsetzen?

Es gibt Pozitif Yaşam Derneği (Verein Positives Leben)¹⁰, eine Weile haben wir mit Kaos GL gearbeitet, es gibt Pembe Hayat. Soweit ich weiß, hat İstanbul LGBT nie dazu gearbeitet. Ach, und wir hatten eine Weile auch eine Gruppe, ich versuche, mich an ihren Namen zu erinnern ... Da kamen Organisationen zusammen, die zu HIV und Aids arbeiteten, es gab Treffen dazu. Als Pembe Hayat haben wir 2008 die Sexarbeiter*innen-Initiative *Kırmızı Şemsiye* (Roter Regenschirm) gegründet, die es immer noch gibt.¹¹

Was genau machen diese Vereine und Initiativen? Mit wem – für wen?

In der Türkei findet die Arbeit in diesem Bereich projektbasiert statt, sowohl was Aktivist*innen angeht als auch die Organisationen. Ich will jetzt keine Namen einer Person oder eines Vereins nennen. Aber ich habe bei einem der Treffen auch Äußerungen gehört wie: »Wenn es nur ein paar mehr HIV-Positive gäbe, könnten wir da ein Projekt bekommen.« Insofern gefällt mir ein solches Arbeiten nicht. Ich finde, dass viele Organisationen da kein ernsthaftes Interesse haben. Ich muss ein bisschen fluchen, aber es stimmt ja – ich scheiße auf all das Geld. Hier stehen Menschenleben auf dem Spiel und doch schauen Menschen dann auf diese Weise auf das Thema? Das macht mich traurig.

Manchmal wenden sich Leute an mich, weil beispielsweise in Istanbul später mit der Therapie begonnen wird oder weil manche nicht zu den Or-

¹⁰ Vgl. dazu die Interviews mit Arzu Rezzan Sunam und Canberk Harmanci.

¹¹ Nicht zu verwechseln mit dem 2013 gegründeten *Kırmızı Şemsiye Cinsel Sağlık ve İnsan Hakları Derneği* (Roter Regenschirm. Verein für sexuelle Gesundheit und Menschenrechte).

ganisationen oder Vereinen dort gehen wollen – oder sie wollen nicht ins Krankenhaus, weil sie befürchten, dort Bekannten zu begegnen, oder weil sie meinen, dass es noch Zeit habe und sie sich möglichst lange Diskriminierungen ersparen wollen. Ich mache dann Folgendes: Ich lade sie zu mir nach Hause ein, ich begleite sie ins Krankenhaus, wenn es nötig ist. Ich lasse sie mit nichts allein. Ich telefoniere ihnen hinterher und rede mit ihnen. Sie müssen mir ja zunächst einmal vertrauen. Wenn sie ein Problem haben, kümmere ich mich wieder und wieder um sie. Und weil sich dann irgendwann das Vertrauen herstellt, sage ich dann zu ihnen: »Komm, wir gehen jetzt mal gemeinsam zu diesem Verein.« Ich gehe oft ohne Termin hin und werde dann ermahnt, dass es mit Termin besser wäre. Aber das ist mir vollkommen egal. Mir geht es um dieses eine Leben und die Veränderung darin. Organisationen sind bürokratischer und denken mit Blick auf Budgets. Das ist es, was mich an ihnen stört.

Die Beziehungen zwischen Pembe Hayat und LSBTIQ-Organisationen

Wie steht es um die Zusammenarbeit mit LSBTIQ-Organisationen?

Als wir Pembe Hayat gegründet haben, gab es auch noch die Gruppe *Kadın Kapısı* (Frauen-Tor)¹². Sie waren die ersten, die zu Sexarbeit gearbeitet haben. In der Zeit verstanden viele Organisationen – inklusive der LSBTI-Organisationen – nicht, dass Sexarbeit nicht nur ein Thema von Trans*-Frauen ist. Lesben, Schwule, Bisexuelle können doch auch der Sexarbeit nachgehen. Aber das wollten sie nicht sehen. Sie nahmen nicht einmal das Wort Sexarbeit in den Mund. Selbst der Teil »Arbeit« führte zu heftigen Auseinandersetzungen. Von 2006 bis 2008 diskutierten und stritten wir, um diesen unsinnigen Fokus loszuwerden. Wir wollten, dass alle Formen der Diskriminierung, mit denen LSBTI konfrontiert waren, als gemeinsames Problem angesehen werden. Solche Sachen zu dokumentieren sollte folglich auch nicht allein die Aufgabe von Trans*-Organisationen sein.

Das hat Pembe Hayat ganz gut hinbekommen, finde ich. Wir sagten 2008: Lasst uns zusammenkommen und am 3. März, dem Internationalen Tag für die Rechte von Sexarbeiter*innen, Veranstaltungen organisieren.

12 Vgl. dazu die Interviews mit Muhtar Çokar und Tuğrul Erbaydar.

Von uns aus können wir auch darüber reden, wie wir die Sache nennen wollen, wenn es nicht das Wort »Arbeit« sein soll. Die erste Versammlung der Initiative fand in diesem Rahmen statt. Es gab sogar eine Menge Medienberichte darüber. Eine der besten Überschriften war: »Steht die Gründung einer >IG Liebschaft< (Seviş-Sen)¹³ bevor? Sexarbeiter*innen wollen eine Gewerkschaft gründen«.

Das ist ein hervorragender Name.

Mir gefällt er auch sehr. Kırmızı Şemsiye¹⁴ beispielsweise spricht wirklich davon, den Weg zur Gewerkschaft einzuschlagen, eine Art Genossenschaft oder Berufsverband. Über solche Sachen machen auch wir uns Gedanken. Es geht nicht nur um das Darüber-Reden, sondern wir bereiten auch eine Art Fahrplan vor. Nicht abstrakt, sondern ausgehend von den Erfahrungen, es muss ja zur Praxis passen. Ich bin ja auch Sexarbeiterin, ich sehe doch, was möglich wäre. Von der LSBTI-Bewegung über Frauenorganisationen und politische Parteien bis hin zum Parlament und dem Gesetz über Ordnungswidrigkeiten hat die Sexarbeit eine Menge Bewegung in die Landschaft gebracht. Selbst in den Medien sprechen sie von Sexarbeit. Das sind doch wichtige Schritte.

Die Situation von Sexarbeiter*innen mit positivem HIV-Status in der Türkei

Du hast vorhin von einer Person gesprochen, die mit HIV lebte. Wie beurteilst du die sozioökonomische Situation von Menschen in deinem engeren oder weiteren Umfeld, die mit HIV leben? Welchen Einfluss hat die Infektion auf ihre Lebensumstände?

Viele Menschen in meinem Umfeld sind Sexarbeiter*innen. Und ich kenne ziemlich viele Menschen, die HIV-positiv sind. Ich gebe auch nie die Beratungstätigkeit zu diesem Thema auf, auch wenn die Projekte auslaufen. Nötigenfalls habe ich immer versucht, diese Arbeit als Peer-Beratung durch-

13 Seviş bedeutet Liebemachen im sexuellen Sinne. Sen ist eine Abkürzung für *Sendika* (Syndikat; Gewerkschaft). *Seviş-Sen* hingegen bedeutet »Hab (sexuelle) Liebe!«

14 Im Unterschied zur oben erwähnten Initiative gleichen Namens ist hier Kırmızı Şemsiye Cinsel Sağlık ve İnsan Hakları Derneği (Roter Regenschirm. Verein für sexuelle Gesundheit und Menschenrechte) gemeint. Vgl. dazu das Interview mit Kemal Ördök.

zuführen. In dieser Hinsicht besteht für viele Menschen eine ernsthafte Gefahr, dass sie in ein Loch fallen. Es gibt die verschiedensten Situationen ... Manche wissen nicht, was sie tun sollen, nachdem sie positiv getestet werden: mit wem sie was besprechen können; wie sie ihr Arbeitsleben organisieren oder an Medikamente kommen sollen; wie das Leben unauffällig weitergehen kann. Letztere Frage stellt sich insbesondere, wenn die Person in der Sexarbeit tätig ist und dann von Kolleg*innen abgestempelt und stigmatisiert wird, wenn sie davon erfahren. Es besteht eine große Gefahr, dass jemand nicht mehr erwünscht ist und aus der Szene ausgegrenzt wird, dass keine Beziehungen mehr möglich sind, dass zum Beispiel nicht mehr gemeinsam gegessen oder getrunken wird, dass die Person nicht mehr berührt wird. Manche wissen nicht, wie sie sich in einem Krankenhaus Hilfe holen können, was sie isoliert und damit auch in Todesgefahr bringt – etwa, weil eine Therapie bewusst nicht begonnen wird. Für einige ist es auch nicht möglich, sich gegenüber der Familie zu öffnen. Vielen Trans*-Frauen in der Türkei wurde von Ärzt*innen schon eine Transitionsoperation¹⁵ verweigert, nachdem herausgekommen war, dass sie positiv sind. Sowohl ökonomisch als auch sozial trittst du damit in eine andere Phase in deinem Leben ein. Das ist ein Prozess, der eine hundertprozentige Unterstützung durch Peers erfordert.

Ich sage allen vor allem dies: Wir könnten alle HIV-positiv sein. Dass wir es heute nicht sind, muss nicht heißen, dass wir es morgen nicht sein werden. Das ist kein Weltuntergang. Wir dürfen nicht aufhören, miteinander zu reden, unser Leben muss so weitergehen wie vorher. Du musst allen alles im Detail erzählen. Das hat mich eigentlich immer sehr glücklich gemacht bei dieser Arbeit, hat mir Erfüllung gegeben. Ich versuche, in allen Gebieten sensibel zu sein. Wenn ich Diskriminierungen mitbekomme, werde ich wütend und rufe: »Stopp, Moment mal, lasst uns alle mal innehalten!« Ich versuche, die HIV-positive Person zu unterstützen, indem ich etwa sage: »Stopp – es kann sein, dass Leute positiv sind, aber ihr dürft sie nicht an den Pranger stellen, ihr dürft sie nicht diskriminieren, ihr dürft sie nicht hassen. Außerdem ist niemand verpflichtet, irgendwem zu sagen, dass sie*er positiv ist, selbst gegenüber Partner*innen nicht.« Und im Rahmen meiner Möglichkeiten versuche ich dann als zweiten Schritt über Gruppen – auch Facebook-Gruppen – Unterstützungskapazitäten aufzubauen.

15 Kılıçkaya spricht hier von einer chirurgischen Geschlechtsänderung bzw. einer geschlechtsangleichenden Maßnahme.

Themen der Aids- und HIV-Arbeit von Pembe Hayat

Welche weiteren Aspekte hat eure Arbeit im Bereich Aids und HIV?

Eben habe ich mich ein wenig echauffert über eine Szene und Leute, die das alles projektbasiert betrachten. Aber man muss dazu auch Folgendes sagen: Es gab ein Budget und irgendwas mussten die Leute ja tun. Sie haben gesellschaftliches Capacity Building betrieben. Während ich bei Pembe Hayat arbeitete, wanderte ich von Tür zu Tür und brachte den Leuten beispielsweise bei, wie Kondome benutzt werden müssen. Wenn der Projekthalt darin bestand, 100 Cis-Frauen und 100 Trans*-Frauen zum kostenlosen Test zu begleiten, dann begleitete ich diese Menschen eben zu den Testzentren. Das ist natürlich etwas, das Geld kostet – und die Menschen wollen sich auch nicht mit solchen Sachen beschäftigen.

2005 oder 2006 wussten viele Menschen – auch Sexarbeiter*innen und Trans*-Frauen – nicht wirklich, was ein Kondom ist und wozu es dient. Damals ging es also darum, die Menschen von der Wichtigkeit des Kondomgebrauchs zu überzeugen und sie in dieser Hinsicht weiterzubilden. Für die Sexarbeiter*innen beispielsweise veranstalteten wir eintägige Workshops. Wir sagten den teilnehmenden Frauen: »Lasst uns euch fortbilden – und dann geht ihr los und bringt es anderen bei.« Ich denke, das war ein sehr guter Ansatz. Die Sexarbeiter*innen erhielten nicht nur Wissen, sondern sie versuchten auch zu verstehen, was sie sich da eigentlich angeeignet hatten. Die Menschen haben Angst vor dem, was sie nicht kennen. Und HIV war unbekannt. Es gab die Wahrnehmung, dass das eine tödliche Krankheit sei, die sich durch Berührung überträgt. Im Rahmen dieses Projekts konnten wir in Ankara etwas bewegen.

Zur selben Zeit arbeitete Kaos GL zu übertragbaren Krankheiten durch mann-männliche sexuelle Kontakte. Mit Pembe Hayat und im Rahmen des Sexarbeiter*innen-Netzwerkes Kırmızı Şemsiye nahmen wir uns des Trans*-Themas an. Und dann gab es noch N.N.¹⁶ von *İnsanca Yaşam Platformu* (Plattform für menschenwürdiges Leben).¹⁷ N.N. war ein Teil

¹⁶ Name von den Herausgebern anonymisiert.

¹⁷ Die *İnsanca Yaşam Platformu* ist eine zivilgesellschaftliche Initiative mit Sitz in Ankara, die für die Rechte und gegen die Diskriminierung insbesondere von Trans*-Personen, aber auch von anderen sexuell, ethnisch, wirtschaftlich und religiös marginalisierten Menschen, eintritt. Sie wurde 2002 gegründet. 2006 erhielt sie als eingetragener Verein den Status einer juristischen Person. Sie bezeichnet sich als überparteiliche Bürgerrechtsorganisation, die unabhängig von staatli-

dieser Projekte, auch sie*er sorgte dafür, dass es da vorwärts ging. Das waren wichtige Sachen ... Heutzutage gibt es natürlich eine ganz neue Generation von Trans*-Personen. Ein Teil von ihnen hat gar kein Bewusstsein für das Thema ... Oder sagen wir, es sind Menschen, die der Sexarbeit nachgehen, aber dann mit dem Partner kein Kondom benutzen und dann mit Fragen zu uns kommen: »Was ist passiert? Wie ist es passiert? Was soll nun geschehen?« Wir unterstützen alle Personen, die mit solchen Fragen zu uns kommen.

Ein anderes Beispiel sind Arbeitsunfälle in der Sexarbeit. Auch dafür versuchen wir, ein Bewusstsein zu schaffen. Je mehr die Kolleg*innen davon wissen, desto besser ... Heute zum Beispiel, am 8. März, haben wir an zahlreichen Orten Kondome verteilt. Die Mädchen wissen, dass unsere Tür ihnen immer offen steht, also kommen sie. Wir verteilen Kondome, sie nehmen Kondome mit. So funktioniert Informationsweitergabe. So muss das auch regulär laufen. Die Menschen sollten nicht nur zu HIV und Aids informiert sein, sondern auch zu anderen Krankheiten, die sexuell übertragen werden können. Aber seitdem die EU das nicht mehr fördert, passiert in dem Bereich auch nichts mehr. Es mag sein, dass es eine Menge Institutionen gibt, die in der Türkei zu sexueller Gesundheit arbeiten, aber der Staat muss das auch politisch rahmen. Im Stadtteil Çankaya¹⁸ haben sie beispielsweise ein Testzentrum eröffnet. Die Angebote dort wie in den regulären Gesundheitskontrollen müssen vom Staat kostenlos zur Verfügung gestellt werden.

Organisatorische Aspekte der Arbeit von Pembe Hayat

Verfügt Pembe Hayat heute über ein gefördertes Projekt im Bereich Aids und HIV?

Du musst wissen: Wir haben uns das Organisieren selbst beigebracht. Wir sind eine jener Organisationen, die zwischen dem Leben am Tag und dem Leben in der Nacht gegründet wurden, ohne zu wissen, wie politische Arbeit gestaltet wird. Oder besser gesagt: Wir sind eine Organisation,

chen Institutionen ist. Vgl. Fatih Tekeci (2013): Cepte mavi ruhta pembe, hurriyet.com, 04.03.2013, <http://www.hurriyet.com.tr/cepte-mavi-ruhta-pembe-22731259> (21.11.2018).

18 Der Stadtteil Çankaya beherbergt Ankaras Regierungsviertel. Zum erwähnten Testzentrum vgl. auch das Interview mit Kemal Ördek.

die mit ihren eigenen Mitteln versucht, sich einen Weg zu bahnen. Wir sind eine jener Gruppen, die sich selbst organisieren, die aber noch nicht wissen, wie sie aus diesen Organisierungserfahrungen Politiken entfalten sollen und die sich noch nicht etablieren konnten. Alles wird zu einem der Themen unserer Tagesordnung, sobald es um Trans*-Belange geht. Ob wir es wollen oder nicht. Wir, also Pembe Hayat, haben diese Besonderheit: Wir waren die erste Trans*-Organisation der Türkei, also die erste selbstverwaltete Organisation, die im Zusammenhang mit der Trans*-Thematik entstand. Schon mit der Gründung mussten wir in viele verschiedene Themenbereiche eintauchen. Und HIV und Aids gehörten von Anfang an dazu. Aber im Moment haben wir dafür kein Budget. Die Arbeit haben wir deswegen nie aufgegeben. Wir haben nie aufgehört, Kondome zu verteilen. Auf die eine oder andere Art haben wir es immer geschafft, die Menschen zu diesem Thema zu informieren. Ob wir nun Geld dafür hatten oder nicht, das war uns nicht wichtig.

Wir arbeiteten mit einem Peer-Ansatz, ohne groß darüber zu berichten. Vielleicht gehört es auch zu unseren Eigenschaften, dass wir es nicht schaffen, unsere Arbeit sichtbar zu machen. Wir beraten unglaublich viele Menschen, aber wir haben es nicht gelernt, immer einen Eintrag in der Liste zu machen. Wir sagen unseren Mitgliedern nicht: »Wenn dich jemand dazu anruft und fragt, gehört das in die Statistik.« Dabei beraten wir den ganzen Tag. Andere Vereine führen Buch über das, was sie tun, aber wir schaffen das nicht. Wir haben unsere Angebote, es gelingt uns aber nicht, das zu zeigen. Ist das schlimm? Nein. Aber wenn es darum geht, Projekte zu akquirieren, kann es schon zum Problem werden. Deswegen kommen wir mittlerweile schon mal zu dem Punkt, dass wir uns sagen: Lasst uns das ein bisschen gewissenhafter machen. Wir versuchen auch, unser eigenes Erbe zu dokumentieren, die Dinge, die wir seit 2006 schon machen. Wir sagen uns immer mal wieder, wir sollten wenigstens einen Überblick darüber haben, was wir in den elf oder zwölf Jahren alles gemacht haben.

Pembe Hayat ist ein bisschen auch eine Durchgangsstation. Die Menschen kommen und machen ein Praktikum oder schreiben ihre Doktorarbeit und sagen am Ende: »Ich bin dann mal weg.« Sie finden ihren eigenen Weg und plötzlich sind sie wirklich weg. Das ist ein bisschen wie eine Mutter-Tochter-Beziehung, so etwas gibt es ja auch zwischen Trans*-Frauen. Die Tochter kommt, lernt etwas und versucht dann zuerst einmal, dich zu vernichten, um sie selbst sein zu können. Solche Sachen erleben wir auch immer wieder.

Probleme der Zusammenarbeit mit dem Gesundheitsministerium und die staatliche Willkür als Basis für eine neue soziale Bewegung

Du hast vorhin vom Testzentrum im Bezirk Çankaya gesprochen. Gab es je Kontakt zwischen euch und staatlichen Stellen im Gesundheitsbereich? So nach dem Motto: Lasst uns doch gemeinsam etwas machen – oder: Wie können wir eure Leute besser erreichen?

2006 arbeitete das Gesundheitsministerium mit dem Global Fund und zivilgesellschaftlichen Organisationen zusammen. Damals wurden etwa Kondome verteilt. Parallel dazu wurden vereinzelt Menschen festgenommen. Die Kondome wurden als Beweismittel instrumentalisiert und es wurden Wohnungen geschlossen, in denen Leute arbeiteten. Die Menschen sahen sich mit staatlicher Willkür konfrontiert, weil sie Kondome bei sich trugen. »Was tust du denn, dass du so viele Kondome dabei haben musst?«, wurden sie gefragt. Das waren eigentlich unsere ersten Erfahrungen mit dem Staat. Wir machten einerseits Projekte mit dem Gesundheitsministerium, aber andererseits wurden Wohnungen und zum Teil auch ganze Gebäude geschlossen. Erfahrungen unterschiedlichster Art ...

Pembe Hayat führt Projekte mit dem Gesundheitsministerium durch und ist zugleich mit Polizeigewalt konfrontiert?

Ja, klar, solche Sachen kommen vor. Es gibt Gerichtsverhandlungen dazu ... Eröffnete, abgeschlossene Verfahren. Akten, auf denen »Gesundheitsministerium« steht, zu Verfahren, die zur Schließung von Wohnungen geführt haben.

Das Innenministerium und das Gesundheitsministerium waren sich wohl nicht einig.

Wenn wir solche Beispiele geben, sind die Menschen und andere Institutionen immer geschockt. Du arbeitest im Rahmen eines zivilgesellschaftlichen Netzwerks mit dem Gesundheitsministerium zusammen, ein globaler Geldgeber ist involviert – und trotzdem. Der Staat sieht das, wie die Zivilgesellschaft, vor allem als einen Budgetposten und das ist wirklich schlecht. Würden solche Projekte als wichtig für die öffentliche Gesundheit angesehen, würden HIV und Aids als gesamtgesellschaftliche Probleme wahrgenommen, wäre alles viel einfacher. Es ist eine Wahrheit, dass das Schließen

von Puffs und Bordellen heute Teil der Ursachen für steigende Neuinfektionszahlen ist. Es führt zu einer Informalisierung des Marktes für sexuelle Dienstleistungen. Früher unterstanden die Menschen in den Bordellen Routinekontrollen und es konnte auf die Gesundheit geachtet oder eine Pflicht zum Kondomgebrauch durchgesetzt werden. Heute arbeiten die Leute zu Hause, im Privaten. Viele sind zu faul, Kondome zu kaufen. Und der Preis liegt bei zehn, 15 Lira.¹⁹ Niemand will unter diesen Umständen Kondome kaufen, das Geld in so etwas investieren. Manche Freier erzeugen auch Druck, indem sie sagen: »Ich komme nur zu dir, wenn du es ohne machst.« Und weil sie das Geld brauchen, sagen die Sexarbeiter*innen: »Ist gut, komm.«

Hier geht es letztlich um ein weltweites Gesundheitsproblem. Und weltweit wird ja auch zusammengearbeitet, bestimmte Übereinkommen werden unterzeichnet. Es müsste aber auch überall sinnvolle Programme geben, eine richtige Gesundheitspolitik, die alle Länder auf bestimmte Maßnahmen verpflichtet. Ich meine, das muss wirklich bald passieren. Es gibt ein globales Gesundheitsproblem, wir können es auch Migration oder sonst wie nennen – in dem Zusammenhang müssen die Staaten zusammenkommen und gemeinsam agieren.

Wenn wir uns die allgemeine Politik und die laufenden Projekte anschauen, gibt es im Bereich Aids und HIV vor allem einen Fokus auf Prävention. Sind dir zivilgesellschaftliche Ansätze oder staatliche Initiativen im Themenbereich HIV und Diskriminierung bekannt?

Eigentlich nicht. Neben der Prävention geht es fast immer um die Person, die sich infiziert hat: Was soll sie tun und so weiter. Im Bereich Diskriminierung wird vor allem zu LSBTI gearbeitet. Aber da wird auch nicht genügend getan. Wenn sich jemand infiziert hat, wird auch heute noch oft gesagt: »Naja, kein Wunder.« Das ist fast so wie mit der Trans*-Geschichte. Wenn du angemacht wirst, selbst wenn du Gewalt erfährst, wird gesagt: »Naja, du bist Trans*, du verdienst das.« Oder wenn du Sexarbeit machst, wird gesagt: »Du würdest selbst den Tod verdienen.« Sie denken, wenn du HIV-positiv bist, verdienst du die Diskriminierung, das ist die allgemeine Wahrnehmung.

All dies geht Hand in Hand. Das ist ja auch charakteristisch für unsere Situation: Egal, was du tust, du erreichst nie eine Gleichstellung. Das

¹⁹ 1 TL entspricht circa 0,20€ (Stand vom 13.05.2018).

meinen wir, wenn wir von Gleichberechtigung und Frieden für alle sprechen. Ich muss nicht HIV-positiv sein, um zu HIV zu arbeiten. Ich muss nicht LSBTI sein, um dazu zu arbeiten. Ich muss keine Frau sein, um mich um die Probleme von Frauen zu kümmern. Ich muss kein Opfer von Hass geworden sein, um mich gegen Hass und Hass-Politiken zu engagieren. Ich glaube, in diesem Sinn ist die Trans*-Bewegung ein wichtiger Teil der politischen Landschaft in der Türkei und im Kampf für die Menschenrechte.

Seit Jahren erzählen wir den Menschen, dass wir schwerwiegende Diskriminierungserfahrungen machen. Dabei erleben wir welche, die uns nicht ernst nehmen, aber es gibt auch andere, die sagen: »Ihr seid auch Menschen, wir lieben euch.« Heute befinden wir uns alle mehr oder weniger in der gleichen Situation. Anwält*innen, Frauen, ja sogar auch Akademiker*innen machen enorme Diskriminierungserfahrungen, die unseren eigenen Erfahrungen ähneln. Daher vertrete ich die Ansicht: »Wer schweigt, stimmt zu.« Mittlerweile ist unser Common Ground viel größer geworden. Von einem Tag auf den anderen können nun alle zu »Terroristen« werden. Alle können schon morgen ihre Arbeit verlieren, willkürlich in Untersuchungshaft genommen oder zum Opfer von Hassverbrechen werden. Alle können über Nacht abgeholt werden. Das ist doch das, was wir gerade erleben. Und weil es alle erleben, haben auch alle viel mehr Empathie.

Ich hoffe, dass das einen Wendepunkt darstellt und dass die Menschen beginnen, füreinander zu kämpfen statt gegeneinander. Ich bin also hoffnungsvoll, ich verliere meine Hoffnung nicht. Wir sind an einem Punkt angelangt, wo etwas passieren muss – egal was. Wir müssen kämpfen. Ich denke, dass dieses Chaos einen Bruch bringen wird, den Punkt, an dem unsere Rechte und unser Bewusstsein wieder an die Oberfläche gespült werden. Und ich hoffe, dass es dann auch wieder Sensibilisierungsarbeit zu HIV und Aids geben wird.

Teil II:
***Selbstorganisation
und Positives Leben***

Wenn man das konservative Regime fragt, haben nur heterosexuell Verheiratete Sex ...

Aids/HIV, Sexualität und Menschenrechtsaktivismus unter der AKP-Regierung

Zülfukar Çetin im Gespräch mit Canberk Harmancı

*Canberk Harmancı lebt in Istanbul und ist seit 2011 bei Pozitif Yaşam Derneği (Verein Positives Leben)¹ als Projektkoordinator und Vorstandsmitglied tätig. Der Verein gilt als erste Organisation in der Türkei, die von und für Menschen mit HIV gegründet wurde. Das Interview wurde am 7. September 2017 in den Räumen von Pozitif Yaşam in Istanbul geführt. Es beginnt mit der Gründungsgeschichte des Vereins und dessen selbsthilfeorientierter Menschenrechtsarbeit. Ein wichtiges Thema ist sodann die Zusammenarbeit mit internationalen, staatlichen und zivilgesellschaftlichen Organisationen bzw. mit Unternehmen aus der Pharmabranche. Vor dem Hintergrund der aktuellen politischen Situation in der Türkei argumentiert Harmancı, dass das Verhältnis zu staatlichen Institutionen in den vergangenen Jahren deutlich schwieriger geworden sei. Im letzten Teil des Interviews schließlich geht er auf die Rolle der Medienberichterstattung, den nach wie vor mangelhaften Schutz von Personendaten und die spezifische Situation von Migrant*innen ein.*

Die Geschichte von Pozitif Yaşam und der Schwerpunkt des Vereins in der selbsthilfeorientierten Menschenrechtsarbeit

Zülfukar Çetin: Was war dein erster Kontakt mit Aids und HIV?

Canberk Harmancı: Das begann 2011. Zwischen 2010 und 2011 machte ich meinen ersten Abschluss in Kommunikationswissenschaften, später auch noch einen in Soziologie. Im Rahmen einer Dokumentation befasste ich mich mit LSBTI-Aktivismus und so musste ich geradezu mit HIV/Aids

1 Vgl. dazu auch die Interviews mit der früheren Mitarbeiterin Arzu Rezzan Sunam sowie mit Tuğrul Erbaydar und Yasin Erkaymaz.

in Berührung kommen. Ich lernte Pozitif Yaşam Derneği und seine Arbeit kennen, und eines Tages schloss ich mich als ehrenamtlicher Mitarbeiter an. Im Grunde war ich vorher schon in der Menschenrechtsarbeit tätig gewesen. Nun aber erkannte ich, dass ich zu einem spezifischeren Thema arbeiten, mich auf ein Feld konzentrieren musste. HIV/Aids war das Feld, das für mich am besten geeignet war. Es gibt relativ wenige Menschen, die in diesem Bereich arbeiten – und diejenigen, die es tun, fürchten gesellschaftliche Stigmatisierung, auch wenn sie nicht selbst mit HIV leben. Das ist wirklich ein großes Hindernis, das zur Zurückhaltung führt. Du bekommst gleich zu hören: »Ah ... Das heißt, du bist HIV-positiv.« Es gibt hierzulande wirklich wenige, die die Auseinandersetzung damit aufnehmen – oder dieses Stigma annehmen – und dann sagen: »Nein, ich arbeite nur dazu.«

Im Lauf der Zeit wurde ich dann auch Vereins- und später Vorstandsmitglied. Derzeit bin ich parallel auch noch Projektkoordinator des Vereins. Für mich steht dabei die Ansicht im Zentrum, dass es keinen Unterschied machen sollte, ob jemand mit HIV lebt oder nicht. Das ist auch die Haltung von Pozitif Yaşam. Als der Verein vor zwölf Jahren gegründet wurde, ging es darum, den Menschen, die mit HIV leben, einen diskriminierungsfreien Zugang zu Behandlung zu ermöglichen und ganz allgemein ein diskriminierungsfreies soziales Leben. Das war mir sehr wichtig. Denn während Menschen auf der Straße aufgrund aller möglichen Gründe stigmatisiert und Diskriminierung ausgesetzt werden, kann das bei einem sensiblen Thema wie HIV noch einmal wesentlich gravierender sein. Dass sich der Verein in diesem Bereich engagiert, dass er nicht nur sagt: »Ach, du bekommst deine Mittel, dann ist doch alles gut«, sondern auch Fragen bezüglich des sozialen Lebens stellt, war für mich immer zentral.

Du hast gesagt, dass dein erster Kontakt zu Pozitif Yaşam 2010 oder 2011 war. Der Verein wurde aber schon 2005 gegründet. Was weißt du über die Gründungsgeschichte?

Dafür müssen wir in die Zeit vor 2005 blicken. Damals gab es in der Türkei kein Zentrum, keine zivilgesellschaftlichen Einrichtungen, wo sich Menschen, die mit HIV leben, beraten lassen konnten. Es gab Vereine, die im Bereich HIV arbeiteten, darunter auch AİDS Savaşım Derneği (Verein für den Kampf gegen AIDS) in Istanbul. Das war die stärkste Organisation, diejenige, die die meisten Projekte entwickelte. Aber es gab keine, die sich

dem Thema aus der Perspektive der Patient*innenrechte näherte. Es gab auch kein Netzwerk von Menschen, die mit HIV lebten. Es gab viel weniger Wissen und entsprechend auch viel mehr Angst. Die Kommunikationsmittel wurden noch nicht so effektiv eingesetzt wie heute. Erst im Lauf der Zeit, als das Internet breiter genutzt wurde und auch zum Teil des Privatlebens geworden war, gründete eine Frau eine Mailinggruppe. Daran nahmen Menschen, die mit HIV lebten, mit ihren Nicknames teil und kamen so in Kontakt miteinander.

Ich würde sagen, dass die Gründung von Pozitif Yaşam auf diese Mailinggruppe zurückgeht. Hier machten einige Betroffene die Erfahrung, wie wichtig es ist, miteinander zu reden, Erfahrungsaustausch zu betreiben und sich – nach einer Zeit der Ermutigung – von Angesicht zu Angesicht kennenzulernen. Sie erkannten, wie wichtig es ist, für die eigenen Rechte einzutreten, und welche guten Ergebnisse damit erzielt werden können. Mit Unterstützung von Ärzt*innen, anderen Aktivist*innen im Feld, aber auch von UNAIDS², das damals in der Türkei vertreten war, lernten sie Organizing-Strategien. Und am Ende dieses Prozesses wurde 2005 der Verein gegründet, und zwar direkt von Menschen, die mit HIV lebten. Ursprüngliches und erstes Ziel war es, die Menschen miteinander in Kontakt zu bringen. Seitdem sind 13 Jahre vergangen, aber ich würde sagen, dass wir immer noch diesem Ziel verpflichtet sind. Denn auch heute denken alle, die eine neue Diagnose bekommen, dass HIV tödlich ist, dass sie die Einzigen sind, die mit HIV leben, und dass auch sie innerhalb kurzer Zeit sterben werden. Wenn wir dieser Person aber eine Frau gegenüberetzen, die seit 20 Jahren mit HIV lebt, verändert sich die Welt für sie.

Offiziell wurden wir also im Juni 2005 gegründet. Mit Unterstützung des Global Fund³, der damals Geld in die Türkei brachte, wurde unser bis heute bestehendes Beratungszentrum eröffnet: Peer-Beratung, Ernährungsberatung, rechtliche Beratung und anderes.

- 2 UNAIDS, das Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (Gemeinsames Programm der Vereinten Nationen zu HIV/Aids), ging 1996 aus dem *Global Program on HIV/AIDS* der Weltgesundheitsorganisation (WHO) hervor und hat seinen Sitz in Genf. Die Organisation hat das Ziel, die weltweite Aids- und HIV-Arbeit zu koordinieren. Erwähnt wird sie auch in den Interviews mit Muhtar Çokar und Kemal Ördek.
- 3 Der 2002 gegründete Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria (Globaler Fonds zur Bekämpfung von Aids, Tuberkulose und Malaria) wird auch in den Interviews mit Arzu Rezzan Sunam, Buse Kılıçkaya, Doğan Güneş Tomruk, Kemal Ördek, Muhtar Çokar, Umut Güner und Yasin Erkaymaz erwähnt.

Schwerpunktverlagerungen der internationalen Förderinstitutionen und die Schwierigkeit, Geldgeber*innen zu finden

Wird das Zentrum auch weiterhin vom Global Fund unterstützt?

Nein, im Anschluss an die Förderung durch den Global Fund wurde der Betrieb durch Spenden des *MAC AIDS Fund*⁴ aufrechterhalten. Dieser unterstützt seit sieben Jahren jeden Antrag, den wir einreichen. Zuletzt bewilligten sie unser Projekt für 2018. Dabei geht es um Folgendes: Die Firma *MAC* stellt einen Lippenstift her, der unter dem Markennamen »VIVA Glam« verkauft wird. Der Gewinn aus dem Verkauf im jeweiligen Land wird Organisationen von HIV/Aids-Patient*innen zur Verfügung gestellt. Da wir hierzulande die einzige Organisation sind, haben bisher immer wir das Geld bekommen. Wenn andere Vereine gegründet werden und eine Projektidee einreichen sollten, werden auch sie in den Genuss dieses Geldes kommen, wenn sie die formalen Bedingungen erfüllen.

*Wie steht es denn allgemein um den Zugang zu internationalen Geldgeber*innen?*

Bezüglich des Zugangs zu Fonds ist die Situation in der Türkei sehr komplex. Insbesondere seitdem die Türkei zu den G20-Ländern gestoßen ist, sagen viele Geldgeber*innen: »Ihr seid jetzt ein Industriestaat, deswegen gehört ihr nicht mehr zu unserer Zielgruppe.« In der Folge ziehen sie ihre Unterstützung ab. Auch in der Arbeit ausländischer Vertretungen hat es eine thematische Verschiebung gegeben. Sexuelle Gesundheit gehört nicht mehr zu den Prioritäten. Vielmehr geht es heute – parallel zu den Konjunkturen in der Türkei – eher um Demokratie, Pressefreiheit oder die Bewahrung von Lebensgrundlagen. Das heißt, auch diese Quellen sind leider für uns versiegt.

Weder die öffentliche Hand noch andere lokale Geldgeber stellen Mittel zur Verfügung. Auch die Privatwirtschaft will nichts mit diesem Thema zu tun haben, weil sie die Markennamen nicht mit HIV und Aids in Zusammenhang bringen wollen. Sie denken, dass ihnen so etwas schaden würde. In anderen Ländern gehört es zum Prestige, die Arbeit zu HIV zu unterstützen, aber in der Türkei läuft das anders. Zu HIV und Aids zu arbeiten, wird als negativ

4 Der Mac AIDS Fund (<http://www.macaidsfund.org>) ist ein Fonds der kanadischen Kosmetikfirma Mac, der 1994 zur Unterstützung von Menschen, die mit Aids und HIV leben, gegründet wurde. Zu den Tätigkeiten des Fonds vgl. auch das Interview mit Arzu Rezzan Sunam.

für das Image wahrgenommen, weil wir eine immer konservativere Gesellschaft werden. Dazu kommt, dass du, wenn du zu HIV arbeitest, wenigstens am Rand immer auch das Thema Sexualität berührst. Deswegen sind HIV und Aids zu einem Feld geworden, das vollkommen ausgeschlossen wird.

Im Augenblick gibt es neben dem MAC AIDS Fund noch ein paar Pharmakonzerne. Darunter gibt es nur ein Unternehmen in der Türkei, das vor kurzem ein Generikum auf den Markt gebracht hat. Es stellt dem Verein projektbasiert Geld zur Verfügung, was natürlich zur Grundlage hat, dass die Verkaufszahlen stimmen. Im laufenden Jahr haben wir deswegen gar kein Geld von dieser Firma bekommen. Darüber hinaus hat ein global operierender Konzern ein Projektförderungsprogramm, das regelmäßig auch in der Türkei ausgeschrieben wird. Nicht nur Pozitif Yaşam, sondern alle Akademiker*innen, Studierende oder NGOs, die etwas in diesem Bereich machen wollen, können sich hier bewerben. Wer von der Jury ausgewählt wird, bekommt das Geld. Dieser Fonds ist in der Türkei mittlerweile etabliert. Bei anderen Pharmakonzerne kommt es auf die Politik der Organisation, das Verhältnis zwischen den Institutionen, manchmal sogar auf die privaten Kontakte zwischen Vereins- und Unternehmensmenschen an. Wenn du die Firma überzeugen kannst, dass eine Projektidee sowohl Menschen, die mit HIV leben, als auch der Gesellschaft zugute kommt, gleichzeitig aber auch die Bekanntheit der Marke unterstützt, kannst du manchmal auch dort projektbasiert Geld bekommen.

Aber das sind alles keine Dinge, die Nachhaltigkeit besitzen. Wenn das Projekt ausgelaufen ist, wird es nicht verlängert. Dann musst du dieselbe Organisation mit einer neuen Projektidee von Neuem überzeugen.

Das fehlende Engagement der Gesundheitsbehörden

Das Gesundheitsministerium stellt keine Mittel zur Verfügung?

Das Gesundheitsministerium hat kein eigenes Budget dafür. Das heißt: Sie richten keine Budgetposition dafür ein.

Es gibt unter den Institutionen, die im Bereich der Gesundheitsförderung tätig sind, ja auch die Halk Sağlığı Müdürlükleri (Direktionen für Volksgesundheit). Kommt von dort Unterstützung?

Die Halk Sağlığı Müdürlükleri waren bisher Teil des Türkiye Halk Sağlığı Kurumu (Amt für Volksgesundheit der Türkei), aber seit zwei Wochen

gibt es diese Struktur nicht mehr. Das Gesundheitsministerium hat eine vollkommen neue Struktur bekommen, doch all diese Institutionen – das Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, aber auch der *Kamu Hastaneler Birliği* (Öffentlicher Krankenhausverband) – gehören zum Gesundheitsministerium und ihre Budgets werden vom Ministerium verwaltet.

Die Gesundheitspolitik in der Türkei basiert darauf, dass Patient*innen behandelt werden und zu ihren Medikamenten kommen. Die Seitenstränge, also etwa die Prävention von Krankheiten, die Bewusstseinsbildung oder die Verbreiterung der Wissensbasis, bekommen kein Geld. Und selbst wenn das passiert, wird es nie – zumindest nicht in letzter Zeit – so laufen, dass die Behörden, und schon gar nicht das Gesundheitsministerium, dabei mit zivilgesellschaftlichen Organisationen zusammenarbeiten. Es ist wichtig zu betonen, dass, vor allem in den letzten Jahren, keine öffentliche Stelle in der Türkei die Bewusstseinsbildung zu HIV, die HIV-Prävention oder die Unterstützung von Menschen, die mit HIV leben, finanziert hat.

Stellen sie nicht wenigstens Kondome zur Verfügung?

Nein, sie stellen auch keine Kondome zur Verfügung.

Ich habe im März letzten Jahres mit jemandem von der Direktion für Volksgesundheit in Ankara gesprochen. Diese Person schwärmte in den höchsten Tönen davon, dass sie NGOs einladen, so und so viele Kondome abzuholen. Und gleichzeitig beschwerte sie sich, dass niemand komme.

Solche Sachen laufen in der Türkei nicht sehr systematisch. Es kommt sehr stark darauf an, wer an der Spitze einer lokalen Einrichtung steht. Es kommt natürlich auch auf die Benutzbarkeit, die Qualität der verteilten Kondome an. Es ist schon vorgekommen, dass uns Kondome, die wir verteilt hatten, zurückgebracht wurden, obwohl sie ein Siegel vom Gesundheitsministerium hatten. Sie entsprachen zwar den Standards, waren aber nicht benutzbar. Sie sollten ja beim Sex benutzt werden und da ist die Lust der Menschen entscheidend. Wenn man im Rahmen einer öffentlichen Ausschreibung und ohne Nachdenken über die Nutzenden jene Kondome herstellen lässt, die das geringste Lustempfinden ermöglichen, wird die Benutzbarkeit sehr eingeschränkt sein. Insbesondere Sexarbeiter*innen brachten uns viele der Kondome zurück. Manche sagten: »Mit diesen Kondomen kann ich nicht arbeiten, da kann ich gleich aufhören zu arbeiten.«

Öffentliche Stellen tun etwas. Aber weil sie es tun, ohne die Konsequenzen zu bedenken, wird das ganze Geld eigentlich zum Fenster hinausgeworfen.

Möglichkeiten und Probleme der Zusammenarbeit mit staatlichen Institutionen heute

Inwiefern arbeitet ihr denn überhaupt mit öffentlichen Stellen zusammen?

Ich habe es ja eben schon gesagt: Es gibt keine Fonds und Projekte. Aber unsere Beziehungen zum Gesundheitsministerium sind sehr gut. Wir haben die Ulusal Aids Komisyonu (UAK; Nationale Aids-Kommission)⁵, bei der alle staatlichen und zivilgesellschaftlichen Strukturen vertreten sind, die sich mit dem Thema befassen. Wir sind Mitglied und werden zu allen Sitzungen eingeladen. Gerade zum Gesundheitsministerium unterhalten wir sehr gute Beziehungen.

In der UAK sind viele Stellen aus verschiedenen Ministerien vertreten. Bist du jemals Zeuge von Meinungsverschiedenheiten geworden, etwa zwischen Gesundheits- und Bildungsministerium?

Die Sitzungen der UAK sind sehr interessant. Ja, alle Ministerien sind vertreten, aber es kommt dort niemand mit Entscheidungs- oder Sanktionsbefugnissen hin. Es werden Beamt*innen aus relevanten Organisationseinheiten geschickt, das schon, aber die Leute hören nur zu. Es ist sehr wahrscheinlich, dass diese Leute noch nie etwas von HIV/Aids gehört haben, bevor sie zu einer Sitzung kommen. Sobald die Sitzung beginnt, werden sie sich innerlich zurufen: »Oh Gott, wo bin ich nur hingeraten?« Und egal, worum es geht, egal, was dort besprochen oder vereinbart wird, haben diese Teilnehmenden niemals Entscheidungsbefugnisse.

In der Türkei ist die Zusammenarbeit zwischen den Ministerien nicht besonders einfach, alles dauert sehr lange. Ich möchte nicht sagen, dass es da Unterschiede in den Sichtweisen oder gar Streit gibt. Aber es gibt auch keine funktionierende Zusammenarbeit zwischen, in diesem Fall, Gesundheitsministerium und Familien- und Sozialministerium, Bildungsministerium oder Justizministerium. Auch wenn das Gesundheitsministerium

5 Vgl. dazu auch die Interviews mit Deniz, Doğan Güneş Tomruk, Muhtar Çokar und Umut Güner.

gemeinsame strategische Maßnahmen plant, arbeiten die einzelnen Verantwortlichen vollkommen unabhängig voneinander.

Mit wem arbeitet ihr in Bezug auf HIV und Aids konkret zusammen?

Seit der Gründung von Pozitif Yaşam steht der Verein in Kontakt zu allen, bei denen dies notwendig war oder von denen dies gewünscht wurde. Wir gehen zum Ministerium für Arbeit und Soziale Sicherheit, zum Innenministerium, zum Amt für Migration einer Provinz, ebenso zum Bildungsministerium oder zu anderen zuständigen Stellen. Aber die Rückmeldungen sind selten so gut wie diejenigen vom Gesundheitsministerium. Vor allem mit dem Bildungsministerium ist die direkte Zusammenarbeit unmöglich. Weil da alles konservativer wird, können wir noch so oft sagen: »Wir brauchen in den Regelschulen Angebote zur sexuellen Gesundheit. Nur so werden wir effektiv etwas tun können.« Die Antwort wird immer sein: »Nein, denn ich bin Vertreter*in eines konservativen Regimes.⁶ Ich werde keine Bildungsangebote zum Thema Sexualität zulassen, denn das hieße, die Kinder zur Sexualität zu ermutigen. Deswegen kann ich das unter keinen Umständen tun.« Und dann sind alle Türen zu.

Wenn wir uns die Verwaltungsstruktur anschauen, ist die Erlaubnis des Bildungsministeriums aber unerlässlich, wenn du als außenstehende Institution an den Regelschulen etwas machen möchtest. Und diese Erlaubnis wird niemals erteilt werden, denn das Bildungsministerium wird dich als Institution wahrnehmen, die die Kinder zur Sexualität ermutigt. Ähnlich verhält es sich mit dem Justizministerium. Strafgefangene müssen ja ebenfalls vor HIV geschützt werden, schließlich haben ja auch sie Sex.

Gelingt es denn trotzdem, Kontakt zu Strafgefangenen aufzunehmen? Menschen, die nicht einsitzen, können euch über das Internet oder andere Wege finden, aber Strafgefangene haben solche Möglichkeiten nicht.

In der Regel finden uns ihre Anwält*innen, das ist sehr interessant. Es ist eine der denkwürdigsten Erinnerungen meines Berufslebens, dass mich jemand vom psychologischen Personal eines Gefängnisses anrief und sagte: »Wir haben hier einen Insassen, der noch nicht verurteilt ist. Er ist HIV-positiv, wie können wir ihn isolieren?« Ich antwortete: »Sie können ihn gar nicht isolieren, denn das würde seine Rechte verletzen. Außerdem ist das auch gar nicht notwendig.« Daraufhin bekam ich zu hören, dass sie

6 Im Original *rejim*.

dieselben Rasierklingen benutzen, dasselbe Geschirr. Als ich darauf hinwies, dass darüber keine Übertragung stattfindet, hieß es: »Aber sie haben auch Geschlechtsverkehr miteinander.« Auf meine Empfehlung, Kondome zu verteilen, kam folgende Antwort: »Wenn ich Kondome zur Verfügung stelle, akzeptiere ich doch, dass sie Sex miteinander haben.« Ich wies darauf hin, dass die Akzeptanz doch bereits da sei, wenn man sagt, dass die Leute Sex haben. Dennoch hieß es am Ende des Gesprächs: »Aber institutionell kann ich das nicht akzeptieren.«

Dieses Problem gibt es überall in der Türkei. Es gibt eine Realität, es gibt eine Wirklichkeit auf der Straße – und eine staatliche Struktur, die das nicht zur Kenntnis nehmen möchte. Wenn man das aktuelle konservative Regime fragt, haben in der Türkei nur heterosexuell Verheiratete Sex, sonst niemand. Außerehelicher Geschlechtsverkehr ist vollkommen inakzeptabel. Aber auch konservative Schichten haben ja Sex. Auch unter ihnen gibt es Crossdresser, Transgender, Schwule und Lesben. Die Heterosexuellen haben Sex, auch eine verschleierte Frau hat Analverkehr. Wenn man diese Sachen grundsätzlich verneint, kann man auch keine Politik in diesem Bereich entwickeln. Dieses Cut-off führt dazu, dass unsere Beziehungen zu anderen Institutionen nicht gut funktionieren.

Ihr wart an verschiedenen Anfragen in der Nationalversammlung beteiligt. Wurden sie beantwortet?

Es gab ein, zwei Anfragen, die unbeantwortet blieben, aber die anderen wurden beantwortet. Das Anfragewesen funktioniert in der Türkei insgesamt nicht besonders gut. Wir haben auch einen Gesetzesentwurf zu HIV und Aids vorgelegt, ohne dass daraus etwas wurde. Deswegen haben wir die Energie, die wir für solche Sachen verwenden, in letzter Zeit wesentlich reduziert. In der Türkei musst du dich mit der Regierung gut stellen, wenn du etwas erreichen willst. Sowohl als Verantwortlicher bei Pozitif Yaşam als auch persönlich glaube ich deshalb, dass es heute sinnvoller ist, die Regierungsabgeordneten zu kontaktieren und sie zu überzeugen, um etwas zu erreichen. In der politischen Arena macht es gerade keinen Sinn, über die Opposition zu gehen, wenn du etwas Positives erreichen willst.

Ich würde gern sehen, dass die Tausenden von Menschen, die in der Türkei mit HIV leben, ihr Leben problemlos leben können. Oder dass, wenn es ein Problem gibt, der Gesetzgeber oder die Exekutive Mechanismen entwickelt, die dieses Problem beseitigen. Deswegen muss ich mit dem Gesetzgeber und der Exekutive klarkommen, ich darf sie nicht gegen

mich haben. Ich bin kein Politiker. Wenn ich es aber wäre, würdest du Tonnen von Anfragen lesen können. Denn ich würde versuchen, die Regierung in möglichst vielen Fragen in die Enge zu treiben. Aber ich gehöre zu einer zivilgesellschaftlichen Organisation. Selbstverständlich werde ich Kritik üben. Aber nicht auf eine Weise, die Politiker*innen zu meinen Feind*innen erklärt. Denn so könnte ich den Menschen, die ich repräsentiere, nicht nützlich sein.

Das ist der Grund, weshalb wir in letzter Zeit kaum mehr auf Anfragen der Opposition setzen. Stattdessen schreiben wir Anfragen an das Türkiye Halk Sağlığı Kurumu oder an das Gesundheitsministerium. Wir stehen mit ihnen auf jener Seite, die nach Lösungen sucht, statt ihnen einfach die Probleme in den Schoß zu werfen oder zu sagen: »So und so ist es, los, antwortet schon!« Eher sagen wir: »Seht einmal, uns ist Folgendes begegnet. Wie können wir das gemeinsam lösen?«

Ihr habt also gewissermaßen die Methode gewechselt?

Auf jeden Fall. Wir haben uns der Konjunktur angepasst. Wir sind ja nicht einfach so ein Verein für irgendwelche Landsleute oder irgendein Heimatverein. Was wir tun oder nicht schaffen, hat unmittelbare Konsequenzen für das Leben von Menschen. Aus solchen Erwägungen heraus müssen wir in einem Land wie der Türkei vorsichtiger vorgehen.

Die Arbeit von Pozitif Yaşam und das Verhältnis zu anderen NGOs

Wie würdest du Pozitif Yaşam aus der Perspektive von Menschen, die mit HIV leben, beschreiben? Inwiefern fungiert der Verein als »Safe Space« für sie?

Pozitif Yaşam baut sichere Orte für alle Menschen, nicht nur für jene, die mit HIV leben: für Drogen Gebrauchende, Homosexuelle, Heterosexuelle, Transsexuelle oder Sexarbeiter*innen; für Menschen, die zur AKP oder zur CHP⁷ gehören, die armenisch sind oder türkisch, christlich oder jüdisch ... Alle Formen der Diskriminierung werden in unserem Zentrum

7 CHP ist Abkürzung für Cumhuriyet Halk Partisi, Republikanische Volkspartei. Die CHP wurde 1923 durch den Staatsgründer Mustafa Kemal Atatürk gegründet und gilt als älteste sozial-demokratische Partei der Republik Türkei. In ihrer Geschichte war sie mehrmals in der Regierung vertreten. Heute zählt sie zu den größten Gegnerinnen der AKP.

ausgeschlossen. In einem Land mit einer Bevölkerung von 80 Millionen Menschen sind wir immer noch das einzige Unterstützungszentrum für Menschen, die mit HIV leben. Es ist bisher nicht gelungen, ein zweites zu eröffnen.

Gab es jemals die Idee, Pozitif Yaşam als Lobbyorganisation aufzustellen, um stärker auf die offizielle HIV- und Aids-Politik Einfluss zu nehmen? AIDS Savaşım Derneği (Verein für den Kampf gegen AIDS)⁸ hätte früher vielleicht einmal die Kapazitäten dafür gehabt, aber es ist ihm nicht wirklich gelungen, eine Lobby zu schaffen.

Eigentlich macht Pozitif Yaşam schon seit geraumer Zeit Lobbyarbeit. Der augenscheinlichste Beleg dafür ist, dass wir in der *HIV/AIDS Stratejik Planı çalışma grubu* (Arbeitsgruppe für einen strategischen Plan zu HIV und Aids)⁹ mitgearbeitet haben.

Gibt es Auseinandersetzungen mit NGOs, die andere vulnerable Gruppen repräsentieren, beispielsweise Schwule oder Trans-Personen?*

In unseren Diskussionen geht es vor allem um Zuständigkeiten und Räume. Unsere Zuständigkeit beginnt nach einer positiven HIV-Diagnose. Einen großen Teil unserer Kapazitäten widmen wir dieser Phase. Daher argumentieren wir auch, dass Organisationen von Geflüchteten oder LSBTI in der Bewusstseinsbildung und Prävention aktiv sein müssen. Sie hingegen sind der Meinung, dass wir auch diesen Schritt des Weges übernehmen sollten, weil sie selbst es aufgrund ihrer Prioritäten nicht tun können.

Ist es denn nicht schwierig, all die 14.000 Menschen zu repräsentieren, die mit HIV leben? Die Türkei ist ein riesiges Land, von Hakkâri im Südosten Anatoliens bis Tekirdağ im Nordwesten des europäischen Teils. Wie steht es um den Zugang zu den Angeboten des Vereins?

Auch wenn wir uns als Repräsentation und Interessenvertretung aller Menschen verstehen, die mit HIV leben, wird es immer welche geben, die das ganz anders sehen. Ich kann ihnen das nicht übel nehmen. Die Erwartun-

⁸ Vgl. dazu die Interviews mit Deniz, Tuğrul Erbaydar, Doğan Güneş Tomruk und Muhtar Çokar.

⁹ Initiiert vom Amt für Volksgesundheit fand am 23. und 24. August 2016 ein Treffen zwischen mehreren staatlichen Institutionen und zivilgesellschaftlichen Organisationen statt. Unter anderen war Pozitif Yaşam vertreten. Im Rahmen dieses Treffens wurde die erwähnte Arbeitsgruppe gegründet.

gen, die Suche nach einem Umgang mit HIV, die Rechtsverletzungen, bei allem gibt es so große Unterschiede zwischen den einzelnen Angehörigen dieser Gruppe, dass es schwierig ist, eine gemeinsame Basis zu finden. Trotzdem sind wir in der Pflicht, Schnittmengen zu suchen und herzustellen.

*Wenn ich in Deutschland und in der Schweiz bin und türkischsprachige Migrant*innen mitbekommen, dass ich zu HIV und Aids arbeite, werde ich oft um Empfehlungen gebeten, bei welchen Zentren in Istanbul man Unterstützung bekommen könne. Bisher habe ich einige von ihnen an euch verwiesen.*

Es wenden sich ohnehin viele Menschen an uns – Ausländer*innen, die in die Türkei kommen wollen, die bereits hier leben, die hierher geflüchtet sind oder hier anerkannt werden wollen, Türkeistämmige, die im Ausland leben ... Mit den Projekten, die wir in den letzten Jahren durchgeführt haben, ist es uns heute möglich, auf Türkisch, Englisch, Farsi und Arabisch Unterstützung anzubieten.

Die Bedeutung von Pozitif Yaşam (Positives Leben)

Euer Vereinsname, Pozitif Yaşam, beeindruckt mich sehr. Gibt es eine Geschichte dazu? Warum kommen weder Aids noch HIV darin vor?

Wir wollten eigentlich die Stärke des Wortes »positiv« nutzen, das ist einer der Ausgangspunkte. Ein zweiter Punkt ist, dass die anderen Vereine von Ärzt*innen, also von Negativen, gegründet worden waren. Wenn hingegen die Mitglieder einer Organisation aufgrund ihrer eigenen Erfahrungen mit Stigmatisierung und Diskriminierung ganz genau wissen, welche sozialen Probleme es im Zusammenhang mit HIV und Aids gibt, entstehen ganz andere Lösungsansätze und Strategien. Es geht ja dann darum, die Wahrnehmung vom Negativen zum Positiven zu verändern. Wenn du in der Türkei heute Menschen auf der Straße zu HIV oder Aids befragst, ist die erste Reaktion in der Mimik zu erkennen. Sie werden das Gesicht zu einer Grimasse zusammenziehen. HIV und Aids erzeugen eine negative Wahrnehmung – und genau diese Wahrnehmung wollen wir mit unserem Verein ins Wanken bringen. Wir versuchen, den Leuten beizubringen, dass HIV und Aids, anders als angenommen, kein moralisches Problem sind, sondern eine Krankheit; dass Menschen, die mit HIV leben, genauso leben wie alle anderen. Das Wort positiv ist dabei sehr hilfreich. Das ist die Haltung, die dem Vereinsnamen zugrunde liegt. Und das Leben eines Men-

schen, der mit HIV lebt, ist ein positives Leben – auch aus medizinischer Perspektive.

Können wir vor diesem Hintergrund den Satz »Ich bin positiv« als Selbstbezeichnung verstehen?

Eigentlich ja, aber im öffentlichen Leben ist das etwas, das bestenfalls hinter vorgehaltener Hand benutzt werden kann. In der Türkei ist das genauso wie in anderen Ländern: Wer sich selbst so beschreibt, wird mit stigmatisierenden Gedanken und diskriminierenden Verhaltensweisen konfrontiert sein. Ich verstehe auch nicht, warum es sinnvoll sein soll, sich über das Positiv-Sein zu definieren, wenn es um die Selbstbeschreibung geht. Was das tägliche Leben angeht, gibt es ja nichts, das sich von Negativen unterscheidet.

Gibt es einen Unterschied zwischen »mit HIV« und »Leben mit HIV«?

Im Türkischen hat »mit HIV« negative Konnotationen. Damit soll Distanzierung ausgedrückt werden, sollen Menschen geothert¹⁰ werden. Es handelt sich um jemanden »mit Pest«, »mit Krebs«, »mit Krankheit« oder mit was auch immer. Auf Englisch wird ja auch nicht von »people with HIV« gesprochen, sondern von »people living with HIV«. Das sind gesellschaftliche Fragen.

Früher, zum Teil auch heute noch, wurde in Deutschland davon gesprochen, dass jemand Aids habe.

In der Türkei ist das noch immer so. Gerade heute hat jemand angerufen und gesagt: »Ich habe mir Aids geholt.« Was sollte ich da sagen? Ich antwortete: »Nein, Sie haben sich kein Aids geholt. Sie haben erfahren, dass Sie mit HIV leben. Sie werden kein Aids bekommen.«

Murtaza Elgin, die Medien und die Geschichte und Gegenwart von Aids und HIV in der Türkei

Welche weiteren Aspekte betrachtest du als wichtig für die Geschichte und Gegenwart von Aids und HIV in der Türkei?

Weil es um Oral History ging, habe ich vor allem über die Gründungsgeschichte von Pozitif Yaşam gesprochen. Aber ich möchte auch noch etwas

¹⁰ Eingedeutschte Form des englischen Verbs »to other«.

über HIV in der Türkei sagen – zumindest etwas über die Geschichte aus der Perspektive von Menschen, die damit leben. 1985 wurde der erste Fall dokumentiert. Eigentlich gab es noch einen oder zwei andere Fälle, aber der erste bekannt gewordene, in den Medien besprochene Fall war Murti, also Murtaza.¹¹ Dass sein Fall so sehr in die Medien kam, hatte auch damit zu tun, dass er Teil der Künstler*innen-Welt war. An ihm können wir sehr gut erkennen, wie diskriminierend und menschenrechtsverachtend die Thematik in der Türkei behandelt wurde. Nachdem Murtaza seine Diagnose bekommen hatte, wurde sein weiteres Leben Schritt für Schritt zum Gegenstand der Berichterstattung. Und zwar auf eine Art und Weise, wie sie die unwissenden, aber umso vorurteilsbeladeneren US-amerikanischen Medien in die Türkei pumpen: alle Behandlungsschritte, wirklich alles. Du kannst dir die Überschriften nicht vorstellen. Eine Weile versuchte Murtaza, von der Bildfläche zu verschwinden. Aber alle Menschen, an denen er auch nur vorbeilief, behandelten ihn, als wären sie von Aids bedroht. So und so ansteckend, auf diese oder jene Weise tödlich und was weiß ich. Die Grundlagen für den Umgang mit HIV und Aids wurden mit einer solchen Berichterstattung gelegt.

Es gibt etwas, das ich in all meinen Vorträgen sage. Es führt ein bisschen vom Thema weg, ist aber doch als Kontext wichtig. In Gesellschaften wie unserer sind die primären Informationsquellen leider nicht Bücher oder wissenschaftliche Daten oder Artikel. Es sind Paparazzi-Produkte im Fernsehen, in der Zeitung oder im Kino. Das sind die Quellen, auf die in unserer Gesellschaft Bezug genommen wird. Was dort steht oder gesagt wird, gilt als wahr. Deswegen war die Zeitungsberichterstattung in dieser Zeit auch die grundlegende Informationsquelle. Murtaza starb natürlich wegen fehlender Behandlung, und als er starb, rief man zuallererst einen Imam, dem eine Mülltüte übergezogen wurde. An den Händen trug er Spülhandschuhe, alles ein wenig wie bei einem Astronauten. Dann gab man ihm eine Flasche Bleichmittel in die Hand. Damit wurde Murtaza rituell gewaschen und dann in Plastikfolie eingewickelt. So wurde er in einen Zinksarg gelegt, der vernagelt und in einer Kalkgrube versenkt wurde. Und jeder einzelne Schritt wurde von den Medien dokumentiert und veröffentlicht. Wer damals jugendlich oder erwachsen war, wird diese Nachrichten verfolgt haben und die Formel

11 Zu Murtaza Elgin vgl. auch die Einleitung und den Essay von Yener Bayramoğlu sowie die Interviews mit Deniz, Doğan Güneş Tomruk, Muhtar Çokar, Umut Güner und Yasin Erkaymaz.

»Aids gleich Wachstuch¹² als Leichentuch plus Zinksarg plus Kalkgrube« vor Augen haben.

Leider befindet sich der gesellschaftliche Wissensstand immer noch dort. Überall auf der Welt verbreiteten sich neuere wissenschaftliche Informationen, aber leider hält das gesellschaftliche Wissen damit nicht Schritt. Je besser die Wissenschaften Bescheid wussten, desto weniger sensationell wurde das Thema für die Medien, da die Infektionsraten sanken. Zuerst war es die Pest des Jahrhunderts und alle starben. Heute hingegen stirbt niemand mehr wegen einer HIV-Infektion, denn es gibt ja Behandlungsmöglichkeiten. Doch das hat keinen Quotenwert für Medien, weswegen in den 36 Jahren HIV-Geschichte in der Türkei¹³ kein einziger Schritt nach vorn getan werden konnte. Es gibt immer noch Medienleute, die von der tödlichsten Krankheit sprechen oder schreiben: »Ooooch, die armen Aids-Kranken!« Vielleicht wirst du lachen, aber kürzlich hieß es in einer Zeitungsnachricht: »Ein Transvestit mit Aids ist auf ihn gefallen – er befindet sich im Schock, weil er Angst hat, angesteckt worden zu sein.« Was in den Medien als Nachricht vermarktet wird, befindet sich nach wie vor auf diesem Niveau. Mit Blick auf das gesellschaftliche Bewusstsein sind wir deswegen seit den 1980er Jahren keinen Schritt vorwärtsgekommen.

Unsere Awareness-Arbeit ist von den Mainstream-Medien nicht beachtet worden. Wie gesagt, würde das nämlich bedeuten, dass Auflagen und Quoten sinken. Und die Nachrichten, die am Welt-Aids-Tag – an einem einzigen Tag und für wenige Minuten – ausgestrahlt werden, nutzen leider auch nichts. Denn damit kannst du nicht gegen einen Film wie *İncir Reçeli* (Feigengelee)¹⁴ konkurrieren, der Millionen Menschen beeinflusst. Wenn ich in den Nachrichten komme, schauen mir nicht Millionen von Menschen zu. Ein Kinofilm von 120 Minuten hingegen, voll mit falschen Informationen und Vorurteilen, hat einen riesengroßen Effekt. Am plastischsten wurde mir das vorgeführt, als ich einmal ein Seminar an einer medizinischen Fakultät gab. Eine Medizinstudentin im dritten Studienjahr schrie

12 Hier ist die oben erwähnte Plastikfolie gemeint.

13 Harmançı verwechselt hier möglicherweise den Zeitraum seit den ersten offiziellen Berichten über das spätere Aids in den USA (1981) mit dem Bekanntwerden des ersten Falls in der Türkei, der Erkrankung von Murtaza Elgin (1985; vgl. oben).

14 Dabei handelt es sich um einen türkischen Spielfilm aus dem Jahr 2010. Der Film wurde von zivilgesellschaftlichen Organisationen heftig kritisiert, weil er falsche Informationen über HIV und Aids wiedergebe und Klischees und Ressentiments fördere. Vgl. dazu auch das Interview mit Efe.

plötzlich auf: »Oh Gott!« Auf die Nachfrage, was denn los sei, sagte sie, dass sie in einer Prüfung eine Frage zu HIV falsch beantwortet habe. Deswegen rief sie Gott an, als ich ihr die richtige Antwort gab. Den Hintergrund für den Fehler fasste sie so zusammen: »In dem Film *İncir Reçeli* war das anders dargestellt worden ...« *İncir Reçeli* war also die Quelle, ein Kinofilm.

In den 1990er Jahren, parallel zur Entwicklung in vielen anderen Ländern, kamen auch in der Türkei neue Therapiemöglichkeiten auf. Menschen, die mit HIV lebten, konnten sich behandeln lassen. Dabei genossen sie staatlichen Schutz. Wir konnten mit Europa Schritt halten, was den Zeitpunkt der Einführung von neuen Therapien angeht. Die Lebenserwartung stieg, die Lebensqualität verbesserte sich. Aber gleichzeitig nahm, wie eine Lawine, das Unwissen unter dem medizinischen Fachpersonal zu. Der Gang in ein Krankenhaus war für Menschen, die mit HIV leben, eine Qual sondergleichen. Es gab keine Beleidigung und keine schlechte Behandlung, mit der sie dort nicht konfrontiert worden wären. Es hörte ja nicht bei der Infektiologie auf. Zweifellos waren damals die Infektiolog*innen diejenigen, die das Wissen der Welt aufsogen, die sich fortbildeten und so weiter. Aber was ist, wenn jemand eine Blinddarmoperation braucht und die allgemeine Chirurgie ins Spiel kommt? Das Wissen der Chirurg*innen tendierte gegen Null – ein Traum in Weiß ... Keine medizinischen Grundlagen, sondern Medienberichte als Quelle. Manchen Menschen wurde die Operation verweigert, sie wurden aus dem Krankenhaus verwiesen. Sie erlebten Millionen Formen von schlechten Behandlungen an einem Ort. Aber zusammen mit dem Global Fund fand eine Menge Arbeit mit medizinischem Fachpersonal statt. Heute – also zwischen der Zeit, in der Pozitif Yaşam gegründet wurde, und heute – lassen sich ein ernst zu nehmender Wandel und eine ganz wesentliche Verbesserung feststellen.

Wir haben das insbesondere durch unseren Fokus auf Studierende der Medizin geschafft. Für mich sind Medizin- und Pflege-Studierende immer noch die wichtigste Berufsgruppe, wenn es um die Verhinderung von Diskriminierung geht. Wenn wir uns die Zahlen anschauen, geben von jenen, die Diskriminierung erleben, 60 Prozent an, im Gesundheitsbereich diskriminiert worden zu sein. Aber diejenigen Studierenden, die wir seit 2005 geschult haben oder zu denen wir auf die eine oder andere Weise Kontakt hatten, sind heute Chirurg*innen oder arbeiten in einer Poliklinik. Das heißt, wir haben es über sie und mit ihnen geschafft, in die Krankenhäuser hinein zu wirken, um die HIV-Phobie zu bekämpfen – zumindest in den großen Städten. Aber in den weiter entfernten Gebieten Anatoliens gibt

es auch im Jahr 2017 noch Operationen, die verweigert werden, Beleidigungen oder andere Formen der schlechten Behandlung im Krankenhaus. Außerhalb von Istanbul, Ankara und Izmir ist es etwa für eine Schwangere, die mit HIV lebt, ein Albtraum, ein Kind auf die Welt zu bringen. Die Gynäkologie verfügt über kein Wissen. Hier könnte das Ministerium noch eine Menge tun. Das zeigt uns, wie viel mehr Menschen wir noch erreichen müssen ...

Bei der Behandlung haben wir immer die Entwicklungen in Europa verfolgt. Im Augenblick gibt es alle Medikamente, die dort neu auf den Markt kommen, auch in der Türkei. Im Rahmen der Sozialversicherung bekommen Patient*innen sie kostenlos. Aber auch diese hat sich im Lauf der Zeit verändert. Wer aktiv am Berufsleben teilnimmt und nicht in Rente ist, ist über das *Genel Sağlık Sigortası* (SGK; Allgemeines Gesundheitssystem) versichert. Dieses finanziert auch die HIV-Behandlung. Gegen einen monatlichen Beitrag von 53 Lira¹⁵ können alle Gesundheitsdienstleistungen genutzt werden. Wer die 53 Lira im Monat nicht aufbringen kann, muss an einem speziellen Test teilnehmen und bekommt die Leistungen dann komplett kostenlos. Eine Therapie auf westlichem Niveau ist das Beste, was das Gesundheitsministerium im Bereich HIV und Aids auf die Beine stellen konnte. Es gibt genügend Ärzt*innen und Zentren – und wenigstens im Vergleich zu früher auch genügend Labordienste.

Der mangelhafte Schutz der Personendaten angesichts der starken Zunahme von Neuinfektionen in den 2010er Jahren

Bis 2010 bewegte sich die Zunahme von Neuinfektionen in der Türkei auf keinem ernst zu nehmenden Niveau. So sehr, dass die UNAIDS-Koordination aus der Türkei abgezogen wurde. Aber in den zwei Jahren nach 2010 verzeichneten wir bei den Diagnosen eine kumulative Zunahme von fast 48 Prozent. Plötzlich gab es 1.000 positive Testergebnisse in einem Jahr und im Jahr darauf 1.500. Dann waren es 2.000, jetzt sind wir bei fast 3.000. Jedes Jahr erfahren so viele Menschen neu, dass sie sich infiziert haben. In fünf Jahren wird diese Zahl sich vervielfacht haben. Mit der zunehmenden Personenzahl sind auch die gesellschaftlichen Probleme vielfältiger geworden. Es geht nicht mehr nur um Gesundheit.

¹⁵ 1 TL entspricht circa 0,20 € (Stand vom 13.05.2018).

Es ist lobenswert, dass die Therapie kostenlos zur Verfügung gestellt wird. Aber man wird den Kontakt zu vielen Personen verlieren, wenn beispielsweise im Zuge der Behandlung keine Privatsphäre gewährt oder Verschwiegenheit gewährleistet wird. Denn in einer Gesellschaft wie der unseren ist Privatsphäre alles. Klar gibt es in der Verschwiegenheitspflicht Fortschritte seit den 1980er Jahren, auch auf gesetzlicher Ebene. Aber wenn wir uns anschauen, wie das System in der Türkei de facto funktioniert, bleibt das Wissen darüber, wer mit HIV lebt, auch heute nicht auf das Gesundheitsministerium beschränkt. Alle Ärzt*innen in einem Krankenhaus, Allgemeinmediziner*innen und Apotheker*innen kommen an diese Information heran, wenn sie es wollen. Sogar Unternehmensärzt*innen. Wir sagen zwar, dass Diskretion sehr wichtig ist, und wir tun so, als existierte sie. Aber es gibt sie nur gegenüber dem Ministerium. Leider ist es in den vergangenen 31 Jahren¹⁶ nicht gelungen, diesbezüglich einen richtigen Fortschritt zu erzielen.

Auch in Bezug auf die Arbeitsmarktpolitik erleben wir momentan große Rückschritte. HIV-Tests sind heute so einfach zu haben, dass jemand aus der Personalabteilung beim Eintritt in ein Unternehmen einen Test vorschreiben kann, obwohl die medizinische Befugnis dazu gar nicht vorliegt. Du willst Gerichtsschreiber*in werden? Sie verlangen einen HIV-Test von dir. Und wenn der Test positiv ausfällt, stellen sie dich nicht ein.

Gibt es denn in der Verfassung keinen Schutz der Privatsphäre?

Das Verfassungsgericht hat im Februar 2017 ein Urteil dazu gefällt. Ein Arbeitsgericht hatte sich mit dem Anliegen einer Person befasst, die wegen HIV gekündigt worden war. Das Anliegen, den Prozess unter Ausschluss der Öffentlichkeit stattfinden zu lassen, wurde abgelehnt. Aufgrund der sozialen Bedeutung von HIV sah das Verfassungsgericht darin eine Rechtsverletzung und erklärte, dass das Arbeitsgericht das Recht der betreffenden Person hätte schützen müssen. Es gab eine Entschädigung. Aber in einem anderen Urteil sagte dasselbe Verfassungsgericht zwei Monate später auch, »dass Arbeitsgebende nicht gezwungen werden können, HIV-Positive zu beschäftigen«.

Das Urteil soll an den Europäischen Gerichtshof für Menschenrechte weitergezogen werden, oder?

16 Hier dürfte Harmancı den Zeitraum seit dem Bekanntwerden des ersten Falls in der Türkei ansprechen, der Erkrankung von Murtaza Elgin (1985; vgl. oben).

Ich hoffe, dass das weiter verfolgt wird, denn als Institution können wir dort nichts machen. Die Person muss selbst Klage einreichen. Mit der zunehmenden Zahl Betroffener sind die Probleme auf dem Arbeitsmarkt auch wesentlich größer geworden. Wenn man einem Menschen das Recht auf Arbeit nimmt, wird ihm doch alles genommen. Du bekommst die Medikamente kostenlos, aber du sollst sie während des Essens einnehmen. Also muss die Person auch essen können. Aber wovon soll das bezahlt werden? Man muss doch arbeiten, um essen, um den Bus zum Krankenhaus nehmen zu können. Wenn die Freiheit zu arbeiten nicht existiert, ist doch das Leben beendet, mittelbar selbst das Recht auf Behandlung einer Krankheit. Das Leben besteht nicht nur aus einer lausigen Tablette. Aber öffentliche Stellen nehmen bisher leider nicht zur Kenntnis, dass das Leben mit HIV mit weiteren Problemen verbunden ist. Sie tun so, als wären Behandlung, kostenlose Tests und Medikamente, alles. Doch dem ist ganz und gar nicht so. Ein gesundheitliches Problem führt dazu, dass die Menschen in vielen Bereichen Diskriminierung erleben. Eigentlich sollte der öffentliche Sektor die Verpflichtung haben, hier durch positive Maßnahmen gegenzusteuern. Leider gelingt es uns nicht, ihn davon zu überzeugen.

Kurz gesagt, wenn wir uns die letzten 31 Jahre unserer Geschichte anschauen, sehen wir erstens, dass das gesellschaftliche Bewusstsein nicht ausreichend fortgeschritten ist; zweitens, dass unsere Interessenvertretung gegenüber dem Gesetzgeber nicht erfolgreich war und keine Mechanismen zum Schutz von Rechten implementiert werden konnten. Dazu kommt, dass nach den letzten Zahlen der Weltgesundheitsorganisation der Anstieg von Neuinfektionen in der Türkei bei 452 Prozent liegt. Das verdeutlicht uns, dass wir uns in fünf Jahren mitten in einer Epidemie wiederfinden werden. Leider ist diese Infektion aber nicht nur medizinisch eine Epidemie, sondern auch gesellschaftlich, indem sie stigmatisierend und isolierend wirkt. Kurz gesagt, das ist der Stand unserer Dinge.

Flucht, Migration und Aids/HIV: Die rechtliche Situation von Geflüchteten und Migrant*innen und ihr Zugang zur Gesundheitsversorgung

*Eigentlich gibt es noch ein weiteres sehr wichtiges Thema. Über die Schutzsuchenden und Migrant*innen und ihren Zugang zur Gesundheitsversorgung konnte mir bisher niemand wirklich viel sagen. Sie sind heute sichtbar, denn je und ihre Zahl nimmt weiter zu. Wie steht es um ihre*

Rechte, nicht nur in Bezug auf HIV? Wie steht es um ihren Zugang zur Gesundheitsversorgung?

Der internationale Schutzstatus gewährt den Menschen in der Türkei den Zugang zum SGK. Sie können sich in den Krankenhäusern behandeln lassen und bekommen ihre Medikamente kostenlos. Wenn sie aber keinen internationalen Schutzstatus genießen, wenn sie sich also beispielsweise undokumentiert in der Türkei aufhalten, gibt es in Bezug auf die gesundheitliche Versorgung kein Recht, das greifen würde. Wenn jemand mit HIV lebt, wird die Türkei die Behandlung nicht bezahlen. Doch auch Menschen aus Syrien, die unter internationalem Schutz stehen, also subsidiär Geschützte, haben Schwierigkeiten beim Zugang zur medizinischen Versorgung. Sie werden zwar kostenlos behandelt, aber wenn sie telefonisch oder über eine Internetseite einen Termin vereinbaren wollen, ist das nicht auf Arabisch möglich. Telefonisch geht es nur auf Türkisch, die Internetseite ist unter Umständen noch ins Englische übersetzt. Wenn du also aus Syrien kommst und kein Englisch sprichst, wirst du keinen Termin im Krankenhaus bekommen, wenn du niemanden mit Türkischkenntnissen kennst. Und hast du endlich einen Termin vereinbart, ist die Infrastruktur im Krankenhaus nicht auf dich vorbereitet. Ärzt*innen sprechen oft kein Englisch oder Arabisch. Wie sollen sie mit dir sprechen? Ja, es gibt Behandlung, aber auf welche Weise?

Syrien war für uns ein Grund, uns wesentlich mehr mit diesem Thema zu beschäftigen. Auch wenn das nicht offiziell ist, steht eine Zahl von fünf Millionen¹⁷ Personen im Raum. Wenn wir mit Geflüchteten sprechen oder mit NGOs, die in diesem Bereich arbeiten, begegnet uns immer wieder diese Zahl. Und das ist nur die Zahl der Syrer*innen, die sich in der Türkei aufhalten. Als sie in der Türkei ankamen, gab es keine Gesundheitsüberprüfung, kein Screening. Niemand weiß, wer eine Infektionskrankheit mitgebracht hat oder medizinische Versorgung braucht. Wir konnten ihnen weder eine anständige Unterkunft noch Arbeit geben. Sie wurden einfach auf die Städte verteilt und vergessen. Wie sie sich danach verhalten haben, auch in Bezug auf sexuelle Gesundheit, ob sie Zugang zu Kondomen hatten, ist unbekannt. Niemand hat sich darum gekümmert.

Mittlerweile kommen die ersten Schutzsuchenden mit einer positiven Diagnose auch bei uns im Verein an. Weil wir ein Land sind, das mit Syrien

17 Laut Angaben von *Mülteciler Derneği* (Verein für Geflüchtete; vgl. <http://multeciler.org.tr/de>) vom Mai 2018 leben in der Türkei offiziell 3.588.877 Geflüchtete aus Syrien.

in Bezug auf Wissen und Verhalten ganz gut vergleichbar ist, haben sich die Zahlen in ähnlicher Weise erhöht. So wenig Safer Sex bei uns ein Thema war, so wenig war er es dort. Der Zugang zu Kondomen war so schwierig wie in der Türkei. Oder vielmehr: Ein solcher Bedarf existierte gar nicht, weil Kondome als Mittel zur Schwangerschaftsverhütung angesehen wurden. Bei MSM¹⁸ kann ja keine Seite schwanger werden, also werden auch keine Kondome benötigt, das war bei vielen die Wahrnehmung. All dies hat zur Folge, dass die Gruppe der Geflüchteten in der Türkei besonders stark von HIV betroffen ist. Es gibt die Meinung, dass die HIV-Explosion hierzulande damit erklärt werden könne. Dabei ist es das Gegenteil. HIV war in der Türkei bereits explodiert und für die Geflüchteten stellen *wir*¹⁹ ein Risiko dar. Denn sie haben mit uns Sex. Ein Teil von ihnen ist in der Sexarbeit tätig, um sich das Leben finanzieren zu können. Und wer sind die Kunden? Die Menschen in der Türkei ...

18 Männer, die Sex mit Männern haben.

19 Betonung im Original.

Jede vermeintlich vulnerable Gruppe wird ja durch das System erst erzeugt ...

Die Geschichte und Gegenwart von Aids und HIV aus der Perspektive von Basisorganisationen

Zülfukar Çetin im Gespräch mit Yasin Erkaymaz

Zum Zeitpunkt des Interviews, das am 11. September 2017 in Istanbul geführt wurde, lebt Yasin Erkaymaz in Istanbul. Er arbeitet bei İnsan Kaynaklarını Geliştirme Vakfı (İKGV; Stiftung für die Entwicklung des Personalwesens)¹. Zudem engagiert er sich freiwillig bei Pozitif-İz, einer neuen Initiative von und für Menschen, die mit HIV leben. Vor seiner Tätigkeit bei İKGV war er mehrere Jahre bei Pozitif Yaşam Derneği (Verein Positives Leben)² als Aktivist und Sozialarbeiter tätig. Im Interview berichtet er zunächst von seinen persönlichen aktivistischen und beruflichen Bezügen zu Aids und HIV. Weitere Schwerpunkte sind die staatliche Gesundheitspolitik, mediale Diskurse und die gesellschaftliche Wahrnehmung Aids und HIV in Geschichte und Gegenwart. In den letzten Teilen des Gesprächs berichtet Erkaymaz von organisatorischen Differenzierungen und Differenzen im Bereich der Basisorganisationen, bevor er auf begriffliche Aspekte und die Bedeutung des Ausdrucks »pozitif-iz« zu sprechen kommt. Dessen Doppelbedeutung von »wir sind positiv« und »positive Spur« ist zentral für das Selbstverständnis der Initiative.

- 1 Vgl. dazu auch die Interviews mit Doğan Güneş Tomruk und Muhtar Çokar.
- 2 Vgl. dazu auch die Interviews mit Arzu Rezzan Sunam, Canberk Harmancı, Tuğrul Erbaydar und Umüt Güner.

Persönlicher, aktivistischer und beruflicher Bezug zu HIV und Aids

Zülfukar Çetin: *Erinnern Sie sich an Ihren ersten Kontakt mit dem Thema Aids und HIV? Wann sind Ihnen diese Begriffe zuerst begegnet?*

Yasin: Als ich das erste Mal davon hörte, ging es um Babys aus afrikanischen Ländern. Davor hatte ich schon in verschiedenen Zeitungen davon gelesen. Doch das waren eher Dinge des Hörensagens. Ich wusste nicht genau, was das war oder nicht war. Vermutlich ging ich davon aus, dass es mich ohnehin nicht betrifft.

Wann wird das etwa gewesen sein?

Um das Jahr 2002 oder 2003 herum, denke ich. Aber damals stand das überhaupt nicht im Zentrum meines Interesses. Wie gesagt, das war alles Hörensagen. 2005 war ein Wendepunkt, denn da lernte ich es an mir selbst kennen. Damals wurde ich positiv getestet. Ich vermute, dass ich mich 2004 infiziert hatte. Denn als ich die Diagnose bekam, waren meine medizinischen Werte noch ausgesprochen gut. Ich vermute, dass ich mich gerade erst infiziert hatte.

Wann hatten Sie zum ersten Mal beruflich mit HIV zu tun?

Die berufliche Auseinandersetzung damit kam erst, nachdem ich selbst die Diagnose bekommen hatte. Ich ließ mich am 1. Dezember testen, dem Welt-Aids-Tag. Ich ließ mich einfach so testen, vielleicht weil ich auch Schwulenaktivist war. So weit weg es von meinem Umfeld und mir gewesen war, so sehr stand es nun plötzlich direkt vor mir. Die ersten sechs Monate mit HIV fielen mir sehr schwer. Man kommt ja zunächst in eine Ausblendungs- und Verdrängungsphase hinein, dann kommen allmählich die Akzeptanz und der Friedenschluss. Das dauerte bei mir etwa sechs Monate. Für eine kurze Zeit holte ich mir auch psychologische Unterstützung.

Es gibt hier in der Türkei eine Organisation, die Pozitif Yaşam Derneği heißt. Ich begann, mich dort ehrenamtlich zu engagieren. Etwa acht Jahre lang bot ich Peer-Beratung an. Ich versuchte, Menschen mit kürzlich erhaltenem positivem Testergebnis zu erklären, dass sich durch HIV in ihrem Leben gar nicht so viel verändern wird. Ich ging von meinen eigenen Erfahrungen aus und half ihnen dabei, für sich selbst eine Art Fahrplan zu entwickeln. Menschen, die ein positives Testergebnis bekommen, sind ja im ersten Augenblick wie Fische, die aus dem Wasser genommen wurden. Was sollen sie tun? Wo sollen sie hingehen? Mit wem sollen sie sprechen? Welche Lösungen kann es geben? Niemand weiß das so genau – und zugleich befinden

sie sich in einem Umfeld, das nicht besonders sicher ist, vor allem, wenn sie sich im Internet informieren. So gelangen sie zum Teil auch an ganz falsche Informationen. Mir ging es also darum, sie professionell zu unterstützen, HIV-Aktivismus zu machen und bei Positiv Yaşam Soziale Arbeit zu leisten.

Was war der konkrete Auslöser für Ihr Engagement, für Ihren Kampf?

Eigentlich ist die Problematik, mit der wir konfrontiert sind, nichts, wogegen ein Kampf im bekannten Sinn zu führen wäre. Nachdem Ende der 1990er Jahre neue Behandlungsmethoden aufgekomen waren und Verbreitung fanden – also die Möglichkeit, das Virus zu unterdrücken und seine Vermehrung zu verhindern – näherte sich die Lebensqualität der Betroffenen ja derjenigen eines normalen Lebens an. Mir geht es darum, dass Menschen, die das nicht wissen, genau das erfahren. Denn in dem Maß, wie das allgemein bewusst ist, wird auch die Diskriminierung abnehmen, die HIV-Positive erleben. Manche Menschen, die heute ein positives Testergebnis bekommen, werden aufgrund von alten und vorurteilsbeladenen Informationen, die ihr Umfeld auch nur vom Hörensagen kennt, unglaublich schlecht behandelt. Das bedeutet, dass diese Informationen auch Informationen sind, die von der weiteren Gesellschaft benötigt werden.

Als einer, der damit lebt und das mitbekommt, möchte ich genau dazu beitragen. Ich lebe seit fast 14 Jahren mit HIV. Dank der Medikamente, die ich bekomme, gibt es zwischen mir und anderen Menschen gesundheitlich keinen Unterschied. Deswegen fing ich an, für den Verein zu arbeiten – die Menschen, die eine neue Diagnose bekommen, sollten nicht diskriminiert werden, alle müssen das wissen. Die Leute beim Verein wollten genau das. Ich bekam aber in den acht Jahren, die ich dort war, auch viele medizinische Fortbildungen.

Können wir sagen, dass es sich bei dieser Tätigkeit um Aktivismus handelte?

Naja, es *wurde*³ zu einer aktivistischen Arbeit, würde ich sagen. Wenn man bei einem Verein arbeitet, kommt man ja – ob man es will oder nicht – mit vielen verschiedenen Sachen in Berührung. Ich war beispielsweise überall in der Türkei an Universitäten, um Seminare anzubieten. Themen waren »Das Leben mit HIV«, »Was ist HIV, was ist Aids, wie beeinflussen sie das Leben – und was ist der Unterschied zwischen beiden?« Bei vielen dieser Veranstaltungen ging ich auch offen mit meinem HIV-Status um. Diese Vorstellung in den Köpfen der Menschen, dass ein*e HIV-Positive*r un-

3 Hervorhebung durch die Herausgeber.

gesund und abgemagert aussehen muss, hat sich dadurch sofort verändert. Genau genommen begann ich mit dem Aktivismus in dieser Sache automatisch, als ich anfing, damit zu leben.

Anfangs arbeitete ich nur ehrenamtlich beim Verein, dann als Berater und am Ende als Mitarbeiter in einem Projekt, das *Anadolu Hukuk Poliklinikleri* (Anatolische Rechtspolikliniken) hieß und in anatolischen Städten, also im asiatischen Teil der Türkei, Rechtsbeistand anbot. Dazu versuchten wir, mit den Verantwortlichen bei den Sozialdirektionen der Provinzverwaltungen, mit Ärzt*innen in Krankenhäusern und mit den jeweiligen Gesundheitsdirektionen ins Gespräch zu kommen. Darüber hinaus war ich auch in die Verwaltungsarbeit eingebunden. Vor diesem Hintergrund kann ich heute sagen, dass es mir wesentlich einfacher fällt, Menschen zu sagen, dass ich HIV-positiv bin. Es braucht ja Zeit zu akzeptieren, womit man doch leben muss. Bei mir brauchte es jedenfalls seine Zeit, bis ich an den Punkt kam zu sagen: »Ja, genau das bin ich – und das ist kein Buckel, mit dem ich lebe, es ist sogar etwas, das mich dem Leben gegenüber stärker macht!«

Können Sie einige Beispiele aus Ihrem Leben als Aktivist und Positiver geben?

Es gibt bei Menschen, die nicht HIV-positiv sind und die HIV vielleicht gar nicht kennen, folgendes Vorurteil: »Wenn ich mich eines Tages mit HIV infiziere oder, in Anführungsstrichen, wenn ich mir Aids hole, wird alles in Scherben liegen. Das Leben wird enden und es wird keine Lösung geben.« Wenn sie aber in einer Präsentation die medizinischen Dimensionen von HIV und alles andere erklären und dann am Ende auch noch sagen: »Ich lebe seit 14 Jahren mit HIV«, lassen sie diese Bilder mit einem Mal einstürzen. Und an einem anderen Ort, in einer anderen Situation, werden diese Menschen dann andere, von denen sie erfahren, dass sie mit HIV leben, nicht mehr allein lassen. Dank solcher Präsentationen lernen Menschen etwas über das Leben mit HIV und können auch sagen: »Weißt du, ich habe jemanden kennengelernt, der seit 14 Jahren mit HIV lebt und dem nichts passiert ist. Dir wird sicher auch nichts geschehen!« So lässt sich die Einsamkeit verringern.

Ich sage in meinen Vorträgen immer dies: Im ersten Jahr nach der Diagnose fragen sich alle HIV-Positiven, wann sie sterben werden, was vor allem an einem Informationsdefizit liegt. Dabei gibt ihnen HIV die Möglichkeit, das Leben anders zu führen, als sie es sonst tun würden. Ihre Perspektive ändert sich, sie sehen plötzlich ganz andere Details auf den Wegen, die sie auch davor schon jeden Tag zurückgelegt hatten. HIV führt dazu, das

Leben anders wahrzunehmen. Ich meine, es gibt so ein Bewusstsein, das mit HIV entsteht. Bei mir führte das, was andere als Buckel oder Defizit wahrnahmen, dazu, dass ich das Leben anders wahrnehme. Es führte also bei mir auch zu etwas Positivem. Ich begann, mich besser zu fühlen, selbst als ich medizinisch nicht mehr negativ war.

Darüber hinaus tat es mir immer gut, die Veränderungen und den Wandel im Leben der Menschen mitzubekommen, denen ich half. Ich erinnere mich etwa an jemanden in seinen Dreißigern, der zur Beratung kam. Seine Partnerin war schwanger und er hatte herausgefunden, dass er HIV-positiv ist. Er war verzweifelt und dachte an Selbsttötung. Er fühlte sich am Ende eines Weges, aber ich sagte zu ihm: »Schau, dir sitzt jemand gegenüber, der seit 14 Jahren mit diesem Virus und sehr gesund lebt. Du musst nur regelmäßig deine Medikamente nehmen. Wir erzählen dir alles über die Ärzt*innen und die Krankenhäuser, die du aufsuchen wirst. Und es wird keine weiteren Probleme geben.« Etwas Besseres kann man einem Menschen nicht mitgeben.

Die Geschichte des Umgangs mit Aids/HIV in den Medien, in staatlichen Institutionen und in der Gesellschaft und ihre Auswirkungen auf die heutige Situation

NGOs wie auch der türkische Staat haben in den vergangenen drei Jahrzehnten verschiedene Formen des Umgangs mit Aids und HIV entwickelt. Wie bewerten Sie diese aus heutiger Perspektive?

Ich will das mal so sagen: Der erste Fall von HIV/Aids in der Türkei war 1985. Weil er in allen Medien auftauchte und überall mit seinem Klarnamen genannt wurde, kann ich das hier auch tun: Die Türkei hat HIV 1985 mit Murtaza kennengelernt.⁴ Und mit null Wissen und null Erfahrungen haben wir sein Leben selbst nach seinem Tod noch weiter ruiniert. Lang und breit wurde überall berichtet: »Der Promi-Manager hat Aids!« Oder: »Er wartet im Krankenhaus auf den Tod!«, und so weiter.

Das Gesundheitsministerium gab in der Folge ein Rundschreiben heraus. Ich bin mir nicht sicher, aber ich glaube, es war dann schon 1986.

4 Zu Murtaza Elgin vgl. auch die Einleitung und den Essay von Yener Bayramoğlu sowie die Interviews mit Canberk Harmancı, Deniz, Doğan Güneş Tomruk, Muhtar Çoçkar und Umut Güner.

Der Status von Menschen, die mit HIV leben, musste fortan mit dem Formular D86 an die Abteilung für Infektionskrankheiten im Gesundheitsministerium gemeldet werden. Der HIV-Status sollte codiert in eine Datenbank beim Ministerium eingegeben werden, die Menschen im Umfeld der HIV-Positiven sollten nichts davon erfahren. Dies wurde anfangs sehr strikt gehandhabt. Nach einer gewissen Zeit stiegen die Zahlen von Jahr zu Jahr. Erst 10, dann 20, 40, 100, 3.000, 10.000, dann über 10.000 bis zu über 15.000.

In der ersten Zeit herrschte in den Krankenhäusern eine Art Quarantäne, das war die erste Antwort auf Aids. Ärzt*innen und andere, die mit einem Menschen zu tun hatten, der mit HIV lebte, trugen so eine Art Weltraumzug, und zwar bis Mitte der 1990er Jahre. Wir kannten HIV einfach nicht. Weder Infektiolog*innen noch das Gesundheitsministerium wussten wirklich was, denn es hatte sehr wenige Fälle gegeben. Es herrschte aber auch eine Sicht vor, die in etwa lautete: »Ja, es gibt so etwas, aber nicht bei uns. Das kommt hier nicht vor.« Ich meine, das lag auch an dieser Person, die sich mit HIV infiziert hatte und dann an Aids erkrankte: Murtaza hatte ein extravagantes Leben geführt und die Leute sagten sich: »Das ist nichts, mit dem wir uns unbedingt beschäftigen müssen.«

Von 1985 bis zum Ende der 1990er oder Beginn der 2000er Jahre verfolgte das Gesundheitsministerium eine Abschreckungspolitik. Neben der Abbildung eines Skeletts stand dann etwa: »Wenn du dich vor HIV schützen willst, ist der einzige Weg die Monogamie.« Ich erinnere mich gar nicht mehr an all die Panikmache, die das Ministerium zu verantworten hat. Was ich sagen will: Die erste Antwort der Türkei auf HIV war falsch. Wir haben eine falsche Antwort gegeben, vor lauter Unwissenheit und Ignoranz. Aufgrund der Panikmache wollten die Menschen weder das Thema erforschen noch wirklich herausfinden, was das genau war. Es kam also zu einer allgemeinen Distanzierung.

Und dann war da noch die Sache mit der Homosexualität. Deshalb wurde HIV, wie überall auf der Welt, als Homosexuellenkrankheit beschrieben. Das führte dazu, dass Heterosexuelle es als nicht besonders relevant betrachteten und sich also auch nicht den Kopf darüber zerbrachen. Aber im Laufe der Jahre konnten wir anhand der Zahlen des Gesundheitsministeriums erkennen, dass das Ansteckungsrisiko unter Heterosexuellen prozentual höher war. Zwar spielten hierbei auch diejenigen eine Rolle, die ihren Ärzt*innen nichts von ihrer sexuellen Identität gesagt hatten; trotzdem lernten wir: »HIV ungleich Homosexuellenkrankheit.« Doch

sowohl in der Gesellschaft als auch bei Ärzt*innen, die sich um Infektionskrankheiten kümmern, herrscht zum Teil heute noch die erstere Sicht vor. Wenn bei jemandem HIV diagnostiziert wird, geht man davon aus, dass die Person entweder »verquere Beziehungen eingeht« oder aber ein Leben lebt, das aus »permanenten Ausrutschern« besteht.

Das ist der Grund, warum wir heute an dem Punkt sind, an dem wir uns befinden. Während die Weiterverbreitung auf der ganzen Welt zurückgeht oder gar fast gestoppt wurde, haben wir in der Türkei in den letzten zehn Jahren eine Vervierhundertfachung verzeichnet – und trotzdem wird staatlicherseits nichts getan. Es existieren nicht einmal Kampagnen im Fernsehen, die von den Sendern ja sonst zu unzähligen anderen Themen ausgestrahlt werden müssen. Das Gesundheitsministerium hat keine einzige Broschüre zu HIV/Aids herausgegeben. In der Vergangenheit, ab 2005, kam mit dem Global Fund⁵ ziemlich viel Geld ins Land. Es gab AİDS Savaşım Derneği (Verein für den Kampf gegen Aids)⁶, der konkrete Projekte durchführen und die Gesellschaft, aber auch einzelne Zielgruppen wie Jugendliche, durch Plakatkampagnen ansprechen wollte. Doch das Gesundheitsministerium nahm das Geld und setzte es, wie gesagt, in der Panikmache mit den Skeletten um.

Ich kenne viele Geschichten von HIV-Positiven aus vergangenen Zeiten. Da mussten Menschen ihre Medikamente in Krankenhausapotheken holen. Wenn sie dort hingingen, wurden ihr gesundheitlicher Zustand, ihre Krankheit, der Name der Medikamente und so weiter laut ausgerufen und sie mussten ihre Medikamente im Beisein von 300 Menschen abholen. Sie wurden also buchstäblich geoutet. Es wurde beispielsweise ausgerufen: »Zülfukar Çetin, Sie können Ihre HIV-Medikamente Kaletra und Combivir an Schalter 1 abholen.« Das war eine ernsthafte Verletzung des Rechts auf Privatsphäre. Es stimmt zwar, dass die Informationen codiert abgespeichert wurden. Aber an solchen Orten erfuhren trotzdem zahlreiche Personen ohne ihre Einwilligung Dinge, die zu Recht geschützt waren. Das ging bis Mitte oder Ende der 1990er Jahre so. Dann wurde das neue *Allgemeine Gesundheitssystem* (*Sosyal Güvenlik Kurumu*; SGK) eingeführt und HIV-

5 Der 2002 gegründete Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria (Globaler Fonds zur Bekämpfung von Aids, Tuberkulose und Malaria) wird auch in den Interviews mit Arzu Rezzan Sunam, Buse Kılıçkaya, Canberk Harmancı, Doğan Güneş Tomruk, Kemal Ördök, Muhtar Çokar und Umut Güner erwähnt.

6 Vgl. dazu auch die Interviews mit Deniz, Doğan Güneş Tomruk, Muhtar Çokar, Tuğrul Erbaydar, Umut Güner und Veli Duyan.

Medikamente mussten nicht mehr über Krankenhausapotheken vertrieben werden. Heute können sie mit einem Rezept über jede Apotheke bezogen werden. Aber dieser Wandel ging sehr langsam vonstatten. Ich vermute, dass davor viele Menschen eine Menge Negatives erlebt haben. Das sind die ersten Dinge, die mir zur staatlichen Antwort auf HIV und Aids einfallen.

Inwiefern lässt sich denn heute trotz allem ein Engagement des Gesundheitsministeriums erkennen?

Vor drei oder vier Jahren hat es eigene Aktivitäten zu HIV gestartet. Während ich bei Pozitif Yaşam aktiv war, hatte es schon einmal ein Gremium beim Ministerium gegeben. Ich war als Vertreter der Betroffenen dabei, neben Leuten von anderen Vereinen.⁷ Das Ministerium scheint willens zu sein, wieder etwas zu tun, aber sie sind unglaublich langsam darin. Die Abteilungen für Infektionskrankheiten sind sich der Lage ohnehin bewusst. Jedes Jahr am 1. Dezember, am Welt-Aids-Tag, publiziert die Regierung die aktuellsten Zahlen. Regelmäßig wird dann großes Erstaunen laut. So als wäre das eigentlich ausgeschlossen, heißt es dann: »Oh, die sind aber ziemlich gestiegen!« Doch niemand fragt am nächsten Tag: »Was sollten wir nun dagegen tun?« Denn es geht um eine Gesundheitsthematik, die im Zusammenhang mit Sex steht. Das Gespräch über Sex ist tabu. Es ist immer noch ein Tabu, dass Ärzt*innen oder eine öffentliche Kampagne im Fernsehen über Sex sprechen. Heute haben ja auch viele Menschen unter 18 Sex und es gibt tatsächlich auch viele, die noch minderjährig sind, wenn sie ihre Diagnose bekommen. Es läuft eigentlich darauf hinaus, dass wir zum Thema HIV/Aids nichts tun, solange wir nicht über Safer Sex sprechen, darüber, wie Safer Sex praktiziert werden kann, wie Safer Sex sein sollte.

Die staatliche Sicht scheint zu sein, dass die Bevölkerung in der Türkei keinen Geschlechtsverkehr hat. Aber in Wahrheit ist das natürlich nicht so. Im ländlichen Raum wie in den städtischen Zentren machen die Menschen schon mit 14 oder 15 sexuelle Erfahrungen. Für manche beschreibt die staatliche Sicht natürlich die Realität, Umweltfaktoren oder religiöse Faktoren führen bei einigen dazu, dass die Sexualität unterdrückt werden kann. Aber für andere trifft das eben nicht zu. HIV wird sich leider weiter verbreiten, solange wir die letzteren nicht erreichen und mit ihnen nicht

7 Wahrscheinlich meint Yasin Erkaymaz hier die 1996 gegründete Ulusal Aids Komisyonu (UAK; Nationale Aids-Kommission). Vgl. dazu die Interviews mit Canberk Harmanci, Deniz, Muhtar Çokar und Umut Güner.

ins Gespräch darüber kommen, wie sie die nicht unterdrückte Sexualität sicherer erleben können, wie sie sich dabei nicht selbst schaden. Es gibt in der Türkei viele Veranstaltungen zum Welt-Aids-Tag, aber die Stadtverwaltungen wollen nicht zulassen, dass auf der Straße Kondome verteilt werden. Sie glauben tatsächlich, dass das Jugendliche dazu ermutigen würde, sexuelle Beziehungen einzugehen.

Bei uns gibt es kein Bewusstsein dafür, dass hier nicht für Sex geworben wird, sondern für ein Gesundheitsutensil. Klar, lässt uns also keine Kondome verteilen, damit die Leute nicht zu Sex ermutigt werden. Die Menschen werden dann weiterhin nicht wissen, was Kondome sind und keine Erfahrungen mit ihnen machen. Wer dann wechselnde Partner*innen hat, macht dafür Bekanntschaft mit sexuell übertragbaren Krankheiten und mit HIV. Der Staat sorgt somit dafür, dass ein Problem, das sich mit drei oder fünf Lira lösen ließe, immer mehr Kosten verursacht. Die Kosten der HIV-Medikamente sind sehr viel höher als die Summe, die für kostenlos verteilte Kondome aufgewendet werden würde ... Jeden Tag nimmt die Zahl positiver Neudiagnosen schneller zu. Und all das Geld, das dafür aufgebracht werden muss, wird im nächsten Jahr das Budget komplett durcheinanderbringen.

Ist denn eine solche ökonomische Kritik gegen die vorherrschende Gesundheitspolitik nie vorgebracht worden?

Doch, das hat es schon immer gegeben. Aber das Gesundheitsministerium steht weiterhin auf dem Standpunkt, dass »unsere Zahlen nach wie vor niedriger sind als in vielen anderen Gegenden«. Denn im Vereinigten Königreich, in den USA und in anderen Ländern gehen die Zahlen von Menschen, die mit HIV leben, in die Millionen. Wir haben bisher um die 15.000 Fälle. Aber vor zehn Jahren waren die Zahlen dort vielleicht auch noch im Bereich von 15.000 oder 20.000 – oder aber die Zahl war bereits in den ersten Jahren von HIV/Aids so hoch. Ich meine, wir haben in der Türkei einen rasanten Anstieg, selbst wenn die absoluten Zahlen im Moment tatsächlich noch niedrig sein sollten. Statistisch gehen HIV und Aids steil nach oben, aber unser Staat sieht das im Augenblick noch nicht so. Es gibt Versuche, etwas zu tun. Aber es tauchen immer noch Schwierigkeiten auf, besonders wenn es darum geht, mit einer Zielgruppe zusammenzukommen. Ist es vorstellbar, dass das Gesundheitsministerium zu einer queeren Organisation geht und sagt: »Wollen wir zu HIV eine Bewusstseinsbildungskampagne machen?« Ich bin mir nicht sicher, ob das zu meinen Lebzeiten noch passieren wird. Sie sind so starr.

Sie setzen sich nicht mit Angehörigen einer Zielgruppe, beispielsweise mit queeren Menschen, zusammen. Denn das würde bedeuten, die Realität ihrer Existenz anzuerkennen. Sie wollen nicht wahrnehmen, dass die Bevölkerung in der Türkei zu zehn oder acht Prozent aus queeren Staatsangehörigen besteht. Diese konservative Haltung hat strukturelle Gründe. Sie werden in keiner Bildungsbroschüre zwei Männer sehen, die Händchen halten. Wenn der Bevölkerung eine Botschaft vermittelt werden soll, muss das immer über Mutter-Vater-Kind und vielleicht noch eine Großmutter geschehen, über die Kernfamilie also. Andere Modelle werden als unpassend für diese Gesellschaft angesehen, wenn nicht gleich geleugnet wird, dass sie existieren. Aber die Realität ist anders.

Die Funktionsweise des Allgemeinen Gesundheitssystems (SGK) und die Schranken beim Zugang zum Gesundheitswesen

Könnten Sie noch etwas mehr zur Tätigkeit des SGK sagen?

Normalerweise übernimmt das System für alle Staatsangehörigen die Kosten der Gesundheitsversorgung und das gilt auch für HIV als chronische Krankheit. Wenn Sie über eine soziale Absicherung verfügen, also wenn Sie einer sozialversicherungspflichtigen Arbeit nachgehen oder die 53 Türkischen Lira (TL)⁸ im Monat selbst bezahlen, haben Sie, wie alle türkischen Staatsangehörigen, einen Zugang zum SGK. Was die Kostenübernahme für Medikamente betrifft, sind mir bisher keine Probleme bekannt geworden. Ich sage »bisher«, weil die Zahlen heute bei 17.000 oder 18.000 liegen. Aber wenn sie eines Tages in die Hunderttausende gehen – und wenn es in dieser Geschwindigkeit weitergeht, kommen wir dahin –, wird sich die Situation verschlechtern. Im Augenblick sind wir von der Zuzahlung befreit, das heißt, die Medikamente werden zu 100 Prozent aus dem SGK bezahlt. Es gibt nur eine Art Rezeptgebühr, die bei acht TL liegt und beim Kauf der Medikamente an die Apotheke bezahlt werden muss.

Beim Zugang zu den Medikamenten gibt es in der Türkei also keine Schwierigkeiten. Dennoch hat das SGK ein Problem in Bezug auf die Verschwiegenheit bzw. den Datenschutz, das sich einfach beheben ließe, aber nicht behoben wird. Ich kaufe beispielsweise meine Medikamente in

8 1 TL entspricht ca. 0,20€ (Stand vom 13.05.2018).

der Apotheke X. Wenn sie in irgendeiner anderen Apotheke des Landes meine Personalausweisnummer eingeben, sehen sie, welche Medikamente ich zuletzt bekommen habe. Das ist eine Verletzung des Rechts auf Datenschutz. Alle, die meine personenbezogenen Daten kennen, können über das System, das meinen Medikamentenkauf registriert, auf meinen HIV-Status rückschließen. Hier müsste der Staat eingreifen. Es sollte nicht im Ermessen des SGK oder des Verbandes der Apotheker*innen in der Türkei liegen, ob Dritte an Daten von mir kommen. Das muss abgeschaltet werden können.

Aktivist*innen und andere, die in diesem Feld arbeiten, haben diesen Wunsch schon mehrfach geäußert. Es gab eine Korrespondenz mit dem Pharmazeutischen Direktorat (*İlaç Eczacılık Müdürlüğü*) und auch mit dem SGK. Aber es ist immer schwierig, mit dem Staat ins Gespräch zu kommen. So ist das Problem immer und immer wieder aufgeschoben worden und in der Konsequenz können immer noch alle, die meine Personalausweisnummer kennen, sehen, welche Medikamente ich nehme. Ja, es gibt eine Verschwiegenheitspflicht, aber sie ist ein bisschen pro forma. Sie bedeutet keinen hundertprozentigen Datenschutz.

Auch die Beamt*innen bekamen ihre Medikamente in der Vergangenheit erst nach einer Überweisung durch die Stelle, an der sie arbeiteten, verschrieben. Wenn sie also nach Artikel 657/1 im Öffentlichen Dienst verbeamtet waren, brauchten sie eine amtsärztliche Überweisung ins Krankenhaus. HIV-positive Beamt*innen mussten also in ihrer Dienststelle angeben, warum sie eine Überweisung in die Infektiologie benötigen. Ich habe viele Beamt*innen kennengelernt, die ihre Medikamente deswegen aus dem Ausland bestellten oder Generika aus Indien mitbrachten. Das ging eine ganze Weile so – und zwar bis es eine Gesetzesänderung auch Beamt*innen gestattete, ohne Überweisung in ein Krankenhaus ihrer Wahl zu gehen.

Ich kann also nicht sagen, dass der Staat gar nichts gemacht hätte. Aber die Verbesserungen halten mit der Zunahme von HIV nicht Schritt. Die Zunahme ist rasant und trotzdem sieht es so aus, als ob Aufklärungs- und Bewusstseinsbildungsprozesse nach wie vor hauptsächlich in den Zuständigkeitsbereich von NGOs fallen. Dabei wäre es wichtig, dass das Gesundheitsministerium dem Thema wenigstens heute eine Priorität einräumen würde.

Im Feld werden in Bezug auf bestimmte Gruppen unterschiedliche Begriffe verwendet: »Schutzlose Gruppen«, »Gruppen mit erhöhtem Risiko« oder »schwer erreichbare Zielgruppen« beispielsweise. Ist das Recht auf Gesundheit

bzw. der Zugang zur Gesundheitsversorgung für alle gleich? Wenn wir beispielsweise an Trans-Sexarbeiter*innen denken, was würden Sie sagen?*

Was den Zugang zur Gesundheitsversorgung angeht, erleben manche Gruppen leider Diskriminierungen. Ich habe viele Peers kennengelernt und beraten, die als Trans*-Personen positiv getestet wurden. Erstens müssen diese Menschen zur Präfektur, also zur Kommunalverwaltung, und sich diesen Zustand bescheinigen lassen. Sie müssen dann etwas sagen wie: »Ich gehe keiner sozialversicherungspflichtigen Arbeit nach, ich habe keinen Arbeitsplatz und deswegen auch keinen Zugang zum SGK.« Wenn diese Präfektur, zweitens, noch nie mit einer Trans*-Person zu tun hatte, ist es sicher ohne Übertreibung möglich zu sagen, dass mit einer grausamen Behandlung der Trans*-Person zu rechnen ist. Das können Gründe sein, warum Menschen keinen Zugang zur Gesundheitsversorgung haben. Aufgrund solcher Erlebnisse sagen sie sich unter Umständen: »Da gehe ich nicht hin.« Und das hat natürlich einen Einfluss auf die mögliche – bzw. nicht mögliche – Behandlung. Schon bei einem HIV-Test im Krankenhaus denken Trans*-Personen hundertmal darüber nach: »Wie werde ich dort durch Ärzt*innen und Sekretär*innen behandelt werden? Wird man mich beleidigen?« Es gibt Hunderttausende solcher Fragen. Auf dem Papier sind alle Staatsangehörigen der Türkei gleich. Aber wenn sie einen – in Anführungsstrichen – von den gesellschaftlichen Norm abweichenden Lebensstil oder ein nicht-heteronormatives Aussehen haben, wenn sie also irgendwie vom Wertesystem der Allgemeinbevölkerung abweichen, müssen sie auf eine Menge Dinge verzichten, die ihnen zustehen oder die sie, wie in diesem Fall, benötigen.

Es gab beispielsweise einmal eine Trans*-Person, die im Gefängnis ein positives Testergebnis erhielt. Sie wurde von den anderen Insass*innen getrennt und in eine Isolationszelle gesteckt. Da es kein geeignetes Fahrzeug gab, um sie zu ihren dreimonatlichen Routineuntersuchungen zu fahren, wurden diese ihr verweigert. Die Person wurde also isoliert und von der Behandlung ausgeschlossen. Damit wurde ihr gesagt: »Du stehst außerhalb dieses Systems und hast kein Recht zu leben.« Sie ist zwar Staatsangehörige wie alle anderen, aber in der Praxis zeigt sich etwas anderes. Trotz Staatsangehörigkeit werden ihr alle möglichen Rechte verweigert. Dabei ist eine kontinuierliche Behandlung wichtig. Wenn jemand trans*, schwul, bisexuell oder lesbisch ist, gilt die folgende Sichtweise in der Türkei nicht: »Dieser Mensch ist krank, ich bin Ärzt*in und habe ihm gegenüber Ver-

pflichtungen. Ich muss ihn über seine Krankheit informieren und diese behandeln. « Leider mischen sich mittlerweile in diesem Beruf auch politische Überzeugungen, religiöse Ansichten, das gesellschaftliche Leben und so weiter. Das kommt mir in den Sinn, wenn ich an Ärzt*innen und ihre Praxis denke.

Was Sie sagen, stimmt, ja. Die Menschen sind alle gleich. Manche müssen aber für ihre Gleichbehandlung streiten. Ahmet oder Mehmet, normale Menschen in Anführungsstrichen, bekommen diese Rechte, ohne dafür streiten zu müssen. Wenn Sie aber eine Trans*-Person sind, müssen Sie sich einer Person, die Sie schlecht behandelt, erst einmal gegenüberstellen und sagen: »Sie dürfen mich nicht so behandeln!« Ich bin sicher, Sie kennen das aus der jüngeren Vergangenheit: Einer Trans*-Frau wurde die gynäkologische Behandlung verweigert. Sie hat für ihr Recht gestritten und ist vor Gericht gegangen. Das Verfahren läuft noch. Wenn man sich für die eigenen staatsbürgerlichen, gesundheitlichen oder Krankenhaus-Rechte einsetzt, kriegt man sie eigentlich auch, das stimmt. Aber man ist gezwungen, dafür zu kämpfen.

Initiativen und Vereine, die sich im Kampf gegen Aids engagier(t)en und inwiefern sich die Basisorganisationen davon unterscheiden

Gibt es weitere aktivistische Initiativen und Vereine im Bereich Aids und HIV, die sie exemplarisch nennen können?

In der Türkei war Pozitif Yaşam der erste eingetragene Verein in diesem Bereich. Er arbeitet seit 2005 kontinuierlich. Darüber hinaus übernimmt heute auch Kaos GL⁹ Verantwortung für das Thema. Früher hatten die LSBTI-Vereine eher eine ausweichende Herangehensweise. Es hieß dann immer: »Wenn wir uns mit HIV befassen, wird die Gesellschaft denken, dass wir die Vorstellung unterstützen, dass es sich dabei um eine Homosexuellenkrankheit handelt.« Sowohl *Lambdaİstanbul*¹⁰ als auch viele

9 Vgl. dazu die Interviews mit Tuğrul Erbaydar und Umut Güner.

10 Die ehemalige deutsche Initiative *Schwule International* regte 1993 an,lässlich des Christopher Street Day gemeinsam mit Queer-Gruppen eine lesbisch-schwule Pride-Parade in Istanbul zu organisieren. Dieser Vorschlag ermutigte die Gruppen in Istanbul zu dem Entschluss, erste öffentliche Veranstaltungen, darunter die Pride, durchzuführen. Der Versuch scheiterte jedoch am Verbot des Gouverneurs. Die

andere Organisationen, die jüngeren Alters sind, haben das Thema immer noch nicht auf ihrer Tagesordnung.

Die erste Organisation, die diese Haltung durchbrach, war also Kaos GL. Die gleichnamige Zeitschrift gibt es seit der Gründung des Vereins. Als einzige beschäftigte sie sich mit dem Thema. Sie informierte über HIV und machte ganz allgemein Texte dazu einem größeren Publikum zugänglich. Es war wirklich eine immens wichtige Zeitschrift für die LSBTI-Szene in der Türkei. Sie öffnete vielen Leuten Türen, was eine der besten Sachen ist, die Kaos GL geschafft hat. Als dann 2005 Pozitif Yaşam gegründet wurde – nicht als LSBTI-Organisation, das muss ich dazusagen –, trat der Verein sofort mit Slogans wie »HIV ist eine Menschenrechtsfrage«, »HIV-Positive haben dieselben Rechte wie alle anderen« oder »Es kann alle treffen« auf. Kaos GL und andere Organisationen haben diese Sichtweise übernommen und so konnte die Distanzierung vonseiten der LSBTI-Strukturen aufgebrochen werden. Heutzutage ist es vollkommen üblich, bei LSBTI-Veranstaltungen – zum Beispiel am CSD – auch etwas zum Thema HIV zu machen. Um HIV kommt da niemand mehr herum.

Nach einer Weile habe ich gemeinsam mit den anderen Fachleuten Pozitif Yaşam den Rücken gekehrt. Wir hatten konkrete Probleme mit dem Vereinsmanagement, aber auch unterschiedliche ethische Vorstellungen. Unsere Gruppe gründete dann *Pozitif-İz Sivil Toplum Girişimi* (Zivilgesellschaftliche Initiative Pozitif-İz). Über den Namen können wir nachher noch sprechen. Da in unserem Land seit geraumer Zeit der Ausnahmezustand herrscht, haben wir in Bezug auf eine Vereinsgründung noch nichts unternommen. Aber auch als Initiative sind wir im Kontakt mit Menschen, die frisch eine Diagnose bekommen haben, weil sie von Krankenhäusern an uns verwiesen werden. Wir haben auch schon erste Projekte verwirklicht. Mit fast 60 HIV-Positiven haben wir Peer-Beratungs- und Kapazitätsaufbau-Workshops in Ankara, Istanbul und Izmir durchgeführt. Auch bieten wir einmal in der Woche Beratung in der Gesundheitsverwaltung des Bezirks Istanbul-Şişli an. Jedes Mal, wenn wir dort sind, treffen wir mindes-

geplante Pride widerspreche den Gebräuchen und Werten der Gesellschaft in der Türkei, argumentierte er. Das Verbot veranlasste unterschiedliche Queer-Gruppen, sich in einer Initiative mit dem Namen LambdaIstanbul zusammenzuschließen. Vgl. Zülfükar Çetin (2015): Die Dynamik der Queer-Bewegung in der Türkei vor und während der konservativen AKP-Regierung. Berlin: SWP. https://www.swp-berlin.org/fileadmin/contents/products/arbeitspapiere/AP_FG_Europa_2015_08.pdf sowie die Interviews mit Arzu Rezzan Sunam, Tuğrul Erbaydar und Umut Güner.

tens zwei oder drei Menschen, die gerade ein positives Testergebnis bekommen haben. Was können Menschen unmittelbar nach der Diagnose tun? Wenn die Person keinen Zugang zum SGK hat, muss sie Anträge ausfüllen, sich an staatliche Stellen wenden und so weiter. Wir entwerfen gemeinsam den Fahrplan dafür. Auf diese Weise setzt sich meine ehrenamtliche Beratungstätigkeit nun bei Pozitif İz fort.

Darüber hinaus gab es, wie bereits erwähnt, AIDS Savaşım Derneği, bei dem Herr Muhtar Çokar und Dr. Güneş Tomruk mitgemacht haben.¹¹ Später wollten die beiden alle Vereine, die zu HIV und Aids arbeiteten, unter einem Dach zusammenfassen. So eine Art Konföderation sollte das sein. Was daraus geworden ist, weiß ich nicht, ich hatte irgendwann aufgehört, den Prozess zu verfolgen.

Handelte es sich dabei um die HIV/AIDS STK Plattformu (NGO-Plattform zu HIV/Aids)?

Nein. Das war etwas, dass ganz auf Dr. Tomruk und sein Umfeld zurückging. Ich weiß nicht einmal, ob diese Aids-Konföderation überhaupt existiert oder in welchem Stadium sich ihre Gründung befindet.

Es gibt aber auch Vereine, die von Ärzt*innen gegründet wurden. Ein Verein, der von Prof. Dr. Fehmi Tabak und anderen Infektiolog*innen von der Medizinischen Cerrahpaşa-Fakultät der Universität Istanbul gegründet wurde, gibt beispielsweise eine Zeitschrift namens *HIV End* heraus. Sie organisieren auch viele Workshops und Konferenzen zu den medizinischen Aspekten von HIV und kümmern sich um die Weiterbildung von Ärzt*innen. Und es gibt *Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyonlar Derneği* (Verein zu sexuell übertragbaren Infektionen), den Prof. Dr. Deniz Gökengin von der Ege-Universität in Izmir maßgeblich mitgegründet hat. Auch sie machen viel zu HIV. Das war es aber vielleicht auch schon, was es an NGOs gibt.

Davon unterscheiden sich eigentlich nur Pozitif İz und Pozitif Yaşam grundsätzlich. Diese beiden Organisationen sind unabhängig von Ärzt*innen und anderen Fachleuten. Sie wurden direkt von Menschen gegründet, die mit HIV leben, also aus der Patient*innen-Perspektive. Ach, und dann gibt es auch noch *Kırmızı Kurdele İstanbul* (Rote Schleife Istanbul), die das Bewusstsein zu HIV stärken wollen. Es geht ihnen nicht so sehr darum, Menschen zu unterstützen, die mit HIV

¹¹ Vgl. auch die Interviews mit den beiden.

leben. Aber sie produzieren umfangreiches Wissen, Dokumente und viele Poster.

Sie sind derzeit an der Gründung von Pozitif-İz beteiligt und dort aktiv ...

Ja, Pozitif-İz ist noch kein offizieller Verein.¹² Wir sind im Augenblick zu acht. Alle zahlen 50 TL ins gemeinsame Budget, sodass wir jetzt schon eine Website¹³ haben. Wir haben mit dem Geld den Webspace und die Adresskosten bezahlt. Da wir viele Menschen von früher kennen, werden Menschen mit neuer Diagnose direkt an uns verwiesen, sodass wir bereits jetzt vielen Menschen helfen und sie unterstützen können.

Das heißt, sie verfügen über eine Organisationsstruktur, auch wenn der Verein noch keine juristische Person ist?

Ganz genau. Viele Universitäten und andere Institutionen wenden sich direkt an uns, weil sie unsere Workshops bei sich anbieten wollen.

Auch wenn Sie heute bei Pozitif-İz aktiv sind, möchte ich Ihnen auch ein paar Fragen zu Pozitif Yaşam stellen. Ich habe den Eindruck, dass Pozitif Yaşam lange Zeit der einzige Verein gewesen ist, der von Positiven gegründet wurde.

Wir können sicher sagen, dass das einmal so war. Es gab die Wahrnehmung, dass es keine Alternative zu Pozitif Yaşam geben könne, was im Management zu einem übertriebenen Selbstbewusstsein bezüglich des Vereins führte. Weil wir dies nicht unterstützen und fortsetzen wollten, haben wir Pozitif-İz gegründet. Pozitif Yaşam hatte sich mittlerweile in eine Organisation entwickelt, die andere Ideen und Arbeitsweisen nur noch von oben herab betrachten konnte. Dies war neben Managementfehlern in Finanzfragen einer der wichtigsten Gründe, warum wir im September 2016 den Verein verlassen haben. Neben mir handelt es sich um weitere Kolleg*innen, die in der Koordination, für die Website und im Beratungsteam gearbeitet hatten. Pozitif Yaşam ist weiter im Feld HIV und Aids tätig. Sie verfügen ja nach wie vor über das Image, der einzige Verein zu sein, bei dem Menschen, die mit HIV leben, Unterstützung bekommen können. Selbst wenn sie es nicht wollten, wäre es so. Sie sind eine Marke, sie haben einen bekannten Namen.

12 Am 26. April 2018 hat die Initiative gemäß eigenen Angaben den Status eines eingetragenen Vereins erhalten.

13 Vgl. die Webseite von Pozitif-İz: <https://www.pozitifiz.org>.

Wir haben uns mit Pozitif-İz auf den Weg gemacht zu zeigen, dass dies nicht so sein muss. Von der Peer-Beratung bis zum Case-Management verfügen wir bereits jetzt über eine Palette von Angeboten. Wir sind ja alles Menschen, die bei Pozitif Yaşam ihre Fertigkeiten erworben und Erfahrungen gesammelt haben. Aber wir wollten nicht, dass diese da einfach zurückbleiben. Deswegen haben wir uns auf den Weg der Vereinsgründung gemacht. Sobald der Ausnahmezustand aufgehoben wird, werden wir den Prozess fortsetzen. Wir möchten mit einem kleinen Projekt und kleinen eigenen Räumen starten. Wir haben bei GlaxoSmithKline¹⁴ eine Idee eingereicht und sie haben uns Geld bewilligt, das wir über einen anderen Verein abrechnen müssen, weil wir selbst noch nicht als juristische Person auftreten können. So haben wir es geschafft, dass Menschen, die in Ankara, Istanbul und Izmir mit HIV leben, Workshops zu Peer-Beratung und Kapazitätsaufbau bekommen konnten. Für HIV ist Peer-Beratung wirklich eine unerlässliche Methode, denn dieses Erstgespräch beeinflusst alle Teile ihres zukünftigen Lebens. Sobald wir als Verein eingetragen sind, wollen wir das Projekt in allen Teilen der Türkei umsetzen, damit überall Peers qualifiziert werden können, die die Idee dann für sich übernehmen und auf diese Weise arbeiten können.

Ich kenne außer Pozitif Yaşam und Pozitif-İz noch ein paar weitere Organisationen. Du hast schon Kırmızı Kurdele İstanbul erwähnt. Es gab aber auch Poder (Pozitifler Derneği, Verein von Positiven)¹⁵ ...

Poder hat sein Büro 2008 oder 2009 geschlossen, 2011/12 ist der Verein dann offiziell aufgelöst worden. Auch Poder war eine Abspaltung von Pozitif Yaşam. Solche Sachen kommen vermutlich in allen Gruppen vor. Auch diejenigen, die Kırmızı Kurdele İstanbul gründeten, hatten sich schon vor uns vom Verein getrennt. Es existierte also ein zentraler Ort, den Menschen, die mit HIV leben, geschaffen hatten und von dem sich viele von ihnen wegen unterschiedlicher Vorstellungen oder wegen des Umgangs mit Kritik abspalteten. Es gab wohl auch politische Abspaltungen oder welche, die profitorientiert waren.

Wir haben Pozitif-İz gegründet, weil wir nicht wollten, dass unsere Erfahrungen verloren gehen. Das war unser gemeinsames Anliegen. Poder un-

14 GlaxoSmithKline ist ein multinationaler Pharmakonzern.

15 Der Verein wurde 1996 gegründet und gilt als zweitälteste Organisation von und für HIV-Positive in der Türkei. Poder wird auch in den Interviews mit Arzu Rezzan Sunam und Muhtar Çokar erwähnt.

terschied sich davon in einer Frage. Dort ging es darum, für Menschen, die mit HIV leben, Medikamente zu holen, sie ins Krankenhaus zu begleiten, zu Ärzt*innen und von dort zur Stadtverwaltung, den Eintritt in die Sozialversicherung zu organisieren – es ging also vor allem um Unterstützung durch Begleitung und nicht so sehr um individuelle Beratung. Wenn ein*e HIV-Positive*r ohne Angehörige ins Krankenhaus kam, organisierte Pöder beispielsweise Menschen, die auch über Nacht am Bett blieben. Oder es blieb gleich jemand von Pöder dort. Sie hatten dadurch sehr viel Erfahrung im Feld, aber es ging nicht lange. Aus verschiedenen Gründen lösten sie den Verein auf.

Begriffliche Aspekte von Aids und HIV: Die Rede von Gruppen und die Bedeutung des Wortes »positiv« und des Namens Pozitif-iz

Basisorganisationen oder -initiativen wenden sich im Allgemeinen an eine bestimmte Gruppe, etwa vulnerable Gruppen ...

Lassen Sie mich in diesem Zusammenhang über Pozitif-iz sprechen. HIV ist eine allgemein-menschliche Geschichte, es kann alle treffen. Und so leben wir ja auch. Die Herangehensweise bei Pozitif Yaşam orientierte sich daran. HIV ist keine Schwulenkrankheit. Sie kann jeden treffen, es ist ein gesundheitliches Problem. Es gibt aber auch die andere Seite: Es kann schon sein, dass das Vorkommen unter Schwulen höher ist, es mag wirklich so sein. Wenn wir uns die sexuellen Übertragungswege anschauen, ist der riskanteste Kontakt der Analverkehr, dann kommt der Vaginal- und schließlich der Oralverkehr. Beim Analverkehr denkt man zuerst an LSBTI, deswegen wäre es sinnvoller von »Gruppen, die näher an riskantem Verhalten sind«, statt von »Risikogruppen« zu sprechen.

Es geht also nicht um Risikogruppen, sondern um riskantes Verhalten. In der Folge erscheinen verheiratete oder verlobte heterosexuelle Paare als Gruppe, die in den letzten Jahren verstärkt positiv getestet werden. Darunter können sich sicher auch Bisexuelle befinden, wir fragen ja niemanden nach der sexuellen Orientierung. Die unbeliebteste Frage ist immer: Wo hast du es her? Wie ist es passiert? Das ist eine Frage, die Menschen verstört. Es geht ja um eine gesundheitliche Frage, die eine medizinische Erklärung erfordert, du musst das ja irgendwo her haben. Dabei spielt die Frage, woher du es hast, wie es passiert ist, eigentlich überhaupt keine Rolle für die Therapie, die du bekommen wirst, und auch nicht für den weiteren Verlauf deines

Lebens. Deswegen sind HIV-Positive für uns weder eine verletzliche noch eine zu »anderen« erklärte oder auf eine andere Weise definierte Gruppe.

In unserer Arbeit, die sich an die Gesamtgesellschaft richtet, gehen wir auf solche Fragen ein. Wenn wir eine Broschüre herausgeben, können dort zwei Händchen haltende Männer abgebildet sein, genauso wie eine Mutter-Vater-Kind-Konstellation. Wir sind überzeugt, dass es angemessener ist, die eigene Politik an der Gesamtgesellschaft auszurichten. Jede vermeintlich vulnerable Gruppe wird ja durch das System erst erzeugt. Affirmativ von solchen Gruppen zu sprechen, würde dieses System doch nur verstärken.

HIV wird vor allem als sexuell übertragbare Infektion wahrgenommen, aber es gibt auch andere Übertragungswege ...

Klar, es gibt auch den intravenösen Drogengebrauch und die Bluttransfusionen. Bei Letzteren haben wir vier, fünf Fälle in der Türkei. Es gibt beispielsweise Kinder und Familien, die sich über Blutkonserven des *Roten Halbmondes* infiziert haben. Der letzte Fall war in Urfa, im kurdischen Gebiet der Türkei. Ich habe ja vom Risiko bei den Übertragungswegen gesprochen und mich auf die sexuelle Übertragung konzentriert. Das Risiko bei Blut-zu-Blut-Kontakt, etwa beim Benutzen von Injektionsnadeln oder einer Bluttransfusion, ist im Vergleich höher, aber solche Sachen kommen im Leben nicht besonders oft vor. In der Türkei gibt es beispielsweise folgendes Problem: Es ist schwierig, Menschen zu erreichen, die intravenös Drogen gebrauchen, denn die Substanzen sind nicht legal und Informationen im Zusammenhang damit lassen sich höchstens über *AMATEM* (Alkol ve Madde Tedavi ve Eğitim Merkezi; Behandlungs- und Bildungszentrum für Alkohol- und Substanzmissbrauch) erreichen, das Behandlungs- und Bildungszentrum für Alkohol- und Substanzmissbrauch am Seelen- und Nervenkrankenhaus im Istanbuler Bezirk Bakırköy.¹⁶ Es gibt aber kaum dokumentierte Fälle in der Türkei. Denn die Menschen sind nicht erreichbar – oder aber, wenn Sie sie doch erreichen, werden diese Personen Ihnen nicht unbedingt erzählen, wie sie sich angesteckt haben. Unter Umständen wissen das nicht einmal die behandelnden Ärzt*innen.

Wenn wir uns die Statistiken anschauen, sind 70 Prozent der Personen mit einer positiven Diagnose heterosexuelle Männer. Folgt aus den Statistiken nicht, dass heterosexuelle Frauen durch ihre Partner einem Risiko ausgesetzt werden?

¹⁶ Vgl. dazu auch die Interviews mit Doğan Güneş Tomruk und Muhtar Çokar.

Ganz genau. Wenn es wirklich eine wehrlose Gruppe gibt, sind das die Hausfrauen. Wenn ich davon ausgehe, was ich höre, kommt es viel seltener vor, dass Ehefrauen ihre Partner »betrügen«. Es gibt viele Fälle, wo der Mann außerhalb der Partnerschaft eine Menge erlebt und mit seiner Partnerin keine Schutzkultur entwickelt hat. So wird sie direkt mit-infiziert. Hier gibt es so viele Parameter ... Ist der Mann wirklich heterosexuell oder hat er eine bisexuelle Seite? Ist er wirklich heterosexuell, praktiziert aber mit anderen Frauen Analverkehr? Darauf gibt es keine eindeutigen Antworten. Ohne es zu wissen, sind die Hausfrauen diejenigen, die sich in riskanten Situationen befinden. Denn Frauen und Männer sehen ab einem bestimmten Alter das Kondom nur als Methode zur Schwangerschaftsverhütung. Sie denken also, dass sie es benutzen sollten, wenn sie kein Baby wollen, aber nicht als Schutzmethode vor irgendeiner Infektion.

Gibt es denn Angebote, die sich unmittelbar an diese Frauen wenden?

Nein. Es gibt nichts, was sich direkt an Frauen richtet. Als ich noch bei *Pozitif Yaşam* war, wollten manche Frauenorganisationen Veranstaltungen oder Kampagnen organisieren. Aber es gab keine zielgruppenspezifischen Formate. Vielmehr wurde dann versucht, vorhandene Sachen »an die Frau zu bringen«. Aber ich habe es ja vorhin schon gesagt: Weder das Gesundheitsministerium noch das System betrachten HIV als Thema, das Frauen betrifft. Ich bin mir auch nicht sicher, ob sich ein solches Problembewusstsein einstellen wird.

Als letztes möchte ich auf den Begriff »positiv« zu sprechen kommen. Wir haben von drei Vereinsnamen gesprochen: Pozitif Yaşam, Poder und nun Pozitif-İz. Warum gerade dieser Name?

Ein positives Testergebnis ist im medizinischen Sinn ja nichts besonders Gutes. Wenn gesundheitlich alles in Ordnung wäre, müsste ihr Testergebnis negativ ausfallen. Sie würden sich über jedes Ergebnis freuen, das negativ ausfällt. Wenn hingegen ein Schwangerschaftstest positiv ausfällt, freuen sie sich sehr. Das ist wirklich etwas Positives. Es wird sich in ihrem Leben etwas zum Positiveren verändern, ihre Familie wird ein neues Mitglied bekommen und so weiter. Manche Menschen interpretieren ein positives HIV-Testergebnis genauso, ich kenne solche Fälle. Das Testergebnis teilt ihnen mit, dass, medizinisch gesehen, das Virus bei ihnen nachweisbar ist. Bei Pozitif-İz benutzen wir dieses Positiv-Sein nicht nur im medizinischen Sinn, sondern auch in Bezug auf die Gesellschaft und die Person. Was

wir damit sagen wollen, ist dies: Dieses medizinisch »Positive« lässt sich auch sozial in etwas »Positives« umwandeln. Wenn wir Pozitif-İz in einem Wort schreiben, wird daraus »pozitifiz«, was auf Türkisch bedeutet: »Wir sind positiv.«

Wir haben uns aber bewusst für den Bindestrich entschieden, weil darin auch »pozitif iz« (positive Spur) anklingt. Wir wollen eine Spur hinterlassen. Es steckt so viel Er-Lebtes in uns. Die Spur soll gestatten, uns folgen zu können. Andere Betroffene sollen uns folgen können, um selbst weniger Schaden zu nehmen, weniger Trauer zu erleben, sich schneller auf das neue Leben einstellen zu können. Denn es ist ja wirklich nicht einfach, eine Diagnose zu bekommen und darüber zu sprechen. Es wird ihnen nicht gelingen, die Situation zu normalisieren, wenn sie nicht offen sind, wenn sie es niemandem erzählen und mit niemandem darüber sprechen können, wenn es also nur die Ärzt*innen und sie wissen. Und solange sie die Situation nicht normalisieren können, leben sie jeden Tag mit dem unbequemen Gefühl, ihrer Mutter, ihrem Vater, ihren Freund*innen oder Partner*innen etwas zu verschweigen. Es ist wichtig, über solche Sachen zu sprechen. Dafür ist es notwendig, dass die Person selbst eine Menge über den medizinischen Prozess lernt. Und sie muss über die Wegmarken informiert sein, um ihr Leben nun mit HIV fortsetzen zu können. Dafür müssen Gespräche mit Ärzt*innen stattfinden, es müssen Anweisungen befolgt werden. Es gibt auch ein weiteres Problem, das Trauma nach der Diagnose genannt wird: das, was sie erleben, wenn sie die Diagnose bekommen, Dinge, die in ihnen selbst ablaufen oder die sie daran hindern, die erste Phase nach der Diagnose zu überwinden.

Es ist noch gar nicht lange her, drei, vier Jahre vielleicht, da hat ein HIV-Positiver, der im wehrpflichtigen Alter war und ans Heiraten dachte, in einem Forschungs Krankenhaus vom ärztlichen Personal gehört: »Ach, weißt du, du hast eh nicht mehr so viel Zeit. Denk bloß nicht über den Militärdienst nach, leb dein Leben, solange du es noch kannst ...« Das ist im asiatischen Teil Istanbuls passiert. In diesem Krankenhaus hat es offensichtlich noch nie ein HIV-Follow-up und keinen HIV-positiven Fall gegeben. Die Aussage ist: »Du brauchst nicht zum Militär zu gehen, du brauchst nicht zu heiraten. Es gibt es nichts mehr zu tun, du wirst ohnehin nie heiraten können ...« Aber es gibt doch kein Gesetz, das HIV-Positiven verbietet zu heiraten. Da gibt es keine Sanktionen. HIV-Positive können heiraten wie alle anderen auch, sie können negative Babys bekommen, es gibt Wege der Spermareinigung, der Befruchtung et cetera. Und Menschen, die ihre Medi-

zin regelmäßig einnehmen und in der Lage sind, dies nachzuweisen, können auch auf regulärem Weg schwanger werden. Wissenschaftliche Studien unterstützen diese Sachen, mittlerweile werden die Methoden deswegen auch in der Türkei angewandt. Ich kenne mindestens 20 Paare mit mindestens einem HIV-positiven Teil, die ein negatives gemeinsames Baby haben.

Was ich sagen möchte, ist dies: Das Sägen am Ast der Menschen beginnt bereits im Krankenhaus, dort, wo man besonders geschützt sein sollte. Dort werden dir unter Umständen die schwersten Wunden zugefügt. Du beginnst automatisch damit, dich zurückzuziehen, wenn nicht die Menschen auf der Straße, sondern das Fachpersonal, die Zuständigen, dich schlecht behandeln. Es ist wirklich schwierig, die Abwärtsspirale des Diagnose-Traumas zu verlassen.

Ich habe Pozitif-İz tatsächlich immer als »pozitifiz«, also »Wir sind positiv«, gelesen.

Ha ... Naja, die Website ist ja auch zusammengeschrieben: »www.pozitifiz.org«.

Ich habe das als Selbstbezeichnung verstanden im Sinn von: »Ich bin positiv und stehe dahinter« ...

Ich verstecke mich nicht, ich verberge mich nicht.

Wie einfach ist es, das öffentlich zu äußern? Kennen Sie Empowerment-Angebote, die hierbei Unterstützung leisten?

Nun, das ist so ... Ich würde zum Beispiel gern überall, an einer Universität, bei der Institution, für die ich arbeite, hier und da, über meine positive Identität sprechen. Ich würde gern in einem Fernsehprogramm auftreten und sagen: »Ich bin HIV-positiv, nehmt das zur Kenntnis!« Aber egal, wie bewusst ich damit umgehe, verfüge ich nicht über das Selbstbewusstsein, das ich bräuchte, um all die Sachen zu ertragen, denen mein Umfeld mich dann aussetzen würde. Bisher jedenfalls ... Ich würde wirklich gern in einem TV-Programm auftreten und sagen: »Menschen, die mit HIV leben, sind normale Menschen wie ich. Sehen sie mich zum Beispiel, ich lebe seit 14 Jahren damit. Hätte ich es nicht gesagt, wären sie nie von allein darauf gekommen.«

Das – oder zumindest etwas Ähnliches – machte seinerzeit Selahattin Demirel¹⁷. In einer kleinen Stadt irgendwo in der Türkei trug er seine

17 Vgl. dazu auch die Interviews mit Arzu Rezzan Sunam und Umut Güner.

positive Identität nach außen. Zuerst gingen die Menschen nicht mehr in sein Haus. Sie schlossen ihn ziemlich aus. Aber dann begann das Gesundheitsministerium, diesen Menschen zu unterstützen. An der medizinischen Fakultät einer Universität wurden Studien durchgeführt, die zeigten, dass HIV keine besonders einfach übertragbare Sache ist. Darüber hinaus hat die Gesellschaft in der Türkei noch keinen Menschen kennengelernt, der so viel Selbstvertrauen hatte, sich auf nationaler Ebene oder überhaupt im öffentlichen Raum als HIV-positiv zu bezeichnen.

Ich kenne aus der Beratung Theater- und Filmschauspieler*innen und andere Künstler*innen, Sänger*innen und so weiter. Sie sind ziemlich prominent, manche sind dem Höhepunkt ihrer Karriere sehr nah oder haben ihn bereits überschritten. Ich würde mir wünschen, dass auch sie offener damit umgehen können. Wenn wir nur ein Vorbild hätten ... Denn wenn eine*r an die Öffentlichkeit geht und sagt: »So, Leute, ich bin HIV-positiv«, werden weitere folgen, da bin ich mir sicher. Herr Demirer hatte es gewagt und viele waren bereit, ihm zu folgen. Aber dann starb er. Nicht an HIV, sondern an Krebs, das muss man ergänzen. Ich habe immer gedacht, wenn er noch am Leben wäre, hätte ich schon längst der ganzen Gesellschaft alles mitgeteilt ... Egal, was ich denke, wie offen ich bin: Die Leute vom Tante-Emma-Laden, in dem ich mein Brot kaufe, oder die ältere Nachbarin ein Stock über mir – sie wissen nicht, dass ich mit HIV lebe. Sie müssen es aber auch gar nicht wissen.

Der Ansatz, vom Kampf auszugehen, treibt die HIV-Positiven in den Untergrund ...

Die Ambivalenzen der Aids/HIV-Arbeit zwischen Prävention und Antidiskriminierung

Zülfukar Çetin im Gespräch mit Arzu Rezzan Sunam

*Arzu Rezzan Sunam war eine der frühen Aktivist*innen und Mitarbeiter*innen von Pozitif Yaşam Derneği (Verein Positives Leben)¹. Im Kontext von Aids und HIV gilt der Verein als bekannteste Basisorganisation in der Türkei. Aufgrund von internen Konflikten beendete Rezzan Sunam ihre Tätigkeit für Pozitif Yaşam im Jahr 2010. Das Interview wurde am 25. September 2017 in ihrem Büro in Istanbul durchgeführt. Darin berichtet sie zunächst von ihren ersten Begegnungen mit Aids und HIV. Sie beschreibt den frühen Umgang mit der Thematik, den sie als Produktion moderner Mythen bezeichnet. Anschließend geht sie auf die Gründungsgeschichte und die Tätigkeit von Pozitif Yaşam ein. Sie unterscheidet die Antidiskriminierungsarbeit dieser Basisorganisation von der professionellen Präventionsarbeit, wie sie etwa bei AİDS Savaşım Derneği (Verein für den Kampf gegen AIDS) geleistet wird, und spricht von den unterschiedlichen Aufgabenbereichen und Zielsetzungen, die zur Ausdifferenzierung der Aids/HIV-Bewegung geführt haben. Weitere Themen sind die Ambivalenzen der Ziel- und Risikogruppenorientierung, die Bedeutung der Bezeichnung Pozitif Yaşam und die Zusammenarbeit mit anderen NGOs, dem Staat und den Parteien. Schließlich spricht Rezzan Sunam über die »Aids-Industrie«, die ein »schmutziges Geschäft« mit den Betroffenen betreibt.*

1 Vgl. dazu auch die Interviews mit Canberk Harmancı, Umut Güner und Yasin Erkaymaz.

Biografische Zugänge: Von der Universität zur Aids- und HIV-Arbeit

Zülfukar Çetin: *Würdest du mir zum Einstieg ein bisschen von dir selbst erzählen? Du hast Pozitif Yaşam Derneği (Verein Positives Leben) mitgegründet, ein Verein, bei dem auch HIV-Positive aktiv sind?*

Arzu Rezzan Sunam: Eigentlich gehöre ich nicht zu den Gründungsmitgliedern. Als ich dazustieß, gab es den Verein bereits. Aber manche glauben das, weil ich in den ersten Jahren – vielleicht viereinhalb, fünf Jahre lang – diejenige war, die am aktivsten im Verein gearbeitet hat. Das war so zwischen 2006 und 2010. Dann ging ich und seitdem mache ich fast gar nichts mehr. Ich bin aber immer noch Vereinsmitglied.

Erinnerst du dich, wann du das erste Mal mit HIV oder Aids zu tun hattest? Was dachtest du, als du das Wort Aids zum ersten Mal hörtest?

Es gab Kampagnen und Informationsmaterial bei den Bildungseinrichtungen und so. Ich habe meinen Master an der Boğaziçi-Universität in Istanbul gemacht, da hörte ich Dinge und Slogans wie: »Vorsicht bei Nadelstichen!« Ich erinnere mich auch an Geschichten mit dem Inhalt: »Vorsicht vor Nadelstichen im Kino!« Ich hielt das für moderne Mythen, die ich vom Hörensagen kannte.

Wie kam es zu meinem eigenen Bezug zur Thematik? Ich wollte schon immer etwas Nützliches machen. Ich studierte Umwelttechnik und arbeitete an der Uni in Projekten mit. Wir erstellten beispielsweise eine ökologische Modellierung für Dalyan, einen touristischen Ort in der Provinz Muğla, um mögliche Entwicklungen und ihre Auswirkungen vorhersagen zu können. Das Modell wurde dann zwar nicht in Dalyan, aber doch in Italien angewandt.

Umwelttechnik war nicht wirklich das Fach, das ich hatte studieren wollen. Vielleicht wollte ich nicht einmal etwas Technisches studieren, aber wir sind eben auch Opfer dieses Hochschulsystems². Nach der Umwelttechnik absolvierte ich noch einen Master im Wirtschaftsingenieurwesen. Ich dachte, das wäre ein Feld, das etwas mehr auf Anwendbarkeit zielt und das auch direkter mit zentralen gesellschaftlichen Fragen verknüpft wäre als die Umwelttechnik. Dann wollte ich einen Master in Ingenieurwesen machen und kam in ein entsprechendes Programm an der Boğaziçi-Universität.

2 Zum Hochschulsystem in der Türkei vgl. DAAD (2017): Kurze Einführung in das Hochschulsystem und die DAAD – Aktivitäten 2017, https://www.daad.de/medien/der-daad/analysen-studien/laendersachstand/tuerkei_daad_sachstand.pdf (25.11.2018).

Auch dort arbeitete ich in Projekten mit. Als Resultat unserer Arbeit wurde unter anderem der *Enerji Ekonomisi Derneği* (Verein für Energieökonomie) gegründet. Es ging darum, Projekte im Zusammenhang mit dem Kyoto-Protokoll, also dem Rahmenübereinkommen der Vereinten Nationen über Klimaänderungen, zu entwickeln. So kam ich zu Fragen der Nachhaltigkeit, insbesondere auch zu erneuerbaren Energien. Aber meine Abschlussarbeit war wiederum eine Modellierung. Es ging darum, den Energiebedarf der Türkei zu errechnen. In dem Bereich gab es noch kaum Modelle.

In dem Zeitraum wurde mir klar, dass sich Universität und Aktivismus nicht gut vereinbaren lassen. Deswegen beschloss ich, in der Zivilgesellschaft zu arbeiten. Es kam mir vor, als wäre alles, was ich an der Universität erarbeitet hatte, in einer Schublade gelandet. Ich wollte es aber endlich in Tat umsetzen. Das war etwa im Jahr 2004. Wow, das ist schon 13 Jahre her.

Damals gab es noch nicht so viele Möglichkeiten, in NGOs zu arbeiten. Als ich mit ein paar Leuten sprach, sagten alle: »Du hast einen Masterabschluss einer Eliteuniversität und willst als Sekretärin arbeiten?« Ich erwiderte: »Ach was, es gibt doch hier wie da Möglichkeiten. Auch ihr könntet Projekte machen.« Also half ich ihnen dabei, Visionen zu entwickeln. Und naja, nach einigem Hin und Her begann ich dann, bei *Toplum Gönüllüleri Vakfı* (TOG; Stiftung für gesellschaftliche Freiwilligenarbeit³) zu arbeiten. Dort gab es damals Meinungsverschiedenheiten zu Fragen wie: Sollen unsere Aktivitäten viel öffentliche Resonanz erzeugen oder wollen wir möglichst vielen Einzelpersonen dabei helfen, ihr Leben zum Besseren verändern? Zusammen mit einer Gruppe anderer Personen trennte ich mich deshalb nach einem Jahr von der Stiftung.

Danach kam ich zu einem Verein, in dem die Projektarbeit die Übernahme von etwas mehr Verantwortung gegenüber der Gesellschaft wie gegenüber der Institution selbst erforderte. Aber ich wollte immer noch etwas Handfestes machen, etwas Nützliches. Ich war noch nicht an einen Punkt gekommen, wo das wirklich gelungen war. Während ich bei diesem Verein arbeitete, las ich ein Buch. Ich erinnere mich nicht mehr an den Titel. Es war die Lebensgeschichte einer Frau in einem afrikanischen Land, ihre Auseinandersetzung mit Aids. Das Buch bewegte mich sehr und ich begann, mich zu fragen, wie wohl die Situation in der Türkei aussah. Ich meldete

3 Die TOG ist eine Jugendorganisation, die 2002 in Ankara gegründet wurde und landesweit tätig ist. Laut ihrer Website hat sie bisher in 80 Städten insgesamt 1.839 Jugendprojekte gefördert, in deren Rahmen sich fast 75.000 Jugendliche auf freiwilliger Basis engagierten (vgl. <https://www.tog.org.tr/>).

mich bei AIDS Savaşım Derneği (Verein für den Kampf gegen AIDS)⁴, konnte aber niemanden erreichen. Sie waren damals nicht besonders aktiv. Ich wollte erfahren, ob ich mich ehrenamtlich engagieren könne. So ging das für mich los. Damals gab es in der Türkei noch nicht so viel Bewegung in diesem Bereich. Doch gerade als ich anfing, mich mit dem Thema zu beschäftigen, wurde Pozitif Yaşam gegründet. Eines Tages sah ich zufällig eine Annonce in der Zeitung: Der Verein suchte jemanden für die Koordination eines Projekts. Ich bewarb mich und bekam die Stelle. So fing ich an, dort zu arbeiten. Das ist meine Geschichte. Aber den Verein gab es schon davor.

Tätigkeit und Erfolge von Pozitif Yaşam

Über das Gesundheitsministerium war damals der Global Fund – also der Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria⁵ – ins Land gekommen und es gab ein bisschen Geld. Ein paar Menschen, die mit HIV lebten, und ein paar Ärzt*innen, die sie unterstützten, hatten Pozitif Yaşam gegründet. Das Projekt wurde beantragt und bewilligt. Das Geld kam dann über das Gesundheitsministerium an den Verein. Ich erinnere mich nicht an die genaue Höhe, aber ich weiß noch, dass wir sofort ein Zentrum in Mecidiyeköy, im Istanbuler Bezirk Şişli, eröffneten. Damit der Ort als Beratungs- und Unterstützungszentrum funktionieren konnte, beauftragten wir Psycholog*innen und Anwält*innen. Es gab auch Sozial- und Ernährungsberatung sowie Ärzt*innen. An jedem Tag der Woche standen unterschiedliche Expert*innen bereit und Ratsuchende konnten sich zu festgelegten Zeiten an sie wenden.

Die Erfahrungen, die wir machten, gingen in immer neue Projekte ein. Einmal beispielsweise kamen viele zur juristischen Beratung und wir sahen, dass es zahlreiche Rechtsverletzungen gab. Was sollten wir mit all den Fällen machen? Wir sammelten sie und verfassten einen Bericht, den wir den Vereinten Nationen überreichten und hier und dort präsentierten, auch in den Medien. Der Bericht brachte viel Resonanz. Davon ausgehend überlegten wir, was wir noch tun könnten. Wir richteten eine Law Clinic⁶ ein und berieten

4 Vgl. dazu das Interview mit Deniz.

5 Der 2002 gegründete Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria (Globaler Fonds zur Bekämpfung von Aids, Tuberkulose und Malaria) wird auch in den Interviews mit Buse Kılıçkaya, Canberk Harmancı, Doğan Güneş Tomruk, Kemal Ördek, Muhtar Çokar, Umut Güner und Yasin Erkaymaz erwähnt.

6 Dabei handelt es sich um einen kostenlosen Rechtsbeistand.

Menschen, die mit HIV leben, hinsichtlich ihrer juristischen und medizinischen Rechte. Das hatten wir zwar davor auch schon gemacht, aber nun geschah es auf regelmäßiger Basis. Den Menschen, die zu uns kamen, sagten wir: »Schau, du wirst nicht sterben – ganz im Gegenteil, du wirst leben. Und zu deinem Leben gehört auch das Recht zu heiraten, Kinder zu haben, zu arbeiten, alle Arten von Rechten bleiben von HIV unberührt. Wenn du in solchen Gebieten Diskriminierung erlebst, komm zu uns, wir sind hier!« Nachdem sich diese Informationen verbreitet hatten, gründeten wir Peer-Projekte. Das bedeutet, dass HIV-positive Menschen andere HIV-Positive informieren.

Es kam gelegentlich auch vor, dass Ärzt*innen in Krankenhäusern den Menschen ihr Recht vorenthielten oder dass es in den Verfahren Fehler gab. Das medizinische Personal besteht ja auch nur aus Menschen, und die können Fehler machen. Wir informierten die HIV-Positiven also zur Funktionsweise des Virus, zu vorhandenen Therapiemöglichkeiten oder auch darüber, wie die Behandlung durchgeführt wird. Wir arbeiteten zum Teil auch präventiv, das heißt, manchmal intervenierten wir, damit Fehler vermieden werden, die die Gesundheit von Patient*innen gefährden konnten. Aus unserer Arbeit im Bereich des Rechtsbeistands resultierten oft sogar Gerichtsverfahren. Unter anderem gelangten wir mit vier Fällen vor den Europäischen Gerichtshof für Menschenrechte und es gab wegweisende Urteile.

Je mehr wir uns engagierten, desto eher ging es in Richtung Verbesserungen. Wir führten deswegen ein eigentliches Fallmanagement ein. Wenn uns jemand aufsuchte, ging es nicht nur um psychologische oder medizinische Beratung durch Fachpersonal. Das Ganze war viel größer aufgezogen. Wenn Klient*innen etwa einen Kinderwunsch hatten, wurde im letzten Moment noch ein Test durchgeführt. Gewöhnlich wird ja am Anfang der Schwangerschaft getestet. Im letzten Moment, vielleicht einen Monat vor der Geburt, wird also festgestellt, dass die werdende Mutter HIV-positiv ist. Nun ging es darum zu verhindern, dass das Kind infiziert wird. Aber oftmals gab es nicht einmal Medikamente. Die mussten wir erst einmal auftreiben. Anfangs haben Krankenhäuser auch HIV-Positive abgewiesen. Sie beriefen sich darauf, dass die Vorkehrungen nicht ausreichend seien und dass sie auf diese Weise andere Patient*innen vor einer Ansteckung schützen wollten. Ein paar Jahre später, als wir dasselbe Krankenhaus noch einmal aufsuchten, stellte sich dann heraus, dass nun alle Schwangeren so behandelt wurden, als seien sie HIV-positiv. Alle nötigen Vorkehrungen wurden standardmäßig bei jeder Geburt getroffen. Unser Eintreten hatte also in der Praxis etwas gebracht. Auch hier ging es nicht darum, zu streiten und destruktiv zu sein.

Für solche Situationen hatten wir unter anderem einen medizinischen Beirat, der uns unterstützte. Dort waren Ärzt*innen aus guten Krankenhäusern versammelt. Und sie haben dann, wenn es notwendig war, Druck gemacht – oder vielleicht nicht Druck gemacht, sich aber doch gekümmert, angerufen und so weiter. Das waren beispielsweise Oberärzt*innen. Pozitif Yaşam brachte die Menschen zusammen, die zusammenkommen mussten. Und für alles, was uns neu begegnete, richteten wir ein neues Projekt ein und suchten gemeinsam nach Lösungen. Wir haben schon eine Menge geleistet.

Das Selbstverständnis von Pozitif Yaşam: Zwischen Präventions- und Unterstützungsarbeit ...

Als Pozitif Yaşam gegründet wurde, existierten bereits andere Organisationen, die im Bereich Aids und HIV tätig waren. Du hast ja von AIDS Savaşım Derneği (Verein für den Kampf gegen AIDS) gesprochen. Und in Izmir gab es AIDS Mücadele Derneği (Verein zur Bekämpfung von Aids)⁷. Was unterschied Pozitif Yaşam von den anderen Organisationen?

AİDS Savaşım Derneği engagierte sich im Kampf gegen Aids. Sieklärten auf und machten Präventionsarbeit. Wie überall auf der Welt gibt es auch in der Türkei bis zu einem gewissen Grad eine Arbeitsteilung zwischen der Prävention und der Unterstützung für HIV-Positive. Bei Letzterer gab es Defizite. AİDS Savaşım Derneği scheint zwar in kleinem Maßstab versucht zu haben, auch Unterstützung zu leisten. Aber das war nicht ihr eigentliches Arbeitsgebiet. Deswegen also AİDS Savaşım Derneği: Aids bekämpfen, aber nicht HIV-Positive unterstützen.

Pozitif Yaşam hatte einen anderen Ansatz. Es gibt ja diese Redensart, dass du das am Leben hältst, wogegen du kämpfst. Ein bisschen so ist es. Der Ansatz, vom Kampf oder Krieg auszugehen, treibt die HIV-Positiven in den Untergrund. Und je unsichtbarer sie werden, desto schwieriger wird ihre Behandlung und desto mehr Diskriminierung gibt es. Weil Aids als ein wahres Monster dargestellt wurde, als schlecht und was weiß ich, nahmen auch die Vorurteile zu. Im Zweifelsfall lässt du dich nicht testen, wenn du

7 Der Verein wurde 1991 auf Initiative der Mikrobiologin Melehat Okuyan gegründet. Er gilt als erste Organisation in der Türkei, in deren Namen das Wort Aids auftaucht. 1993 wurde er durch das Gesundheitsministerium als eine gemeinnützige Organisation anerkannt. 2010 stellte er aus finanziellen Gründen seine Tätigkeit ein. Vgl. auch die Interviews mit Doğan Güneş Tomruk und Muhtar Çokar.

mit Informationen wie der Folgenden konfrontiert bist: »O weh, wenn ich positiv getestet⁸ werde, ist das etwas sehr Schlimmes.« Dies führt letztlich dazu, dass die Fallzahlen steigen. Du riskierst, die Verbreitung zu fördern, weil du die Menschen ängstigst.

Mittlerweile hat sich allerdings auch in den Medien die Sprache geändert. Auch dazu arbeiteten wir, davon habe ich noch gar nicht gesprochen. Die Sprache hat sich sehr verändert. Wenn du dir die Nachrichten anschaust, hieß es damals: »Da, eine Frau mit Aids – lasst sie nicht entkommen!« Heute hingegen lesen wir: »HIV-Positive können Kinder zur Welt bringen, heiraten, arbeiten.« Wir hatten ein Medienprojekt, in dessen Rahmen wir Medienleute und Personen aus dem Gesundheitswesen miteinander ins Gespräch brachten und fortbildeten. Dabei kam etwa ein*e Journalist*in mit einer HIV-positiven Person zusammen und sollte über sie berichten. Die Artikel haben wir später auch in einer Broschüre zusammengefasst. Ach, das waren schon schöne Projekte.

Interessant. Dieses Medienprojekt habe ich auf der Website von Pozitif Yaşam gar nicht gesehen.

Ich erinnere mich nicht mehr an den Projekttitel. Die Vereinten Nationen hatten das gefördert. Menschen aus den Medien wurden fortgebildet, daraus ist dann eine Broschüre entstanden, die »Pozitif Yaşam« (Positiv Leben) hieß. Vielleicht hast du die gesehen?

Ich habe mir das Buch *Pozitif Öyküler* (Positive Geschichten) und die Berichte zu den Rechtsverletzungen angesehen, sowie die Poster und Plakate.

Ich denke, dass dieses Medienprojekt 2008 durchgeführt wurde. Wenn du dir die Berichterstattung in diesem Zeitraum anschaust, wirst du auch dazu etwas finden. Selbst im Vergleich einzelner Artikel wirst du sehen, wie schnell sich die Sprache verändert hat.

Während AIDS Savaşım Derneği also Präventionsarbeit leistete, ging es Pozitif Yaşam eher um Empowerment und den Kampf gegen Diskriminierung, um eine Interessenvertretung von Positiven für Positive? Oder habt ihr doch auch präventiv gearbeitet?

Das war nicht unser Arbeitsgebiet, aber indirekt haben wir natürlich auch präventiv gearbeitet. Im Endeffekt bedeutete es ja auch eine Form der Aufklärung, wenn in den Zeitungen oder im Fernsehen angemessen über HIV

8 Im Original: »Aids getestet«.

und Aids berichtet wurde. Wir gingen am 1. Dezember, dem Welt-Aids-Tag, mit unseren Bannern auf die Straße. Wir haben zum Beispiel unsere Messages mit Plakaten wie »HIV wird nicht durch Umarmungen übertragen«, »HIV wird nicht durch Küssen übertragen« oder »HIV wird nicht im zwischenmenschlichen Umgang übertragen« veröffentlicht. Im Endeffekt ist das ja auch eine Form der Informationsweitergabe. Wir gaben Broschüren über Übertragungswege – und über Wege, auf denen keine Übertragung stattfindet – heraus. Auf eine Weise steckten wir also auch in der Prävention drin, aber das war nicht unser eigentliches Gebiet.

Und eine der wichtigsten Sachen im Feld der HIV/Aids-Prävention sind die ehrenamtlichen Testberatungsstellen. Sie waren in der Zeit der Finanzierung durch den Global Fund eingerichtet worden, liefen aber nicht lange. Wir bemühten uns um eine Fortführung. Solche kostengünstigen Zentren, die gut funktionieren und einen anonymen Test ermöglichen, sind sehr wichtig. Je früher eine Diagnose vorliegt, desto weniger Neuinfektionen wird es geben. In diesem Bereich hat sich Pozitif Yaşam relativ stark engagiert.

... und zwischen Professionalisierung, Aktivismus und ehrenamtlicher Tätigkeit

Der Verein Pozitif Yaşam ist eine professionell arbeitende NGO. Er erhält internationale Fördergelder ...

Ich weiß nicht genau, wie es da im Augenblick aussieht. Aber damals war es so. Wir haben sehr professionell gearbeitet.

Wie verhielt sich Pozitif Yaşam zum Aids-Aktivismus? Oder anders gefragt: Wie lässt sich der Aktivismus des Vereins beschreiben? Ich verstehe Aktivismus als Engagement, das im öffentlichen Raum, zum Beispiel auf der Straße, interveniert. Mit Sprechchören vielleicht, mit Aktionen, die etwas verändern wollen. In Deutschland etwa, aber auch in vielen anderen Ländern, fingen Menschen mit der Aids-Arbeit an, indem sie auf die Straße gingen, indem sie für etwas eintraten. Später professionalisierte sich das alles. Positive Menschen schufen sich zum Teil auch ihre eigenen Arbeitsplätze, indem sie etwa Beratungsdienste aufbauten.

Ich glaube, bei Pozitif Yaşam war das sehr im Gleichgewicht. Selbstverständlich versuchten wir, so vielen HIV-Positiven wie möglich eine Arbeit

zu geben. Wir schrieben einen Projektantrag – etwa für den Rechtsbeistand oder das Medienprojekt. Dabei gingen wir natürlich davon aus, dass dieses Projekt koordiniert werden muss, dass da Arbeit im Feld geleistet wird oder dass juristische Beratung angeboten wird. So gut es ging, achteten wir immer darauf, dass HIV-Positive Teil dieser Projekte sind. Es war uns wichtig, vor allem auch Menschen zu beschäftigen, die ihre Arbeit verloren hatten, weil sie positiv waren, oder die aus anderen Gründen nicht gut über die Runden kamen.

Aber alles basierte immer auch auf ehrenamtlicher Arbeit. Beispielsweise hatten wir Projekte, die unsere Tätigkeit auf das gesamte Land ausweiten sollten. Einzelne Positive vertraten uns in Adana, Mersin, Kars oder einer anderen Stadt. Es gelang nicht, für jede Stadt jemanden zu finden, aber das war schon die Grundidee. Wenn es an einem Ort jemanden von uns gab, sollten Menschen, die ein positives Testergebnis bekamen, von dieser Person unterstützt werden. Es ging um Tätigkeiten wie einen allgemeinen Schutz vor Diskriminierung oder schlechter Behandlung, gemeinsam ins Krankenhaus zu gehen, beim ersten Testergebnis dabei zu sein, bei einer Rechtsverletzung zur Seite zu stehen, solche Sachen. Da haben viele Menschen ehrenamtlich und sehr engagiert mitgearbeitet, und zwar HIV-Positive wie -Negative. Es gab Ärzt*innen, die sensibilisiert waren, Medienschaffende, Rechtsanwält*innen. Auf diese Weise wuchs der Verein – in jedem Sinn. Menschen, die mit dem Herzen dabei waren, nicht nur die HIV-Positiven, sondern auch die Unterstützer*innen.

Da ist zum Beispiel die Kosmetikfirma Mac. Sie produzieren einen Lippenstift, der »Viva Glam« heißt und weltweit verkauft wird. Der Erlös davon geht komplett an HIV-Positive. In der Türkei hat sich dabei über die Jahre eine große Summe angesammelt. Ich spreche von einem Zeitraum von zehn Jahren und einer Summe von 100.000 Dollar. Zu Beginn gingen wir hin und unterhielten uns mit den Leuten von Mac. Wir schilderten, was wir tun, erzählten von den Lebensbedingungen von HIV-Positiven in der Türkei, von den Schwierigkeiten und Problemen, aber auch von den Bedürfnissen. Wir kamen dann auf die Idee, alle Menschen, die diesen Lippenstift verkaufen, die für Mac arbeiten, fortzubilden. Wir gingen zusammen mit HIV-Positiven hin, damit die Mitarbeitenden aus erster Hand von den Problemen hörten. Fortbildungen funktionieren bei uns nicht so, dass wir Menschen erzählen: »So und so ist Aids, das ist HIV.« Selbstverständlich vermittelten wir auch das Wissen aus den Büchern. Aber es geht auch um das Erleben, um das Eins-zu-eins-Kennenlernen. Die Mac-Leute waren

sehr beeindruckt. Früher hatten sie gesagt: »Es gibt auch diesen Lippenstift.« Nun fügten sie hinzu: »Und die Erlöse gehen da und da hin, das ist ganz wichtig.« Ich erinnere mich jetzt nicht mehr an die genauen Zahlen, aber der Absatz des nächsten Jahres war dann höher oder mindestens so hoch wie jene der vergangenen zehn Jahre oder so zusammen. Das ist eigentlich auch eine Form des Ehrenamts. Und wir konnten das Geld dann an den richtigen Stellen einsetzen. Solange das auf diese Weise passiert und alles transparent abläuft, ist das meines Erachtens auch Aktivismus. Es sind nicht nur die Forderungen, die auf einer Demonstration skandiert werden. Es geht darum, möglichst viele Menschen zu erreichen und ihnen ein Anliegen möglichst gut zu vermitteln.

Meiner Meinung nach war das das Besondere an Pozitif Yaşam, dass HIV-Positive aktiv mitarbeiten und – ohne sich über Gebühr zu »outen« und in Risikosituationen zu begeben – etwas von ihrer Realität teilen und mitteilen konnten. Sowohl Schwierigkeiten und Probleme wie auch Erfolge. Denn in Wahrheit geht es ja um alle. Das war auch das, was wir immer sagten.

Ambivalenzen der Ziel- oder Risikogruppenorientierung

Gab es bestimmte Zielgruppen, an die sich Pozitif Yaşam insbesondere wandte? Vielfach wird die Arbeit ja auf diese Weise fokussiert, es werden beispielsweise nur Drogengebrauchende angesprochen.

Es gab Frauen und Männer mit Aids und HIV, aber auch Kinder. Es gab LSBT-Personen. Aber die Übertragungswege und ihre prozentuale Verteilung – oder die Wahrscheinlichkeiten für eine Infektion – waren relativ gut bekannt. Meistens orientierten wir uns daran. Nur Drogengebrauchende trafen wir nicht oft. Ich weiß nicht, ob es die in der Türkei nicht gibt, oder ob sie sich noch mehr versteckten als anderswo und wir sie nicht erreichten.

*In manchen Ländern wurde und wird von »Risikogruppen« gesprochen, wozu etwa homosexuelle Männer, Menschen in der Sexarbeit, Migrant*innen oder Drogengebrauchende gezählt werden.*

Naja, diese Einteilung in Risikogruppen hat ja auch einen Sinn. Aber nur diese Risikogruppen im Auge zu haben, verhindert ja allein nicht die Verbreitung der Krankheit. Wenn du in der Türkei Blut spendest, wirst du gefragt: Bist du schwul, gehst du der Sexarbeit nach, hast du dir ein Tattoo stechen lassen – auch das fragen sie in der Türkei. Aber es kann ja sein, dass du gestern

mit einer vollkommen unbekanntem Person ungeschützten Sex gehabt hast, obwohl du keiner dieser Gruppen angehörst. Oder du hast vielleicht eine Blutspende erhalten und gibst das Virus dann weiter. Es ist nicht richtig, nur von diesen Risikogruppen auszugehen. Aber warum gibt es sie dann?

Im Endeffekt ist das Übertragungsrisiko beim intravenösen Drogengebrauch, also über das Blut, höher als beim Sex. Beispielsweise wenn sich zwei Menschen eine Spritze teilen. Es geht auch nicht nur um Heroin, es geht darum, dass das Virus über die Aufnahme von Blut übertragen wird. Das ist sehr ernst zu nehmen. Dann ist eine Übertragung beim Analverkehr wahrscheinlicher als über andere Wege. Das Infektionsrisiko beim Sex von Frauen und Männern ist für die Frau höher. Da geht es viel einfacher durch die Schleimhaut; eigentlich überall, wo Schleimhaut ist – im Inneren des Mundes, in der Nase oder im Auge, in der Anal- und der Vaginalregion, an der Spitze des Penis. Da das im Penis nur durch die Spitze geht, ist das Infektionsrisiko von Frauen höher als bei schwulen Männern, das ist klar. Es ist ja eine physische Sache, wie HIV übertragen wird. Die Übertragungswege sind klar und entsprechend verhält es sich auch mit den tatsächlichen Infektionszahlen.

Menschen in der Sexarbeit sind aber unter Umständen mehrmals am Tag mit anderen zusammen. Und selbst wenn sie sich schützen wollen, sind sie aus unterschiedlichen Gründen vielleicht nicht immer in der Lage dazu. Deswegen stellen sie eine Risikogruppe dar. Aber HIV hat nicht nur mit Menschen in der Sexarbeit zu tun. Wir haben sehr viele Beispiele dafür gesehen, dass der Mann sich über die Ehefrau infiziert, manchmal die Ehefrau über den Ehemann oder eben über Partner*innen, mit denen du nicht verheiratet bist. Das ist also etwas, das würde dir gar nicht einfallen, wenn du nur von den Risikogruppen ausgehst. Das Definieren einer Risikogruppe führt zudem zur Stigmatisierung und verhindert Schutz vor Infektion und vor Diskriminierung.

Während du bei Pozitif Yaşam warst, kamt ihr also ohne solche Kategorisierungen aus? Ihr machtet offene Angebote, die sich unterschiedslos an alle wandten?

Ganz genau. Es gab Frauen mit Kopftuch, die zu uns kamen, es gab Ağa⁹ und Familien von 15 oder 20 Personen, die aus den kurdischen Gebieten zu uns kamen, Onkel-Typen, Trans*-Frauen, Menschen, die der Sexarbeit nachgingen, Seeleute. Es kamen also alle, auch heterosexuelle Männer, die

9 Ein Ağa ist ein traditioneller Großgrundbesitzer.

auf Messen und Kongresse für den Handel in die Ukraine oder nach Russland gefahren waren. Sie hatten sich dort angesteckt und danach vielleicht ihre Partnerin. Frauen, die in der Schwangerschaft eine Diagnose bekommen hatten, ihre Kinder ...

Die Bedeutung von Pozitif Yaşam (Positives Leben)

Ich war sehr beeindruckt, als ich Pozitif Yaşam kennenlernte, vor allem auch wegen des Vereinsnamens. Warum positiv, warum Leben?

Pozitif Yaşam ist ein Verein, der von HIV-Positiven gegründet wurde. Es existieren ja auf der ganzen Welt Organisationen, die von People Living With HIV initiiert wurden. Es gibt sogar die offizielle Abkürzung PLHIV für solche Gruppen und Organisationen. Genau so entstand diese Bewegung in der Türkei, ein PLHIV-Verein, der von HIV-Positiven zur Unterstützung von HIV-Positiven gegründet wurde. Es ist doch nur selbstverständlich, dass ein solcher Verein Pozitif Yaşam heißt.

Ich hatte immer den Eindruck, dass damit auch ein Signal ausgesendet werden soll, HIV-Positive zu ermutigen, positiv zu leben.

Ja, eine solche Bedeutung gibt es. Viele Menschen, die ein positives Testergebnis hatten, erfuhren auch positive Veränderungen in ihrem Leben. Vorher hatten sie getrunken, geraucht, sich ungesund ernährt, nicht gut geschlafen, was weiß ich. Sie hatten sich nicht besonders um das eigene Wohlbefinden gekümmert. Deswegen gab es bei uns ja auch eine Ernährungsberatung. Die Menschen wurden insgesamt gesünder. Oder sie zogen in eine andere Stadt, tauschten ihren stressigen Arbeitsplatz gegen einen weniger stressigen und so weiter. Am Ende wird das Immunsystem ja nicht nur durch das Virus beeinflusst. Auch der Schlaf hat einen immensen Einfluss. An einem Tag geht es¹⁰ durch die Decke – und am nächsten sind die CD4-Rezeptoren im Keller. Den größten Einfluss hat vielleicht der Stress – solche Faktoren haben unglaubliche Auswirkungen auf das Immunsystem. Natürlich ist das HI-Virus schlecht für das Immunsystem. Aber das lässt sich medikamentös behandeln. Und wenn du die anderen Faktoren auch unter Kontrolle kriegst, ist es durchaus möglich, ein positiveres Leben zu führen. Das haben wir immer auch betont.

10 Hier ist das Immunsystem und dessen Tätigkeit gemeint.

Die Zusammenarbeit mit anderen NGOs, staatlichen Institutionen und Parteien

Wie lief die Zusammenarbeit mit weiteren NGOs? Als Pozitif Yaşam gegründet wurde, existierten die vorhandenen Vereine ja weiter. Nicht nur AIDS Savaşım Derneği und AIDS Mücadele Derneği, sondern auch Organisationen wie İnsan Kaynaklarını Geliştirme Vakfı (İKGV; Stiftung für die Entwicklung des Personalwesens) oder Türkiye Aile Planlama Derneği (TAPD; Verein für Familienplanung in der Türkei).¹¹ Auch sie führten Projekte zum Thema HIV durch. Gab es Probleme, als Pozitif Yaşam gegründet wurde, so nach dem Motto: »Uns gibt es doch schon«?

Bei der Gründung von Pozitif Yaşam gab es keinen Verein, der wirklich sehr aktiv war. AIDS Savaşım Derneği existierte fast gar nicht mehr. Von den verbliebenen Leuten unterstützten einige sogar Pozitif Yaşam. Auch İKGV bekam Fördergelder und unterstützte uns. Die Stiftung stellte uns einen Raum zur Verfügung, Herr Muhtar Çokar unterstützte uns auch ideell. Auch von ihnen traten einige unserem Verein bei. Umgekehrt trennten sich aber bereits in der Gründungsphase verschiedene Personen von Pozitif Yaşam und gründeten eine eigene Organisation. Aber die wurde dann wieder aufgelöst.

Du meinst Poder, bzw. Pozitifler Derneği, den Positiven-Verein?¹²

Ja, Poder.

11 İKGV (vgl. dazu auch die Interviews mit Doğan Güneş Tomruk und Muhtar Çokar) und TAPD beschäftigten sich in erster Linie mit der Bevölkerungspolitik, der reproduktiven Gesundheit und dem Recht auf Reproduktion sowie der Familienpolitik. Schon früh widmeten sie sich in diesem Zusammenhang auch der Thematik Aids und HIV, wobei sie mit staatlichen Institutionen kooperierten. TAPD war von Beginn an Mitglied der Internationalen Föderation für Familienplanung (IPPF) und begann seine Arbeit im Bereich Aids/HIV zum gleichen Zeitpunkt wie diese. Als eine der bis heute wichtigsten Initiativen des Vereins gilt die Gründung Ulusal AIDS Komisyonu (UAK; Nationale Aids-Kommission) im Jahr 1996. Vgl. Zülfukar Çetin (2017): *Intertwined Movements, Interwoven Histories: HIV and AIDS in Turkey, Disentangling European HIV/AIDS Policies: Activism, Citizenship and Health* (EUROPACH) Working Paper No. 17-001/2, <http://europach.eu/project-outcomes/library/workingpapers> (25.11.2018).

12 Der Verein wurde 1996 gegründet und gilt als zweitälteste Organisation von und für Personen mit positivem HIV-Status in der Türkei. Er wird auch im Interview mit Yasin Erkaymaz erwähnt.

Gab es andere Organisationen, mit denen ihr zusammengearbeitet habt?

Klar, die gab es. KAOS GL (Kaos, Verein für schwule und lesbische Kultur, Forschung und Solidarität) und Pembe Hayat (Pembe Hayat LGBTT Dayanışma Derneği; Rosa Leben LSBTT-Solidaritätsverein) in Ankara zum Beispiel. Sie verwiesen HIV-Positive an uns. Gelegentlich arbeiteten wir auch mit Lambdaİstanbul zusammen.¹³ Wir gingen zu ihnen und führten Informationsveranstaltungen durch. Mit Kaos GL hatten wir auch gemeinsame Projekte. Wir verteilten beispielsweise Kondome und Gleitgel in Schwulenbars. Zum einen ging es um generelle Aufklärungsarbeit, zum anderen aber auch darum, HIV-Positive zu erreichen und es ihnen zu erleichtern, sich gegenseitig richtig zu informieren. Es sollte keine Diskriminierungen innerhalb der Szene geben. Wir produzierten eine schöne Website, die sich an Schwule richtete und gezielt zu HIV und Aids informierte. Es ging also darum, das Thema auch in diesem Spektrum auf die Tagesordnung zu setzen und einen Wandel anzuregen. Es gab mit LSBT-Organisationen eine Menge Zusammenarbeit, auch mit einem anderen Verein in Diyarbakır.¹⁴

Wie ich aus anderen Gesprächen erfuhr, gab es anfangs bei Lambdaİstanbul auch Zweifel bezüglich des Einstiegs in dieses Themenfeld. Weil Aids zunächst als Schwulenkrankheit bezeichnet worden war, soll es die Befürchtung gegeben haben, dass ein solches Engagement auch zum Entstehen und der Zementierung von Vorurteilen beitragen könnte.

Ja, es gab solche Leute bei Lambdaİstanbul. Sie haben anfangs so gedacht.

Erinnerst du dich an besonders gute oder schlechte Erfahrungen in der Zusammenarbeit mit dem Gesundheitsministerium?

Sie rügten uns manchmal, wenn wir zum 1. Dezember eine Erklärung abga-

¹³ Zu Kaos GL, Lambdaİstanbul und Pembe Hayat vgl. auch die Interviews mit Buse Kılıçkaya, Tuğrul Erbaydar, Umut Güner und Yasin ErKaymaz. Kaos GL wurde 2005 offiziell als Verein registriert, Lambdaİstanbul ein Jahr später. Inoffiziell waren beide schon seit den 1990er Jahren aktiv. Mit Unterstützung durch Kaos GL wurde Pembe Hayat 2006 in Ankara als Vertretungsorganisation von und für Trans*-Personen gegründet. Vgl. Zülfukar Çetin (2015): Die Dynamik der Queer-Bewegung in der Türkei vor und während der konservativen AKP-Regierung. Arbeitspapier FG EU/Europa 2015/08, Berlin: SWP, https://www.swp-berlin.org/fileadmin/contents/products/arbeitspapiere/AP_FG_Europa_2015_08.pdf (25.11.2018).

¹⁴ Dabei handelt es sich wahrscheinlich um *Hebun Diyarbakır Lezbiyen Gey Biseksüel Transgender Derneği* (Hebun Verein für Lesben, Schwule, Bisexuelle und Transgender in Diyarbakır). Unseres Wissens existiert der Verein heute nicht mehr.

ben. Einmal legten wir dar, dass die Zahl der HIV-Positiven von 2.000 auf 4.000 gestiegen sei. Das versetzte sie in Panik. Sofort fühlte sich der Minister oder sein Staatssekretär genötigt, eine eigene Erklärung dazu abzugeben. Aber das ist ja eigentlich etwas Gutes. Wir versetzten sie in Bewegung. Je größer und erfolgreicher der Verein wurde, desto mehr musste sich das Ministerium mit dem Thema beschäftigen.

Wie reagiert ihr auf die Plakate und Kampagnen aus dem Ministerium? Es lancierte ja beispielsweise Inhalte wie: »Die einzige Lösung ist Monogamie.« Ja, sie produzierten auch solche Präventions-Spots. Und wir widersprachen ihnen. Ich erinnere mich jetzt nicht mehr an die Einzelheiten, aber wir versuchten immer, Präsenz zu zeigen und möglichst viel zu intervenieren. Manchmal wechselten die Zuständigen. Zu gewissen Zeiten gibt es da Leute mit mehr Bewusstsein für und Wissen über das Thema. Dann geht jemand und es kommt eine neue Person. Aber im Lauf der Zeit veränderte sich alles. Vor allem auch die Sprache änderte sich. Vielleicht ging der Wandel dort langsamer vonstatten als unter den HIV-Positiven und in der Gesellschaft, aber das Ministerium wurde davon schon beeinflusst. Und der Aktivismus spielte in diesem Prozess sicher auch eine Rolle.

Ihr habt also tatsächlich etwas verändern können?

Na klar, ein bisschen was erreichten wir schon. Wir waren im Parlament. Wir beteiligten uns an der Vorbereitung von Anfragen. Das passierte im Rahmen eines EU-Projektes – genau genommen im Rahmen unseres ersten EU-Projekts. Gemeinsam mit der Generaldirektion für Gesetze und Verordnungen (*Kanun Kararlar Genel Müdürlüğü*)¹⁵ lobbyierten wir für die Veränderung von Gesetzen und Bestimmungen. Im Rahmen dieses Projekts arbeiten wir auch mit dem Verein *YASADER (Yasama Derneği; Verein für Justiz und Recht)* zusammen, der im Parlament tätig war und NGOs unterstützte. Wir verbündeten uns und sie brachten uns eine Menge bei: Wie werden Gesetze geändert? Wie wird ein Gesetzentwurf erstellt? Wie wird eine Anfrage verfasst? Wie werden Vorschläge für Forschungsprojekte eingebracht? Bereits in meiner Zeit gab es etwa zehn Anfragen.

15 Zu den hauptsächlichen Zuständigkeitsbereichen der *Kanun Kararlar Genel Müdürlüğü* zählt die Beratung des Parlaments und der Regierung im Zusammenhang mit Gesetzesentwürfen und mit der Verabschiedung neuer Gesetze und Richtlinien sowie die Evaluation von kleinen Anfragen und Entwicklungsstrategien und -programmen.

Welche Parteien unterstützten euch in diesem Zusammenhang besonders?
Ufuk Uras, der als unabhängiger Direktkandidat aus einem Istanbul Wahlkreis ins Parlament gewählt worden war, und sein Umfeld unterstützten uns damals sehr. Von der CHP, der sozialdemokratischen Partei, gab es auch einzelne. Was für mich besonders interessant war: Ich hatte ganz etwas ganz anderes erwartet, als ich in die Nationalversammlung kam. Nach dem Motto: Aus Partei X kommt sicher Unterstützung, von der anderen dafür gar keine. Aber aus der Innenperspektive fiel mir dann auf, dass auch abends um neun noch viele Abgeordnete am Arbeiten waren. Vor ihren Bürotüren warteten Menschen aus dem jeweiligen Wahlkreis, dass sie an die Reihe kamen. Alle wollten den Abgeordneten von ihren Problemen berichten. Mir begegneten viel mehr Ähnlichkeiten zwischen den Abgeordneten, als ich erwartet hatte. Es gab viele Abgeordnete, die auch arbeiteten und sich kümmerten. Von außen betrachtet, vor allem vor dem Hintergrund dessen, was ich aus dem Fernsehen kannte, war das noch ganz anders gewesen. Mit vielen Abgeordneten – aus den unterschiedlichsten Parteien – unterhielt ich mich. Natürlich eher mit Abgeordneten der Oppositionsfractionen. Aber es gab auch aus der Fraktion der Regierungspartei Frauen, die zuhörten, neugierig waren und Unterstützung anboten. Vor allem unter den Frauen, die meist höhere Positionen hatten, gab es einige, die sich interessierten und Vorwissen hatten. Menschen also. Ein wenig mehr Mensch als Parteisoldatin.

Aids/HIV als schmutziges Geschäft

Gibt es einen Fall, den du nie vergessen konntest, der dir bis heute im Gedächtnis geblieben ist?

Viele! Ach, es sind so viele. Das erste Kind, das erste Baby. Sie kamen, als das Mädchen im neunten Monat schwanger war. Sie bekam im neunten Monat ihrer Schwangerschaft die Diagnose. Dann ging es ins Krankenhaus, wo es hieß: Du kannst hier das Kind nicht zur Welt bringen, weil du positiv bist. Die werdenden Eltern freuten sich auf das Kind, und völlig unerwartet kam die HIV-Diagnose. Sie waren geschockt. Naja, wir trieben dann Medikamente für das Baby auf, für die Mutter, die sozial nicht abgesichert war und so weiter und so fort. Und am Ende kam das Kind ganz gesund zur Welt und war auch nicht positiv. Und die Mutter fing mit der Therapie an und setzte sie diszipliniert fort. Das berührte uns sehr. Davor hatten wir von Fällen von Zwangsabtreibung gehört, weil die Frau positiv war.

Wirklich? In der Türkei?

In der Türkei. Wir haben schreckliche Geschichten gehört ... In den Berichten zu Rechtsverletzungen ist das dokumentiert, da kannst du sie nachlesen. In manchen Krankenhäusern sollen sehr weitreichende Isolationsvorkehrungen geschaffen worden sein. Was weiß ich, es gab auch Leute, denen gekündigt wurde. Sie habe ich auch zum Prozess begleitet. Ich war so oft vor Gericht und habe dort als Sachverständige ausgesagt. Wir haben eine Menge Diskriminierung erlebt, aber auch Erfolge.

Einer der traurigsten Fälle war natürlich der Fall von Selahattin Demirel, der zum ersten Mal in der Türkei Aids zur Sprache brachte, auch indem er über sich selbst sprach.¹⁶ Sein Tod war sehr schmerzhaft. Es gab da so viel Nachlässigkeit und Versäumnisse ... Auch die arbeiteten wir teilweise auf. Es war ein bisschen wie in einem Film über Verschwörungstheorien. Wir förderten Beweise zutage. Wo hatte es welches Versäumnis gegeben? Was, wo, in welchem Krankenhaus? Wer hatte mit welchem Pharmaunternehmen einen Deal? Und so weiter. Und wir deckten noch schmutzigere Geschäfte auf. So schmutzig, dass ich zeitweilig richtig Angst hatte – inklusive Panikattacke –, weil ich dachte, mir wird etwas zustoßen. Leider waren es genau solche Sachen, die mich am meisten trafen. Mir war, als würde ich mich selbst verlieren.

Zum Beispiel folgende Geschichte: Selahattin liegt im Sterben. Wir suchen nach Medikamenten, aber sie¹⁷ wollen keine Hilfe von uns. Wir sagen: »Vielleicht finden wir im Ausland was, sagen sie uns doch nur, um welches Medikament es geht.« Doch wir bekommen keine Antwort. Dann fahren wir auf eine medizinische Konferenz. Wir fragen, ob die Werte von Selahattin da seien und man sagt uns: »Ach, klar. Sie sind schon längst beim Oberarzt.« Und wir stellen fest, dass es eines der Medikamente, um die es geht, auch in der Türkei gegeben hätte. Es hätte nicht aus dem Ausland mitgebracht werden müssen, sondern hätte seit Jahren verschrieben werden können. Und dann der Krebs. Obwohl das Immunsystem unten ist, wird mit einer Chemotherapie begonnen. Bereits nach der ersten Chemo stirbt Selahattin. Auf so eine eklige Weise musste er sterben. Er war ein sehr wertvoller Freund und Kollege, den wir verehrten.

16 Vgl. dazu auch die Interviews mit Umut Güner und Yasin Erkaymaz.

17 Hier ist das Krankenhaus gemeint.

Was tat der Verein bei solchen Missständen, die zum Tod eines Menschen führten?

Zwei Tage bevor Selahattin starb, gelangte ich damit an die Weltöffentlichkeit. Ich listete alle Versäumnisse auf, eine lange Liste. Angefangen bei den Pharmaunternehmen ... Die Familie wollte das dann nicht. Und wir respektierten den Wunsch der Familie. Selahattin wollte es auch nicht. Wir hatten zu ihm gesagt: »So und so können wir das machen. Wir können dich ins Ausland bringen, wir würden alles für dich tun!« Aber er war seinem Professor und dem Krankenhaus verbunden. Er hatte dort jahrelang überlebt und fühlte sich in der Schuld. »Nein, das kann ich nicht«, sagte er.

Aids ist ein schmutziges Geschäft, ein sehr schmutziges Geschäft ... Diese Pharmaindustrie ... Seitdem ich im Bereich Aids arbeitete, vertraue ich dem Gesundheitssystem nicht mehr. Behüte Gott, ich will nicht mehr zu irgendwelchen Ärzt*innen gehen. Mir fehlt das Vertrauen. Natürlich lernte ich auch sehr gute Ärzt*innen kennen, das ist klar. Aber sobald Geld ins Spiel kommt, ist es ein sehr schmutziges Geschäft.

Teil III:
***Die Professionalisierung
der Aids/HIV-Arbeit***

Wir könnten die Geschichte von Aids in der Türkei mit der Gründung der Nationalen Aids-Kommission beginnen lassen ...

Ein Gespräch über Periodisierungen, Begriffe und die aktuelle Gesundheitspolitik in der Türkei

Zülfukar Çetin im Gespräch mit
Doğan Güneş Tomruk und Muhtar Çokar

*Doğan Güneş Tomruk ist promovierter Mediziner und ehemaliger Aktivist der Aids-Bewegung in der Türkei. Seine Arbeitsschwerpunkte liegen in den Bereichen der Familienplanung, der reproduktiven Gesundheit und der sexuell übertragbaren Krankheiten. In den frühen 1990er Jahren begann er, sich intensiver mit den gesellschaftlichen Dimensionen von Aids und HIV zu beschäftigen. Durch seine Tätigkeit für İnsan Kaynaklarını Geliştirme Vakfı (İKGV; Stiftung für die Entwicklung des Personalwesens)¹ engagierte er sich ab 1994 auch professionell in diesem Themenbereich. Außerdem war und ist er auf nationaler und internationaler Ebene als Gutachter und Berater tätig. Muhtar Çokar, der erst im mittleren Teil des Gesprächs das Wort ergreift, ist derzeit Generalsekretär der İKGV. Auch er ist seit den 1990er Jahren beruflich und aktivistisch im Zusammenhang mit Aids und HIV tätig.² Im Gespräch mit den beiden, das am 29. September 2017 in den Räumen der İKGV geführt wurde, geht es zunächst vor allem um die Geschichtsschreibung. Auf die Frage, in welcher Zeit er die Geschichte von Aids in der Türkei zu erzählen beginnen würde, gibt Tomruk eine Antwort, die sich deutlich von anderen Erzählungen unterscheidet. Ebenfalls im Unterschied zu einigen der anderen Interviewpartner*innen argumentiert er, dass das staatliche Interesse an der Thematik schon ab dem Jahr 2000 nachgelassen habe. Im weiteren Verlauf des Gesprächs diskutieren Tomruk und Çokar über die Dynamik der Bezeichnungspraktiken im Bezug auf Menschen, die mit HIV und Aids leben, und über die Frage, inwiefern es sich dabei um Importe aus dem »Westen« handelt.*

1 Vgl. dazu auch das Einzelinterview mit Muhtar Çokar.

2 Für weitere Informationen zu seiner Person und seinem Engagement vgl. das Einzelinterview mit Muhtar Çokar.

Berufliche Biografie und erste Begegnungen mit Aids und HIV

Zülfukar Çetin: *Herr Tomruk, würden Sie sich kurz vorstellen, insbesondere mit Blick auf ihren wissenschaftlichen und beruflichen Werdegang?*

Doğan Güneş Tomruk: Ich machte 1984 meinen Abschluss an der Medizinischen Fakultät Istanbul und bin – mittlerweile pensionierter – Doktor der Medizin. Seit Anfang der 1990er Jahre arbeite ich im Gebiet der reproduktiven Medizin. Während es anfangs vor allem die Familienplanung war, verlagerte sich der Schwerpunkt gegen Ende des Jahrzehnts auf HIV/Aids. Ich arbeite vor allem in zivilgesellschaftlichen Organisationen, aber auch als Sachverständiger in Institutionen der Vereinten Nationen – etwa beim UNFPA, dem United Nations Population Fund³, oder bei UNAIDS, dem Joint United Nations Programme on HIV/Aids.⁴ Ich war überhaupt lange und oft Sachverständiger und bin es heute noch oft, sowohl im Bereich HIV/Aids als auch in anderen Gebieten der reproduktiven Gesundheit.

Erinnern Sie sich an Ihren ersten Kontakt mit HIV oder Aids? Wann und wie ist Ihnen zum ersten Mal einer dieser Begriffe begegnet?

DGT: Von HIV/Aids hatte ich im Rahmen meines Medizinstudiums gehört. Da ich meinen Abschluss aber 1984 machte, war das damals noch ein sehr neuer Begriff. Um ehrlich zu sein, wussten wir zu der Zeit fast nichts darüber. Zwischen 1984 und 1986 absolvierte ich meinen Pflichtdienst im Osten des Landes, in den kurdischen Gebieten. Danach kam ich nach Istanbul zurück, wo ich die ersten Fälle von HIV-Positiven kennenlernte. Als ich zur reproduktiven Gesundheit zu arbeiten begann, beschäftigte ich mich direkt mit HIV/Aids, weil das ein Teil dieses Arbeitsbereichs ist. Auf der Ebene von Organisationen begegnete es mir 1994, als ich anfang, bei İKGV zu arbeiten. Dort hatte gerade ein

- 3 UNFPA ist eine Entwicklungsagentur der Vereinten Nationen, die sich für das Recht aller Menschen auf ein gesundes und gleichberechtigtes Leben einsetzt. Dazu gehören auch die Rechte auf sexuelle und reproduktive Gesundheit. Erwähnt wird die Organisation auch im Interview mit Kemal Ördök.
- 4 UNAIDS ging 1996 aus dem »Global Program on HIV/AIDS« der WHO hervor und hat seinen Sitz in Genf. Die Organisation hat das Ziel, die weltweite Aids- und HIV-Arbeit zu koordinieren. Erwähnt wird sie auch in den Interviews mit Canberk Harmancı, Kemal Ördök und Muhtar Çokar.

EU-Projekt zu Sexarbeit und HIV/Aids begonnen. Dies war meine erste intensive Arbeit in dem Bereich. Ich war medizinischer Koordinator der Stiftung, nicht der Koordinator des HIV/Aids-Projekts. Aber genauso wie ich die anderen Projekte überblickte und unterstützte, tat ich es auch bei diesem Projekt.

Die Gründung der Nationalen Aids-Kommission im Jahr 1996 als Beginn der Geschichte von Aids in der Türkei

Müssten Sie eine Geschichte von HIV und Aids in der Türkei schreiben, wo würden Sie beginnen?

DGT: Ich würde sagen, wir könnten sie im Jahr 1996 beginnen lassen. Damals wurde die Ulusal Aids Komisyonu (UAK; Nationale Aids-Kommission)⁵ gegründet, der auch ich angehörte. Sie war der erste Organisationsversuch, was die HIV/Aids-Prävention, die Behandlungsmethoden und die Unterstützung von Menschen, die mit HIV leben, angeht. Die Stiftung, für die ich arbeitete, war damals aktives Mitglied der Kommission. Ich vermute, eine Geschichtsschreibung müsste dort beginnen.

Wie fing alles an?

DGT: Wie immer mit einer Reihe von Programmen. In dem EU-Projekt, von dem ich gesprochen habe, hatte İKGV den Bereich Sexarbeit übernommen. Das Projekt hatte eine weitere Säule, die in Ankara von Türkiye Aile Planlama Derneği (Verein für Familienplanung in der Türkei)⁶ getragen wurde. Damals hatte diese Sache eine hohe Priorität für das Gesundheitsministerium. Dr. Yıldıırım Aktuna war Gesundheitsminister und sein Ministerium unterstützte die Arbeit sehr stark. Ich war nicht Mitglied der Kommission, Dr. Muhtar Çokar nahm als Projektkoordinator für die Stiftung teil. Ich kann aber trotzdem sagen, dass ich in der ersten Phase der Kommissionsarbeit, zwischen 1996 und 2000, sehr intensiv im Feld gearbeitet habe.

5 Vgl. dazu auch die Interviews mit Canberk Harmancı, Deniz, Muhtar Çokar und Umut Güner.

6 Vgl. dazu auch die Interviews mit Arzu Rezzan Sunam, Muhtar Çokar und Tuğrul Erbaydar.

Ich habe sehr verschiedene Einschätzungen der Arbeit dieser Kommission gehört. Manche sagten mir, da sei pro forma etwas eingerichtet worden, ein Alibi. Andere erklärten, ein bisschen etwas sei doch bewegt worden. Und wieder andere – so wie Herr Çokar⁷ oder Sie – sprechen von einer sehr wichtigen Funktion.

DGT: Um ehrlich zu sein, gehe ich auch davon aus, dass sie eine wichtige Funktion hatte, ja. Zum ersten Mal, soweit ich es überblicken kann, hatte sich die Regierung der Türkischen Republik eines so schwierigen Themas angenommen, vor allem auch, weil der Minister selbst ein dezidiertes Interesse daran hatte. Ob da sehr viel passiert ist, kann sicher diskutiert werden. Natürlich ist da nicht viel geschehen. Aber dass es überhaupt eine Kommission gab, dass die Regierung diese Kommission offiziell anerkannte, das waren meines Erachtens wichtige Etappensiege. Lassen Sie es mich so sagen: Es ist uns nicht gelungen, diese wichtige Gelegenheit entsprechend zu nutzen. Und nach dem Jahr 2000 ging es dann ohnehin nicht mehr so aktiv weiter.

Mir scheint, dass die Geschichte von HIV und Aids in der Türkei vielleicht etwas später begann als in Westeuropa und Nordamerika. Dennoch wurde die Thematik schon 1985, im Zusammenhang mit der Erkrankung von Murtaza Elgin, breit in der Öffentlichkeit diskutiert.⁸ Müssten wir eine Geschichte von Aids und HIV in der Türkei nicht hier beginnen lassen?

DGT: Ja, der erste Fall tauchte 1985 auf. Aber ich habe ja schon davon gesprochen, dass die erste institutionalisierte Auseinandersetzung im Jahr 1996 begann, als das Gesundheitsministerium die UAK einberief, die in ihrer Zusammensetzung sowohl staatliche Stellen als auch zivilgesellschaftliche Akteure umfasste. Auch wenn es scheint, dass eine lange Zeit dazwischen liegt, gab es in der Zwischenzeit kaum andere Fälle. Ich vermute, dass die Gesamtzahl bei etwa 300 lag, als die UAK gegründet wurde. Oder vielleicht bei 500. Es war also keine besonders späte Reaktion. Und es war die richtige Antwort, die richtige Art der Institutionalisierung. Zwischen 1996 und 2000 wurde sehr intensiv gearbeitet, dann verlor das Thema rasch an Bedeutung für das Ministerium und die Regierung und es wurde in der Türkei fast gar nichts mehr getan.

7 Vgl. dazu auch das Interview mit Muhtar Çokar.

8 Zu Murtaza Elgin vgl. auch die Einleitung und den Essay von Yener Bayramoğlu sowie die Interviews mit Canberk Harmancı, Deniz, Muhtar Çokar, Umut Güner und Yasin Erkaymaz.

Zeitweise gab es mit Projekten, die vom Global Fund⁹ oder aus dem EU-Programm für reproduktive Gesundheit finanziert wurden, noch einmal Anläufe in diesem Bereich. Dies bewirkte nicht nur eine Intensivierung der Arbeit von NGOs, sondern führte auch dazu, dass die Regierung in Bezug auf die Koordination dieser Angelegenheit mehr Verantwortung übernehmen musste. Aber wenn es keine finanziellen Quellen gibt und die Regierung gleichzeitig dem Thema keine Wichtigkeit beimisst, lässt sich fast nichts ausrichten. Deshalb blieb die Auseinandersetzung mit HIV/Aids im engen Rahmen, der durch kleine und Kleinstprojekte abgesteckt wird, die im Rahmen der Mission und der Vereinszwecke von NGOs durchgeführt werden.¹⁰ Aber wenn Sie fragen, ob hier eine immense Verspätung vorlag, so muss die Antwort lauten: Nein, es gab keinen immensen Verzug.

Es wurde also nicht zu spät mit der Arbeit begonnen.

DGT: Es wurde nicht zu spät begonnen. 1996 gab es eine große Organisierungswelle. Die Türkei ist im Umgang mit Dingen, die plötzlich hereinbrechen, nicht wirklich geübt. Was ich ungeachtet dieses Kontexts sehen konnte, war eine sehr gute Organisierung und Arbeit im Feld. Das wurde dann nur nicht mehr fortgesetzt.

Die Aids-Politik der Türkei nach dem Jahr 2000 und die Situation angesichts der massiven Zunahme von HIV-Infektionen im vergangenen Jahrzehnt

Auf diese Zäsur um das Jahr 2000 haben Sie nun schon mehrfach hingewiesen. Wie kam das? Hatte sich die Haltung der Regierung verändert oder lag es an etwas anderem?

DGT: Es gibt zwei Antworten auf diese Frage. Die erste: Es gab wirklich viele Fachleute, die zu diesem Thema arbeiteten. Aber die Arbeit benötigte finanzielle Unterstützung. Der Staat hätte hier Geld in die

9 Der 2002 gegründete Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria (Globaler Fonds zur Bekämpfung von Aids, Tuberkulose und Malaria) wird auch in den Interviews mit Arzu Rezzan Sunam, Buse Kılıçkaya, Canberk Harmancı, Kemal Ördök, Muhtar Çokar, Umut Güner und Yasin Er kaymaz erwähnt.

10 Zu deren Bedeutung im Vergleich zur heutigen Beschränkung auf Großprojekte vgl. das Interview mit Tuğrul Erbaydar.

Hand nehmen müssen, tat es aber nicht. Und der Erfolg im Einwerben internationaler Gelder war auch eher bescheiden. Sowohl in Bezug auf nationale als auch auf internationale Quellen hätte die Regierung eine Vorreiterrolle spielen müssen. Ich meine, da gab es Leerstellen. Und zweitens reagierten die UN-Institutionen sehr langsam, was die Unterstützung für die Koordination dieser Arbeit angeht. UNAIDS wurde in der Türkei viel zu spät gegründet. Es gab nicht einmal ein Büro, nur eine Person, deren Stelle »UNAIDS Focal Point« genannt wurde. Die Arbeit dieser einen Person war längst nicht ausreichend.

Eine einzige Stelle für ein riesiges Land?

DGT: Ja.

Sie haben gesagt, dass das Gesundheitsministerium zunächst sehr aktiv war. Wenn wir die Situation heute mit damals vergleichen – in Bezug auf die Sensibilität für das Thema, die Präventions- und Antidiskriminierungsarbeit etwa –, gibt es da Dinge, die direkt ins Auge springen?

DGT: Zunächst fällt sofort auf, dass die Sensibilität immer weiter abgenommen hat. Aktuell, würde ich sagen, hat die Regierung gar kein Interesse mehr, die Priorität ist weg. Vielleicht hat es die vorher auch nicht gegeben, aber es gab immerhin eine intensive Arbeitsphase. Dazu muss man sagen, dass es ja wirklich ein schwieriges Thema ist. Es betrifft verschiedene verletzte Gruppen, die sowohl schwer zu erreichen sind als auch schwierig in der Zusammenarbeit. Das Ministerium und die Regierung setzen da keinen Fokus. Oder genauer gesagt: Sie wollen keinen Fokus setzen.

Als wir 2007, 2008 in den Vorstand von AİDS Savaşım Derneği (Verein für den Kampf gegen AIDS)¹¹ gingen, war die Motivation genau die Zusammenarbeit mit diesen Gruppen, von deren Notwendigkeit wir überzeugt waren. Unser Ziel war es, in Istanbul eine Plattform zu gründen, an der auch andere NGOs teilhaben sollten, die mit diesen Gruppen arbeiten. Und AİDS Savaşım Derneği sollte das institutionelle Dach für diese Plattform bilden. Das war eine immense Herausforderung. Und auch wenn Aktive aus anderen NGOs dazu kamen und sogar in den Vorstand des Vereins gingen, muss ich, kurz gesagt, gestehen, dass wir in der Zusammenarbeit nicht besonders erfolgreich waren. Aber

11 Vgl. dazu auch die Interviews mit Deniz, Muhtar Çokar, Tuğrul Erbaydar, Umut Güner, Veli Duyan und Yasin Erkaymaz.

trotz des damaligen Scheiterns existieren heute viele zivilgesellschaftliche Institutionen, die in der Antidiskriminierungsarbeit tätig sind.

In den letzten zehn Jahren hat es einen Anstieg von 522 Prozent bei den positiven Tests gegeben. Auch angesichts dieser Zahlen ist es zu keiner ernsthaften Reaktion vonseiten der Regierung gekommen. Nur die Weltgesundheitsorganisation (WHO) hat Stellung genommen und eine Warnung bezüglich der Türkei herausgegeben.

DGT: Eine Reaktion gab es. Das Ministerium organisierte eine Veranstaltung, an der es um die Frage ging, »was zu tun« sei. Sie wollten die UAK reaktivieren und alle sollten etwas tun – das, was sie können. Aber das ging nicht weiter. Denn hier ging es um eine bloß situative Reaktion. Es gab eine Warnung – die Türkei als Hochrisikogebiet – und das Ministerium tat etwas – oberflächlich betrachtet. Das zeigt doch, dass es hier keine Priorität sieht. Aber eigentlich weiß niemand so genau, was zu tun wäre. Wir sind steckengeblieben. Aber es ist nicht nur das. Auch die Vereinten Nationen haben ihren Focal Point abgezogen. Übriggeblieben ist die WHO, aber da passiert auch nichts.

Was war der Grund für die Schließung des Focal Point?

DGT: Um ehrlich zu sein, weiß ich nicht, was die offizielle Begründung war. Der Focal Point sollte eine Brückenfunktion zwischen den Stellen in den Ministerien, die mit HIV/Aids zu tun haben, und der Zivilgesellschaft einnehmen. Das funktionierte aber nicht. Es konnte ja nicht einmal die UAK wirklich einberufen werden, weil das Ministerium darauf keinen Wert legte. Am Ende haben die Vereinten Nationen, also die Zentrale von UNAIDS, beschlossen, diese Einheit in der Türkei zu schließen.

Bis 2015 gab es in der Türkei in etwa 10.000 Fälle. Kann es nicht auch sein, dass UNAIDS den Focal Point geschlossen hat, weil die Verbreitung von HIV in der Türkei als nicht epidemisch eingeschätzt wurde?

DGT: Nein, das glaube ich nicht. Das kann nicht der Grund für die Schließung sein, denn selbst in Ländern, in denen es weniger HIV-Positive und weniger neue Fälle gibt, gibt es Focal Points oder sogar UNAIDS-Büros. Es gibt Zentren, in denen viele Fachleute arbeiten und die jeweilige Regierung in ihrer Arbeit unterstützen. Ich vermute, die Stelle wurde aus der Türkei abgezogen, weil sie nicht wirksam werden konnte. Weil aus der Türkei kein Bedarf artikuliert wurde, musste hier kein

Geld mehr gebunden werden. Ich vermute, dass die UN-Bürokratie die Entscheidung aufgrund von solchen Erwägungen traf. Denn das zuständige Ministerium will gar nicht, dass hier wirklich etwas passiert.

Die Anfänge der Aids-Arbeit in den frühen 1990er Jahren: Individuelles Engagement bei niedrigen Fallzahlen

Auch ich habe mir die Zahlen aus dem Zeitraum vor der Gründung der UAK angesehen. Zu Beginn der 1990er Jahre gab es nicht einmal 100 Fälle. Dennoch wurde 1991 in Izmir AIDS Mücadele Derneği (Verein zur Bekämpfung von AIDS) gegründet, 1992 dann in Istanbul AIDS Savaşım Derneği. Es ist ja schon etwas Besonderes, dass diese Vereine trotz der niedrigen Zahlen ihre Arbeit aufnahmen ...

DGT: In der Türkei gehen solche Dinge immer auf das individuelle Eintreten für etwas zurück. AIDS Mücadele Derneği in Izmir wurde durch das individuelle Engagement von Melahat Okuyan gegründet, der Istanbul-er Verein beruht auf ganz ähnliche Art auf dem Engagement von Enver Tali Çetin.¹²

Muhtar Çokar: Beide kommen eigentlich aus der Mikrobiologie. Frau Okuyan ist Veterinär-Mikrobiologin, Herr Çetin war humanmedizinischer Mikrobiologe.

DGT: Anfänglich übernahm medizinisches und pflegerisches Fachpersonal die Arbeit. Sie waren ja sowohl durch die Diagnose als auch durch die Behandlung direkt am Thema dran. Später erst kamen zivilgesellschaftliche Akteur*innen dazu, die sich um die Präventionsarbeit und die Arbeit mit vulnerablen Gruppen kümmerten. Das passierte naturgemäß erst, als die Zahl der Positiven zunahm.

Vereine wie die beiden erwähnten erinnern mich wegen ihres Namens stark an die Vereine zur Bekämpfung der Schwindsucht, die früher viel sichtbarer waren. Ich vermute, es gibt sie gar nicht mehr. Dabei ist HIV in der Türkei vermutlich längst nicht so verbreitet, wie die Tuberkulose es einmal war.

MÇ: Weite Teile der Bevölkerung sind von Syphilis oder Tuberkulose betroffen ... Sowohl im Ministerium als auch in der Gesetzgebung ist in diesem Bereich sehr viel geschehen.

¹² Vgl. auch die Interviews mit Deniz, Muhtar Çokar und Tuğrul Erbaydar.

DGT: Es gab Einrichtungen in allen Städten und vielen größeren Kreisstädten ...

MÇ: Das ist immer noch so. Es gibt Tuberkulosebekämpfungsambulatorien, also so etwas wie spezialisierte Polikliniken zur ambulanten Behandlung, oder eben diese Vereine. Das sind Organisationen, die auf der Basis öffentlich-privater Partnerschaften arbeiten.

DGT: Die Ambulatorien sind immer einem Verein angeschlossen, also auch mit einem zivilgesellschaftlichen Arm ausgestattet, um einfacher Spenden sammeln zu können, aber auch um die Menschen und andere Organisationen besser erreichen zu können. Der Rote Halbmond funktioniert ja im Prinzip ganz ähnlich. In jeder Stadt, in jeder größeren Kreisstadt, gibt es Polikliniken des Roten Halbmondes, die klinische Hilfe anbieten, aber auch mal Blut abnehmen oder Blutspenden sammeln. Da gibt es auch immer einen Verein, der die Arbeit unterstützt.

Über Aids und HIV sprechen: Vulnerable Gruppen, Risikogruppen, Behinderte

Herr Tomruk, 2010 verfassten Sie eine verhaltensbiologische Studie zu verletzlichen Gruppen und HIV.¹³ Worum ging es da konkret? Wie entstand die Idee zu einer solchen Studie? Gab es Vorläufer und wurde sie fortgesetzt?

DGT: Ja, es hatte schon ähnliche Studien gegeben. Die erste verhaltensbiologische Studie zu HIV erschien unter dem Titel »CYBE ve HIV Hizmet Araştırması« (Studie zu sexuell übertragbaren Krankheiten und HIV und den Sozial- und Gesundheitsdiensten) am Institut für Volksgesundheit an der Medizinischen Fakultät der Hacettepe-Universität in Ankara.¹⁴ Dort war die Koordinationsstelle für ein Kooperationsprojekt im Rahmen des Programms für reproduktive Gesundheit in der Türkei. Wir konzipierten ein Studiendesign, das von İKGV und AİDS Savaşım

13 Vgl. Doğan Güneş Tomruk (2010): *İncinebilir Gruplara Yönelik HIV ile İlgili Biyo-Davranış Araştırması*. İstanbul: Pan Yayıncılık. http://www.ikgv.org/pdf/HIV_Biyoda_vranis_Arastirmasi_Istanbul_2010_v1.pdf (25.11.2018).

14 Vgl. ICON-INSTITUT Public Sector GmbH, Hacettepe-Universität/Institut für Public Health, Institut für Tropenmedizin Antwerpen (2007): *Türkiye'de Cinsel Yolla Bulaşan Önemli Enfeksiyonlar ve HIV ile ilgili Hizmet Araştırması, Nihai Rapor*. Ankara. <http://www.klimik.org.tr/wp-content/uploads/2015/12/T%C3%BCrkiyede-CYBE-%C3%B6nemli-enfeksiyonlar-ve-H%C4%B0V-ile-ilgili-hizmet-ara%C5%9Ft%C4%B1rmas%C4%B1.pdf> (25.11.2018).

Derneği gemeinsam umgesetzt werden sollte, und organisierten die Finanzierung durch den UNFPA. Die İKGV unterhielt damals mit Kadın Kapısı (Frauentor)¹⁵ ein Zentrum, das als sozialer Treffpunkt für Sexarbeiter*innen und Transgender-Personen fungierte. Diesen Ort wollten wir ins Zentrum der Untersuchung stellen.

Wir waren sehr erfolgreich, würde ich sagen. Wie hatten vorgehabt, nicht nur Männer, die Sex mit Männern haben, und Sexarbeiter*innen zu erreichen, sondern auch andere Gruppen, bei denen das bisher noch nicht gelungen war. Zu diesem Zweck arbeiteten wir mit dem *Alkol ve Madde Tedavi ve Eğitim Merkezi* (AMATEM; Behandlungs- und Bildungszentrum zu Alkohol- und Substanzmissbrauch) im psychiatrischen Krankenhaus des Istanbuler Bezirks Bakırköy zusammen. AMATEM übernahm im Rahmen dieser umfänglichen Untersuchung die Säule intravenöser Drogengebrauch. Etwa ein Jahr lang dauerte die Entwicklung der Items, dann befragten wir die erwähnten drei Gruppen, bei denen riskante Verhaltensweisen zu beobachten sind. Wir erhoben auch den HIV-Status der Befragten und boten einen durch Beratung flankierten Test an. Es war eine gute Überblickstudie, sie wurde aber nicht fortgesetzt. Eigentlich müsste eine solche Studie alle fünf Jahre wiederholt werden. Meines Wissens ist unsere Forschung die einzige, die in so umfassender Weise auf die Hacettepe-Studie folgte. Um ehrlich zu sein, habe ich überhaupt von keiner anderen Studie gehört, die seitdem durchgeführt worden wäre.

Mir scheint, es fehlt heute allgemein an Interesse an dem Thema, sowohl bei staatlichen Institutionen als auch in der Zivilgesellschaft. Woran mag das liegen?

DGT: Das stimmt. Dafür braucht es Planung und Programm, so wie bei der UAK. Ich sage bewusst »wie«, es kann auch etwas ganz anderes sein ... Es braucht ein institutionelles Dach. Das Ministerium dürfte nicht in der Lage sein, direkt mit verletzlichen Gruppen Kontakt aufzunehmen, eine solche Zusammenarbeit wäre schwierig, vielleicht sogar unmöglich. Es gibt in unserem Land sowohl wissenschaftliche als auch zivilgesellschaftliche Umfelder, die das tun könnten, die müssten das übernehmen. Aber es gibt in dieser Frage kein Gespräch und keine Zusammenarbeit zwischen Staat und Zivilgesellschaft. Die UAK führte

15 Kadın Kapısı stand unter der Trägerschaft von İKGV, wurde aber 1996 von und für Sexarbeiter*innen initiiert. Vgl. auch das Interview mit Muhtar Çokar und die deutlich andere Sichtweise im Interview mit Tuğrul Erbaydar.

meines Wissens im letzten Jahr eine Mini-Veranstaltung durch. Auch dort fand sich keine Institution, die sich dieses Themas annehmen und aktiv werden wollte. Ich meine, das Ministerium hat ja auch kein wirkliches Interesse. Es hätte zwar gern, dass das aus der Zivilgesellschaft kommt. Trotzdem interessiert es sich nicht für konkrete Fragen wie: Welche Organisation? Mit welchem Geld?

Ich möchte noch einmal auf Ihre Studie von 2010 zurückkommen. Sie benutzen dort den Begriff »verletzliche Gruppen«. Früher wurde auch oft von »Risikogruppen« oder »gefährdeten Gruppen« gesprochen. Heutzutage gibt es viel mehr Begriffe: »schutzlose Gruppen«, »vulnerable Gruppen«, »benachteiligte/privilegierte Gruppen« ... Welchen Unterschied sehen Sie beispielsweise zwischen »verletzlichen Gruppen« und »gefährdeten Gruppen« einerseits und den »Risikogruppen« andererseits?

DGT: In der Türkei gehen die Begriffe durcheinander, würde ich sagen. Wir wollten eine Entsprechung für »vulnerable« finden. Die Übersetzung für »most at risk populations« in »Risikogruppen« ist nicht besonders schön, wir sollten besser von »Gruppen, bei denen riskantes Verhalten zu beobachten ist«, sprechen. Solche Gruppen mögen das Wort Risiko nicht besonders. Es verstärkt ja gewissermaßen die Abstempelung, die sie erfahren. »Verletzliche oder vulnerable Gruppen« ist vielleicht auch nicht perfekt, aber das haben wir damals bevorzugt.

MÇ: Heutzutage wird beispielsweise auch »key groups« verwendet.

DGT: Ja.

MÇ: Aber das lässt sich dann nicht unmittelbar als »Schlüsselgruppen« ins Türkische übersetzen ...

DGT: Das stimmt – die beste Übersetzung wäre »Gruppen, bei denen sich riskantes Verhalten beobachten lässt«. Aber das wäre ein sehr umständlicher Begriff. Es wäre nicht gerade einfach, einen solchen Begriff zu benutzen, geschweige denn, ihn zu etablieren, um in der Türkei über eine bestimmte Sache sprechen zu können. Wir brauchten etwas Kurzes, etwas, das sich schnell verstehen lässt.

MÇ: Die WHO soll gegen Ende der 1990er Jahre vorgeschlagen haben, Menschen, die mit HIV leben, einen Status als behindert¹⁶ zuzuspre-

16 Im Original *engelli*. *Engel* bedeutet Behinderung, Handicap, Barriere. Zusammen mit dem Suffix *-li* (»mit«) kann es wörtlich als »jemand mit Behinderung/Handicap« übersetzt werden.

chen. Aber später sollen dann Befürchtungen dominant geworden sein, das würde zu Diskriminierung anstacheln. Heutzutage gibt es keine solchen Forderungen mehr. Der Vorschlag beruhte auf der Überlegung, dass Menschen mit Behinderung in großem Maß von der Gesellschaft behindert werden. Und der Status als Behinderte hätte HIV-Positiven – wie etwa Menschen mit körperlichen Behinderungen – praktische Vorteile verschaffen sollen. Viele Länder verfügen ja in ihrer Gesetzgebung über eine ganze Reihe positiver Maßnahmen für Menschen mit Behinderung. Statt also im Straf- oder Zivilgesetz einen neuen Status einzufügen, sollten bestehende Regelungen auf die Gruppe der Menschen mit positivem HIV-Status ausgeweitet werden, damit auch sie in den Genuss der entsprechenden Maßnahmen kommen können. Menschen mit Behinderung profitieren beispielsweise am Arbeitsmarkt oder im Steuerrecht von einzelnen Sonderregelungen oder ihnen stehen bestimmte Dienstleistungen einfacher zur Verfügung.

DGT: Das ist also etwas wie positive Diskriminierung.

MÇ: Es gibt ja eine bestehende Gesetzgebung. Wir wollten HIV-Positive in diese Gesetzgebung integrieren. Aber das hat nicht funktioniert. Auch HIV-Positive sprachen sich vehement dagegen aus. Auf ähnliche Weise wehrten sich Sexarbeiter*innen dagegen, Sexarbeit als *Sexarbeit*¹⁷ zu bezeichnen. Auch Gruppen von Arbeiter*innen und Frauenrechtler*innen äußerten grundsätzliche Kritik. Es gab damals am Istanbuler Taksim-Platz die Frauenorganisationen der Gewerkschaften. Wir brachten sie mit Sexarbeiter*innen zusammen: Sexarbeit ist auch eine Arbeit, vielleicht würde eine gewerkschaftliche Organisation Vorteile bringen – das war die Idee. Aber die Arbeiter*innen sagten: »Arbeit, Arbeiter*innen, Arbeitskraft, das sind respektable Dinge. Wie sollen wir das mit Sex zusammen denken?« Heute gibt es kein Problem mehr mit dem Begriff Sexarbeit, alle benutzen ihn, selbst das Ministerium spricht von »in der Sexarbeit Tätigen«. Sie sagen zwar nicht »-arbeiterin«, aber selbst die Bezeichnung als »Tätigkeit« ist ja ein großer Schritt für das Ministerium.¹⁸

17 Betonung im Original.

18 Zum Thema Sexarbeit und Sexarbeiter*innen vgl. auch die Interviews mit Buse Kılıçkaya und Kemal Ördek.

Jedenfalls hat die Definition von Behinderung nicht funktioniert. Auch weil die HIV-Positiven es nicht wollten ...

MÇ: Aber manche Begriffe wurden seinerzeit schon ziemlich intensiv diskutiert ... Wehrlos oder nicht? Verletzlich oder nicht? Wir haben um Begriffe gerungen ... Solche Debatten führen wir heute nicht mehr.

DGT: Und immer gab es auch individuelle Widerstände: »Warum nennst du mich wehrlos? Ich bin doch gar nicht wehrlos ...« Es gibt sicher viele solcher Menschen. Aber in der Zivilgesellschaft hat sich dieser Begriff »wehrlos« durchgesetzt, würde ich sagen. Und dann gibt es diesen langen – »Gruppen, bei denen sich riskantes Verhalten beobachten lässt«. Er scheint mir angemessener zu sein, aber wir können ihn nur in Berichten und wissenschaftlichen Texten benutzen.

Begriffe: Regionale Differenzen und Importe aus dem »Westen«

MÇ: Das Verwenden der Begriffe unterscheidet sich ja sogar regional. Wir hatten mit der Bezirksverwaltung von Kadıköy ein Menschenrechtsprojekt gemacht. Dort, auf der asiatischen Seite von Istanbul, wollten sie, dass wir Menschen mit Behinderung »Versehrte« nennen. Behinderung wurde dort als pejorativer Begriff interpretiert. Am europäischen Ufer wird »mit Behinderung« bevorzugt und du wirst kritisiert, wenn du etwas anderes benutzt. Hier gibt es den *Sakatlar Derneği* (Verein der Versehrten), also heißt es Versehrte. Dort gibt es Behinderung und du wirst missbilligend angeschaut, wenn du von Versehrten sprichst.

Ich bin überzeugt, dass es sehr viele HIV-Positive gibt, die sich nicht als behindert sehen. Wenn eine nicht-behinderte Person andere als »behindert« bezeichnet, wird diese antworten: »Worin bin ich denn behindert?« Sie wird die Person, die sie so bezeichnet, damit konfrontieren, dass ihre Vorurteile, ihre Gedanken und Verhaltensweisen es sind, die andere behindern.

MÇ: Behinderung wird ja immer mit einem Defizit assoziiert.

DGT: Ja. Wehrlos ist ja gewissermaßen auch so etwas. Deswegen fällt es so schwer, den Begriff zu akzeptieren. Vulnerabel ist genauso, da gibt es gar keinen Unterschied.

MÇ: Warum ist das Wehrlos-Sein eine Art der Schwäche?

DGT: Die Menschen gehen doch individuell immer davon aus, dass sie normal sind. Sie kritisieren jede Eigenschaft, die ihnen zugeschrieben wird. Das ist ja auch ihr natürliches Recht.

MÇ: Mensch, Güneş, egal in welche Materie du tiefer einsteigst, wirst du doch immer auch etwas finden, das jemandem aufstößt. Wenn du von Wehrlos-Sein sprichst, verstehen das manche Leute also als Schwäche? Dass sie sich nicht wehren können? Defizitär?

Vulnerabel meint ja auch dasselbe.

MÇ: Vulnerabel, verletzlich, ist das auch Schwäche? Wann kann jemand verletzt werden? Wenn Stärke fehlt ... All diese Begriffe implizieren eine Form der Schwäche.

Inwiefern stammen diese Begriffe und Konzepte aus dem Westen? Vulnerabel klingt doch so.

MÇ: Das war in vielen Fällen so, ja. Die Begriffe lassen sich ja nie in Gänze übersetzen.

Passen sie denn zur Gesellschaftsstruktur der Türkei? Oder passen sie zu allen Teilen der Gesellschaft und können sie in Bezug auf sie problemlos benutzt werden?

DGT: Also ... Meines Erachtens gibt es in jedem Land entsprechende Probleme. Auch in der Bundesrepublik oder in England wird es Schichten geben, die diese Begriffe ganz anders auffassen. Aber trotzdem sind doch wir auch gezwungen, Begriffe wie »most at risk« aus den Büchern zu nehmen und sie an die Situation in der Türkei anzupassen. Um unser Gespräch hier in diesem Land zu vereinfachen, braucht es türkische Entsprechungen zu solchen Begriffen. Und dann dauert es seine Zeit, bis sie Akzeptanz finden, das ist ja immer auch ein Prozess. Manche widersprechen dann, individuell oder kollektiv. Das gibt es in jeder Gesellschaft. Es ist ja niemals einfach, einen Terminus oder Begriff von einer Sprache in die andere zu übersetzen.

Ich erinnere mich an eine Begebenheit, von der ich erzählen möchte. Ich war aus der Türkei nach Zentralasien, nach Kasachstan gefahren, um dort einen Workshop zu geben. Aus allen Turk-Republiken nahmen je eine Person aus dem Gesundheitsministerium und eine aus der Zivilgesellschaft teil, so etwa 20 Teilnehmende insgesamt. Wir

versuchten damals, über den Begriff »Advocacy«¹⁹ zu sprechen, aber das wollte und wollte uns nicht gelingen.²⁰ Die Veranstaltung fand auf Englisch statt, aber dasselbe Problem mit dem Begriff hatten wir auch schon in der Türkei gehabt. Wir wussten nicht, wie wir dafür eine Entsprechung finden, wie wir es bezeichnen könnten. Das ging eine ganze Weile so und wir haben sogar Workshops zu dieser Frage veranstaltet. Zuerst verwendeten wir so etwas wie »das Organisieren von Unterstützungsstrukturen«. Aber mit der Zeit kristallisierte sich eine eigene Übersetzung heraus, die sich dann, Jahre später, durchsetzte. Wie sonst sollte auch ein Begriff für ein ganzes Set von Aktionen, die darauf ausgerichtet sind, Haltungen, Politiken, Positionen und Programme zu verändern, einfach mal eben so in einem neuen Begriff zusammengefasst werden ... Heute »sitzt« diese türkische Version von Advocacy, und alle sprechen nur noch von »Savunuculuk« im Sinn von Vertretung. In Kasachstan ist uns das in einer dreitägigen Veranstaltung aber nicht gelungen. Am Ende sagte jemand aus dem Kreis der russischen Teilnehmenden: »Ah, jetzt habe ich es verstanden ... Sie meinen Propaganda!« Es ist uns wirklich nicht gelungen, das zu vermitteln. Es ist nicht einfach, einen fremdsprachlichen Terminus in eine andere Gesellschaft zu übertragen, das wollte ich mit diesem Beispiel verdeutlichen.

Das Verhältnis zur Aids/HIV-Bewegung in Westeuropa

Was hat denn die Aids- und HIV-Bewegung in der Türkei vom Westen neben den Begriffen gelernt oder von dort übernommen, und was wurde nicht beachtet? Oder allgemeiner gefragt: Welcher Art ist das Verhältnis – oder Nicht-Verhältnis – zwischen der Bewegung in der Türkei und in westeuropäischen Ländern?

DGT: Ausgehend von dem, was ich weiß, würde ich sagen, dass es nie besonders starke institutionelle Verbindungen gegeben hat, wenn wir das europäische Büro des Global Fund beiseite lassen ...

MÇ: Aber eine Sache hat es doch gegeben, Güneş. Eine Menge Dinge fingen mit EU-Projekten an.

¹⁹ Englisch im Original.

²⁰ Zum Konzept der Advocacy vgl. auch das Interview mit Kemal Ördök.

DGT: Ja, klar. In Bezug auf die finanzielle Unterstützung ist das sicher richtig, nicht aber, was die Kommunikationen zwischen Institutionen und Organisationen angeht.

MÇ: Ich kann das als Vertreter von İKGV sagen. Wir haben das Sex-arbeiter*innen-Projekt mit EU-Geldern durchgeführt.

DGT: Ja, richtig.

MÇ: Auch die Gründung der UAK 1996 kann als Projekt der Europäischen Union oder als Modellprojekt gesehen werden.

DGT: Was du sagst, ist ganz richtig. Die Türkei hat immer wieder, mehr oder weniger, von EU-Geldern und anderen europäischen Geldern profitiert. Aber zu der Frage, was dabei gelernt wurde: Die Türkei stand damals nicht in einem direkten Austausch mit anderen Ländern, bzw. sie war nicht Teil eines entsprechenden Netzwerkes. Das meinte ich.

MÇ: Ja, in der Türkei war die Bedeutung der WHO und von UNAIDS wesentlich größer. Natürlich gab es auch einzelne Stellen, die in ihrer Arbeit durch Europa oder den Westen beeinflusst wurden. Beispielsweise können wir ja durchaus sagen, dass das Modell für AIDS Savaşım Derneği direkt aus Europa mitgebracht worden war.

DGT: Ja, der Verein gehörte seinerzeit auch zu einem europäischen Netzwerk.

MÇ: Prof. Dr. Selim Badur, der dort im Vorstand war, hatte wichtige Verbindungen zu NGOs in Frankreich. Aber diese Verbindungen beruhten eher auf einer individuellen Basis.

DGT: Ja, persönliches Engagement eben. Ich wüsste von keiner organisatorischen Verbindung, die zum Erfahrungstransfer beigetragen hätte. Es gab diese Europa-zentrierten HIV/Aids-Netzwerke. Ich weiß, dass einzelne an deren Veranstaltungen teilnahmen – wenigstens zu der Zeit, als wir Teil des Vorstandes von AIDS Savaşım Derneği waren. Das lässt sich in den alten Unterlagen finden. Aber was wurde von dort hierher transferiert? Offen gestanden sehe ich da nicht so viel.

MÇ: Dem stimme ich zu.

HIV-Status und Militärdienst

Zum Abschluss möchte ich auf die für viele Betroffene wichtige Frage des Militärdienstes eingehen. Wenn eine Person mit positivem HIV-Status sagt: »Ich möchte keinen Wehrdienst leisten.« Wie geht das Militär damit um? Und welche Bedingungen müssen erfüllt sein, wenn sie ihren Wehrdienst

doch leisten möchte? Bei der Musterung entscheiden ja Gesundheit, eine Körpergröße von über 1,50m, ein Gewicht über 50kg und so weiter über die Tauglichkeit. Gibt es einen gesetzlichen Rahmen, der für die Frage der Tauglichkeit von HIV-Positiven relevant ist?

MÇ: Ich vermute, dass es im Zusammenhang mit übertragbaren Krankheiten Regelungen gibt. Und weil sie immer einen Weg finden, das gesetzeskonform zu machen, werden die Leute für untauglich erklärt. In unserer Bürgerrechtsarbeit haben wir immer Wert darauf gelegt zu sagen: Wer mit HIV lebt und seinen Wehrdienst leisten möchte, sollte dies tun können. Und wenn er es nicht möchte, soll er davon befreit werden können. Es gibt ja beim Militär alle Arten von Einsatzzorten. Du kannst deinen Dienst auch im Hauptquartier des Generalstabs oder sonst irgendwo an einem Schreibtisch ableisten.

DGT: Es gäbe ja auch kein Hindernis, den Wehrdienst als Fahrer abzuleisten.

MÇ: Es spielt eigentlich überhaupt keine Rolle, ob jemand im Hauptquartier oder ein Fahrer HIV-positiv ist oder nicht.

DGT: Das sind wieder dieselben Fragestellungen: Hat jemand eine Behinderung oder nicht? Da ist was Wahres dran an dem, was du sagst.

MÇ: Ich meine, Leute mit Behinderung ziehen sie ja auch nicht ein. Wenn du eine Behinderung hast, leistest du auch dann keinen Wehrdienst, wenn du es möchtest.

Und wird es abgelehnt oder verhindert, wenn ein HIV-Positiver seinen Wehrdienst dennoch ableisten will?

MÇ: Ich denke schon, weil es sich um eine ansteckende Krankheit handelt. Aber das Umgekehrte kommt ja nicht vor. Zumindest ist es mir nie begegnet, dass ein HIV-Positiver das unbedingt wollte. In der Regel will gar niemand seinen Wehrdienst unbedingt ableisten.

DGT: Sagen wir, die Mehrheit will das nicht.

MÇ: Es ist mir noch nie begegnet, Güneş. Vielleicht ist es in der Praxis schon einmal vorgekommen. Mir sind beispielsweise in der Zeit, in der ich als Arzt selbst Musterungen durchgeführt habe, Männer begegnet, die trotz einer Behinderung unbedingt zum Militär wollten, weil sie dachten: »Sonst finde ich doch nachher niemals eine Frau.«

Als staatsbürgerliche Pflicht ...

MÇ: Aber hinter dieser staatsbürgerlichen Pflicht steht ja der Gedanke, bloß nichts zu tun, was eine Ehe verhindern könnte. Denn ...

- DGT:** Es gibt dort ein Problem mit dem sozialen Status, vor allem in ländlichen Gebieten. Die Leute glauben immer noch daran, dass keine Frau bekommt, wer seinen Wehrdienst nicht abgeleistet hat.
- MÇ:** Sie werden 20 und denken an nichts anderes als ans Heiraten. Und dann begegnet ihnen diese Bedingung, die sie noch erfüllen müssen.
- DGT:** Diese Tauglichkeitsuntersuchungen führte ich während meines Wehrdienstes als Mediziner drei Monate lang auch selbst durch. In jeder Kreisstadt, in die ich kam, gab es lauter kleingewachsene oder übergewichtige Personen, die zu mir kamen und sagten: »Bitte, bitte, erklären Sie mich für tauglich und ziehen Sie mich ein.«
- MÇ:** Alles ändert sich mit der Zeit. Die Erwartungen an das Leben ändern sich. Vor allem in den Städten steigt heute die Zahl derjenigen, die keinen Wehrdienst leisten wollen.
- DGT:** Ja, ich kenne auch solche Fälle. Die sagen dann: »Ich muss nur noch drei Kilo zunehmen, dann komme ich darum herum«, wenn die Musterungszeit naht. Sie müssen wissen: Männer, deren Größe oder Gewicht außerhalb der Norm liegen, werden im Jahr darauf wieder gemustert. Erst wenn sie zwei, drei Jahre in Folge für untauglich befunden werden, kommt es zu einer definitiven Ausmusterung.

Wir müssen lernen, unsere Unterschiedlichkeit und unsere verschiedenen Arbeitsweisen als Bereicherung anzusehen ...

Von der Dominanz der Gesundheitsfachkräfte zur Vielfalt der Basisorganisationen

Zülfukar Çetin im Gespräch mit Umut Güner

Umut Güner lebt in Ankara und engagiert sich seit 2007 im lesbisch-schwulen Verein Kaos GL.¹ Im Rahmen dieser Tätigkeit setzt er sich nicht nur für die Rechte und Gleichbehandlung von Lesben und Schwulen in der Türkei ein. Im Einklang mit den Vereinszielen stellt er auch den gemeinsamen Kampf mit anderen marginalisierten und benachteiligten Gruppen ins Zentrum seiner Arbeit. Zum Zeitpunkt des Interviews, das im Januar 2018 schriftlich – per E-Mail anhand eines Interviewleitfadens – geführt wurde, ist Güner 40 Jahre alt. Es geht zunächst auf die Geschichte der HIV- und Aids-Politik und des Aids-Aktivismus in der Türkei ein. Dabei beschreibt er insbesondere die Fehler, die von verschiedenen Seiten gemacht wurden. Der zweite Teil des Gesprächs widmet sich der Aids/HIV-Arbeit von Kaos GL seit der Gründung des Vereins im Jahr 1994. Das Gespräch endet mit einer Auseinandersetzung mit Begrifflichkeiten und der Frage, welche Voraussetzungen für eine erfolgreiche Antidiskriminierungsarbeit gegeben sein müssten.

Die Geschichte von Aids und HIV und die Unfähigkeit der türkischen Gesundheitspolitik, aus früheren Fehlern zu lernen

Zülfukar Çetin: *Wie würdest du die Geschichte von HIV und Aids erzählen, wenn du die heutige Situation in der Türkei vor Augen hast? Wann wurde Aids auf welche Weise zum Gesprächsgegenstand?*

Umut Güner: Bevor du mir diese Frage gestellt hast, hätte ich intuitiv geantwortet, dass die Türkei es in Bezug auf HIV und Aids einfacher hatte als

1 Vgl. dazu auch die Interviews mit Yasin Erkaymaz und insbesondere Tuğrul Erbaydar.

Westeuropa. Sicher, es gab Fehler, aber sie wurden auf die eine oder andere Weise behoben. Und doch gab es die schrecklichen Nachrichten über die Aids-Erkrankung von »Murti«.² Ich musste damals, also nach dem Tod von Murti am Anfang der 1990er Jahre, feststellen, dass sich die Wahrnehmung der Thematik in der Gesellschaft, in staatlichen Institutionen und in der Öffentlichkeit ganz und gar nicht mit meiner eigenen deckte. Damit in der Türkei eine Politik entwickelt und auch tatsächlich umgesetzt wird, müssen Menschen erst einmal Opfer von Verwaltungshandeln und Medien werden. Dann kommen die großen Worte: Das Problem werde in all seinen Dimensionen angegangen und im Sinne der betroffenen Menschen gelöst. Schließlich aber tun sie nur, was sie eh und je getan haben.

Ich erinnere mich an ein paar weitere Fälle, die wichtig waren. Der eine war Selahattin,³ der öffentlich erklärte, dass er HIV-positiv und Aids-krank war. Er wollte dadurch zur Bewusstseinsbildung beitragen. Davor war das Thema lediglich in den Klatsch-und-Tratsch-Spalten und als medizinisches Spezialthema behandelt worden. Dass die Subjekte, also die Positiven, in der Öffentlichkeit auftauchten und sich auf der Basis der eigenen Erfahrungen zu organisieren versuchten, wird so um 2003 angefangen haben. Sie traten damals bestehenden Vereinen bei. Ab etwa 2005 waren ihre Stimmen und Forderungen vermehrt zu hören und etwa 2006/2007 wurden die ersten Basisvereine gegründet.

Auch wenn HIV/Aids seit Anfang der 1990er Jahren als »gesellschaftliches Problem« oder »Krankheit« einen gewissen Raum in den öffentlichen Debatten einnahm, hatte sich die Arbeit für die direkt Betroffenen vor allem auf Aspekte wie »das Verhältnis von Ärzt*innen und Patient*innen« oder »Patient*innenrechte« beschränkt. Erst mit der Organisierung von

2 Murti ist der Kurzname von Murtaza Elgin, der als erste Person gilt, deren Aids-Erkrankung in der Türkei öffentlich bekannt wurde. Vgl. auch die Einleitung und den Essay von Yener Bayramoğlu sowie die Interviews mit Canberk Harmanci, Deniz Doğan Güneş Tomruk, Muhtar Çokar und Yasin Erkamaz.

3 Selahattin Demirel war einer der frühen Aktivist*innen, die selbst mit HIV lebten. Unter anderem war er jahrelang bei Pozitif Yaşam Derneği (Verein Positives Leben; vgl. weiter unten) aktiv. 1995 trat er zum ersten Mal als HIV-Positiver an die Öffentlichkeit. Am 1. Dezember 1996 forderte er den damaligen Staatspräsidenten, Süleyman Demirel, und den Gesundheitsminister, Yıldırım Aktuna, auf, Arbeitsmöglichkeiten für HIV-positive Menschen zu schaffen, die ihre Arbeitsplätze aufgrund ihres HIV-Status verlieren. Vgl. Pozitif Yaşam Derneği (2015): Pozitif Yaşamak, http://www.pozitifyasam.org/Content/Upload/Kitaplarimiz/pozitif_yasamak.pdf (25.11.2018) sowie das Interview mit Arzu Rezzan Sunam.

positiven Menschen gelang es, darüber hinaus zu gehen und eine auf Rechten basierte juristische Herangehensweise zu entwickeln.⁴ Zugleich allerdings wurde die Wichtigkeit der Patient*innenrechte im Gesundheitswesen in den Hintergrund gedrängt, indem die »öffentliche Gesundheit« als wichtiger erklärt wurde.

Auch in der ersten Hälfte der 2010er Jahre hat man wieder diskutiert, dass der Schutz eine individuelle Angelegenheit sei. Bis heute aber werden HIV-positive Menschen mit dem Vorwurf kriminalisiert, andere »mit HIV infiziert« zu haben. Das Bewusstsein, dass Schutz in den Bereich der individuellen Entscheidung gehört, hat sich noch nicht allgemein durchgesetzt. Das Gesundheitsministerium hatte während langer Jahre eine sonderbare Strategie im Zusammenhang mit HIV/Aids. Sie screenen, wen auch immer sie kriegen konnten. Unter dem Vorwand der öffentlichen Gesundheit und gegen ihren Willen wurden jenen, die der Wehrpflicht unterstanden, Frauen und Männern, die heiraten wollten, Sexarbeiter*innen und Schwangeren – wobei ich mir bei letzteren nicht ganz sicher bin – ein HIV-Test und Tests auf andere sexuell übertragbare Infektionen als eine Art »Foltermethode« aufgezwungen. Der Staat konnte oder wollte nicht einmal einen Zehntel seiner Ausgaben in diesen Bereich für Präventionsmaßnahmen reservieren.

Welches Bild kommt heraus, wenn wir uns die offizielle Gesundheitspolitik der Türkei im Bereich Aids/HIV in jüngerer Zeit anschauen? Welche Lehren wurden aus welchen Fehlern gezogen?

Soweit ich das verfolgen konnte, ist einer der folgenreichsten Fehler, dass wir aus unseren Fehlern gar nichts gelernt haben. Das Gesundheitsministerium hat, um eine vernünftige Antwort und Umgangsweise mit Aids zu finden, eine Aids-Kommission gegründet, die aus verschiedenen Institutionen und Nichtregierungsorganisationen bestand.⁵ Diese Kommission sollte die Politik der Türkei im Bereich HIV/Aids bestimmen. Man schürte die Hoffnung, dass Staat und Zivilgesellschaft in der Kommission zusammenarbeiten würden. Doch ist – wie in vielen anderen Bereichen – keine

4 Güner meint hier juristische Auseinandersetzungen um Rechte von Personen mit positivem HIV-Status, die über die Patient*innenrechte hinausgehen: die Rechte auf Arbeit, Wohnen etc.

5 Es handelt sich um die Ulusal Aids Komisyonu (UAK; Nationale Aids-Kommission). Vgl. dazu auch die Interviews mit Canberk Harmancı, Deniz, Doğan Güneş Tomruk und Muhtar Çökar.

nachhaltige Zusammenarbeit entstanden. Dies ist der größte Fehler. Der zweitgrößte Fehler ist die politisch-ideologische Herangehensweise im Bereich HIV/Aids. Die rechtskonservativen Parteien betrachten diesen Bereich als Bedrohung ihres »Konservatismus« und verschließen sich deswegen gegenüber allen Maßnahmen, die auf Prävention abzielen.

Wie ich schon angedeutet habe, führte dies alles dazu, dass die Thematik vor allem als »medizinisches« Problem wahrgenommen wurde, dass HIV-positive Menschen lange kriminalisiert wurden und die Politik der öffentlichen Gesundheit den Vorrang gab. Selbstverständlich ist die Gesundheit der Gesellschaft wichtig. Dies sollte aber nicht auf der Identifizierung von HIV-Positiven basieren. Es ist vielmehr notwendig, dass präventive und protektive Maßnahmen in den Vordergrund gestellt werden.

Die Geschichte des Aids/HIV-Aktivismus in der Türkei: Von der Dominanz der Gesundheitsfachkräfte zum Aufstieg der selbstorganisierten Vereine

Wie würdest du die Geschichte des Aids/HIV-Aktivismus in der Türkei erzählen?

Die erste Generation von Aktivist*innen in diesem Feld bestand ausschließlich aus Personal, das im Gesundheitswesen beschäftigt war. Als die HIV-Positiven begannen, sich zu organisieren, wurden die offenen Rechnungen mit diesen Menschen innerhalb der Zivilgesellschaft beglichen statt im Krankenhaus. Und dies hat uns – wieder einmal – auf eines der grundlegenden Probleme der Türkei zurückgeworfen: dass es keine gesellschaftliche Erinnerungsweitergabe gibt oder, besser gesagt, eine gesellschaftliche Gedächtnislosigkeit. Von den Aktivist*innen, die ich zwischen dem Ende der 1990er Jahre und 2005 kennenlernte, arbeitet heute niemand mehr im Feld. Aber ein HIV-Aktivismus, der sich nicht aus Erfahrungen speist, kann keinen Bestand haben.

Die Gesundheitsfachkräfte etwa und die Organisationen, die sie gegründet hatten, verschwanden eine nach der anderen. AİDS Savaşım Derneği (Verein für den Kampf gegen AIDS)⁶ aus Istanbul beispielsweise hatte sechzehn Standorte in verschiedenen Städten und war offiziell als gemeinnüt-

6 Vgl. dazu auch die Interviews mit Deniz, Doğan Güneş Tomruk, Muhtar Çokar, Tuğrul Erbaydar, Veli Duyan und Yasin Erkaymaz.

zige Institution anerkannt. Der Bezirk Şişli stellte ihnen für 20 Jahre einen Raum zur Verfügung. Selim Badur, einer der ehemaligen Vorsitzenden des Vereins, unterbreitete uns – das heißt Organisationen, die im Bereich HIV/Aids arbeiteten – ein offenes Angebot: Pozitif Yaşam Derneği (Verein Positives Leben)⁷, Kaos GL, Pembe Hayat (Rosa Leben)⁸, İnsan Kaynaklarını Geliştirme Vakfı (İKGV; Stiftung für die Entwicklung des Personalwesens)⁹ und Kadın Kapısı (Frauentor)¹⁰ sollten in den Vorstand gehen und die Ressourcen des Vereins für ihre eigenen Aktivitäten nutzen. Mir sagte diese Idee damals sehr zu. Erstens hätten wir uns damit eine Geschichte aneignen und sie bewahren können, und zweitens hätten wir auch einen Dachverband für alle Organisationen gehabt, die zu HIV/Aids arbeiten. Leider aber stellten sich einzelne Personen, die damals bei Pozitif Yaşam arbeiteten, diesem Prozess in den Weg. Besonders bedauerlich ist, dass dieselben Leute heute nicht mehr selbst im Bereich HIV/Aids aktiv sind.

Für die LSBTI-Bewegung stellt sich die Sache folgendermaßen dar: Über das Projekt Kadın Kapısı erreichte İKGV seit den 1990er Jahren Sexarbeiter*innen, Männer, die Sex mit Männern haben, und Trans*-Personen. HIV/Aids-Aktivist*innen, die in den 1990er Jahren lange in Projekten gearbeitet hatten, die vom Gesundheitsministerium und vom Global Fund¹¹ gemeinsam gefördert wurden, verweigerten Lambdaİstanbul¹² die

7 Vgl. dazu die Interviews mit Arzu Rezzan Sunam, Canberk Harmancı, Tuğrul Erbaydar und Yasin Erkaymaz.

8 Vgl. dazu die Interviews mit Arzu Rezzan Sunam und Buse Kılıçkaya.

9 Vgl. dazu die Interviews mit Doğan Güneş Tomruk und Muhtar Çokar.

10 Vgl. dazu die Interviews mit Doğan Güneş Tomruk, Muhtar Çokar und Tuğrul Erbaydar.

11 Der 2002 gegründete Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria (Globaler Fonds zur Bekämpfung von Aids, Tuberkulose und Malaria) wird auch in den Interviews mit Arzu Rezzan Sunam, Buse Kılıçkaya, Canberk Harmancı, Doğan Güneş Tomruk, Kemal Ördök, Muhtar Çokar und Yasin Erkaymaz erwähnt.

12 Die ehemalige deutsche Initiative Schwule International regte 1993 an, anlässlich des Christopher Street Day eine lesbisch-schwule Pride-Parade in Istanbul zu organisieren. Dieser Vorschlag ermutigte die queeren Gruppen in der Türkei zu dem Entschluss, erste öffentliche Veranstaltungen, darunter die Pride, durchzuführen. Der Versuch scheiterte jedoch am Verbot des Gouverneurs. Die geplante Pride widerspreche den Gebräuchen und Werten der Gesellschaft in der Türkei, argumentierte er. Das Verbot veranlasste unterschiedliche Queer-Gruppen, sich in einer Initiative mit dem Namen Lambdaİstanbul zusammenzuschließen. Vgl. Zülfukar Çetin (2015): Die Dynamik der Queer-Bewegung in der Türkei vor und während der konservativen AKP-Regierung, Berlin: SWP, https://www.swp-berlin.org/fileadmin/contents/products/arbeitspapiere/AP_FG_Europa_2015_08.pdf sowie die Interviews mit Arzu Rezzan Sunam, Tuğrul Erbaydar und Yasin Erkaymaz.

Beteiligung an dieser Arbeit. Gleichzeitig versuchten sie auch, die Arbeit von İKGV zu sabotieren, was aber in späteren Jahren keine*n von ihnen daran hinderte, in ähnlichen Projekten der Stiftung mitzuarbeiten. Daraus können wir Folgendes lernen: Wenn hinter dem Eintreten für bestimmte Dinge keine institutionelle Politik steht, die politische Praxis vor allem über Einzelpersonen läuft oder diese ganz leicht Prozesse manipulieren können, ist es sehr schwierig (zusammen-)zu arbeiten.

Inwiefern hat sich Kaos GL, also deine Organisation, an dieser Arbeit beteiligt?
Kaos GL hat sich schon vor vielen Jahren den Slogan »HIV/Aids ist keine Schwulenkrankheit« zu eigen gemacht. Dies bedeutete aber nie, dass wir nicht auch im Bereich HIV/Aids gearbeitet hätten. Das wäre gar nicht möglich gewesen.

Was wir als Organisation falsch machten, war vielleicht dies: Wir zogen uns aus dem Bereich HIV/Aids zurück, damit vor allem Organisationen, die unmittelbar zum Thema arbeiten, und Organisationen von Sexarbeiter*innen stärker werden. Es war eine Zeit, in der es für LSBTI-Vereine schwieriger wurde, Förderung zu bekommen.¹³ Insbesondere Trans*-Initiativen und Organisationen, die zu spezifischen Themen wie Sexarbeit tätig waren, hatten es nicht einfach, an Geld heranzukommen. Dies führte dazu, dass wir uns ein wenig vom Bereich HIV/Aids entfernten.

Es gibt heute keine Organisation, deren vorrangiges Arbeitsgebiet HIV/Aids in der ganzen Breite der Thematik ist. Für Pozitif Yaşam beispielsweise stellte die Präventionsarbeit kein primäres Feld dar. Es existiert auch keine andere Organisation, die hier als Katalysator fungieren könnte. Auch einen Dachverband gibt es weiterhin nicht. Und wir, die in Vereinen aktiv sind, die nicht direkt von HIV-Positiven gegründet wurden, können dem Thema anscheinend auch nicht in all seinen Dimensionen gerecht werden.

Die Aids/HIV-Arbeit von Kaos GL seit den 1990er Jahren

Was war dein erster Kontakt mit Aids und HIV – persönlich und als Aktivist?
Ich begann 1997/1998, im Bereich HIV/Aids zu arbeiten, und zwar durch die Mitarbeit in der Aids-Kommission der Hacettepe-Universität

13 Vermutlich spricht Güner hier vom Zeitraum seit dem Jahr 2007, das von verschiedenen Gesprächspartner*innen als Zäsur beschrieben wird.

in Ankara. Zur selben Zeit fingen die Kurse zur HIV/Aids-Beratung an, die das Aids-Behandlungs- und Forschungszentrum der Uni¹⁴ für Studierende anbot. Ich nahm an der ersten Durchführung dieses Kurses teil. 1998 war ich noch nicht bei Kaos GL organisiert, aber Kaos GL und die Hacettepe Aids-Kommission betreuten gemeinsam Stände auf dem Campus. Und etwa zeitgleich, vielleicht auch schon 1997, lernte ich die Zeitschrift *Gacı*¹⁵ kennen, die von İKGV und Kadın Kapısı in Istanbul herausgegeben wurde. Wie in vielen anderen Themenbereichen auch wollte die Zeitschrift Sexarbeiter*innen im Zusammenhang mit HIV/Aids stärken. Auf organisierte Weise engagierte ich mich dann bei Kaos GL in Sachen HIV/Aids, angefangen mit dem Verlesen einer Kaos-GL-Erklärung im Rahmen des Aids-Kongresses am 1. Dezember 2003.

Welchen Stellenwert hatte Aids/HIV in den Gründungsphase von Kaos GL? Wie habt ihr euch als Gruppe oder später als Verein dem Thema genähert?

Kaos GL wurde 1994 gegründet, ich bin dort erst seit dem Jahr 2000 organisiert. Aber ich weiß natürlich einiges über die Geschichte der Organisation ... Sie nahm sich schon bei ihrer Gründung des Themas an. Mit der Dezember-Ausgabe unserer Zeitschrift *Kaos GL Dergisi* wurden jeweils Kondome verteilt. Es gab Stände und andere Präventionsmaßnahmen. Wir versuchten aber auch, die Auseinandersetzung mit der ideologischen Dimension von HIV/Aids sowie mit Diskriminierung anzuregen.

Als ich dazu kam, war es die Kaos-GL-Gruppe selbst, die mich ermutigte, mich im Bereich HIV/Aids zu engagieren. Ein bisschen habe ich ja vorhin schon auf diese Frage geantwortet. Im Augenblick versuchen wir, die Auseinandersetzung mit HIV/Aids innerhalb der LSBTI-Bewegung zu mainstreamen und Aktivist*innen zu ermutigen, die speziell dazu arbeiten wollen.

Was hat Kaos GL darüber hinaus konkret zum Thema gemacht?

Seit der ersten Ausgabe der Zeitschrift *Kaos GL* wurden Artikel zu HIV/Aids und anderen sexuell übertragbaren Infektionen veröffentlicht. 1998 gab es einen Stand auf der Yüksel-Straße in Ankara. Wir nahmen auch an den Demonstrationen zum 1. Dezember teil. Wir organisierten »Sex ohne Angst«-Partys und legten nicht nur hierbei Wert darauf, dass Homosexu-

14 Das Hacettepe AIDS Tedavi ve Araştırma Merkezi (HATAM) wird auch im Interview mit Veli Duyan erwähnt.

15 *Gacı* bedeutet »Weiber«.

elle, Bisexuelle und Trans*-Personen, die im Prozess des Selbst-Akzeptierens sind, HIV/Aids nicht als Hindernis wahrnehmen. In Imitation von Westeuropa und Nordamerika versuchten die großen Medien nämlich, ein Bild von HIV/Aids als einer »Schwulenkrankheit« zu erzeugen. Das führte in der Gesellschaft nicht nur zu Vorurteilen gegenüber Homosexuellen und HIV-Positiven, sondern behinderte auch die Selbstakzeptanz von homosexuellen, bisexuellen und Trans*-Personen.

Im Augenblick können wir nicht mehr so viel zum Thema HIV/Aids machen. Zuletzt haben wir 2017 versucht, zwischen dem Welt-Aids-Tag und dem Tag der Menschenrechte, also vom 1. bis 10. Dezember 2017, ein Symposium gegen Diskriminierung auf die Beine zu stellen. Leider hat der Gouverneur von Ankara die Veranstaltung verboten. 2018 wollen wir uns dem Kapazitätsaufbau auf diesem Gebiet widmen und uns dazu mit LSBTI-Organisationen und Akademiker*innen zusammensetzen. Darüber hinaus stehen unter der Adresse pozitif@kaosgl.org zwei Peer-Berater*innen zur Verfügung, die Fragen beantworten. Und wir sind – dank deines Engagements – auch Teil des europäischen Forschungsprojekts »Disentangling European HIV/AIDS Policies«, was uns sehr freut!

Die Arbeit zu HIV und Aids war in der Türkei lange auf die medizinische Eindämmung des Virus ausgerichtet. Was tut Kaos GL gegen die Diskriminierung und Stigmatisierung von Menschen, die mit dem Virus leben? Mit wem arbeitet ihr da auf welche Weise zusammen?

Wir begannen damit, akademische Texte ins Türkische zu übersetzen und diese zur Diskussion zu stellen. Insbesondere zwischen 2004 und 2007 bemühten wir uns bei allen Aktivitäten, die vom Gesundheitsministerium ausgerichtet und vom Aids-Programm der Vereinten Nationen¹⁶ unterstützt wurden, aber auch beim Treffen der Nationalen Aids-Koordination,¹⁷ darauf hinzuwirken, dass die Dimension der Diskri-

16 Hier ist wahrscheinlich UNAIDS, das »Joint United Nations Programme on HIV/AIDS« (Gemeinsames Programm der Vereinten Nationen zu HIV/Aids), gemeint. Die Organisation ging 1996 aus dem »Global Program on HIV/AIDS« der WHO hervor und hat ihren Sitz in Genf. Sie hat das Ziel, die weltweite Aids- und HIV-Arbeit zu koordinieren. Erwähnt wird sie auch in den Interviews mit Canberk Harmanci, Kemal Ördök und Muhtar Çokar.

17 Hierbei handelt es sich nicht um die in den Interviews mit Canberk Harmanci, Deniz, Doğan Güneş Tomruk und Muhtar Çokar erwähnte Ulusal Aids Komisyonu (UAK; Nationale Aids-Kommission).

minierung thematisiert werden muss. Aber solange es kein Subjekt gibt, das direkt in Erscheinung tritt und sich der Sache annimmt, kann daraus eigentlich nichts werden. Erst als die HIV-Positiven sich zu organisieren begannen, verschob sich auch unsere Rolle. Wir waren nun einfach nur diejenigen, die »intellektuelle« Debatten anzetteln wollen. In den letzten Jahren hat es Coming-outs von HIV-positiven LSBTI gegeben. Ich denke, dass das im Kampf gegen Diskriminierung sehr wichtig ist. Denn die bisherigen HIV-Aktivist*innen, sie mögen mir das verzeihen, haben entweder ihre sexuelle Orientierung versteckt oder sich ein »akzeptableres« Profil zurechtgelegt.

Der Umgang mit Begriffen und die Antidiskriminierungsarbeit

In den 1980er Jahren gab es auf der ganzen Welt eine intensive Debatte über den Begriff der »Risikogruppen«. Wer gehört dazu? Welche sind die wichtigsten? Ist das Konzept nicht an sich problematisch? Wie würdest du diese Debatten im Fall der Türkei charakterisieren? Ist es sinnvoll, mit Blick auf die Türkei von Risikogruppen zu sprechen?

Wenn wir uns die Türkei durch eine solche Brille anschauen, steht an erster Stelle die Jugend, die keine Sexualerziehung bekommt. Aber wir lehnen die Definition von »Risikogruppen« ab. Und wenn überhaupt von Risikogruppen gesprochen werden soll, müsste man eigentlich die Menschen nennen, die Dienstleistungen und Güter, die für den Bevölkerungsdurchschnitt einfach zu bekommen sind, nur unzureichend oder gar nicht erhalten, also »vulnerable« Gruppen. Es ist durchaus möglich, Homo- und Bisexuelle sowie Trans* als vulnerable Gruppe zu definieren, weil sie Gesundheitsdienste sowie Schutz- und Präventionsangebote nicht oder nur unzureichend in Anspruch nehmen können. Darüber hinaus können Sexarbeiter*innen als eine solche Gruppe angesehen werden.

Dabei gibt es in der Türkei leider keine Entsprechung für das in Westeuropa gebräuchliche »Männer, die Sex mit Männern haben«. Wenn wir von »MSM« sprechen, schreiben wir keine sexuelle Orientierung zu, doch in der Türkei werden alle Maßnahmen in diesem Bereich über die Zuschreibung einer sexuellen Orientierung konzipiert. Das heißt, auch wenn wir von MSM sprechen, hören und denken die Leute: schwule und bisexuelle Männer. Die Möglichkeit, dass ein heterosexueller Mann beteiligt sein

könnte, wird nicht in Erwägung gezogen, denn wenn ein heterosexueller Mann Sex mit Männern hat, muss er »schwul« oder »bisexuell« sein. Das ist die Herangehensweise. Dies zwingt uns geradezu dazu, bei der Konzeption von Schutz- und Präventionsmaßnahmen keine Einteilung in Gruppen vorzunehmen. Unsere Aktionen oder unser Informationsangebot müssen unabhängig von der sexuellen Orientierung einer Person funktionieren.

Es wurde festgestellt, dass Anal- im Vergleich mit dem Vaginalverkehr riskanter ist. Und über die Beschreibung eines solchen Risikoverhaltens wird dann angenommen, dass ausschließlich schwule und bisexuelle Männer Analverkehr praktizieren und damit »risikoreicher« leben. Ich weiß nicht, wie viel Wahrheit oder wie viel moderner Mythos hier am Werk ist. Aber in einer Gesellschaft, in der Jungfräulichkeit als so hohes Gut verhandelt wird, wird es auch Heterosexuelle geben, die gewissermaßen Analverkehr praktizieren müssen. In seinen Veröffentlichungen stellt das Bildungsministerium immer noch die Enthaltbarkeit als eine Schutzmöglichkeit dar – womit wiederum bestimmte sexuelle Orientierungen stigmatisiert werden. Dabei wäre ein Fokus auf ungeschützten Verkehr jenseits der sexuellen Orientierung ein wirksamer Weg in der HIV/Aids-Prävention.

Wir haben über den problematischen Umgang mit Aids und HIV in der Geschichte gesprochen. Denkst du, dass die Antworten, die heute in der Türkei gegeben werden, die weitere Verbreitung des Virus eindämmen können und auch stark genug sind, Diskriminierungen zu verhindern?

Die Türkei gibt gar keine Antwort. Deswegen gibt es da auch keine Stärke. Wenn ich sage, die Türkei gibt keine Antwort, will ich damit nicht nur den Staat kritisieren, sondern auch uns selbst. Klar, zwischen 2005 und 2007 hat sich der Staat ins Feld gegeben. Doch dann hat er sich wieder zurückgezogen. Aber was haben wir dazu beigetragen, den Staat am Tisch oder im Feld zu halten? Wir haben nichts getan. Darüber hinaus verhindern die mangelhaften Datenschutzbestimmungen, dass viele HIV-Positive/Aids-Kranke zu Medikamenten kommen. Die Türkei lernt immer nur aus Fehlern. Die HIV/Aids-Sache werden wir auch nur meistern, indem wir Fehler machen.

Eigentlich gestattet die Situation im Augenblick nicht einmal, dass HIV-Positive die vorhandenen Angebote des Gesundheitssystems nutzen. Deswegen kann der Staat sie auch nicht gegen Diskriminierung schützen. Und die Organisationen der Zivilgesellschaft sind nicht stark genug, um durch strategische Prozessführung die notwendigen Bedingungen herzustellen. Fehlt die Solidarität, bleibt die Diskriminierung im Verborgenen.

Letzte Frage: Wie müsste ein gemeinsames Vorgehen von Staat und Zivilgesellschaft aussehen, damit Menschen, die mit HIV leben, seltener mit Diskriminierung und Stigmatisierung konfrontiert sind?

Zunächst einmal müssten wir als Zivilgesellschaft zusammenkommen, und zwar an einem Ort, der nicht vom Staat überschattet wird. An einem Ort, wo der Staat nicht ist, und auch nicht die Vereinten Nationen mit ihren Programmen und Agenturen. Dort müssen wir eine menschenrechtsbasierte Vertretungs- und Verteidigungsstrategie entwickeln. Zweitens: Es gibt zu viele zivilgesellschaftliche Organisationen. Jeder davon missfallen die anderen, weshalb wir nicht Seite an Seite vorgehen können. Wir müssen lernen, unsere Unterschiedlichkeit und unsere verschiedenen Arbeitsweisen als Bereicherung anzusehen, und uns dann auf den kleinsten gemeinsamen Nenner einigen.

Und drittens: Als zivilgesellschaftliche Organisationen können wir auf unterschiedlichen Ebenen auf den Staat und die Öffentlichkeit zugehen. Vielleicht schafft das Gelegenheiten. Auf jeden Fall aber können wir gemeinsam das einfordern, worauf wir uns als kleinsten gemeinsamen Nenner geeinigt haben. Wir müssen es schaffen, dass der Staat Folgendes anerkennt: Es ist keine Gnade, die er walten lässt; es ist unabdingbar, dass hier zusammen gearbeitet wird und dass eine regierungsunabhängige Arbeit zu HIV/Aids möglich ist. In der Sexual- und Gesundheitserziehung muss es auch um sicheren Sex und die sexuellen Orientierungen gehen. Allerdings wird das in einer immer konservativer werdenden Türkei schwer durchzusetzen sein.

Ich würde sogar sagen, dass das Gedächtnis des Gesundheitsministeriums nach 2006 oder 2007 irgendwie gelöscht wurde ...

Globale Entwicklungen, negative Einflüsse aus dem Westen und lokale Auseinandersetzungen

Zülfukar Çetin im Gespräch mit Muhtar Çokar

*Muhtar Çokar arbeitet seit 1994 bei İnsan Kaynaklarını Geliştirme Vakfı (İKGV; Stiftung für die Entwicklung des Personalwesens)¹ in Istanbul, deren Generalsekretär er heute ist. Die Stiftung existiert seit 1988 und beschäftigt sich unter anderem mit den Themen reproduktive Gesundheit und Familienplanung, Public Health, Aids und HIV, Kinderrechte sowie Flucht und Migration. Seit Beginn seiner Tätigkeit für İKGV ist Çokar für die Bereiche Aids/HIV und reproduktive Gesundheit zuständig. Im Interview, das am 21. September 2017 in Istanbul geführt wurde, gibt er Einblicke in die Geschichte der Aids- und HIV-Politik in der Türkei auf staatlicher und zivilgesellschaftlicher Ebene. Bezüglich der 1980er Jahre argumentiert er, dass sich sowohl die Medienberichterstattung als auch der Aktivismus zu sehr an westlichen Vorbildern orientiert hätten. Im Vergleich dazu bewertet er die Herangehensweisen der 1990er und frühen 2000er Jahre positiv. Die Gesundheitspolitik des vergangenen Jahrzehnts hingegen sei ignorant und geschichtsvergessen. Darüber hinaus geht Çokar ausführlich auf den Tätigkeitsschwerpunkt von İKGV im Bereich der Sexarbeit ein. Er beschreibt die Lernprozesse, die die Organisation in den 1990er Jahren machte, und die Erfolge, die in der Zusammenarbeit mit Sexarbeiter*innen erzielt wurden.*

1 Vgl. dazu auch das Interview mit Doğan Güneş Tomruk und Muhtar Çokar.

Murtaza Elgin und der frühe Umgang mit Aids und HIV in der Türkei als Import aus dem Westen

Zülfukar Çetin: *Du gehörst zur ersten Generation des Aids- und HIV-Aktivismus in der Türkei. Wo müsste deiner Meinung nach eine Geschichte dieser Thematik beginnen?*

Muhtar Çokar: Wahrscheinlich gehöre ich gar nicht zur »ersten Generation«. Ich kann mich an viele Menschen erinnern, die schon vor mir dazu gearbeitet haben. Von einem Anfang zu sprechen, hieße ja auch, eine starre Grenze zu ziehen. Deswegen würde ich eher behaupten, dass die Grenzen fließend und die Anfänge nicht so klar sind. Andererseits ist es Jahre später fast zur Tradition geworden, von den »ersten HIV-Fällen« zu sprechen. Die ersten Fälle in der Türkei sollen 1985 festgestellt worden sein. Der eine Fall ist »Murti« oder Murtaza.² Im Gegensatz zu ihm ist der zweite Name nicht besonders bekannt. Sowohl die Diagnose Murtazas als auch die Behandlung und sein Tod im Jahr 1992 sowie alles, was er bis dahin erlebte, ist für die spezifische Geschichte von HIV/Aids in der Türkei immens wichtig. Murtaza hatte einen engen Kontakt zu bekannten Künstler*innen. Deswegen wurde alles, was nach der Diagnose kam, zum Gegenstand von Klatsch und Tratsch, selbstverständlich auch in Form von Ausgrenzung und Diskriminierung. 1985 bedeutete insofern eine Zeitenwende in der Türkei, als das, was seitdem passiert ist, nur vor dem Hintergrund der damaligen Angst- und Panikmache verständlich wird. Meines Erachtens ist diese Angst importiert – und trotzdem hat sie sich zunehmend verbreitet. Es gab ja bereits eine fertige Wahrnehmung von HIV und Aids in der Welt – und damit auch eine Angst davor, Diskriminierungsgeschichten, Regierungspolitiken und gesellschaftliche Wahrnehmungen. All das wurde, wie ein Knäuel, gemeinsam in die Türkei eingeführt. Sowohl die Epidemie als auch ihre gesellschaftlichen Aspekte wurden importiert.

Was ich mit »Import« meine, ist dies: Das, was passierte, hob sich von den traditionellen Reaktionsweisen in der Türkei ab. Es waren eher Reaktionsweisen, für die es Beispiele aus dem Westen gab. Beginnend mit dem Gesundheitsbereich und den Medien entdeckte die Gesellschaft in der Türkei diese Thematik auf der Basis westlicher Modelle. Man hielt den Westen für nachahmungswürdig. Die Epidemie tauchte zuerst in den Vereinigten Staa-

2 Zu Murtaza Elgin vgl. auch die Einleitung und den Essay von Yener Bayramoğlu sowie die Interviews mit Canberk Harmancı, Deniz, Doğan Güneş Tomruk, Umut Güner und Yasin Erkaymaz.

ten von Amerika auf und wurde im Zusammenhang mit homosexuellen Männern zum Thema. Es kam zu Ausgrenzung und Diskriminierung und wir sehen, dass auch der westliche Kampf gegen diese Diskriminierung zum Teil des Drehbuchs wurde. Der Fall Murtaza ermöglichte es gewissermaßen, diese Modelle auf die Türkei zu übertragen. Erst später hat sich dann eine für die Türkei spezifische Reaktionsweise herausgebildet.

Etwas anders verhält es sich mit den Fachkräften aus der Infektiologie, die gute Verbindungen in den Westen hatten. Mit zunehmendem Kontakt zu Kranken etablierten sie einen eigenen Bereich, der nicht direkt vom Fall Murtaza beeinflusst war. Mit den ersten Fällen zeigten sich auch die psychologischen Auswirkungen und gesellschaftlichen Kompetenzen der Krankheit, und trotz des Importes der westlichen Modelle ist es hier möglich, von einer eigenen Antwort der Türkei auf HIV zu sprechen.

Heute, Jahre später, verstehen wir, welche wichtige Rolle die Medien bei alldem gespielt haben. Vielleicht kamen also die Infektiolog*innen auch erst nach den Medien auf das Thema.

Du würdest also argumentieren, dass die erste Reaktion von den Medien kam?

Ich denke, dass die Debatten in den Medien ausschlaggebend waren. Obwohl ich erst viel später in dieses Feld kam, konnte ich in meiner Arbeit doch noch immer die Spuren dieser Debatten sehen.

Davor hattest du also nicht sehr viel mit Aids und HIV zu tun?

Sagen wir, ich hatte eine andere Rolle im Feld, bevor ich anfing, für NGOs zu arbeiten. Ich kam 1986 von meinem Pflichtdienst im Osten zurück und trat als Arzt in die Notaufnahmestelle eines Krankenhauses ein. Auch wenn ich mich an keine verbreitete Angst vor HIV erinnern kann, wenn ich auf die ersten Jahre meiner Berufstätigkeit zurückblicke, waren die einzelnen Mitarbeitenden in der Notaufnahmestelle doch nicht gefeit davor. Wir wurden alle davon heimgesucht. Ich erinnere mich, dass wir uns sorgten, dass unter den Patient*innen auch HIV-»Träger*innen« sein könnten. Wir zerbrachen uns dem Kopf darüber, was wir zum Schutz unternehmen könnten. Dabei hatte das Gesundheitsministerium nach 1985 ohnehin begonnen, die eine oder andere Vorkehrung zu treffen. Es gab sogar Gesetzesänderungen.

In Bezug auf die Frage davor möchte ich noch Folgendes hinzufügen: Auf der ganzen Welt war es ja so, dass die ersten Fälle zu der Einschätzung führten, diese Epidemie sei eine »Jahrhundertkatastrophe«. Man reagierte so, als wäre es das Mittelalter und die Pest sei wieder aufgekommen.

Dabei stand der Panikmache, die wir in den Medien beobachteten, gar keine ähnliche Reaktion der Gesellschaft gegenüber. In den Medien gab es schon immer ausschließende, diskriminierende Berichte. Vor allem Sexarbeiter*innen und Homosexuelle wurden hier als Quelle benannt. Wir erkennen in der Tat viele Parallelen zwischen diesen Gruppen, was die ursprüngliche Einordnung von HIV und Aids angeht: die Epidemie als Strafe für Homosexuelle und ehrlose Menschen – quasi eine Art der Sühne.

*Woran liegt es deines Erachtens, dass HIV und Aids von den Medien den Sexarbeiter*innen und Homosexuellen zugeschrieben wurde? Handelt es sich auch hier um eine Orientierung am westlichen Modell?*

Zum einen liegt das am Fall Murtaza. Er infizierte sich mit HIV, nachdem es schon Spekulationen über seine sexuelle Identität gegeben hatte. Die Medien wiesen darauf in, dass es hier eine Übereinstimmung mit der Epidemie in den Vereinigten Staaten von Amerika oder zumindest Parallelen gebe. Ich weiß nicht, ob der andere Fall auch homosexuell war, aber wenn es so wäre, hätte wohl auch das seinen eigenen Einfluss gehabt. Später ließ sich aus den Zahlen ein etwa siebenprozentiger Anteil von Homosexuellen herauslesen. Die 93 Prozent Heterosexuellen erregten nicht so viel Aufsehen wie diese sieben, obwohl in der Türkei die primären Übertragungswege in heterosexuellen Beziehungen lagen. Damals gab es beispielsweise auch Leute, die aus Deutschland kamen, wo sie gearbeitet hatten. Unter ihnen war HIV relativ verbreitet. Aus diesem Kreis stammten die 20 oder 30 Fälle, die auf die ersten beiden folgten. Dort hatten die Menschen wechselnden Geschlechtsverkehr gehabt, doch nachdem sie zurückgekommen waren, gaben sie als Übertragungsgrund beispielsweise Transfusionen oder andere blutbasierte Wege an. Sie konnten also Geschlechtsverkehr mit mehreren Partner*innen umwandeln in: »Ich wurde in Deutschland operiert, sie wissen, HIV und Aids sind dort wesentlich weiter verbreitet, ich vermute, dass ich es daher habe.«

Die Sachen, an die ich mich aus der Zeit vor meiner NGO-Arbeit erinnere, sind natürlich sehr begrenzt. Es gab eine Zeitlang auch Schwierigkeiten beim Zugang zu Medikamenten. In der Infektiologie existierte damals noch kein ausreichendes Wissen. Für die erwähnten Personen wäre es deshalb ratsamer gewesen, sich in Deutschland behandeln zu lassen – ich weiß also nicht, warum sie hierher zurückgekommen sind. Vielleicht waren die familiäre Unterstützung und Solidarität wichtiger.

Zu dem Zeitpunkt gab es ja auch noch gar keine wirklich effektiven Behandlungsmethoden.

Da hast du Recht. Harte Behandlungen, viele Medikamente und sehr, sehr viele Nebenwirkungen. Selbst für Menschen, die an Medikamente kamen, war die Situation schlimm.

Der Themenbereich reproduktive Gesundheit und die frühe Aids/HIV-Arbeit von İKGV

Wie war denn dein erster Kontakt zu HIV und Aids? Ab 1994 warst du für NGOs tätig?

Ich begann 1994, bei İKGV zu arbeiten. Die Stiftung war damals sehr aktiv im Themenbereich reproduktive Gesundheit, besonders mit Projekten zur Familienplanung. Es ging vor allem darum, Frauen aus dem ländlichen Raum, die in die Städte gezogen waren, in dieser Hinsicht zu bilden. Sie sollten die entsprechenden Beratungsangebote kennen und vom Nutzen von Verhütungsmitteln überzeugt werden. Dazu arbeiteten wir eng mit dem Gesundheitsministerium zusammen. Obwohl die Angebote sehr begrenzt waren, gab es zahlreiche Ratsuchende. Wir wollten, dass die Frauen mit einer gewissen Vorbildung zu solchen Diensten gingen. Im Bereich der reproduktiven Gesundheit hatten bis 1994 die Frauengesundheit und die Familienplanung eine Vorrangstellung für viele NGOs, auch für unsere Stiftung. Darüber hinaus war die Direktion für Mutter-Kind-Gesundheit und Familienplanung (*Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü*) eine wichtige Akteurin im Bereich der reproduktiven Gesundheit. Sie hatte zum Ziel, dass die Familien nur so viele Kinder bekommen sollten, wie sie wirklich wollten. Die Verstädterung hatte begonnen und die Menschen wollten weniger Kinder, aber es gab Schwierigkeiten beim Zugang zu den Beratungsdiensten. Kinder, die auf die Welt kamen, lebten länger, es brauchte die Bildungsinfrastruktur in den Städten; ein Kind, das in der Stadt geboren wird, ist teurer als eines aus dem ländlichen Raum – und im Rahmen einer geplanten Wirtschaft musste damals eben auch die Familie geplant werden. Bis 1994 arbeiteten auch wir als Stiftung auf diese Weise. Die Familienplanung hatte einen absoluten Vorrang im Bereich der reproduktiven Gesundheit. Sie sollte alle Probleme lösen.

1994 jedoch kam es weltweit zu wichtigen Veränderungen im Bereich der reproduktiven Gesundheit. Ich möchte von der UN-Weltbevölkerungs-

konferenz 1994 in Kairo sprechen.³ Sie führte dazu, dass der Vorrang der Familienplanung infrage gestellt wurde. In großem Maß sorgte diese Konferenz dafür, dass neue Themen Eingang in den Arbeitsbereich und auf unsere Tagesordnung fanden: sexualisierte Gewalt, sexuelle Identität, die sexuelle Gesundheit von Kindern, sexuell übertragbare Krankheiten und so weiter. Überall auf der Welt etablierten sich so Nebenbereiche der reproduktiven Gesundheit. Gerade zu dieser Zeit begann ich, bei IKGV zu arbeiten.

Im selben Zeitraum wurde in der Türkei auch der bisherige Umgang mit HIV und Aids problematisiert und es kam zu signifikanten Veränderungen. 1991 wurde in Izmir AİDS Mücadele Derneği (Verein zur Bekämpfung von Aids) und 1992 in Istanbul AİDS Savaşım Derneği (Verein für den Kampf gegen Aids)⁴ gegründet. Diese Vereine arbeiteten sehr intensiv daran, die Qualität der Dienste, aber auch das gesellschaftliche Bewusstsein zu steigern, indem sie Kongresse, Workshops, Veranstaltungen zum Welt-Aids-Tag und andere Aktivitäten durchführten und sich der Interessenvertretung widmeten. Das ist die Zeit, in der die Jugend gebildet werden, die Menschen Safer Sex praktizieren und Ausschlüsse und Diskriminierung abgebaut werden sollten. Damals fing das an.

So begannen auch wir, uns mit anderen Ebenen der Thematik auseinanderzusetzen. Unsere damalige Generaldirektorin war Nuray Fincancıoğlu. Sie hatte in England bei der *International Planned Parenthood Federation* gearbeitet, hatte Kontakt zu Institutionen wie der *London School of Tropical Medicine* und war insgesamt ein Mensch, der sich sehr gut im Bereich der reproduktiven Gesundheit auskannte. Sie stand auch in Verbindung mit Menschen, die zu sexuell übertragbaren Krankheiten arbeiteten. Wissenschaftlich ging man damals davon aus, dass in Ländern wie dem unseren die Epidemie zurückgedrängt und ein Anstieg der Ansteckungen verhindert werden könnte, wenn das Praktizieren von Safer Sex in Gruppen mit häufig wechselndem Geschlechtsverkehr unterstützt würde. Dies führte dazu, dass erste Projektideen entstanden.

3 Vgl. Zülfükar Çetin (2017): *Intertwined Movements, Interwoven Histories: HIV and AIDS in Turkey, Disentangling European HIV/AIDS Policies: Activism, Citizenship and Health* (EUROPACH) Working Paper No.17-001/2, <http://europach.eu/project-outcomes/library/workingpapers> (25.11.2018).

4 Vgl. dazu auch die Ausführungen weiter unten sowie die Interviews mit Arzu Rezzan Sunam, Deniz, Doğan Güneş Tomruk, Tuğrul Erbaydar, Umut Güner, Veli Duyan und Yasin Erkaymaz.

Die Anfänge der Tätigkeit von IKGV im Bereich der Sexarbeit in der Mitte der 1990er Jahre

Uns erreichte beispielsweise die Information, dass in Bordellen in Thailand der Gebrauch von Kondomen als verpflichtend erklärt und damit die Epidemie konsequent eingegrenzt worden war. Wir begannen darüber nachzudenken, was das Ergebnis in der Türkei wäre, wenn dieses Modell auch hier eingeführt würde. Unsere Einschätzung war, dass die Arbeit mit Sexarbeiter*innen entscheidend für die Prävention in der Türkei sein würde, da die Epidemie noch sehr jung war und wir häufig wechselnden Geschlechtsverkehr bei dieser Gruppe lokalisierten. Am Ende dieser Erwägungen entstand ein EU-Projekt, eines der ersten, die wir durchführten. Das Ziel war, Sexarbeiter*innen für Safer Sex zu gewinnen und parallel die Angebote zur Diagnose und Behandlung von sexuell übertragbaren Krankheiten zu verbessern. Dazu wollten wir systematische Kenntnisse über die Behandlungspraxis und den Wissensstand von Ärzt*innen erhalten. Gab es da Defizite? Welche Ressourcen und Expertisen waren notwendig? Auf dieser Basis wollten wir Weiterbildungen planen. Das war die eine Säule des Projekts. Darüber hinaus wollten wir Sexarbeiter*innen erreichen und sie mit Peer-Bildungs-Ansätzen sicheres sexuelles Verhalten lehren. Sie sollten lernen, sich selbst und die Kunden zu schützen – das war das Projekt.

Bis dahin hatten wir – in Führungsstrichen – mit »normalen« Frauen gearbeitet. Frauen, die morgens um neun aufstehen, die Kinder zur Schule bringen und relativ viel Zeit haben. Und wir selbst hatten abends um 17 Uhr Feierabend, unser Arbeitsleben fand tagsüber statt. Unter diesen Umständen war es einfach, »normale« Frauen zu erreichen. Aber jetzt waren wir plötzlich mit Sexarbeiter*innen konfrontiert. Das heißt, wir mussten feststellen, dass wir sie gar nicht erreichten. Wir fuhren regelrecht gegen eine Wand. Wir wussten, dass sie in Bordellen anzutreffen sind, aber zahlenmäßig war das der kleinste Teil. Es war viel wichtiger, diejenigen zu erreichen, die nicht im Bordell arbeiteten. Kurz gesagt, mussten wir uns den Kopf darüber zerbrechen, was wir in dieser Situation machen könnten. Grob betrachtet gab es drei verschiedene Gruppen: Frauen, die im Bordell arbeiten, Frauen, die außerhalb solcher Einrichtungen arbeiten, und schließlich Trans*-Personen. All diese Gruppen galt es zu erreichen. Dabei nahmen wir beispielsweise an, dass es leichter wäre, jemanden für die aufsuchende Arbeit in den Bordellen zu finden. Aber selbst das erwies sich als äußerst schwierig. Wir bekamen schlicht keine Genehmigung für die

Arbeit im Bordell. »Wo, mit wem, wie können wir die Zielgruppen erreichen?«, war eine Frage, die wir uns also sehr oft stellten. Wir kamen darauf, dass Hausarztpraxen ein guter Ort sein könnten. Frauen, die außerhalb von Bordellen arbeiteten, waren ohnehin schwer zu identifizieren.

Es war die Zeit, als in Istanbul »UN Habitat II«, die zweite Konferenz der Vereinten Nationen über das Wohn- und Siedlungswesen, stattfand.⁵ Für diese Konferenz sollten zahlreiche Menschen aus dem Ausland nach Istanbul kommen und vor allem im Bezirk Beyoğlu untergebracht werden. Ihnen sollte eine »ordentliche« Stadt präsentiert werden. Es gab eine unbeschreibliche Widerstandsbewegung um den Taksim-Platz, vor allem in der Ülker-Straße,⁶ aus der insbesondere die Trans*-Frauen vertrieben wurden. Innerhalb eines Jahres starben 13 Menschen – bzw. sie wurden ermordet. Trans*-Sexarbeiter*innen, die dort wohnten und arbeiteten, wurden zusammengewürfelt, aus ihren Wohnungen geworfen und aus der Stadt deportiert. Sie kämpften darum, in der Gegend bleiben zu können. Und mitten in diesem Kampf um Leben und Tod versuchen wir, Sexarbeiter*innen zu erreichen. Am Ende kam uns eine lesbische Initiative mit dem Namen *Voltran* zu Hilfe. Sie hatten Kontakte zu weiblichen Sexarbeiterinnen. Nur durch ihre Unterstützung konnten wir eine Befragung durchführen, um ein Bild der Lebenssituation von Sexarbeiter*innen zu erhalten. Später lernten wir viel mehr über die Lebensbedingungen von Trans*-Sexarbeiter*innen, was natürlich auch uns veränderte. Wir mussten feststellen, dass sich tief in unseren Köpfen diskriminierende Haltungen festgesetzt hatten, die wir nun besser verstanden. Obwohl wir davon ausgegangen waren, dass wir keine Vorurteile hätten, fanden wir genau das, und zwar knietief. Zu Beginn hatten wir vorgehabt, Sexarbeiter*innen weiterzubilden, aber es stellte sich heraus, dass sie es waren, die uns – auf unvorhergesehene Weise – fortbildeten. Auf diese Weise gelang es uns allmählich, Sexarbeiter*innen zu erreichen.

- 5 Dieser »Städtegipfel« fand vom 3. bis 14. Juni 1996 in Istanbul statt und sollte Antworten auf den Prozess der verstärkten Urbanisierung finden. Die 171 vertretenen Regierungen verabschiedeten die »Habitat-Agenda« und die »Erklärung von Istanbul«; vgl. UNRIC (2001): Sondertagung der UNO-Generalversammlung zur Überprüfung und Bewertung der Umsetzung der Habitat Agenda, New York, 6.–8. Juni 2001, <https://www.unric.org/html/german/habitat/istanbul5.htm> (25.11.2018).
- 6 Vgl. zu dieser Widerstandsbewegung auch Zülfükar Çetin (2015): Die Dynamik der Queer-Bewegung in der Türkei vor und während der konservativen AKP-Regierung, Berlin: SWP. https://www.swp-berlin.org/fileadmin/contents/products/arbeitspapiere/AP_FG_Europa_2015_08.pdf (25.11.2018).

Nach langen Auseinandersetzungen darüber, was zu tun sei, eröffneten wir ein Beratungszentrum. Dadurch erst wurde uns langsam klar, wie vielfältig und komplex die Problemlagen waren. Neben den alltäglichen Problemen mit der Polizei, Zuhälter*innen oder Partner*innen haben weibliche Sexarbeiterinnen fast unermesslich viele andere Probleme. Trans*-Sexarbeiter*innen erleben beispielsweise Gewalt, aber sie lassen sich nicht so schnell unterkriegen. Sie schmieren selten andere mit Geld. Ihr Leben ist insgesamt widerständiger. Cis-Frauen geben im Vergleich schneller auf. Es gelingt ihnen nicht, die Prostitution in Einklang mit ihrem Selbstbild zu bringen. Trans*-Sexarbeiter*innen erkennen schnell, dass Prostitution eine Einnahmequelle ist und passen sich schneller an. Sie haben kaum moralische Zwickmühlen. Cis-Frauen hingegen machen sich permanent Gedanken, ob es ihnen jetzt »jämmerlich« gehe, weil sie »gefallene Mädchen« seien. Sie kriegen diese moralische Schere einfach nicht aus dem Kopf. Wenn sie Kinder bekommen, kümmern sich die Väter so gut wie nie darum. Sie hingegen scheuen keine Kosten und Mühen, um diese Kinder zu unterstützen. Sie werden noch verletzlicher und schutzloser, denn sie müssen nun noch mehr Geld verdienen. Und sie erleben extrem viel Gewalt.

Trans*-Sexarbeiter*innen würde das eher nicht passieren, denn sie verhalten sich untereinander auch solidarischer. Sie sind von gesellschaftlicher und Polizeigewalt betroffen, aber individuelle Bedrohungen können ihnen kaum etwas anhaben. Ihr Leben ist durch den gemeinschaftlichen Zusammenhalt geprägt, sie können sich – wie damals in der Ülker-Straße – gemeinsam verteidigen. Da sie eher zusammenleben und sich organisieren, geht es ihnen im Vergleich also ein bisschen besser. All diese Erfahrungen machten wir im Kadın Kapısı (Frauentor), so hieß das Beratungszentrum.⁷ Zuerst befand es sich direkt an der Ecke der Ağa-Moschee, an einer Ecke der İstiklâlstraße, mitten in der Fußgängerzone, ganz oben. Dort, wo jetzt das Demirören-Einkaufszentrum steht. Kadın Kapısı konnte sich bis 2012 halten. Es wurden Zeitschriften herausgegeben, Veranstaltungen organisiert. Zuletzt zog das Projekt in den ersten Stock des Stiftungsgebäudes. Die (Trans*-)Sexarbeiter*innen gewöhnten sich schnell an den Ort und gingen ein und aus.

Im Jahr 1996, glaube ich, gab es die erste Bildungsveranstaltung für Trans*-Sexarbeiter*innen. Wir hatten uns gesagt: »In Istanbul können

7 Vgl. dazu auch das Interview mit Doğan Güneş Tomruk und die deutlich andere Sichtweise im Interview mit Tuğrul Erbaydar. Kadın Kapısı stand unter der Trägerschaft von İKGV, wurde aber 1996 von und für Sexarbeiter*innen initiiert.

wir das nicht durchführen, hier werden die Leute permanent verhaftet. Lasst uns nach Bodrum⁸ fahren.« Es gab im Projekt-Budget eine Position, die das gestattete – so konnten wir dieses Experiment starten. Natürlich passierte aber das, was wir befürchtet hatten: Eine Person wurde am Abend vor der Abreise verhaftet, weswegen wir mit nur vier Teilnehmenden fahren mussten. In dieser Bildungsveranstaltung in Bodrum erwarben wir die wohl wichtigste Bildungserfahrung unseres Lebens. Wir lernten die Trans*-Sexarbeiter*innen und immer neue Seiten an ihnen kennen. Wir stellten fest, dass sie sich in einem permanenten Kampf um die Anerkennung ihrer Identität befanden. Auf dieser Basis entwickelten wir ein Handbuch für Ärzt*innen und anderes Personal im Gesundheitswesen, es gab Peer-Bildungs-Veranstaltungen für Sexarbeiter*innen, Module wurden entwickelt, die dann von den Sexarbeiter*innen im Rahmen ihrer eigenen Bildungsarbeit genutzt werden konnten. Wir hatten mit der Vorstellung begonnen, dass wir HIV- und Aids-Prävention machen wollen. Was wir aber zunehmend feststellten, war die Bedeutung von Identitäts- und elementaren Überlebensfragen. Deswegen verbanden wir die Themen.

Im Rahmen des Kadın Kapısı führten wir auch kleinere Projekte zur Prävention sexuell übertragbarer Krankheiten durch. Beispielsweise veranstalteten wir reine Spaßveranstaltungen – in der Sprache der Subkultur »Güllüm«-Tage⁹ –, an deren Rand ein Gesundheitsteam der Bezirksverwaltung von Istanbul-Şişli vorbeikam und Tests anbot. Wenn es unter den Teilnehmenden Menschen gab, die mit HIV lebten, wurden sie an Stellen verwiesen, wo sie behandelt wurden. Kadın Kapısı wurde zu einem Ort gelebter Solidarität. Es gab vereinzelt HIV-positive Trans*-Sexarbeiter*innen, die dann im Rahmen einer Selbsthilfegruppe aufgefangen wurden. Manche profitierten von der gegenseitigen Unterstützung bis an ihr Lebensende. Wenn sie schwächer wurden, kümmerten sich die anderen um sie. Pflege und Unterstützung ohne Ausschluss und Diskriminierung. Das waren eigentlich sehr gute Beispiele einer gelungenen Praxis – bis HIV dann von der Tagesordnung in der Türkei gestrichen wurde.

8 Bodrum ist ein beliebter Urlaubsort im Südwesten der Türkei.

9 *Güllüm* kann als »Geplauder« oder »zwanglose Unterhaltung« übersetzt werden.

Von der Aids/HIV-Arbeit der späten 1990er und der 2000er Jahre zum Bruch von 2007

Die Grundlagen dieser Form der HIV/Aids-Arbeit reichen in die 1980er Jahre zurück. In den 1990er Jahren hatten sie ihre Hochphase. Am Ende des Jahrzehnts entwickelten sie sich zu organisierten Formen der Zusammenarbeit weiter. Ich habe schon von AIDS Mücadele Derneği und AIDS Savařım Derneği gesprochen. Zu Beginn der 2000er Jahre begannen auch andere NGOs, die zu reproduktiver Gesundheit arbeiteten, sich in der HIV/Aids-Arbeit zu engagieren. Ich muss noch einmal darauf hinweisen, wie wichtig die Abschlusserklärung der Weltbevölkerungskonferenz in Kairo im Jahr 1994 dafür war. İKGV, Türkiye Aile Saęlıęı ve Planlaması Vakfı (Stiftung für Familiengesundheit und -planung), aber auch Türkiye Aile Planlaması (Familienplanung in der Türkei) und andere NGOs hatten daraufhin begonnen, sich auf die eine oder andere Weise an der Prävention von HIV/Aids zu beteiligen. Wir müssen aber auch über die internationalen Finanzquellen für diese Arbeit sprechen. Die Summe stieg zwischen 1995 und, wenn ich mich nicht irre, 2007 aufgrund von Zuwendungen des Global Fund¹⁰, aber auch der EU, während mehr als zehn Jahren immens an. Die Gelder wurden vor allem für die Bereiche reproduktive Gesundheit und HIV/Aids bewilligt. Zivilgesellschaftliche und öffentliche Stellen kamen zusammen und planten gemeinsam Maßnahmen.

Allerdings stiegen die Zahlen nicht so an, wie man anfangs befürchtet hatte. Da nicht klar gewesen war, was die Determinanten der Epidemie waren, ging die Epidemiologie auch für die Türkei von einem explosionsartigen Anstieg aus. Tourismus und Migration wurden hierbei als wichtige Faktoren angesehen. Die Sowjetunion war gerade erst auseinandergebrochen, wir sprechen von 1995/96. Von dort kamen zahlreiche Frauen, die hier in die Sexarbeit gingen. Das erhöhte den Anteil der Ausländer*innen unter den Sexarbeiter*innen stark und so weiter. Natürlich ist es sehr schwierig, alle Faktoren aufzudecken. Zum Beispiel ist es schwierig zu argumentieren, dass es schließlich nicht zu einer Epidemie kam, weil etwa die Kreise, innerhalb derer es zu sexuellen Kontakten kommt, geschlossen sind. Wahrscheinlich ist auch die Beschneidung von Jungen ein wichtiger Faktor, der in den Modellrechnungen für die Türkei

10 Der 2002 gegründete Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria (Globaler Fonds zur Bekämpfung von Aids, Tuberkulose und Malaria) wird auch in den Interviews mit Arzu Rezzan Sunam, Buse Kılıçkaya, Canberk Harmancı, Doęan Güneř Tomruk, Kemal Ördek, Umut Güner und Yasin Erkaymaz erwähnt.

zunächst gar nicht berücksichtigt worden war. All das zusammen verhinderte vermutlich die explosionsartige Entwicklung der Epidemie.

2007 trat dann beim Gesundheitsministerium eine Veränderung ein. Parallel dazu verschoben sich die gesellschaftlichen Prioritäten, Infektiolog*innen zogen sich aus dem Feld zurück und so weiter. So veränderte sich langsam der Umgang mit der Aids- und HIV-Thematik. In der ersten Zeit hatte es ausgesprochen viele Fachleute gegeben. Es war für das Prestige von Infektiolog*innen förderlich gewesen, in diesem Bereich zu arbeiten. Sie waren schließlich, global betrachtet, an der wichtigsten Infektion dran. Selbst als sonst noch niemand davon sprach, dass es da eine tödliche Infektionskrankheit gab, traten sie auf Kongressen auf, auch wenn sie nur zwei HIV-Kranke behandelten. Mit der Zeit kümmerten sie sich auch sehr intensiv um die Kranken, sie gaben ihnen ihre Mobil- und selbst die Festnetznummern. Aber irgendwann, wenn ich es richtig verstehe, fing diese Art der Beziehung an, die Ärzt*innen zu stören. Dafür gab es auch objektive Gründe. Beispielsweise fiel es Menschen, die mit HIV lebten, schwer, Internist*innen zu erreichen. Aber die Leute aus der Infektiologie waren Tag und Nacht für sie da. Also wurden sie auch nachts um drei Uhr angerufen und es wurde ihnen mitgeteilt: »Ich kann nicht einschlafen, ich weiß nicht, was ich tun soll.« Oder aber: »Das Medikament führt zu einem Jucken am Fuß, was soll ich tun?« Der Status, den ihnen die HIV-Infizierten einst verschafft hatten, wurde also mit einem hohen Preis bezahlt. Das ist zumindest das, was ich wahrnehme. Ich vermute, sie fühlten sich ausgenutzt, und zogen sich deswegen zunehmend zurück. Außerdem gab es ja auch wirklich keine Explosion der Zahlen. Deswegen sank HIV auf der Prioritätenliste im Gesundheitsbereich nach unten. Auch das Gesundheitsministerium wollte in diesem Zusammenhang nicht mehr mit vulnerablen Gruppen oder Sexarbeiter*innen arbeiten. Das heißt, es legte keinen Wert mehr darauf, dass sie erreicht werden.

Entsprechend der epidemiologischen Situation in der Türkei war das Geld, das über das Gesundheitsministerium verteilt wurde, bis dahin vor allem für vulnerable Gruppen und Gruppen mit häufig wechselnden Sexualpartner*innen ausgegeben worden. Aber das Gesundheitsministerium wollte nicht mehr mit diesen Gruppen zusammenarbeiten, deswegen nahm das Engagement ab. Sobald die finanzielle Unterstützung aus dem Ausland kleiner wurde, nahm auch die Kapazität der NGOs rapide ab. Es war also im zivilgesellschaftlichen Bereich der Rückgang von Mitteln, und andererseits waren es politische Veränderungen, die sich auch auf das Gesundheitsministerium auswirkten. All das hatte negative Auswirkungen auf die Auseinandersetzung mit HIV/Aids.

Die (Un-)Tätigkeit der Nationalen Aids-Kommission

An diesem Punkt kommt die Ulusal Aids Komisyonu (UAK; Nationale Aids-Kommission) ins Spiel.¹¹ 1994 hatte sie viele zivilgesellschaftliche und staatliche Akteure an einen Tisch gebracht, auch wenn es nicht das Lieblingsprojekt des Ministeriums war und nur aufgrund des Drucks von außen zustande kam. Auch sie war an einem westlichen Modell geschult. Denn der Aufbau des türkischen Staates hat ja seine Besonderheiten: In solche beratende Gremien werden üblicherweise keine Vertreter*innen der Zivilgesellschaft aufgenommen. Unter Umständen werden sie ausnahmsweise als Sachverständige angehört. Weil aber die UAK das Ergebnis eines von der EU geförderten Projekts war, gab es in dieser Kommission, in Analogie zu westlichen Herangehensweisen, auch zivile Strukturen. Sie hatte ihren Ursprung also in einem EU-Projekt und wurde aus der Hoffnung heraus initiiert, dass so Umgangsweisen mit HIV/Aids beeinflusst werden können. Es ist klar, dass das nicht funktionieren konnte. Es wurden vor allem Probleme zur Sprache gebracht, da keine effektiven Sanktionsmöglichkeiten vorgesehen waren. Die Kommission hatte zwar durchaus eine gewisse Lebensdauer, ihre Funktionalität büßte sie aber schnell ein. Ich bin mir nicht mehr sicher, ob die letzte Sitzung im Jahr 2007 oder 2008 stattfand.

Danach berief das Ministerium die Kommission nicht mehr ein. »Stattdessen«, sagten sie, »wird ein Beirat eingesetzt«. Darin hatten vor allem Fachleute von Universitäten einen Platz, insbesondere aus der Infektiologie. Sie bestimmten nun, und zwar bis 2015. Sieben, acht Jahre lang wurde die UAK gar nicht einberufen bzw. gab es keine Sitzung, zu der zivilgesellschaftliche Organisationen eingeladen wurden. Dann, ich glaube im Januar oder Februar 2015, wurde sie doch wieder einberufen. Die Weltgesundheitsorganisation hatte eine Sitzung eingefordert. Zwischen UNAIDS¹², der anderen für die Aids-Prävention zuständigen Stelle bei den Vereinten Nationen, und der türkischen Regierung hatte es in der Zwischenzeit immer wieder Zusammenkünfte gegeben. In diesem Rahmen hatte die Regierung offenbar

11 Vgl. dazu auch die Interviews mit Canberk Harmancı, Deniz, Doğan Güneş Tomruk und Umut Güner.

12 UNAIDS, das Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (Gemeinsames Programm der Vereinten Nationen zu HIV/AIDS), ging 1996 aus dem »Global Program on HIV/AIDS« der WHO hervor und hat seinen Sitz in Genf. Die Organisation hat das Ziel, die weltweite Aids/HIV-Arbeit zu koordinieren. Erwähnt wird sie auch in den Interviews mit Canberk Harmancı und Kemal Ördek.

Zusagen gemacht, darunter auch das Erstellen eines Nationalen Aktionsplans gegen Aids (*Aids Ulusal Eylem Planı*). Irgendwie müssen sie festgestellt haben, dass die Türkei dieser Zusage nicht nachgekommen war. Es gab gar keinen aktuellen Plan – wenn wir mal beiseite lassen, dass die alten Pläne auch nur zum Vorzeigen erstellt worden waren.

Pläne sollten ohnehin nie wortwörtlich genommen werden, aber seit 1996 waren sie doch periodisch erstellt und ein Teil der Maßnahmen war tatsächlich umgesetzt worden. Dabei ging es meistens nicht darum, einen beschlossenen Plan umzusetzen, sondern es waren Maßnahmen, die zufällig auch die Ziele des Plans erfüllten. Der Prozess hatte ohnehin eine eigene Dynamik. Das ist ja auch überall auf der Welt so. Nirgendwo werden Pläne zu 100 Prozent umgesetzt. Sie sind eine Art Willensbekundung – dies und das muss passieren und es wäre schön, wenn darüber hinaus auch dieses und jenes passieren würde. Und dann werden auch noch Menschen benötigt, die guten Willens und auch in der Lage sind, diese Sachen auszuführen. Wenn es niemand tut, passiert nichts. So einfach ist das.

Es gab aber noch einen zweiten Grund für das neue Interesse an der UAK. Die Türkei ist in Osteuropa, inklusive Russland, das Land mit dem höchsten Zuwachs bei den Infektionszahlen. Sie vervielfachen sich jedes Jahr. Deswegen war das Gesundheitsministerium zwischenzeitlich in Aufruhr. Sie fragten sich, ob sie da gerade einen Kontrollverlust erlebten. Das ist jedenfalls unsere Interpretation. Sie gingen kurzfristig wieder dazu über zu sagen: »Oh, wir hatten doch eine nationale Aids-Kommission, lasst uns sie einberufen. Was kann schon passieren?« Und wir waren bei ein, zwei Versammlungen. Aber dann scheint das Ministerium beschlossen zu haben, dass es keinen Grund zur Panik gibt. Jedenfalls wollte die Regierung allein, ausgehend von der gegenwärtigen Situation, einen Aktionsplan entwickeln. Ich habe dann aufgrund meines Gesundheitszustandes aufgehört, mich mit den Entwicklungen in diesem Bereich zu befassen.

Diese letzten Bemerkungen bezogen sich auf das Jahr 2015, oder?

Wenn ich mich recht erinnere, waren es zwei Sitzungen gleich zu Beginn des Jahres 2015. 2016 soll es eine weitere Sitzung gegeben haben. Soweit ich weiß, soll da ein neuer Plan verabschiedet worden sein. An diesen bin ich aber nicht herangekommen.

Besteht die Kommission weiterhin aus denselben Mitgliedern?

Ich meine, es kann nicht mehr von einer Kommission gesprochen werden, zumindest nicht mehr von einer Kommission, bei der die Teilnahme der

Zivilgesellschaft erwünscht ist. Es gibt vielmehr Gremien des Gesundheitsministeriums. Und wir reden hier auch nicht von denselben Menschen. Das Gesundheitsministerium kümmert sich ja um lauter übertragbare Krankheiten – Vogelgrippen, Schweinegrippen, Ebola und andere Epidemien. Zu diesen Krankheiten verfügt es über besser entwickelte Monitoring-Strukturen. Darüber geraten dann andere Krankheiten manchmal in den Hintergrund und werden vernachlässigt. Das trifft auch auf HIV zu. Eigentlich bräuchte es für HIV ein System zur Verlaufskontrolle in Bezug auf die zweite Generation. Das Gesundheitsministerium müsste verschiedene Gruppen – besonders vulnerable Gruppen, Gruppen mit häufig wechselnden Sexualpartner*innen – systematisch erfassen. Dafür bräuchte es tragfähige Beziehungen zwischen dem Ministerium und den Gruppen, aber hier gibt es ernst zu nehmende Probleme.

Mit der vorherrschenden Sicht auf diese Gruppen wird das Gesundheitsministerium sie niemals erreichen können. Dort sitzen Bürokrat*innen, die – Ausnahmen mal beiseite gelassen – mit Vorurteilen auf Menschen schauen, die häufig wechselnden Geschlechtsverkehr haben, und solche Menschen auch in ihrem Privatleben diskriminieren und ausschließen. Es ist nicht so einfach, ihnen zu sagen, dass sie diese Gruppen erreichen und ihre Verhaltensweisen untersuchen sollen. Es gelingt ihnen ja nicht einmal, sich mit Sexarbeiter*innen in Verbindung zu setzen. Aus diesem Grund ist das Ministerium gezwungen, mit NGOs zusammenzuarbeiten. Es ist ja wirklich schwierig, den Anfang zu machen, was die Ansprache von Sexarbeiter*innen angeht. Bei uns hatte es anderthalb Jahre gedauert. Und um den Kontakt aufrechtzuerhalten, braucht es stetige Bemühungen.

Genau. Wenn wir bedenken, dass der Staat dazu übergegangen ist, die Bordelle zu schließen ...

Dies ist ein Feld, das einen langen Atem erfordert, auch für den Staat. Es werden keine Betriebsgenehmigungen mehr ausgestellt, es werden keine Arbeitserlaubnisse mehr erteilt, und das seit geraumer Zeit. Der Staat denkt, dass dadurch die Bordelle von allein verschwinden werden. Und so wird es wahrscheinlich auch kommen. Langsam, aber sicher schließen die Bordelle wirklich. Die Häuser von Matild Manukyan, die mit ihren 37 Bordellen in Istanbul sechsmal die Unternehmerin mit der höchsten Steuerlast wurde, sind bereits zu, wie die Hälfte aller legalen Bordelle in der Stadt. Die halten dem Konkurrenzdruck nicht mehr stand. Sexarbeiter*innen erreicht man heute dank der technologischen Möglichkeiten nicht mehr im Bordell,

sondern telefonisch oder über das Internet. Da die Zulassung zum Gewerbe erschwert wird und gleichzeitig der technologische Fortschritt einschlägt, arbeiten heute viele Sexarbeiter*innen von zu Hause aus. Wer soll denn dann noch durch Polizeikontrollen gehen, um ein Bordell zu besuchen? Außerdem steht der organisatorische Aufbau der Bordelle im Widerspruch zum veränderten Verständnis von Spaß und Unterhaltung. An einem Ort, wo eine sexuelle Vereinigung stattfinden soll, für die es einen privaten Raum bräuchte, ist alles von dem Hygieneartikelverkauf bis zur Zuhälterei straff organisiert. Deswegen will niemand mehr ins Bordell gehen.

Das heißt, dass auch der Markt für sexuelle Dienstleistungen einem Wandel unterliegt?

Ja, das erzählen die Mitarbeiter*innen von Bordellen. »Früher waren wir so etwas wie Sklav*innen, wir waren bei den Zuhälter*innen verschuldet. Heute ist es das Gegenteil, jetzt leihen wir ihnen Geld.« Oder aber: »Wir fischen draußen nach Kundschaft, wir können mit den Nichtregistrierten nicht mehr konkurrieren.« Außerdem ist der Altersdurchschnitt in den Bordellen mittlerweile sehr hoch. Die Russinnen und Ukrainerinnen draußen sind 20 oder 25 Jahre alt und verkaufen sich viel besser. Deswegen geht es den Sexarbeiter*innen in den Bordellen so schlecht. Langsam, aber sicher werden aber auch sie dort nicht mehr arbeiten. Viele gehen jetzt in Rente und der Neuzugang wird stark restriktiv gehandhabt. Dadurch wird aber das, was versteckte Prostitution genannt wird, immer mehr. Das, was ich hier erzähle, ist natürlich eine allgemeine Tendenz. Es gibt sicher auch Ausnahmen und situative Besonderheiten.

Die Inexistenz einer staatlichen Aids/HIV-Politik nach 2007

In Westeuropa – beispielsweise in Deutschland und in der Schweiz – wird zwischen »Altem« und »Neuem« Gesundheitswesen bzw. Old und New Public Health unterschieden. Diese Unterscheidung soll verdeutlichen, dass sich in den vergangenen Jahrzehnten konzeptionell etwas getan hat. Heute geht man davon aus, dass alle für ihre Gesundheit selbst verantwortlich sind, dass die Vorstellung von sogenannten Risikogruppen ausgedient hat, dass es sinnvoller ist, von riskanten Verhaltensweisen auszugehen und so weiter. Parallel zu diesem neuen Verständnis gibt es auch neue Ansätze, die mit weniger Staat und mehr individueller Verantwortung arbeiten wollen. Auch

in der Türkei gab es früher an Kontrolle orientierte Präventionsansätze – hat sich da auch etwas getan? Wie hat sich insbesondere die offizielle Politik des Gesundheitsministeriums verändert?

Ich glaube, das lässt sich folgendermaßen zusammenfassen: Es gibt keine einheitliche Politik in Bezug auf HIV und Aids. Ich würde sogar sagen, dass das bürokratische Gedächtnis des Gesundheitsministeriums nach 2006 oder 2007 irgendwie gelöscht wurde. Statt politischer Veränderungen gibt es also eine Abwesenheit von Politik. Es ist schwierig, davon zu sprechen, dass sich etwas verändert habe, auch wenn die Veränderungen, von denen du sprachst, angefangen hatten, auf die Tagesordnung zu kommen. Noch 2006 konnten wir beispielsweise im Gespräch mit dem Gesundheitsministerium sagen: »Es gibt keine Risikogruppen, es gibt Gruppen, deren Leben riskant ist.« Genau genommen konnten wir sogar debattieren, ob wir von vulnerablen Gruppen sprechen sollten. Aber auch das hatte seine Tücken, das schreibt ihnen fälschlicherweise Passivität zu. Ich erinnere mich, dass wir deswegen auch über Focal Groups und Key Groups sprachen. Die Key Groups kamen vor allem später dazu, aber 2006 waren wir auf jeden Fall schon bei vulnerablen Gruppen. Das Gesundheitsministerium verfolgte diese Debatten aus einer gewissen Entfernung, aber es verfolgte sie doch – bis es zu einem Fadenriss kam.

2015 begegnete uns dann eine Herangehensweise, die sich vielleicht als »Lassen sie uns erst einmal verstehen, worum es hier geht« beschreiben lässt. Bei einer der Versammlungen, von denen ich vorhin gesprochen habe, war jemand aus den oberen Etagen des Ministeriums in ein Fettnäpfchen getreten, das schon längst nicht mehr im Weg stand. Es hieß: »Sollten wir die Tests vor der Eheschließung verpflichtend machen?« Das Jahr 2015 begann also mit der Frage, ob Zwangstests auf die Tagesordnung kommen sollten. Im ersten Jahrzehnt der 2000er Jahre hatten neu hinzukommende Mitglieder der UAK solche autoritären Herangehensweisen vorgeschlagen, obwohl Zwangstests schon damals gar nicht mehr en vogue waren. Wenn jemand von solchen Zwangstests sprach, wurde diese Person wie eine *Kezban* – in der Sprache der Trans*-Szene ein Begriff für eine naive Frau vom Land – behandelt. Später wurden solche Leute von den anderen Kommissionsmitgliedern überzeugt und passten sich in der Mehrheit an. Das ist ja immer ein Lernprozess. Da die Vertreter*innen der NGOs regelmäßiger an den Sitzungen teilnahmen, bildeten wir die Offiziellen weiter, die zum ersten Mal kamen. Wir erzählten ihnen beispielsweise immer wieder, dass man statt auf Zwangstests oder auf die Tests vor einer Eheschließung auf

Freiwilligkeit setzen sollte. Wir betonten das immer wieder. Genauso sprachen wir auch von der Wichtigkeit, dass die Menschen informiert werden. Auf eine Art sagten wir also: »Je mehr sie den Menschen aufzwingen, desto mehr geht das Problem in den Untergrund. Während Sie etwas Gutes tun wollen, machen sie genau das Gegenteil – deswegen müssen sie als staatliche Stellen, ob sie es nun wollen oder nicht, mit vulnerablen Gruppen zusammenarbeiten. Wenn ihr Ziel das Zurückdrängen der Epidemie und der Nutzen der Gesellschaft ist, dürfen sie diese Menschen nicht diskriminieren und ausschließen!«

Das ist das A des ABC der Aids- und HIV-Arbeit: Diskriminierung ist gleich Ausbreitung der Epidemie. Niemand muss niemanden mögen, doch müssen Rechte und Freiheiten die Prinzipien der Arbeit in diesem Feld sein, die elementaren Grund- und Freiheitsrechte. Die müssen alle respektieren, damit der Epidemie vorgebeugt werden kann. Immer und immer wieder dieselben Sachen erzählen, weil jemand zum ersten Mal da ist ... Es war eine Art Bildungsmaßnahme, allen, die neu dazukamen und fragten: »Und wenn wir alle, die mit HIV leben, isolieren, in Quarantäne stecken würden?«, mit der Rückfrage zu antworten, ob sie denn wollten, dass sich HIV noch weiter verbreitet. Dass aber 2015 ein hohes Tier aus dem Gesundheitsministerium von Zwangstests sprach, bedeutete, mit allem noch einmal bei Null anzufangen. So viele Jahre, so viel Engagement – alles umsonst.

Begriffe, Wissenstransfers aus Westeuropa und die Arbeit von AİDS Savařım Derneđi und AİDS Mücadele Derneđi

Wenn wir uns ansehen, wie die Auseinandersetzungen in der Türkei liefen, was wurde im Bereich HIV und Aids vonseiten der NGOs und des Staates vom Westen gelernt? Gab es einen gegenseitigen Austausch?

Ich habe ja schon zu Beginn gesagt, dass wir von einer Panik sprechen können, die aus dem Westen kam. Was Ausschlüsse und Diskriminierungen angeht, ist die Situation in der Türkei und anderen Ländern des Ostens anders als dort. Ich gehe beispielsweise davon aus, dass die Kranken im Westen gegen wesentlich mehr Diskriminierung zu kämpfen haben. Hierzulande ist Krankheit ein Grund für stärkeren innerfamiliären Zusammenhalt, für mehr Mitgefühl und Liebe. Das zeigt sich auch bei HIV/Aids. Selbstverständlich gab es immer wieder auch sehr negative Beispiele, wo die Familie ein Mitglied diskriminiert hat und es kaum Solidarität gab. Trotz-

dem würde ich, auf der Basis von Vermutungen, davon ausgehen, dass ein Mensch, der mit HIV lebt und dies der Familie mitgeteilt hat, mehr Unterstützung bekommt als in einer Gesellschaft im Westen. Die Familie verstößt niemanden so einfach. Deswegen sprach ich davon, dass diese Angst vor Diskriminierung und Ausschluss aus dem Westen importiert wurde. Das ist das eine.

Das andere ist, dass die Umgangsweisen mit der Krankheit ebenfalls aus dem Ausland importiert wurden. Beispielsweise arbeitete AIDS Savaşım Derneği sehr à la française: Es gab Modeschauen, Konzerte, Kongresse, Veranstaltungen für Jugendliche, Maßnahmen, die vor allem vulnerable Gruppen in den Vordergrund stellten ... AIDS Mücadele Derneği, der Verein in Izmir, war da traditioneller. Während AIDS Savaşım westliche Quellen anzapfte, arbeitete AIDS Mücadele vor allem im Rahmen seiner eigenen finanziellen Möglichkeiten. Am Ende wurden beide aufgelöst.

Welche inhaltlichen Schwerpunkte setzten die Vereine?

Sie waren ziemlich konservativ. AIDS Mücadele befürwortete beispielsweise Zwangstests ... Manche der Mitglieder mochten keine Homosexuellen. Sie hatten insgesamt eine konservativere Struktur. Aber sie konnten ihren Traditionalismus in der konkreten Arbeit nicht als Vorteil nutzen. Sie kamen zum Beispiel sehr einfach in die Schulen.

Auch Aids Savaşım Derneği erreichte die Schulen. Aber sie kamen mit so einem Überbau, mit Medien etwa, und führten auf diese Weise ihre Veranstaltungen durch. In diesem Sinn waren sie westlich orientiert. Auch die İKGV ist eine Organisation, die im Einklang mit importierten Modellen arbeitet. Selbst der Grundgedanke für unser Sexarbeiter*innen-Projekt stammte aus England. Es wäre uns vermutlich gar nicht von allein eingefallen, mit Sexarbeiter*innen zusammenzuarbeiten.

Du hast davon gesprochen, dass ihr die »Risikogruppen« durch »vulnerable« oder »wehrlose Gruppen« ersetzt habt. Ich würde gern ein bisschen besser verstehen, ob es einen bzw. welchen transnationalen Einfluss es gegeben hat, insbesondere was Veränderungen in der Terminologie angeht.

Wogegen wir immer vorgegangen sind, ist dies: Es gibt kein Risiko, was Gruppen angeht, quasi von Natur aus. Es ist etwas anderes, von der Gesellschaft gezwungen zu werden, sich auf riskante Verhaltensweisen einzulassen. Wenn man von »Risikogruppen« spricht, tut man so, als sei diese Gruppe eine Gefahr für die Gesellschaft, unabhängig davon, was die An-

gehörig dieser Gruppe tun oder nicht tun. Gerade so, als sei es ihnen angeboren, ein Risiko darzustellen. Wenn wir aber von »wehrlosen« sprechen, meinen wir, dass Menschen sich aufgrund ihrer Wehrlosigkeit riskant verhalten. Weil sie beispielsweise mit Gewalt zur Prostitution gezwungen werden und keine Kondome bereitgestellt werden.

Und warum sprechen wir von Gruppen, die einem Risiko ausgesetzt sind? Dazu gehören beispielsweise jene Personen, deren Partner polygam lebt, während sie selbst nicht den Luxus haben, dasselbe in Bezug auf sich selbst für möglich zu halten. Der Ehemann kommt am Abend nach Hause und sie haben Sex. Wie können wir die Ehefrau hier zu einer »Risikogruppe« erklären? Sie ist eigentlich diejenige, die von einem Risiko bedroht ist. Es ist nicht sie selbst, es ist nicht ihr Verhalten, das ein Risiko birgt. Der Partner setzt sie einem Risiko aus. Das ist der feine, aber sehr wichtige Unterschied.

*Mir kommt es aber so vor, dass meistens andere Gruppen gemeint sind, wenn wir von »wehrlosen Gruppen« sprechen – Sexarbeiter*innen, Schwule, Trans*-Personen.*

Auch sie können sich ja nicht wirklich wehren, etwa wenn sie von der Gesellschaft gezwungen werden, in der Prostitution zu arbeiten. Sie haben kaum die Möglichkeit zu verhandeln. Sie sind in einem permanenten Existenzkampf, um die knappe Zeit zu nutzen, sie müssen ja irgendwie Geld verdienen. Wenn der Kunde sagt: »Ich möchte kein Kondom benutzen«, werden sie plötzlich wehrlos. Würde Sexarbeit nicht kriminalisiert, würde es Sexarbeiter*innen vielleicht leichter fallen, für die Benutzung der Kondome zu streiten. Sie könnten Kunden ablehnen, so wie sie es in der Ülker-Straße ja auch wirklich taten. Dort kontrollierten erfahrene Trans*-Sexarbeiter*innen unerfahrene. Sie wussten, wer Kondome benutzt und wer nicht, und setzten letztere vor die Tür und ließen sie nicht mehr in die Straße kommen. Unsere epidemiologischen Studien am Ende der Projekte zeigten, dass die Epidemie unter Trans*-Sexarbeiter*innen weniger verbreitet war als unter anderen LSBTI-Gruppen. Wir führten das darauf zurück, dass die jahrelange Arbeit zu einem veränderten Verhalten geführt hatte, was die Kondomnutzung angeht.

Das lässt sich so erklären: Es gibt in Istanbul eine Menge LSBTT-Verene. Diese Organisationen weigerten sich aus sehr verständlichen Gründen viele Jahre lang, ihren Namen in einen Zusammenhang mit HIV geraten zu lassen. Sie wollten nicht einmal mit Sexarbeit im gleichen Atemzug genannt werden. Sie wollten keine Präventionsarbeit machen. Hätten

diese Gruppe gesagt: »Wir sind auch in der HIV-Prävention tätig«, hätte es wahrscheinlich wirklich geheißen: »Dafür muss es doch einen Grund geben. Vermutlich gibt es unter denen viele Infizierte, deswegen tun die da was ...« Es hätte vielleicht Gerede und Diskriminierung gegeben. Das war ein politisches Problem.

Wir hingegen kamen aus dem Gesundheitswesen und versuchten, sie trotzdem mitzunehmen: »Ja, klar, ihr fürchtet Ausschlüsse und Diskriminierungen, und sicher seid ihr diejenigen, die das zu entscheiden haben. Wir können und wollen euch das nicht abnehmen ... Aber andererseits kann es zu schlimmen Folgen führen, wenn ihr da nicht auch eine Verantwortung übernehmt, was den Schutz der Leute angeht? Wäre es nicht gut, ein, zwei Workshops durchzuführen, die Menschen an die Kondombenutzung zu gewöhnen, Kondome bereitzustellen? Schließlich wird innerhalb dieser Gemeinschaften die Zahl derjenigen, die mit HIV leben, ansteigen, wenn nichts getan wird ...« Trotzdem ist weder in der Vergangenheit noch heute ausreichend getan worden.

Hat das denn damit zu tun, dass Aids anfangs als Schwulenkrankheit lanciert wurde? Vielleicht wollten sie ja nicht solche Vorurteile bestätigen und verhielten sich deswegen zurückhaltend?

Ja, klar. Ein solches Vorurteil, eine solche Stigmatisierung gab es ohnehin. Die Befürchtung war, dass sich das vervielfacht, wenn sie sich zusätzlich engagieren. Wir schlugen deswegen immer vor: »Lasst uns das in nicht-öffentlicher Weise machen, nicht an die Medien gehen. Niemand muss es wissen – eine andere Organisation kann da den Hut aufhaben.«

Blut als Übertragungsweg und Ausschlüsse von der Blutspende

In Bezug auf die Türkei habe ich kaum etwas zur HIV-Übertragung durch Blut gehört oder gelesen. Gibt es Leute oder Organisationen, die dazu arbeiten?

Der Rote Halbmond ist eine sehr wichtige Organisation, die in diesem Bereich arbeitet. Sie waren von Anfang an sensibilisiert – innerhalb ganz kurzer Zeit sorgten sie dafür, dass alle Blutspenden getestet werden. Die Testergebnisse trafen immer schneller ein. Anfangs gab es keine so genauen Tests und es begegneten uns viele schlechte Nachrichten. Vor allem in den

Zeitungen gab es immer wieder Berichte, dass sich Menschen hier und da über Blutspenden infiziert hätten, Fälle, die lange Zeit von Medien verfolgt wurden, und zu Schadensersatzklagen führten. Das ist viel weniger geworden, seitdem die Testmöglichkeiten besser geworden sind. Aber wegen dieses Zeitfensters gibt es überall auf der Welt ein Risiko.

Gibt es gesetzliche oder andere Regelungen im Zusammenhang mit Blutspenden? Wer darf spenden, wer nicht?

Es gibt die organisationsinternen Regularien des Roten Halbmondes. Viele der Blutspenden kommen vom Militär, also von Wehrpflichtigen. Das sind 20-Jährige, die oft noch kaum sexuelle Erfahrungen hatten. Deswegen ist das in der Regel relativ sicher. Es gibt darunter zweifellos auch HIV-Positive. Dazu werden die Spenden ja auch getestet, bzw. wird eben eine Risikobewertung vorgenommen. Und da taucht auch schon wieder ein Problem auf: Es werden sehr direkte Fragen gestellt, sodass die Auswertung nicht immer verlässlich durchgeführt werden kann. Beispielsweise müssen sie Fragen wie die folgende beantworten: »Hatten Sie in den letzten vier Wochen gleichgeschlechtlichen Geschlechtsverkehr?« Wie soll dort jemand sagen: »Ja, ich hatte im letzten Monat gleichgeschlechtlichen Sex«, und den Fragebogen anschließend unterschrieben abgeben? Manchmal wird deshalb einfach bei allen Antworten ein Nein angekreuzt.

Wir haben immer wieder Vorschläge gemacht. Beispielsweise könnte auf Namen verzichtet werden. Wenn ohnehin getestet wird, kann das Blut gegebenenfalls doch entsorgt werden. Die Menschen gehen da uninformiert hin oder sie befürchten, dass das Blutspenden als Testzentrum fungiert. Wenn jemand im Zeitfenster unsicheren Sex hatte und Blut spendet, hat der Rote Halbmond ihren Namen und ihre Adresse. Wir schlugen in der UAK vor, dass die Blutspende anonym stattfinden sollte. Doch die Gegenseite wandte ein, dass positiv Getestete so die Möglichkeit bekämen, sich behandeln zu lassen. Deswegen gab es da kein Ergebnis.

Ich glaube, auf der Website des Roten Halbmondes gibt es eine Einschränkung, die in etwa lautet: »Wenn Sie als Mann einmal im Leben mit einem anderen Mann Sex hatten, dürfen Sie kein Blut spenden.« Kommt dir das bekannt vor?

Ich wüsste nicht, dass sie das als offizielle Richtlinie veröffentlicht hätten. Hast du das gesehen? Ich glaube nicht, dass es eine solche Richtlinie offiziell gibt. Bei der Blutspende gibt es die Bewertungsformulare. Die alten

habe ich nicht griffbereit, aber die aktuellen lassen sich sicher schnell über ein Blutspende-Zentrum besorgen. Die Befragung besteht aus 30 bis 40 Fragen. Ich weiß nicht, ob das verändert wurde, aber da wurden früher Sachen gefragt wie, ob man in den letzten drei Monaten gleichgeschlechtlichen Sexualverkehr hatte.

*Das, was ich zuletzt gelesen habe, beschrieb, dass Männer, die irgendwann einmal in ihrem Leben Sex mit einem Mann hatten, sowie Männer, die Sex mit Partner*innen solcher Männer hatten, kein Blut spenden dürfen. Ebenso, wenn du Sex gegen Geld angeboten hast.*

Was sein könnte, ist dies: Vielleicht hat das nicht mit HIV, sondern mit Hepatitis B oder C zu tun und wird in diesem Zusammenhang als Risikokriterium behandelt. Es kommt ja sogar vor, dass das Lebensalter als Risikofaktor aufgefasst wird. Vielleicht sagen sie sich: »Lasst uns auch die Risikofaktoren ausschließen, die gar keine sind, wenn wir sie nicht als solche behandeln.« Wenn zum Beispiel eine Person nur einmal im Leben gleichgeschlechtlichen Sex hatte, ist das zwar wissenschaftlich nicht signifikant. Aber bei der Auswertung soll es trotzdem so behandelt werden, als sei es signifikant, das kann sein. Das ist so, wie wenn sie dich in einem Bewerbungsgespräch fragen würden, ob du je Geld aus dem Portemonnaie deines Vaters genommen hast. Ein Ja deutet auf eine Tendenz hin. Eine Art Risikoabschätzung. Etwas Subjektives.

***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 Kümmern 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).

Ich denke immer, dass das Zurverfügungstellen von Projektmitteln auch ein Manipulationsmechanismus ist ...

Ein Plädoyer gegen den Diskursimperialismus und die zunehmende Projektorientierung in der internationalen Gesundheitsförderung

Zülfukar Çetin im Gespräch mit Tuğrul Erbaydar

Wie Deniz ist Tuğrul Erbaydar einer der Mitbegründer von AIDS Savaşım Derneği (Verein für den Kampf gegen Aids)¹, einer der ersten Organisationen, die sich in der Türkei im Bereich Aids und HIV engagierten. Hier war Erbaydar als Arzt und Aktivist tätig. Unter anderem unterstützte er die Selbstorganisation von Menschen, die mit HIV leben. Zum Zeitpunkt des Gesprächs, das am 13. März 2017 geführt wurde, arbeitet er an der medizinischen Fakultät einer Universität in Ankara. Zunächst geht er auf die Anfänge der Präventions- und Antidiskriminierungsarbeit von AIDS Savaşım Derneği ein. Er verweist auf die Bedeutung und Notwendigkeit einer selbstorganisierten Interessenvertretung von Menschen mit positivem HIV-Status und beschreibt die internen Auseinandersetzungen, die die akademisch geprägte Organisation in diesem Zusammenhang hatte. Anschließend berichtet er über die zunehmend schwierige Zusammenarbeit mit dem Gesundheitsministerium und problematisiert die Veränderungen in der internationalen Gesundheitsförderungslandschaft der 1990er Jahre. In deutlichen Worten kritisiert er insbesondere die zunehmende Ausrichtung auf Großprojekte und den westlichen Diskursimperialismus. Themen des letzten Teils des Interviews sind die Begriffe und die Wahrnehmungen von Aids und HIV in der Geschichte, die Paradigmen und Ambivalenzen der Prävention, die Antidiskriminierungsarbeit in konservativen Zeiten und schließlich Fragen der Ethik im Zusammenhang mit medizinischer Forschung und Gesundheitstests.

1 Vgl. dazu auch die Interviews mit Deniz, Doğan Güneş Tomruk, Muhtar Çokar, Umut Güner, Veli Duyan und Yasin Erkaymaz.

Persönlicher Hintergrund und die frühe Aids-Arbeit bei AIDS Savaşım Derneği

Zülfukar Çetin: *Sie waren vor allem in den 1990er Jahren in der HIV- und Aids-Politik aktiv, und zwar nicht nur im medizinischen Bereich, sondern auch in sozialpolitischer Hinsicht. Würden Sie sich zunächst vor diesem Hintergrund vorstellen?*

Tuğrul Erbaydar: Der Beginn meiner Beschäftigung mit HIV/Aids war Anfang der 1990er Jahre. Ich war praktizierender Arzt und schrieb an einer Doktorarbeit im Bereich Public Health. Das war damals ein aktuelles Thema – und auch ein Thema, das einige Popularität hatte. Die Medien waren sehr interessiert, für die Ärzt*innen war es neu und auch sehr spannend. An der Istanbuler Medizinischen Fakultät hatte sich eine Gruppe gebildet, die sich zunächst nur im Labor oder auf medizinischer Ebene mit dem Thema auseinandersetzte. Danach, als Kolleg*innen aus dem Bereich Public Health dazu kamen, entschied sich die Gruppe, den Verein AIDS Savaşım Derneği (Verein für den Kampf gegen Aids) zu gründen. Dabei stand auch die Frage im Raum, dass ich vom ehren- zum hauptamtlichen Mitarbeiter werden solle. Je mehr wir uns mit dem Thema beschäftigten, desto mehr erfuhren wir von Projekten, die von der WHO und der Europäischen Union ausgeschrieben worden waren. Und wir hörten allmählich von internationalen Konferenzen.

Nachdem wir zunächst eine ausschließlich medizinische Perspektive entwickelt hatten, wurden uns in diesem Prozess auch die Wichtigkeit von Patient*innenrechten und die Bedeutung der Arbeit für diskriminierte oder sensible Gruppen bewusst. Hier gibt es auch eine persönliche Verbindung: Wie auch andere in der Gruppe hatte ich in den 1970er und 1980er Jahren ein gewisses politisches und soziales Bewusstsein entwickelt. Das war eine der Bedingungen für die Fähigkeit, das Thema Aids aus der medizinischen Ecke herauszuholen und den medikosozielen wie auch medikopsychosozialen Rahmen genauso ins Zentrum zu stellen. Es gibt also auch eine persönliche Dimension in dem Ganzen. Ich stand einem solchen Paradigma offen gegenüber. Ja, ich war Arzt, aber dank der Arbeit zu Aids konnte ich diesen Beruf mit sozialen Fragestellungen verknüpfen, was die Motivation erhöhte. So begann ich dann zusammen mit einigen anderen, hauptberuflich bei AIDS Savaşım Derneği zu arbeiten. Das war also mein erster Kontakt mit der Thematik, sowohl in beruflicher als auch in sozialer Hinsicht. Später diversifizierte sich die Projektlandschaft und auch innerhalb des

Vereins entstanden unterschiedliche Strömungen. Am Ende gab es dann zum Teil auch Auflösungserscheinungen. Es entstand aber auch Neues und so ging es dann weiter.

Anfangs war meine Beschäftigung also nicht akademisch. Zwar verfassten wir in dieser Zeit, also in den 1990er Jahren, Texte und Berichte, aber dabei handelte es sich vor allem um Notwendigkeiten, die aus der aktivistischen Praxis resultierten. Es ging weniger um das Verfolgen akademischer Ziele. Schreiben war Teil des Aktivismus. Ende der 1990er und in den 2000er Jahren wechselte ich dann in ein akademisches Arbeitsumfeld und publizierte wissenschaftlich zum Thema. Meine Arbeit bei AİDS Savaşım Derneği, die ich ausschließlich aktivistisch nennen würde, speiste meine spätere wissenschaftliche Arbeit ungemein. Diese Erfahrung hatte nicht nur meine Perspektive auf Aids, sondern auf alle gesundheitlichen sowie alle anderen Probleme nachhaltig verändert. Ich arbeitete nicht mehr unbedingt zum Thema Aids, aber sehr wohl zum psychosozialen Kontext, in dem auch Aids eine Rolle spielte. Die grundlegenden Herangehensweisen im Umgang mit gesundheitlichen Problemen, die ich mir bei der Arbeit zu Aids angeeignet hatte, bestimmen seitdem meine Bildungs- und Forschungsmethoden. Aber ja, um das abzuschließen, ich arbeitete vor allem in den 1990er Jahren intensiver zu Aids.

AİDS Savaşım Derneği wurde 1992 gegründet und war in der Türkei einer der ersten und prominentesten Vereine, die im Bereich Aids/HIV tätig waren. In Westeuropa und den USA wurden die ersten Organisationen in diesem Bereich von Menschen gegründet, die mit HIV lebten – als selbst betroffene oder deren direktes Umfeld. Hatten solche Menschen bei AİDS Savaşım Derneği auch ihren Platz? Lässt sich sagen, dass auch sie in der Vereinsarbeit politisiert wurden?

Um es klipp und klar zu sagen: Das war die Frage, die die Entwicklung und das Schicksal von AİDS Savaşım Derneği am Wesentlichsten geprägt hat. Im Verein dominierten zunächst medizinische Perspektiven. Gegründet wurde er von Ärzt*innen, nein, nicht nur von Ärzt*innen, sondern auch von Pflegepersonal und Angehörigen anderer Sorgeberufe. Erst später entwickelte sich die Haltung, auf jeden Fall auch mit verschiedenen Gruppen zusammenarbeiten zu wollen, die kein berufliches Interesse am Thema hatten. Entscheidend dafür waren Veranstaltungen auf EU-Ebene, an denen wir teilnahmen, verschiedene Projekte der WHO, Kooperationspartnerschaften, die wir eingegangen waren, internationale Begegnungen –

also das Lernen auf supranationaler und zwischenstaatlicher Ebene. Es beeinflusste uns sehr.

Leute wie ich wollten, dass der Verein sozialer, aktivistischer wird. Aber es gab auch welche, die das ablehnten. Trotzdem begannen wir damit, unsere Strukturen zu öffnen. Wir knüpften Kontakt zu LambdaIstanbul, einer queeren Organisation in Istanbul.² Es bildeten sich auch Gruppen von Sexarbeiter*innen in Istanbul, im Umfeld von Lambda wie auch unabhängig davon. Auch zu ihnen bauten wir Kontakte auf. Wir gründeten eine Jugendgruppe, die eine ehrenamtliche Peer Education an Schulen organisierte. Wie gesagt, es war ein Lernprozess, in dessen Rahmen es zu einer Ausweitung der Arbeitsgebiete kam. Verschiedene Projekte halfen dabei, die Zahl der Menschen zu erhöhen, die nicht aus dem Gesundheitsbereich kamen und kein berufliches Interesse mitbrachten. Eines davon resultierte aus einer internationalen Veranstaltung der WHO, in deren Folge Kleinstprojekte in verschiedenen Ländern gefördert wurden, um die Zivilgesellschaft zu entwickeln und zu stärken. »Kleinst« heißt hier wirklich »kleinst«. Die WHO förderte bei uns beispielsweise zwei Kleinstprojekte im Umfang von jeweils 3.000 Dollar.

Für ein ganzes Projekt?

Naja, 6.000 Dollar für zwei ganze Projekte, ja. Also wirklich »kleinst«. Aber uns ging es vor allem darum, Projekte durchzuführen, die von der WHO finanziert wurden, sie gemeinsam durchzuführen und wenigstens in kleinem Umfang Finanzierungsquellen zu haben. Das hat uns sehr beeindruckt und motiviert. Wir konnten durch diese Projekte beispielsweise Bildungsmaterialien herstellen, einige Bildungsveranstaltungen durchführen und elementarste Dienstleistungen gegen Bezahlung in Anspruch nehmen.

2 Die ehemalige deutsche Initiative Schwule International regte 1993 an, anlässlich des Christopher Street Day gemeinsam mit Queer-Gruppen eine lesbisch-schwule Pride-Parade in Istanbul zu organisieren. Dieser Vorschlag ermutigte die Gruppen zu dem Entschluss, erste öffentliche Veranstaltungen, darunter die Pride, durchzuführen. Der Versuch scheiterte jedoch am Verbot des Gouverneurs. Die geplante Pride widerspreche den Gebräuchen und Werten der Gesellschaft in der Türkei, argumentierte er. Das Verbot veranlasste unterschiedliche Queer-Gruppen, sich in einer Initiative mit dem Namen LambdaIstanbul zusammenzuschließen. Vgl. Zülfukar Çetin (2015): Die Dynamik der Queer-Bewegung in der Türkei vor und während der konservativen AKP-Regierung, Berlin: SWP, https://www.swp-berlin.org/fileadmin/contents/products/arbeitspapiere/AP_FG_Europa_2015_08.pdf; vgl. auch die Interviews mit Arzu Rezzan Sunam, Umut Güner und Yasin Erkaymaz.

Und vor allem halfen diese Kleinstprojekte uns sehr, die Kooperation mit nicht-professionellen Gruppen auszubauen. Denn die Grundlage für die Projekte war immer die Zusammenarbeit. Wir eigneten uns dies als ethische Grundlage unserer Tätigkeit an: nicht *für* diese verschiedene Gruppen arbeiten, sondern *mit* ihnen. »Not working *for* those groups, but working *with* the groups«³ wurde bei uns zu einer Art Slogan – und das tat uns sehr gut, würde ich sagen.

Übrigens war eine der ersten Sachen, die wir als medizinischer Verein auf den Weg brachten, ein Beratungszentrum. Dafür bekamen wir Unterstützung vom Gesundheitsministerium. Diese Unterstützung bestand vor allem darin, dass wir in einem Istanbuler Krankenhaus Räume bekamen, wodurch wir zum ersten Mal auch unser eigenes Büro hatten. Zwei Räume im Vakıf-Gureba-Krankenhaus gehörten nun dem Verein. Eine weitere Form der Unterstützung durch das Gesundheitsministerium waren meine und eine oder zwei weitere Stellen. Wir wurden weiter vom Ministerium bezahlt,⁴ durften aber Vollzeit beim Verein arbeiten, da wir in der Zwischenzeit als gemeinnützig anerkannt worden waren. So war ich drei Jahre lang für den Verein tätig, zusammen mit zwei, drei anderen. Diese Form der Unterstützung durch das Gesundheitsministerium tat uns als Verein sehr gut. Aber sie sollte nicht von Dauer sein.

Warum unterstützten sie uns überhaupt? Aids machte vielen sehr große Angst. Das Gesundheitsministerium wusste nicht, was es tun oder sagen sollte. Als Gruppe, die sich mit dem Thema beschäftigte, waren wir deshalb außerordentlich nützlich – wenn es darum ging, Material herzustellen, Bildungsveranstaltungen anzubieten oder eben, um zu wissen, was zu tun sei, und wenn jemand ins Ausland geschickt werden sollte. Aus Sicht des Gesundheitsministeriums waren wir eine Art Know-how-Zentrum, zumindest für eine Weile. Wir halfen bei der Erstellung der Broschüren, die das Ministerium herausgab – auf diese Weise prägten wir die Sprache mit, die das Gesundheitsministerium benutzte. Das waren ganz gute Broschüren. Wenn das Ministerium schlechtes Material vorbereitet hatte, konnten wir sagen: »So geht das aber gar nicht.« Wir wurden ernst genommen. Bei dem Projekt, von dem ich erzählt habe, sagten wir: »Wir wollen als Verein in die Krankenhäuser gehen und Fortbildungen anbieten.« Das Ministerium öffnete uns alle Türen. So hatten wir Zugang zu allen Krankenhäu-

3 Betonung im Original.

4 Tuğrul Erbaydar verweist hier auf seine bisherige Tätigkeit als Arzt.

sern, in die HIV-Positive gingen. Wir boten dort Fortbildungen an, die sich an den Prinzipien der Menschenrechte, der Patient*innenrechte und des Werteluralismus orientierten.

Wenn wir uns das heute in der Rückschau anschauen, sehen wir, dass da also sehr gute Sachen dabei waren. Wir lernten von internationalen Institutionen, passten deren Wissen auf unsere Situation an und gaben es an Institutionen des öffentlichen Gesundheitssektors und andere gesellschaftlich relevante Institutionen weiter. Dies funktionierte während einer Weile sehr gut. Aber es war ein bisschen top-down. Sie hatten gesagt, in der Türkei sei der Prozess anders verlaufen als in Europa, wo HIV-Positive, LSBT aufbrachen und Aids-Organisationen gründeten, die dann eine Sprache entwickelten, Zentren, Projekte. Ja, so war es in der Tat. Es gab zwar andere Gruppen, vor allem LSBT-Gruppen, die auch schon vor unserer Zeit existiert hatten. Aber sie kümmerten sich damals nicht um Aids. Wir sorgten mit dafür, dass sie das in der Folge taten. Dass wir uns auf diese Weise mit Aids beschäftigten, lag ja auch nur daran, dass wir aus Europa oder von der WHO Informationen bekamen, die wir dann aufbereiteten. Es war eine Art internationaler Paradigmenfluss von oben, der den Prozess in der Türkei besonders machte. Hatte das auch Vorteile? Ja. Vielleicht wäre eine soziale Bewegung, die sich aus der Gesellschaft speist, in der Türkei erst sehr spät oder gar nicht entstanden. Die Struktur der Zivilgesellschaft ist hier ja nicht annähernd so stark wie dort. In diesem Sinn waren wir ein Katalysator, der viel früher entstanden ist und hoffentlich hat das auch etwas genützt. Wie erwähnt, wurde die offizielle Sprache, die das Gesundheitsministerium verwendete, durch uns mitgeprägt.

Die Dominanz der akademischen Medizin und die Krise des Vereins

Aber all das war nicht von langer Dauer. Durch die erwähnte Beratungsstelle begannen unsere Kontakte mit HIV-positiven Menschen allmählich zuzunehmen. Wir boten eine allgemeine und eine spezifische Testberatung an, sowohl vor als auch nach dem Test. Die Beratung für HIV-Positive kam dazu und gewann rasch an Bedeutung. Die HIV-positiven Menschen in unserem Verein gründeten eine Arbeitsgruppe, die wir damals Solidaritätsgruppe (*Dayanışma Grubu*) nannten. Sie versuchten gewöhnlich, anonym zu bleiben. Und es war leicht, in einem Verein wie unserem anonym zu blei-

ben. Sie waren einfach Teil einer professionellen Struktur, ohne sich erklären zu müssen. Alle waren zufrieden.

Wann aber begannen die Krisen? Als HIV-Positive Mitglied des Vereins werden wollten, gab es erste Einwände. Was wir Verein nannten, war eigentlich eine Berufsvereinigung, deren Mitglieder unterschiedliche Ansichten zu einzelnen Themen hatten. Einige wollten ausschließlich ein medizinischer Verband sein und bleiben. Ich und einige andere gehörten zu einer Gruppe, die überzeugt war, dass es Veränderungen brauchte. So kam es intern zu Meinungsverschiedenheiten. Je mehr es zum Problem wurde, dass HIV-Positive oder etwa ein*e Transsexuelle*r Mitglied werden sollten, schwanden nicht nur der organisationsinterne Frieden und die Motivation. Auch wenn dies nicht offen thematisiert wurde, litt auch die Außenwahrnehmung des Vereins, vor allem unter HIV-Positiven und anderen, die uns nahestanden.

Wenn wir wirklich Solidarität hätten praktizieren können, wäre es zu solchen Trennungen gar nicht erst gekommen. So entstanden ja überhaupt erst Bewegungen wie Pozitif Yaşam Derneği (Verein Positives Leben)⁵. Es wird zwar sicher auch andere Gründe für die Etablierung dieser Organisationen gegeben haben, aber auch die Auseinandersetzungen bei AIDS Savaşım Derneği waren einer der Auslöser – bis heute gibt es ja HIV-Positive in unserm Umfeld, die diese negativen Wahrnehmungen gegenüber AIDS Savaşım Derneği behalten haben.

Das ist sehr interessant. Wenn ich AIDS Savaşım Derneği höre, denke ich in erster Linie an dessen sozialpolitische Ausrichtung, und die medizinische. Aber klar, wenn wir uns den Gründungszweck und die Gründungsmitglieder vor Augen führen – medizinisches Fachpersonal –, kann ein Verein für den Kampf gegen Aids natürlich auch genau so funktionieren wie ein Verein für den Kampf gegen die Schwindsucht.

Ja, selbst dieser Begriff, der »Kampf«, stammt ja aus dem Kontext der Bekämpfung von Tuberkulose. So als ginge es um die Bekämpfung des Trachoms. Eine reine Berufssprache. Wir kamen ja auch weit, taten nützliche Dinge. Aber vielleicht gingen wir auch über den weitestmöglichen Punkt hinaus. Danach wurde es kompliziert. Und dass die Dinge durcheinandergerieten und immer komplizierter wurden, hat sicher damit zu tun, dass die Motivation nachließ. Würde der Verein seinen Charakter als Berufsverband

5 Vgl. dazu die Interviews mit Arzu Rezzan Sunam, Canberk Harmancı, Umut Güner und Yasin Erkaymaz.

behalten oder nicht? Solche Auseinandersetzungen führten dazu, dass ich beispielsweise keine Lust mehr hatte, im Verein zu bleiben.

Was können Sie mir vor diesem Hintergrund über das Verhältnis von Aktivismus und Professionalisierung sagen? Was verstehen sie unter Professionalisierung oder Professionalität?

Das, wovon ich gesprochen habe, ist ja die Professionalität im Sinn eines Berufs. In einer NGO kann es sehr wohl Professionalität unter den Mitarbeitenden geben und das, was Aktivismus genannt wird, kann sehr professionell gemacht werden. Ich spreche immer nur von beruflicher Professionalität, Ärzt*innen, Pflegepersonal, Sozialarbeiter*innen, Psycholog*innen und so weiter. Ich meine Professionalität im Sinn von Profession. Hätte der Verein sich aus dieser Zusammensetzung heraus zu einer Basisorganisation wandeln können? Wahrscheinlich war das unmöglich. Es gab sehr schöne Sachen, ich habe ja ein paar Dinge erwähnt. Aber ab einem gewissen Punkt konnte das nicht mehr auf diese Weise weitergehen und es musste zu einer Ausdifferenzierung kommen.

Veränderungen in der Zusammenarbeit mit dem Gesundheitsministerium und in der Projektförderung auf europäischer Ebene in der zweiten Hälfte der 1990er Jahre

Es gab aber auch parallel dazu verlaufende Prozesse. Der eine hatte mit dem Gesundheitsministerium zu tun: Im Lauf der Zeit nahm dessen Unterstützung ab. Beispielsweise bekamen wir kein neues Personal zugesprochen. Die Art der Verlautbarungen, die ganze Sprache änderte sich. Bald sagte das Ministerium: »Wir wissen es besser und werden es selbst machen.« Es wollte die Arbeit selbst leiten und weniger kooperieren. Ich meine, es steht dem Gesundheitsministerium ohnehin frei, seine Entscheidungen zu treffen. Es ist nicht abhängig von uns. Aber genauso, wie es uns gegenüber zunächst ein offenes Ohr gehabt hatte, stellte es sich nun taub.

Eine weitere parallele Entwicklung – und das mag für Ihr Forschungsinteresse sehr wichtig sein – war das Aufkommen von EU-geförderten Projekten mit großen Budgets, die die gesellschaftliche Arbeit zu Aids in der Türkei übernommen haben. Türkiye Aile Planlama Derneği (TAPD; Verein für Familienplanung in der Türkei) bekam ein solches Projekt, ebenso İKGV, also İnsan Kaynaklarını Geliştirme Vakfı (Stiftung für die

Entwicklung des Personalwesens)⁶, und zwar in ähnlicher Höhe, vielleicht sogar höher, insgesamt im Bereich mehrerer Hunderttausend Euro. Das begann in der zweiten Hälfte der 1990er Jahre. Wir von AİDS Savaşım Derneği führten nie ein so großes Projekt durch. Persönlich bin ich überzeugt, dass so große Projekte großen Schaden erzeugen. Sowohl İKGV als auch TAPD haben ganz andere sozialpolitische Perspektiven. Letztere Organisation verfolgt die modernistische Mission, in der Gesellschaft das Bewusstsein für Familienplanung zu etablieren. So ähnlich verhält es sich mit der İKGV.

An der Spitze dieser und ähnlicher Organisationen stehen Akademiker*innen mit wissenschaftlicher Perspektive oder Teams, die ihren Lebensunterhalt ausschließlich über die Akquise von Projekten verdienen. Es sind also Institutionen, die sich detailliert anschauen, in welchen Bereichen die EU Projekte mit hohen Budgets ausschreibt – wenn es in einem Jahr Aids-Projekte sind, arbeiten sie im Bereich Aids. Wenn hingegen die WHO oder die Weltbank einen finanzstarken Fonds im Bereich Alphabetisierung ankündigen, kümmern sie sich um Lesen und Schreiben. Sie arbeiten also entlang von Möglichkeiten für Projekte – und das sind dann immer große Projekte. Das ist nichts Schlechtes, aber es gibt eine Projekt-Professionalität, die daraus resultiert. Ich denke immer, dass das Zurverfügungstellen von Projektmitteln auch ein Manipulationsmechanismus ist.

Ein Mechanismus, der manipuliert oder mit dem manipuliert wird?

Ich meine das allgemein. Das sind internationale Manipulationsmechanismen. Ich denke, dass das für alle großen Projekte gilt. Keine Stiftung bekommt Mittel vom holländischen Staat, um in einem kleinen Staat in Afrika Maßnahmen zur Familienplanung durchzuführen. Sie bekommt das Geld, weil aus diesem Staat Migration nach Holland stattfindet und dann gesagt wird: »Lasst uns dort Familienplanung betreiben, damit keine Migrant*innen mehr hierher kommen.« Sie finden dann einen Verein in diesem afrikanischen Land, der den Menschen dort erzählt, wie wichtig Familienplanung sei, dass Frauenbildung für die Familienplanung notwendig sei. Der Verein führt das Projekt durch, aber in Wahrheit geht es dabei nicht um die Gesundheit der Frauen in diesem afrikanischen Land, ist ein ganz anderes Thema das übergeordnete Ziel. Das sind meine persönlichen Gedanken. Ich meine, ist es etwas Schlechtes, dass Familienplanung

6 Vgl. dazu das Interview mit Muhtar Çokar.

oder Verhütungsmethoden dort ankommen? Nein, das ist es nicht. Das ist etwas Gutes, aber das Drehbuch für die Zusammenarbeit internationaler Institutionen mit kleinen lokalen NGOs ist doch ein anderes, nicht der Nutzen für die Frauen vor Ort. Ein anderer Nutzen steht im Hintergrund. Wenn internationale Projekte also auf diese Weise gestrickt sind – und ich denke, dass sie alle so gestrickt sind –, sehen wir doch, dass es neben einer sinnvollen Arbeit an einem bestimmten Punkt langfristig auch zu negativen Folgen kommt. Eine dieser negativen Folgen war der Niedergang von AİDS Savaşım Derneği. Indem findigere Organisationen große Projekte an Land zogen, besetzten sie zugleich das Arbeitsgebiet Aids in der Türkei.

Lassen Sie mich von einem konkreten Beispiel berichten. Ich glaube sehr an den Katalysationseffekt der Kleinstprojekte – ich habe ja schon davon gesprochen. Sie können mit dem Geld machen, was sie richtig und nützlich finden. Niemand kann mit 3.000 Dollar ein ganzes Land manipulieren. Aber mit 250.000 Euro können sie sehr wohl manipulieren. Der Gegenstand unseres Projekts, das die WHO förderte, war die Erstellung von Bildungsmaterial für sensible Gruppen. So einfach. Eine Broschüre, das war alles, was aus dem Projekt resultieren sollte. Unser Prinzip war die Zusammenarbeit mit diesen Gruppen im Rahmen der Erstellung. Also lernten wir Lambdaİstanbul kennen und führten gemeinsame Veranstaltungen durch. Dort sagten wir: »Lasst uns nicht sofort die Broschüre angehen. Wir müssen uns doch zuerst verstehen lernen. Lernen wir uns also zunächst gegenseitig kennen!« Wir erzählten ihnen etwas über Aids; sie sprachen von den Problemen, die sie im Alltag hatten, und brachten uns ihre Sensibilitäten näher. So entstanden persönliche Freundschaften. Wir trafen uns nachts und gingen in Schwulencubs; sie luden uns an die Orte ein, wo ihre Arbeit stattfand. Wir nahmen teil und begaben uns in einen langfristigen Prozess. Es ging nicht um ein »Lasst uns sofort zusammensitzen und möglichst schnell diese Broschüre erstellen.« Wir hatten es nicht eilig und es hielt uns auch niemand zur Eile an.

Dieser Kennenlernprozess dauerte wohl über ein Jahr. Und während wir uns auf diese Weise kennenlernten, angelte sich die İKGV ihr Projekt. Dort stellte sich dann folgende Frage: »Wir haben jetzt dieses Projekt. Wo gibt es schon Kontakte? Ah, lasst uns zu Lambdaİstanbul gehen ...« So entstand ihr Kontakt und Lambda konnte ja schlecht sagen: »Ach, kommt bloß nicht.« Sie sagten also: »Klar, bitte, wir arbeiten schon mit AİDS Savaşım Derneği zusammen, kommt doch einfach dazu.« Als wir eines Tages zu zweit zu einem unserer gemeinsamen Treffen gingen, saßen die Leute von İKGV also plötzlich auch dort. Und wir begrüßten sie und fragten, was sie

vorhaben. Sie sprachen von einem Projekt, das sie so und so durchführen wollten. Sie hatten konkrete Ziele, einen konkreten Zeitplan. Sie gingen also nicht so vor wie wir. Wir hatten unserer Kooperation einen Prozess des Kennenlernens zugrunde gelegt, gegenseitiges Verständnis, einen gemeinsamen Entwurf fürs Vorgehen, eine bedarfsgerechte Anpassung, die Übergabe von Ressourcen zur eigenen Verfügung. Und am Ende übergaben wir der Gruppe tatsächlich das Geld für das Bildungsmaterial und sie konnte damit machen, was sie richtig fand. Sie veranstaltete eine Werkstatt, wir bekamen allein die Belege. Das war unsere Vorgehensweise.

Und so verfassten wir auch den Projektbericht. Dabei veränderten wir sogar den Projektzweck. Zuerst hatte er ja »Erstellen von Bildungsmaterial« gelautet, aber nach einem Jahr sagten sie uns: »Klar können wir auch etwas drucken, aber eigentlich haben wir einen anderen Wunsch. Wir würden gern eine Werkstatt einrichten, wo Trans*-Leute und andere, vor allem Sexarbeiter*innen zusammenkommen und neben der Beschäftigung mit ihrem Körper Angebote wie Malen, Handarbeit oder Backen bekommen – oder aber einfach Zeit miteinander verbringen und sich untereinander austauschen oder andere Sachen machen können. Einen solchen Raum würden wir brauchen, aber uns fehlen die Mittel. Könnten wir eure Mittel nicht in so etwas übertragen?«

Diese 3.000 Dollar?

Genau. Und wir sagten: »Okay.« Sie brachten alle Belege und wir sandten sie an die WHO. Deren Rechnungsprüfung akzeptierte dieses Vorgehen und sagte: »Das haben sie sehr gut gemacht.« Denn das war ein sehr fördernder Vorgang, genau das ist Empowerment. Das war also das Verständnis, mit dem wir Projekte durchführten.

Die Kolleg*innen von IKGV hingegen kamen, setzten sich hin und stellten ihren eigenen Kalender vor. Alles lief wie am Schnürchen. Dies stellte uns vor die Wahl, entweder weiterhin zu unseren Kooperationsgesprächen zu gehen und diese lieblosen Treffen zu absolvieren, dabei aber der Gruppe zu schaden, mit der wir ja kooperieren wollten. Oder aber wir zogen uns zurück. Also sagten wir: »Ziehen wir uns lieber zurück.« Diese Momentaufnahme – also diese Situation, mit der wir bei einer Versammlung konfrontiert waren, steht wie ein Symbol für eine Entwicklung, die an diesem Ort, in diesem Raum, aber auch im ganzen Land stattfand. Weil die ganze Sozialpolitik über den Projekte-Sektor abgewickelt wird, werden die Arbeitsgebiete in Wahrheit immer enger. Dieser Sektor besteht aus lauter

Menschen, die sich von einem Projekt zum nächsten hangeln, um ihren Lebensunterhalt zu verdienen – heute mit Malaria, morgen mit Aids, am nächsten Tag helfen sie armen Kindern oder was weiß ich.

Wir hätten die Krise bei AİDS Savaşım Derneği auch anders lösen können, denke ich. Aber dies war einer der Punkte, der unserer Arbeit riesige Steine in den Weg legte. Also ja, es gab eine interne Krise. Und ja, das Gesundheitsministerium sagte: »Wir werden jetzt übernehmen.« Aber auch dies war eine der Blockaden, die wir erlebten. Bald darauf war auch von den großen Projekten nichts mehr übrig.

Eine oder zwei Broschüren vielleicht.

Gar nichts. Sie haben einen Ort namens Kadın Kapısı (Frauentor)⁷ aufgebaut. Eigentlich schön, eine gute Sache. Aber die Trans*-Sexarbeiter*innen hatten doch schon ihren eigenen Aktivismus, der nicht erst durch solche Projekte entstanden war. Lambda und die Trans*-Gruppe dort gab es bereits und sie verfügten schon über eine kämpferische Tradition und Solidarität. Das wurde nicht durch solche Projekte bewirkt. Ganz im Gegenteil: Ich weiß, dass durch diese Projekte auch die Beziehungen zwischen einzelnen Beteiligten in Mitleidenschaft gezogen wurden.

Gab es denn Einschränkungen, die die WHO vorgegeben hatte – beispielsweise Festlegungen bezüglich der Zielgruppe?

Nein. Wir hatten einmal an einem Workshop teilgenommen, dessen Ziel es war, lokale zivilgesellschaftliche Organisationen zu stärken. Aber es gab nichts nach dem Motto: »Dies ist das Projekt, das ihr umsetzen werdet.« Sie sagten uns vielmehr: »Unser Ziel ist es, ihnen beizubringen, wie Projekte abgewickelt werden, das werden wir hier üben. Und für die Projekte, die sie im Rahmen der Übung entwickeln, werden wir kleine Budgets zur Verfügung stellen.« Wir setzten uns also hin und entwickelten, was wir wichtig fanden – und sie förderten die Idee.

Es gab also keine bestimmte Zielgruppe?

Sie war nicht vorgegeben, wir haben sie selbst festgelegt. Wir hatten beispielsweise religiöse Autoritäten in unserer Zielgruppendefinition. Metho-

7 Kadın Kapısı stand unter der Trägerschaft von İKGV, wurde aber 1996 von und für Sexarbeiter*innen initiiert. Zur Sichtweise von İKGV vgl. die Interviews mit Doğan Güneş Tomruk und Muhtar Çokar.

disch wählten wir dasselbe Vorgehen: Wir schrieben *Diyanet*⁸ an, das Amt für Religiöse Angelegenheiten, um über offizielle Kanäle Männer des Glaubens zu erreichen. Und sie schickten uns etwa 20 Personen, denen wir zwei- oder dreitägige Veranstaltungen anboten. Wir erzählten ihnen etwas zum Thema Aids und sagten: »Lassen sie uns eine Broschüre erstellen – aber sie erstellen ihre eigene Broschüre.« Sie setzten sich zusammen, tauschten sich aus und erstellten einen Text. Diese Broschüre wurde über Diyanet an das gesamte muslimisch-religiöse Personal in der Türkei verteilt.

Vermutlich ist es nicht so einfach, an diese Broschüre heranzukommen?

Ich habe sie nicht, aber auf jeden Fall war so etwas möglich. Und zwar mit einer kleinen finanziellen Unterstützung. Die Initiative lag bei uns, wir arbeiteten ohnehin zum Thema Aids. Wir kamen nicht zu diesem Projekt, weil es Geld für Aids gab, eine solche Struktur waren wir nie.

Ich erinnere mich beispielsweise daran, dass es am Ende der Versammlung mit dem religiösen Personal hieß: »Schauen Sie, Herr Professor, wir können unserer Gemeinde sagen, dass es eine solche Krankheit gibt. Aber wir können nicht sagen, dass die Menschen sich schützen können, indem sie beispielsweise Kondome benutzen. Hingegen können wir sehr wohl sagen, dass es notwendig ist, sich zu schützen. Und dann teilen wir den Gläubigen mit, wo sie sich zu den Schutzmethoden informieren können.« Sie tauschten sich also mit uns darüber aus, was sie in den Gemeinden oder hier und da sagen könnten, und trafen Entscheidungen. So gingen sie aus der Veranstaltung.

Eine gute Strategie.

Ja ... Es gab auch andere Gruppen. Wir schafften das und es funktionierte gut. Wir hatten auch eine sehr positive Zusammenarbeit im Bereich Sexarbeit, klein aber qualitativ sehr gut. Seitdem bin ich so sehr gegen EU-Projekte. Denn das läuft heute noch so. Beispielsweise ist eine der Bedingungen, dass es *partnerships*⁹ gibt. Pro forma geht es um Zusammenarbeit. Aber das ist eine Lüge. Es heißt: »Du solltest allein gar nichts machen.« Denn wenn du allein etwas auf die Reihe kriegst, befreist du dich noch. Und Befreiung ist nicht der Zweck. Der Zweck ist, dass du dich an die EU bindest. In diesem Zusammenhang äußert sich das Handeln der Europäischen Union als eine Art des Imperialismus. Ich meine, wir sprechen hier

8 *Diyanet İşleri Başkanlığı* ist das Amt für Religiöse Angelegenheiten in der Türkei.

9 Englisch im Original.

über jene Dimension, die mit Gesundheit und mit Aids zu tun hat. Aber das gilt ja in allen anderen Bereichen auch.

Wenn sie heute ein Projekt zur Materialentwicklung für Dachschilden durchführen wollen, brauchen sie auch Partnerschaften. Deswegen kommen wissenschaftliche Ergebnisse auch nicht mehr von Menschen aus der Wissenschaft. Ich kann nur für die Türkei sprechen, weiß nicht genug über andere Länder. Aber hier gibt es Projekte-Firmen, die sich bei ihnen melden – ich habe das so oft miterlebt – und sagen: »Herr Professor, es gibt folgende Forschung, für die wir einen wissenschaftlichen Beirat gründen wollen, wären Sie interessiert an einer Teilnahme?« Wenn ich dann ja sage und frage, wozu ich mich dabei verpflichte, heißt es: »Also, wir werden uns bei Ihnen melden und um Ihre Unterstützung bitten.« Es geht also vor allem darum, meine Unterschrift zu bekommen, mich pro forma zu einer oder zwei Veranstaltungen und Fortbildungen einzuladen und dann einen Bericht zu schreiben, in dem auch ich vorkomme. Denn sie wissen ja, welche Sprache es zu gebrauchen gilt. Sie kennen die Formulare, die Verfahren. Und am Ende entsteht auf beschichtetem Papier ein qualitativ hochwertiger schöner Bericht. Das Projekt ist zu Ende, macht eine Million Dollar, danke. Oder 100.000 Dollar, alles klar?

Ich werde hier als Wissenschaftler zum Statisten. Die Arbeit machen Firmen, sie verdienen das Geld. Sagen wir, es gibt ein 100.000- oder 500.000-Dollar-Projekt. Davon erhalten Akademiker*innen vielleicht zehn Prozent. Ein Teil sind tatsächlich entstandene Aufwendungen, die restlichen 80 Prozent bleiben als Profit bei der Firma. Am Ende wird eigentlich gar nichts gemacht. Was ist denn nach all den Projektpartnerschaften entstanden? Verfügen wir in unseren wissenschaftlichen Netzwerken über stärkere Beziehungen? Nein. Es ist also eine Lüge, wie sich aus der Rückschau ergibt. Wenn die Menschen zu internationalen Partnerschaften gezwungen werden, wenn gesagt wird: »Du wirst im Rahmen des folgenden Projektes folgende Forschung durchführen«, sollen Partnerschaften gestärkt werden. Aber nicht einmal innerhalb Europas sind die Partnerschaften gestärkt worden. Das Vereinigte Königreich hat sich getrennt und wird ausscheiden.

Ich unterstreiche all das so, weil ich vermute, dass es mit Ihrem Thema zu tun haben kann. Ich meine, ich denke ja auch sonst so. Aber diese Sicht resultiert auch aus den Erfahrungen, die ich gemacht habe. Das hat uns geschadet. Was ist dadurch passiert? Ich kenne die Einzelheiten nicht so

genau, aber nach all den Projekten, die Kaos GL¹⁰ durchgeführt hat, ist es zur Entfremdung dieses Vereins von seiner eigenen Gemeinschaft in der Türkei gekommen. Einerseits wird der Verein stärker, es gibt gute Nebenefekte. Aber gleichzeitig entwickelt er sich weg von der LSBT-Gemeinschaft in der Türkei. Passiert das nur wegen der Projekte oder gibt es dafür auch andere Gründe? Ich bin mir da nicht so sicher.

Rollenkonflikte innerhalb von basisnahen Organisationen und das Verhältnis von Professionalisierung und Aktivismus

Was hat sich geändert, nachdem Sie sich von AIDS Savaşım Derneği verabschiedeten?

Nach einiger Zeit verließ ich AIDS Savaşım Derneği und kehrte in meinen eigenen Beruf zurück. Den Kontakt zu HIV-Positiven erhielt ich aber aufrecht. Mit den anderen Vereinen blieb ich ebenfalls in Verbindung. Trotzdem ist Aids weitestgehend aus meiner Arbeit verschwunden. Was ist also übriggeblieben? Meine eigenen Erfahrungen, die Perspektive, die ich mir angeeignet habe und so weiter. Das ist übriggeblieben, obwohl es wirklich auch eine Art Schlussstrich gab. Danach arbeitete ich jahrelang nicht zum Thema. Doch dann zog ich nach Ankara und meine Verbindung zu Kaos GL erneuerte und verstärkte sich. Da ich nun in derselben Stadt lebte, gab es mehr Möglichkeiten zur Zusammenarbeit. Dort, wo sie Bedarf hatten, versuchte ich, sie zu unterstützen. Warum ich das »unterstützen« nenne? Es ist schwierig, wirklich Teil von etwas zu sein. Die Vorstellung, man sei Teil von etwas, führt oft auch zu Fehleinschätzungen. Das hatte ich bei AIDS Savaşım Derneği hinlänglich erlebt.

Ich habe ja schon von der Solidaritätsgruppe gesprochen. Wir hatten folgende Entscheidung getroffen: Diese Gruppe sollte aus HIV-Positiven bestehen. Und in dem Maß, das sie für verträglich hielten, sollten die Aktiven des Vereins dazukommen können. Es war also nicht notwendig, HIV-positiv zu sein. Auf diese Weise stießen ich und eine oder zwei weitere Personen zu dieser Gruppe. Aber dann dachte ich, dass das nicht in Ordnung sei. Es wäre besser gewesen, wenn die Solidaritätsgruppe ausschließlich eine HIV-Positiven-Gruppe geblieben wäre. Und wir hätten auf verschiedenen Ebenen auf Augenhöhe mit ihnen zusammengearbeitet und wären

¹⁰ Vgl. dazu das Interview Yasin Erkaymaz und insbesondere mit Umut Güner.

gemeinsam vorwärtsgegangen. Es kam zu Rollenkonfusionen, die aus der Vermischung von professionellen Rollen und zwischenmenschlichen Beziehungen resultierten. Hier kam es auch zu manifesten Auseinandersetzungen – nicht mit mir, aber mit anderen im Verein. Doch auch ich war irgendwann erschöpft davon. Rollenkonflikte sind hier eine nennenswerte Schwierigkeit, finde ich.

Insofern war ich da in meiner Beziehung mit Kaos GL vorsichtiger. Ich wurde zum Vereinsmitglied, habe an vielen Aktivitäten teilgenommen. Aber ich legte immer Wert auf meine akademische Identität, die ich als Unterstützungsangebot verstand. Das war meine Rolle. Ich vermied es aktiv, von dem Gefühl auszugehen, wir seien alle Teile eines Ganzen. Ich wollte, dass meine Rolle definiert ist, und basierend auf dieser Rollendefinition wollte ich verlässlich zusammenarbeiten. Das sprach nicht dagegen, Freundschaften zu knüpfen und auch einmal gemeinsam auszugehen. Das war etwas anderes. Aber ich wollte, dass in meiner Beziehung zu Kaos GL meine Rolle definiert und meine Haltung immer transparent sind. Später trat ich aufgrund anderer Probleme aus, aber ich hatte immerhin keine Rollenkonflikte erlebt. Das hat vielleicht mit Ihrem Thema zu tun – was ist Professionalität, was sind ihre Grenzen und so weiter.

Ich bin in dieser Hinsicht auch mit mir selbst nicht zu 100 Prozent im Reinen. Einerseits ist das Definieren professioneller Rollen auch eine Art des Mauerbaus. Und andererseits macht es vieles klarer. Es ist aufrichtiger und doch kein Hindernis für eine vertrauensvolle Zusammenarbeit. Sie können sehr wohl Grenzen definieren und vertrauensvoll zusammenarbeiten. Ich kann doch Akademiker sein und zugleich Seite an Seite mit anderen Aktivismus betreiben. Ich sehe da keinen Widerspruch. Aber trotzdem empfinde ich die Notwendigkeit, meine Rolle in diesem Zusammenhang gewissenhaft zu definieren. Ich fühle mich so wohler und denke, dass ich damit aufrichtiger bin. So verstehe ich Professionalität – du bist Ärzt*in, Psycholog*in oder du beherrschst ein anderes Handwerk, bist Schreiner oder was auch immer ... Ich finde es gut zu definieren, wie du Beziehungen mit anderen eingehen möchtest. Ich denke, dass das beiden Seiten hilft.

Wir haben ja schon darüber gesprochen, ob und wie aus Aktivismus ein Professionalisierungsprozess resultieren kann. Die aus dem alten Aids-Aktivismus im »Westen« entstandenen Organisationen stellen heute professionelle Gesundheitsdienstleistungen zur Verfügung. Hier in der Türkei

scheint ein genau umgekehrter Prozess abgelaufen zu sein. Professionelle wie Sie scheinen den Aktivismus bis zu einem gewissen Grad initiiert zu haben. Die Arbeit von AIDS Savaşım Derneği hatte die Funktion eines Katalysators. Auch Organisationen wie die İKGV haben dazu beigetragen, dass Vereine wie Pozitif Yaşam (Positives Leben) entstanden.

Keine Ahnung, ob dieser nicht auch entstanden wäre, wenn es uns nicht gegeben hätte. Vermutlich doch. Vielleicht vereinfachten wir den Prozess, boten einen gewissen Schutz. Wir dienten vielleicht als Mantel, der um die Sache gehängt wurde. Ich bin ja auch überzeugt, dass viel Gutes geleistet wurde. Aber sie können nicht einfach so von Professionalismus zu Aktivismus übergehen, da ist ein Knackpunkt. Und andersherum gilt das vielleicht auch. Ich denke, es ist am besten für die gemeinsamen Ziele, wenn Bemühungen auf unterschiedlichen Ebenen Hand in Hand gehen. Das Verhältnis zwischen AIDS Savaşım Derneği und Lambda ist meines Erachtens ein gutes Beispiel, weil es Lambda ohnehin schon gab. Der Verein hatte seine eigenen Aktivitäten und wir von AIDS Savaşım Derneği unsere eigenen Anliegen. Wir kamen zusammen und hatten eine Beziehung zwischen Gleichen. Dass aber AIDS Savaşım Derneği als Gruppe von Fachleuten eine Gruppe von HIV-Positiven gründet, ist eigentlich falsch.

Die Bevölkerungspolitik der 1960er Jahre und die westlichen Interessen am türkischen Sozial- und Gesundheitswesen

Das ist ein bisschen so wie damals, als die Türkische Republik plötzlich die Frauenrechte deklarierte. Es war nicht schlecht, aber falsch. Es ist doch nicht dasselbe, wenn Frauenrechte als Resultat eines Streits um Gleichberechtigung errungen werden oder wenn die Türkische Republik im Zuge ihrer Gründung sagt: In Europa soll das so und so abgelaufen sein, also geben auch wir den Frauen das aktive und passive Wahlrecht. Das ist etwas Modernes, etwas Gutes, lasst es uns auch in der Türkei praktizieren. Dabei haben diese Frauenrechte bis heute kaum eine stärkende Wirkung. Es ist sicher nichts Schlechtes, es ist etwas Gutes. Aber es stärkt die Frauen nicht.

In den 1960er Jahren wiederum wurde das Gesetz zur Familienplanung erlassen. Es war ein Echo des internationalen Rufs, dass die Bevölkerungsentwicklung von Ländern wie der Türkei kontrolliert werden müsse. In der Folge wurden die staatlichen Dienstleistungen und die Möglichkeiten der

Benutzung von kontrazeptiven Methoden für Frauen in der Türkei ausgeweitet. Ist das etwas Schlechtes? Nein, dieselben Methoden gibt es ja auch in den Vereinigten Staaten von Amerika und in Europa. Was ist dann das wirkliche Problem? Sie sagen damit ja auch: »Die Bevölkerung der Türkei soll nicht so stark zunehmen.« Es ist also auch ein demographic engineering¹¹, deswegen muss die Kontrazeptionsquote erhöht werden. Diese Vorstellung einer Bevölkerungspolitik, die auch Gesellschaftspolitik ist, war neu. Also musste in der Türkei ein entsprechendes Gesetz erlassen werden. Aber wie kam ein solches Gesetz zustande? Aus internationalen Quellen werden türkischen Universitäten Mittel zur Verfügung gestellt, um zum Thema Familienplanung zu forschen. Die Ergebnisse werden vorgestellt, es wird darüber berichtet. »Aaaah«, wird dann gesagt, »aufgrund dieser Ergebnisse müssen wir etwas tun, damit sich das Bewusstsein in der Türkei in dieser Frage fortentwickelt.« Informationen werden verbreitet, Konferenzen und Kongresse finden statt, die Zeitungen springen auf und was weiß ich. Und dann kommt das Gesetz zur Familienplanung. Auf der Oberfläche wurden Forschungen angestellt, und davon ausgehend wurde ein Gesetz erlassen. Wenn sie daran glauben wollen ...

So wird das also legitimiert.

Es ist eine Legitimation. Die Forschungen sind doch nur ein Hintergrundrauschen, das erzeugt wird. Sie lassen zu dem Thema forschen, für das sie ein Gesetz wollen. Im Endeffekt ist es für die Frauen eine gute Sache, dass Verhütungsmethoden ausgeweitet werden. Aber das ist nicht der wirkliche Zweck. Wir befinden uns heute an diesem Punkt, weil gesellschaftliche Bedürfnisse und Dynamiken nicht anhand von Frauenrechten – inklusive reproduktiver Rechte – diskutiert werden, sondern anhand solcher internationaler Projekte. Diese Sache ist über die Bevölkerungspolitik in die Türkei gekommen.

Heute stellt sich unser Staatspräsident hin und sagt: mindestens drei Kinder. Minister*innen oder der stellvertretende Ministerpräsident stellen sich hin und verkünden: »Die heiligste Pflicht einer Frau ist die Mutterschaft.« Der Gesundheitsminister sagt: »Die beste Karriere einer Frau ist die Mutterschaft.« Was ist passiert? Ich dachte, wir haben seit den 1960er Jahren Forschungen und Studien zu reproduktiven Rechten, zu Frauenrechten und zur Nutzung von Verhütungsmethoden? Wir haben uns als Gesellschaft Gesetze gegeben ... Aber da ist nichts internalisiert worden.

11 Englisch im Original.

In einem bestimmten Moment erreichen sie vielleicht etwas, wenn sie modernistische Paradigmen über Projekte in die Türkei importieren. Aber am Ende schlägt das Thema einen Purzelbaum und fällt ins Wasser.

Begriffe und Wahrnehmungen von Aids und HIV in der Geschichte

*Sie haben in einem Ihrer Texte geschrieben, dass in Bezug auf Public Health im Allgemeinen wie auch auf die Aids-Politik im Besonderen jede Gesellschaft Herangehensweisen entwickeln sollte, die zu ihrer eigenen Struktur passen. Als ich vorhin nach Zielgruppen fragte, wollte ich auch wissen, ob es zwischen dem europäischen Westen und der Türkei Parallelen bei der Definition solcher Gruppen gibt. Homosexuelle, Sexarbeiter*innen, Menschen, die intravenös Drogen gebrauchen und einzelne Migrant*innen-Gruppen wurden oft genug als ursächlich für die Verbreitung von Aids angesehen, als diejenigen, die Aids und HIV in die Gesellschaft bringen und verbreiten. Es wurde lange behauptet, dass dies Gruppen seien, die ein gewisses Risiko mitbringen, also auch die Gesellschaft gefährden. Wenn wir uns die Arbeit von AIDS Savařım Derneęi und andere Formen des Aktivismus anschauen, aber auch die Tätigkeiten des Gesundheitsministeriums: Wie wurde Aids erklärt? Welche Gruppen standen im Zentrum? Welche waren ausschlaggebend für die Entwicklung von entsprechenden Politiken?*

In den 1990er Jahren explodierte das Interesse für das Thema in der Türkei. Die Medien kamen oft vorbei und hörten zu. Bei Fragen wie »Wessen Krankheit ist Aids?« oder »Bei wem kommt Aids vor?« kamen den meisten zuerst die Homosexuellen in den Sinn. Unter den ersten Fällen in der Türkei befanden sich zudem Türkeistämmige, die in Europa lebten oder gelebt hatten, oder Personen, die häufig reisten. Darüber hinaus waren Menschen betroffen, die im Tourismus arbeiteten. Anhand dieser wenigen Einzelfälle und Situationen, die in den Medien besprochen wurden, bildete sich die öffentliche Wahrnehmung der Thematik. Man ging davon aus, dass Homosexuelle sowie Menschen, die nach Europa fahren oder die mit Tourist*innen verkehren, krank werden. Weiter existierte auch die Meinung, dass Menschen, zu deren Lebensstil ein ausgeprägtes Nachtleben gehört, Aids bekommen. Und schließlich gab es in den Klatsch-und-Tratsch-Spalten Nachrichten und Gerüchte, dass Menschen HIV-positiv getestetes Blut injiziert werde.

In der Türkei?

Ja, so etwa in den Jahren 1995 und 1996. Wenn Sie sich anschauen, wo die Menschen mit Nadeln angegriffen worden sein sollen, dann waren es Nachtclubs. Es wurde eine Panik erzeugt, nach der Menschen, die nachts tanzen gehen, Gefahr laufen, von Unbekannten mit »Nadeln mit Aids« gestochen zu werden oder sogar »HIV-positives Blut« injiziert zu bekommen. Wenn wir uns diese Panik ansehen, steckt dahinter ein konstruierter Zusammenhang zwischen Nachtclubs und Aids. Wir untersuchten den Hintergrund der Nachtclub-Geschichten, wollten wissen, woher diese Gerüchte kamen. Am Ende stießen wir auf eine religiöse Splittergruppe, die sie zuerst verbreitet hatte. Aber das ließ sich natürlich nicht beweisen.

Zur selben Zeit gab es einen weiteren Fall spekulativer Berichterstattung über HIV. Einige Prominente – damit meine ich Models, Schauspieler*innen, bekannte Personen, Reiche aus der städtischen High Society – wurden in einer Telefax-Kampagne als angeblich Aids-krank dargestellt. Es wurde an hunderte von Nummern im Land ein Fax geschickt, dass Person XY, die Namen tun nichts zur Sache, Aids habe. Das entsprach nicht der Wahrheit. Wie wir später erfuhren, war wohl die XY-Sekte¹² die Verfasserin der Fax-Nachrichten. Sie nutzte sie als Erpressungsmittel. Wer nicht auf die Sekte hörte oder diese verlassen wollte, sollte auf diese Weise bestraft werden. Das sind unbewiesene Sachen, aber sie machen das Image deutlich, das die Krankheit damals hatte: Nachtleben, High Society und solche Dinge ... Und dann gibt es da noch die Sex-Arbeiter*innen und die Transsexuellen. Wenn sie mit denen verkehren, so lautete ein verbreitetes Gerücht, kriegen sie Aids. Das passt zur moralisierenden Wahrnehmung und Beurteilung.

Paradigmen und Ambivalenzen der Prävention und die Antidiskriminierungsarbeit in konservativen Zeiten

In dieser Hinsicht waren unsere Kampagnen besonders effektiv: dass alle sich mit HIV infizieren können; dass es nichts mit der sexuellen Orientierung einzelner Gruppen zu tun hat. Vielleicht waren wir sogar zu erfolgreich. Keine Ahnung, ob es so etwas wie einen »over-success«¹³ gibt, aber wir haben Schwierigkeiten, darüber zu sprechen, dass in der Türkei heute

12 Anonymisierung durch den Interviewpartner.

13 Englisch im Original.

Homosexuelle in Bezug auf die HIV-Epidemie signifikant überrepräsentiert sind. Sie müssen natürlich sehr vorsichtig sein, wenn sie über so etwas sprechen. Klar, einerseits betrachten sie es aus epidemiologischer Perspektive und erkennen, dass 50 Prozent der Neutestungen eine Infektion bei gleichgeschlechtlichem Verkehr vermuten lassen. Das kann nicht ignoriert werden. Es ist unbedingt notwendig, dass die offensichtliche Sorglosigkeit in Bezug auf ungeschützte Verhaltensweisen angegangen wird. »Leute, was tut ihr da? Ihr müsst Safer Sex viel ernster nehmen! Nehmt Aids nicht auf die leichte Schulter! Klar, Aids ist keine Homosexuellenkrankheit, aber gleichzeitig liegen auch diese Zahlen vor.«

Was ich sagen möchte: Indem wir so viel Wert auf die Feststellung gelegt haben, dass Aids keine Krankheit einer bestimmten Gruppe sei, haben wir vielleicht auch dazu beigetragen, dass manche sich zu sehr außer Gefahr fühlten. Das macht mir Sorgen. Ich sprach vor einigen Monaten bei einer Veranstaltung von Kaos GL darüber. Vermutlich hätte es viel Widerspruch gegeben, wenn jemand anderes als ich es getan hätte.

In der Türkei stehen in Bezug auf HIV und Aids allgemeine Präventionsmaßnahmen im Zentrum. Doch es gibt auch Formen der Antidiskriminierungspolitik, oder? Ich spreche über das Gesundheitsministerium, aber auch über die – nicht sehr zahlreichen – NGOs.

Meinen Sie die Prävention der Diskriminierung von HIV-Positiven oder von verletzlichen Gruppen insgesamt? Ich kann guten Gewissens sagen, dass wir bezüglich der Diskriminierung von HIV-Positiven ganz gut dastehen. Sowohl das Gesundheitsministerium als auch das Gesundheitspersonal im Allgemeinen sind da sensibilisiert. Ich sage nicht, dass es keine Probleme gibt. Aber dort, wo es Probleme gibt, lassen sich auch Lösungen finden. Alle verstehen ja, dass es um unethisches Verhalten geht. Die *Türk Tabipler Birliği* (Türkische Ärzt*innen-Vereinigung) hat da eine wohlwollende Perspektive. Selbst wenn das Gesundheitsministerium Fehler macht, wendet es sich doch prinzipiell gegen die Diskriminierung von HIV-Positiven.

Zu diesen lösbaren Problemen kommen jedoch bei LGBT-Gruppen¹⁴ zahlreiche weitere. Sie resultieren aus der politischen Struktur der Türkei und der politischen Polarisierung, die vor allem zum Aufstieg eines Konservatismus führt. Dies betrifft HIV-Positive nicht unmittelbar, mittelbar aber sehr wohl – nicht als Feindlichkeit gegenüber HIV-Positiven, aber als Feindlichkeit

14 Tuğrul Erbaydar benutzt hier das englischsprachige Akronym.

gegenüber LGBT, Sexarbeiter*innen, Wohnungslosen, Transsexuellen. Wer ein freies Leben wählt, wer das Nachtleben mag, wer andere Lebensweisen wählt, leidet darunter. Es sind vor allem jene Gruppen besonders stark von Diskriminierung betroffen, die als Zielscheiben des Konservatismus fungieren.

*Kommt es vor, dass Diskriminierung gerade durch Präventionsmaßnahmen gegen HIV erzeugt wird? Etwa wenn Sexarbeiter*innen zwangsweise getestet werden? Oder wenn die Anonymität der Tests und die Verschwiegenheitspflicht infrage gestellt werden?*

Es ist wichtig zu unterscheiden, welches Paradigma für die Präventionsmaßnahmen gewählt wird. Es wird solche geben, die dem klassischen Public-Health-Paradigma entsprechen: Lasst uns die Gesellschaft screenen, die schlechten ins Kröpfchen, die guten ins Töpfchen ... Diese Perspektive kann dazu führen, dass Diskriminierung von Neuem erzeugt oder verstärkt wird. Die typischste Äußerungsform davon ist die Rede von den »Risikogruppen«. Der Begriff kommt in unserer beruflichen Terminologie sehr oft vor – also etwa: Wer gehört zur Risikogruppe Bluthochdruck? Wer einen Body-Mass-Index über XY hat, gehört zu einer Risikogruppe und so weiter. Es mag sein, dass das in diesem Fall kein besonders großes Problem darstellt. Wenn wir aber denselben Begriff in Bezug auf HIV benutzen und beispielsweise Sexarbeiter*innen zur »Risikogruppe« erklären, verkehrt sich die Bedeutung. Eigentlich wollen wir sagen: »Gruppe, die unter einem Risiko lebt«. Aber es klingt nach »Gruppe, die ein Risiko darstellt«. Deswegen gehört dieser Begriff aus dem Wörterbuch gestrichen. Vielleicht wäre es angemessener, von »Gruppen, die unter Risiko leben« zu sprechen.

Sie meinen, dass man unter einer Risikogruppe eine Gruppe versteht, die selbst ein Risiko bzw. eine Gefahr darstellt?

Ja, Risikogruppe klingt nach gefährlicher Gruppe. Es ist also ein falscher Begriff, der abgeschafft gehört. Screenings von Sexarbeiter*innen sind vollkommen falsch. Diese Logik geht zurück auf den Kampf gegen Prostitution und Geschlechtskrankheiten in den 1930er Jahren. Einfach alle 15 Tage testen, kontrollieren und so weiter. Hier gibt es keine Schutzlogik, es herrscht eine Kontrolllogik vor. Das erinnert an eine Stadtverwaltung, die Metzgereien kontrolliert, vergammeltes Fleisch vernichtet. Danach arbeiten die Betriebe weiter wie bisher. Das ist keine Prävention, sondern eine ordnungspolitische und -polizeiliche Kontrolle, die keinen Nutzen für die öffentliche Gesundheit hat. Ohnehin können sie maximal ein Prozent der Sexarbeiter*innen in

unserer Gesellschaft kontrollieren. Es nutzt also gar nichts. Aber selbst, wenn 100 Prozent kontrolliert werden könnten, würde es gar nichts nutzen.

Wenn sie aber die Menschenrechte der Sexarbeiter*innen zum Maßstab erklären, wenn sie also die Zusammenarbeit suchen, ermutigen sie die Person zur Verantwortungsübernahme. Der Staat müsste sagen: »Du arbeitest in einem riskanten Bereich, wo du dich Gefahren aussetzt. Wenn du da raus möchtest und statt dieser Arbeit eine andere machen möchtest, werden wir dir als Staat und Gesellschaft alle Möglichkeiten zur Verfügung stellen. Wenn du weiter in diesem Bereich arbeiten möchtest, wenn das deine Wahl ist, musst du dir folgende Verhaltensweisen aneignen.« Wie gesagt, ich spreche jetzt als Staat ... »Du musst die folgenden Verhaltensweisen verinnerlichen, ich werde dich in diesem Bereich bilden, Kondome zur Verfügung stellen, ein Umfeld schaffen, in dem du diese Kondome auch benutzen kannst. Es reicht nicht aus, Kondome zu kennen, du musst sie auch benutzen. Der Freier muss auch davon überzeugt sein, dafür schaffe ich die gesetzliche Grundlage. Wenn du trotzdem in deiner sexuellen Integrität verletzt wirst, wenn deine Gesundheit gefährdet wird, wenn du sexuell belästigt oder vergewaltigt oder zu unsicheren Verhaltensweisen gezwungen wirst, werde ich für deine Sicherheit sorgen.« Ginge der Staat so vor, würden sich Sexarbeiter*innen von sich aus sicheren Verhaltensweisen zuwenden. Allein schon aus eigenem Interesse, nicht um die Freier zu schützen. Sie werden sich gesundheitserhaltende Verhaltensweisen aneignen – denn schließlich geht es um ihre eigene Gesundheit. Wenn der Staat aber vor allem an die Gesundheit des Kunden denkt und nicht an jene der Sexarbeiter*innen, welchen Anteil kann er dann von Letzteren erwarten?

Wenn wir uns etwa die Erfahrungen bei AIDS Savaşım Derneği anschauen, so fiel es uns gar nicht schwer, in einen Dialog zu treten. Es war ganz einfach, die Sexarbeiter*innen zur Teilnahme an unserer Arbeit zu ermutigen – und sie taten es, ehrenamtlich und aktivistisch. Wir setzten uns gemeinsam hin und sprachen miteinander, erstellten Material, bekamen einen Einblick in ihr Leben, und zwar aus ihrer eigenen Perspektive. Wir lernten von ihnen und versuchten zu verstehen. Und sie – ich spreche von einer Gruppe von acht bis zehn Personen, mit denen wir im Rahmen der Kleinstprojekte kooperierten – arbeiteten in diesem Zeitraum mit, indem sie etwa Kondome und rote Schleifen an 300 bis 400 Personen verteilten. Wir begegneten in der Zusammenarbeit keinem einzigen Problem. Wenn wir sie wie Projektpartner*innen behandelten, kam es zu sehr guten Kooperationen. Hätte ich aber gesagt: »Du bist eine Gefahrenquelle für die

Gesellschaft.« Und dann auch noch: »Deswegen werde ich dich kontrollieren, los, leg dich schon hin!« Wie sollte das gehen? So etwas Brutales kann es doch gar nicht geben ...

Dieses Verständnis ist jedoch sehr hartnäckig. In Bezug auf Sexarbeit und Gesundheit geht es keinen Schritt vorwärts, was das Gesundheitsministerium angeht, sogar eher rückwärts. Neue Anträge auf staatliche Anerkennung – die Grundlage für eine legale Tätigkeit in der Sexarbeit – werden nicht mehr positiv beantwortet. Es gibt keine gesetzlichen Hürden, aber der Gouverneur der jeweiligen Stadt sagt: »Ich bin doch kein Zuhälter.« Ich antworte: »Nein, du bist Gouverneur. Und als solcher ist es deine Aufgabe, das zu unterzeichnen. Du wärest ein Zuhälter, wenn du einen finanziellen Gewinn daraus ziehen würdest. Du bist verpflichtet, den Menschen zu gestatten, dieser Arbeit nachzugehen.« Aber sie weigern sich zu unterschreiben. Und deswegen geht die Zahl derjenigen mit staatlicher Anerkennung stetig zurück.¹⁵

Dies alles führt doch unmittelbar zu einer Kriminalisierung ...

Natürlich. Je weiter sie formalisierte Arbeitsumfelder verlassen, desto mafioser wird es. Sie kommen in Kontakt mit Drogen, mit gewalttätigen Übergriffen und so weiter. Vor diesem Hintergrund kann das Screening von Sexarbeiter*innen keine Präventionsmaßnahme sein. Unter dem Deckmantel der Vorbeugung wird eine Ordnungsmaßnahme versteckt, wie die Kontrolle von Metzgereien eben. So funktioniert Prävention nicht. Sie bedarf der Bildung, der Zusammenarbeit. Wenn sie auf Zusammenarbeit und gegenseitiger Verantwortungsübernahme basiert, führt sie nicht zu Stigmatisierung. Wenn es so wäre, hätten die Leute nicht mit uns zusammengearbeitet. Mit uns arbeiteten sie ja zusammen – warum wohl? Weil sie dachten, dass sie hier vom Stigma befreit sind.

Ethische Fragen bezüglich der Forschungsarbeit mit verletzlichen Gruppen und im Zusammenhang mit Gesundheitstests

Aber auch ich machte Fehler in der Arbeit mit Sexarbeiter*innen. Das war bevor ich mit der Arbeit im Bereich Aids anfang und eigentlich nichts über die Thematik wusste. Es gibt in Istanbul das Cankurtaran-Krankenhaus. In

15 Zu dieser Thematik vgl. auch das Interview mit Muhtar Çökar.

den 1980er und 1990er Jahren verfrachtete die Polizei Sexarbeiter*innen, die sie aufgriff, hierher. Sie wurden zwangsweise untersucht und getestet, manchmal zwei bis drei Tage lang gegen ihren Willen dort festgehalten. Eine Untersuchungshaftanstalt mit medizinischer Begründung. Die Sexarbeiter*innen wurden dort sehr schlecht behandelt. Als ich all das noch nicht wusste, führten zwei Freund*innen eine Befragung durch. Sie sagten: »Lasst uns ins Cankurtaran-Krankenhaus gehen und dort eine Befragung unter Sexarbeiter*innen durchführen.« Sie taten das auch. Es sollte nach dem Wissen über Kondome gefragt werden, ob Kondome benutzt werden et cetera. Ich war in diesem Stadium der Befragung nicht dabei, doch an diesem Vorgehen schien mir auch nichts problematisch zu sein. Sie baten mich anschließend, die Statistiken auszuwerten und ich stimmte zu.

Wir dachten die ganze Zeit, dass wir eine tolle Studie erstellen. Wir verfassten einen Aufsatz und schickten ihn an eine internationale Zeitschrift. Sie erwiderten uns: »Sie haben die befragten Personen gefragt, ob sie an der Studie und der Befragung teilnehmen wollen? Ja. Sie haben eingewilligt? Ja. Aber der Ort, an dem die Befragung durchgeführt wurde, war kein Ort, an dem sie sich freiwillig aufhielten. Deswegen kann das consent¹⁶, das sie gegeben haben, nicht wirklich als consent gelten.« Ich war wirklich jung und unerfahren, ich wusste es nicht besser. Das war sehr lehrreich für mich. Wir verstanden, dass das wirklich eine ganz falsche Herangehensweise war. Der Aufsatz wurde nirgendwo veröffentlicht, wir verwarfen ihn. Immerhin gestanden wir uns unseren Fehler ein. Unter solchen Bedingungen kann keine gesundheitliche Dienstleistung erbracht werden, selbst Studien oder Befragungen können so unmöglich entstehen.

Das hatte ich also gelernt, bevor ich mit der Arbeit im Bereich HIV und Aids begann. Ich nutzte den Fehler als Gelegenheit zu lernen. Andere hingegen arbeiten immer noch mit dieser Mentalität. Beispielsweise findet viel Arbeit mit Soldaten im Rahmen ärztlicher Untersuchungen in Militärkrankenhäusern statt. Ein Blick in die Zeitschriften gibt einen Eindruck von den Arbeiten, an denen Wehrpflichtige »teilnehmen«. Wie kannst du von einem Menschen, der in einem festgelegten Über-/Unterordnungsverhältnis steht, ein consent bekommen? In Gefängnissen werden Studien mit Inhaftierten durchgeführt. Wie kannst du von einer Person im Gefängnis ein consent bekommen? So kommen wir keinen Schritt weiter. Unter solchen Bedingungen gibt es keine Prävention.

16 Englisch im Original.

Vor allem in Bezug auf Gefängnisse ist die Situation in Europa nicht ganz anders. Auch dort werden Studien erstellt, Interviews geführt, Projekte durchgeführt. Unter Bedingungen, unter denen Menschen nicht frei sind und sich nicht frei fühlen, wird ihnen eine Unterschrift abgenommen. Was sagt dies über die Forschungsethik? Selbst Unterschriften, die unter solchen Bedingungen geleistet werden, scheinen in forschungsethischer problematisch zu sein.

In der Türkei finden beispielsweise Tests vor der Ehe statt, darunter ist auch ein HIV-Test. Es gibt eigentlich keine gesetzliche Verpflichtung dazu, aber in der Praxis wird es so dargestellt, als sei es verpflichtend. Und die Leute wissen das nicht und willigen in einen Zwangstest ein.

Ich hatte auch immer angenommen, dass dieser Test vor der Trauung verpflichtend sei.

Praktisch ist er ja auch verpflichtend. Wenn Sie jedoch ins Gesetz schauen, steht dort nichts darüber, was konkrete Tests betreffen würde. Es gibt Aussagen zu einer ärztlichen Untersuchung oder dass es eine ärztliche Bestätigung geben soll, aber das steht in einem Gesetz von 1930. Die Dinge, die dort aufgezählt werden, sind heute aus medizinischer Perspektive absurd, verstehen Sie? Also gibt es eine solche Verpflichtung gar nicht mehr. Und doch wird den Menschen gesagt: »Folgende Tests müssen Sie machen lassen.« Und die Menschen denken dann, dass sie verpflichtend sind und lassen sie machen. Außerdem heißt es dort: »Ich willige ein, dass mein/e Partner/in oder Verlobte/r¹⁷ über die Ergebnisse der vorehelichen Tests informiert wird – Unterschrift.« Kann das als consent gelten? Was wäre, wenn ich nicht unterschreibe? Wenn ich die Tests nicht durchführen lasse, wird der gesamte Prozess angehalten. Kann eine Unterschrift, die ich unter diesen Bedingungen leiste, als consent verstanden werden? Natürlich nicht. So gelangen wir auch an das Recht, Leuten zu sagen: »Ihr*e Verlobte*r ist HIV-positiv oder hat Hepatitis B.« Ist das nicht rechtens? Natürlich, Partner*innen haben das Recht, solche Dinge zu erfahren. Aber doch nicht auf diese Weise. Es muss eine Beratung geben, eine wirkliche Einwilligung. Ohne eine wirkliche Kooperation können sie doch nicht sagen: »Ihr*e Verlobte*r ist HIV-positiv. Hier ist die Unterschrift, ich darf es ihnen sagen.« Das geht nicht. Wie sollen wir denn weiterhin mit der Person zusammenarbeiten? Sie wird verzweifelt sein, sie wird allen gegen-

17 Da hier eindeutig eine binäre Geschlechterordnung angerufen wird, weichen wir von der Wiedergabe der im Türkischen üblichen Geschlechtsneutralität ab.

über geoutet werden. Das consent muss ein wirkliches consent sein, anders geht es nicht.

Die Konzepte »Epidemie« und »Aids« und die heutige Situation in der Türkei

Zum Abschluss möchte ich Ihnen zwei weitere Fragen zur Terminologie stellen. Einer der dominantesten Begriffe in diesem Zusammenhang ist jener der Epidemie. Lässt sich HIV mit Blick auf die Türkei als solche klassifizieren? Und was ist damit genau gemeint?

Dazu werde ich etwas auf Basis meines Berufswissens sagen. Die Türkei stellt im Raum Nordafrika und Mittlerer Osten ein Gebiet mit niedriger Prävalenz dar. Während in allen anderen Teilen der Welt die Inzidenz abnimmt, steigt sie hier allerdings an. Und das bedeutet Folgendes: Es gibt relativ wenige HIV-Positive in der Türkei, aber jedes Jahr steigt die Zahl der Neuinfektionen. Wenn dieses Jahr die Zahl bei 1.000 liegt, wird sie im kommenden Jahr bei 1.500 liegen – und im Jahr darauf bei 2.000. Das bedeutet ansteigende Inzidenz. In absoluten Zahlen liegen wir weit unten, aber es gibt einen Trend nach oben. In anderen Weltgegenden sind die absoluten Zahlen sehr hoch, aber jedes Jahr kommen weniger neue Fälle dazu. Selbst in Afrika ist das so. Ja, es gibt dort viele Fälle, aber jedes Jahr kommen weniger neue dazu. Also gibt es in der Türkei ein Problem, egal wie wir es nennen. Wegen dieser ansteigenden Kurve und der abnehmenden Sensibilität. So als existierte dieses Problem in der Türkei gar nicht. Manchmal weise ich in meinen Aufsätzen und öffentlichen Reden darauf hin – die niedrige Prävalenz wird falsch interpretiert.

Aber können wir vor diesem Hintergrund von einer Epidemie sprechen?

Der Begriff Epidemie kann viele verschiedene Bedeutungen haben. Wir könnten die ansteigende Kurve auch als Epidemie bezeichnen, das wäre nicht falsch. Aber ist es denn notwendig, das Wort Epidemie mit einer so dramatischen Bedeutung aufzuladen? Nein. Wenn irgendwo auf der Welt bei einer Person ein unbekanntes Virus auftaucht, können wir ganz nüchtern von einer Epidemie sprechen. Warum? Weil es sich dabei um eine Fallzahl über dem zu Erwartenden handelt. Während sie eine Null erwarten, stellen sie eine Eins fest, das ist eine Epidemie. Wenn es in der Türkei also steigende Fallzahlen gibt, handelt es sich in der Tat um eine Epidemie. So

betrachtet müssten wir sagen, dass es in Europa keine Epidemie gibt, denn die Zahl der neuen Fälle liegt regelmäßig unterhalb des Erwarteten. Die Inzidenz nimmt also ab. Wenn wir Epidemie also wortwörtlich verstehen, ändert sich die Interpretation. Wenn wir darunter etwas weit Verbreitetes verstehen, ist es das Gegenteil. Dann gibt es auf dem afrikanischen Kontinent eine Epidemie, in der Türkei aber nicht. Je nach Definition kommt man also zu einer ganz anderen Beschreibung der Realität. Im Anschluss an die wortwörtliche Definition in der Epidemiologie gibt es meines Erachtens in der Türkei eine Epidemie und in Europa nicht.

Und was verstehen Sie unter dem Begriff Aids? Eine andere Professorin hat zu mir gesagt: »Es gibt kein Aids mehr. Wenn es Aids gibt, dann gibt es auch Tod.« Die Behandlungsmethoden sind heute viel besser, HIV-positive Menschen können heute fast so leben wie alle anderen. Im Hinblick auf diese medizinischen Entwicklungen möchte ich fragen, ob wir heute noch von Aids sprechen können? Kann und soll man das Wort Aids für die Bezeichnung von Personen mit positivem HIV-Status noch verwenden?

Das Wort Aids hat eine medizinische und eine gesellschaftliche Bedeutung. Die gesellschaftliche ist synonym mit dem Tod, eine Sache, die vollgestopft ist mit Stigmatisierungen, Mythen und so weiter. Es mag sein, dass wir auf das Wort verzichten möchten, um uns von solchen Mythen zu distanzieren und die Sache davon freizumachen. Wahlweise können wir von einer HIV-Infektion bzw. ihrem klinischen oder Endstadium sprechen. Wir können davon ausgehen, dass eine HIV-Infektion, die behandelt wird, niemals ihr Endstadium erreichen wird. All das ist richtig. Es ist also möglich, das Wort Aids nicht zu benutzen, wenn wir vom Verlauf einer HIV-Infektion sprechen und diese im Darüber-Sprechen von solcherlei Mythen befreien wollen.

Wenn aber eine HIV-Infektion nicht richtig, mit einer passenden Therapie, behandelt werden kann und HIV das klinische Stadium erreicht, wird das Immunsystem dieser Person nicht mehr funktionieren und wir werden mit einer ganzen Palette von medizinischen Problemen konfrontiert sein. Sie können wir problemlos als Aids bezeichnen. Aids ist also das klinische Stadium einer nicht behandelten HIV-Infektion. Da gibt es meines Erachtens kein Problem mit dem Begriff. Wie bei der Hepatitis oder dem Krebs soll eine HIV-Infektion normalisiert werden, das verstehe ich. Ja, sie ist gefährlich und beeinflusst die Gesundheit gravierend, aber es ist eine Krankheit wie andere Krankheiten auch. Aber zu diesem Zweck müssen wir das

Wort Aids nicht aus unserem Wortschatz streichen. Ich glaube, es wäre hilfreich, es zu normalisieren, indem gesagt wird: »Es gibt zig Krankheiten, und eine davon ist eine HIV-Infektion.« Ich glaube, um den ganzen damit verbundenen Stress loszuwerden, ist eine solche Normalisierung notwendig – statt sich auf die Zunge zu beißen.

Selbstverständlich ist Vertraulichkeit wichtig, aber wenn wir hier besonders pedantisch sind, kann es auch passieren, dass wir das Stigma bestätigen. Ideal wäre es, wenn eine HIV-Infektion zu einer Krankheit werden würde, die nicht mehr verschwiegen werden muss. Die Verschwiegenheit wird ja erst durch die Etikettierung der Krankheit, durch Stigmatisierung und die Diskriminierung der infizierten Personen notwendig. Wenn die Diskriminierung aufhört, entfällt auch die Notwendigkeit zur Verschwiegenheit. Wir brauchen in Wahrheit eine Beruhigung. Beim Beispiel Krebs ist es besonders sichtbar. Klar, sie rennen nicht auf die Straße und schreien allen entgegen: »Ich habe jetzt Krebs!« Aber zugleich verspürt auch niemand ein ausgesprochen großes Interesse, die Krankheit zu verstecken. Wenn jemand Krebs hat, führt das nicht zur Ungleichbehandlung. Die Person kann sich für eine Therapie entscheiden – oder dagegen. Die Gesellschaft akzeptiert das als Krankheit. Eine HIV-Infektion braucht dieselbe Akzeptanz. Wegen all dem denke ich, dass wir das Wort Aids nicht umgehen müssen. Wir müssen es nicht benutzen, klar, aber wir müssen uns auch nicht davor drücken.

Vielleicht erinnern Sie sich: Es gab in den 1990er Jahren die Vorstellung, Aids werde nicht durch HIV ausgelöst, es gebe etwas anderes, einen Prozess. Ich glaube, so weit müssen wir die Dinge nicht auseinanderreißen. Das, was zu Aids führt, ist eine HIV-Infektion. Wenn sie behandelt wird, kann Aids verhindert werden. Wenn ich unterrichte, betone ich immer Folgendes: Wir haben im Bereich der Public Health einen Begriff, der Sekundärprävention lautet. Das bedeutet Früherkennung und -behandlung. Wenn sie die Entstehung von etwas ganz verhindern können, wird das Prävention genannt. Wenn sie es in einem frühen Stadium, vor der Entstehung von Symptomen und klinischen Folgen, identifizieren und kontrollieren können, ist das die Sekundärprävention. Von hier aus betrachtet ist die Behandlung von HIV-Positiven und die Verhinderung des Übergangs in das Stadium Aids eine Form der Sekundärprävention. Aids ist also eine Krankheit, die durch Therapie verhindert werden kann. Wie eine HIV-Infektion durch Kondome kann Aids durch Therapie verhindert werden. Insofern sind HIV und Aids verschiedene Dinge. Aber ich bin noch nicht an dem

Punkt zu sagen: »Aids gibt es nicht.« Sollte es dafür andere Argumente geben, so sind sie mir nicht geläufig.

Manche internationale NGOs vertreten die These, dass wir uns nicht mehr im Zeitalter von Aids, sondern in der Post-Aids-Ära befinden. Damit wollen sie sagen, dass niemand mehr Aids bekommt, zumindest im Fall einer akkuraten Behandlung.

Wenn behandelt wird, stimmt das, ja. Wenn es nur so wäre! Wenn es in diesem Sinn benutzt wird, ist es sehr gut, auf diese Weise davon zu sprechen. Wenn alle behandelt werden können, wird es kein Aids mehr geben, das stimmt. Es ist also möglich, dass Aids aufhört zu existieren. Aber in vielen Ländern Afrikas liegt die Behandlungsquote bei zehn Prozent. Um sagen zu können, es gebe kein Aids, müssten weltweit Dutzende Millionen Menschen behandelt werden. Mir kommt das ein wenig so vor, als solle damit gesagt werden: »Wenn du Geld hast, gibt es für dich kein Aids.«

Es ist eine Krankheit, die zu einem böartigen Gespenst geworden ist – ein Gespenst, das aus Diskriminierung und Stigma gewebt wurde ...

Die Geschichte von Aids/HIV und die aktuelle Gesundheitspolitik aus der Perspektive eines*r Ärzt*in

Zülfukar Çetin im Gespräch mit Deniz

*Deniz (Name und Geschlecht anonymisiert) ist Ärzt*in an der medizinischen Fakultät einer Istanbuler Universität. Sie*er gehörte zusammen mit Tuğrul Erbaydar zu den Mitgründer*innen von AIDS Savaşım Derneği (Verein für den Kampf gegen Aids)¹, einer der ältesten Organisationen, die sich in Istanbul und anderen Städten der Türkei im Bereich Aids und HIV engagierten. Das Interview wurde im September 2017 in Deniz' Büro geführt. Darin erzählt er*sie von den ersten Begegnungen mit Aids und HIV, dem Engagement als Mediziner*in und der Auseinandersetzung mit sexuell übertragbaren Krankheiten. Immer wieder geht sie*er dabei auf die Geschichte der sozialen Bewegungen in der Türkei seit den 1980er Jahren ein. Weitere wichtige Themen sind die Gesundheits- und Sozialpolitik, der Umgang mit Medizinstudierenden und Praktiken der Diskriminierung an der medizinischen Fakultät. Hierbei schildert Deniz vor allem die Situation seit dem konservativen Backlash nach 2007.*

Die Geschichte von Aids und HIV in der Türkei und die Arbeit von AIDS Savaşım Derneği in den 1990er und frühen 2000er Jahren

Zülfukar Çetin: *Beginnen wir mit Ihrer Rolle bei AIDS Savaşım Derneği. Sie waren eines der wichtigsten Mitglieder, wenn mich nicht alles täuscht?*

Deniz: Das stimmt. Der Verein wurde 1992 gegründet. Ich gehörte zu den Gründungsmitgliedern und war bis zum Ende dabei. Mit dem »Ende«

1 Vgl. dazu auch die Interviews mit Doğan Güneş Tomruk, Muhtar Çokar und Tuğrul Erbaydar.

meine ich, dass meine Beziehung zum Verein 2005 geendet hat. Also ich war 13 oder 14 Jahre lang als Vorstandsmitglied aktiv.

Wie sind Sie persönlich, aber auch in politischer und akademischer Hinsicht, mit dem Thema Aids und HIV in Berührung gekommen?

Wissen Sie, wie ich zum ersten Mal mit dem Thema in Berührung kam? Ich erzähle das jeweils auch meinen Studierenden. Ich studierte im vierten Jahr Medizin, es muss etwa 1981 gewesen sein. Ich war ein*e neugierige*r Student*in. Ich absolvierte gerade ein Praktikum in der Kinderheilkunde und ein Professor und Kinderarzt aus der Türkei, der in den USA lebte, kam in unsere Kinderklinik und gab uns ein Seminar. Mit »uns« meine ich die Lehrkräfte in der Klinik. Ich nahm an diesem Seminar teil. Der Professor sagte – ich habe es vor meinem inneren Auge, so als wäre es eben erst passiert –, er sagte also: »In den USA ist eine Epidemie ausgebrochen, von der noch niemand gehört hat, von der niemand irgendetwas weiß. Zahlreiche medizinische Institutionen und weitere Gesundheitseinrichtungen sind gerade damit beschäftigt, herauszufinden, worum es sich dabei handelt.« Und er sagte auch: »Diese Krankheit betrifft schwule Männer und führt zum Tod, zu verschiedenen Lungenentzündungen und unterschiedlichen Arten von Krebs. Aber bisher ist das alles ein Rätsel. Woher sie kommt, wie sie übertragen wird, was sie genau bewirkt, darüber weiß bisher niemand etwas. Aber sie arbeiten Tag und Nacht daran.« Die Beschreibung des Syndroms folgte noch 1981, die Isolation des Virus kam 1983. Das war mein erster Kontakt mit Aids.

Danach passierte aber jahrelang nichts in diesem Zusammenhang, also im Zusammenhang mit Aids. Es war weit weg, irgendwo im Westen. Bis 1985 die erste Aids-Diagnose gestellt wurde.² Das passierte an dieser Medizinischen Fakultät in Istanbul, in der Mikrobiologie. Er wurde hier getestet. Diese Person erlebte sowohl den Krankheitsverlauf als auch den Tod auf sehr traurige Weise. In sein Zimmer gingen die Ärzt*innen nur mit Anzügen, wie wir sie aus Weltraumfilmen kennen. Er lag in einem anderen Krankenhaus, nicht hier. Alle hatten Angst, ihn zu berühren, er wurde komplett isoliert. Selbst in sein Grab tat man Kalkspachtel, um den toten Körper zu desinfizieren. Auf solch traurige Art wurden sein lebender und sein toter Körper behandelt, gerade so, als hätte er die Pest.

2 Zum ersten bekannt gewordenen Fall in der Türkei, der Geschichte von Murtaza Elgin, vgl. die Einleitung und den Essay von Yener Bayramoğlu sowie die Interviews mit Canberk Harmancı, Doğan Güneş Tomruk und Muhtar Çokar.

Und ich erinnere mich an einen weiteren Fall. Vor den 1990er Jahren hatte ich zwei solche großen Begegnungen mit Aids. 1990 schloss ich meine Spezialisierung in Public Health ab. Meine Abschlussarbeit beschäftigte sich mit Infektionen in Krankenhäusern. Zu dieser Zeit war es um das Komitee für die Infektionsbekämpfung an unserer Fakultät ziemlich still geworden und unsere Lehrkräfte hofften, es reaktivieren zu können. Enver Tali Çetin, der verstorbene Leiter der Mikrobiologie, lud mich an sein Institut ein. »Komm, arbeite hier, lass uns das Thema Krankenhausinfektionen wieder aufnehmen.« So fing ich 1990 an, in der Mikrobiologie zu arbeiten. Ich blieb dort zwei Jahre.

Damals realisierte mein Chef als Mikrobiologe und als jemand, der häufig zu wissenschaftlichen Konferenzen im Ausland reiste, dass dieses Aids-Thema wichtig ist. Die erste Aids-Diagnose war in seinem Labor gestellt worden. Er sagte: »Wir brauchen einen Verein, der in der Türkei gegen diese Krankheit kämpft. Wir müssen uns darum bemühen, die Verbreitung von Aids zu verhindern. Lass uns einen solchen Verein gründen.« Auf diese Weise machten wir uns unter der Leitung von Enver Tali Çetin auf den Weg. Der Verein wurde 1992 gegründet und AIDS Savaşım Derneği (Verein für den Kampf gegen Aids) genannt. Der Professor war eine sehr charismatische Führungskraft. Weil er sich über viele Jahre auch wissenschaftlich einen Namen gemacht hatte, verfügte er über ein großes landesweites Netzwerk. Alle hatten bei ihm studiert. Alle Lehrkräfte im Fachgebiet und unzählige Ärzt*innen hatten bei ihm gelernt. Es blieb deswegen nicht bei der Gründung eines einzelnen Vereins in Istanbul. Wenn mich nicht alles täuscht, gab es Standorte in 22 Städten. Selbst in Diyarbakir sprach er mit Studierenden, die daraufhin eine Art Ableger eröffneten. Dazu gab es Standorte in Izmir, Ankara, Samsun ... Und innerhalb weniger Jahre gab es in vielen weiteren Orten der Türkei Vereine.

Aber diese Strukturen blieben während vieler Jahre zu sehr unter der Kontrolle von Ärzt*innen. Dabei war die Gründungsidee im Gesundheitsbereich entstanden, bei Menschen, die in der Pflege und in anderen Gesundheitsberufen tätig waren. Das Thema wurde deswegen auch etwas zu sehr aus medizinischer Perspektive angegangen. Dennoch konnten wir uns thematisch erweitern. Derweil hatten unsere Kontakte ins Ausland zugenommen, etwa zur Weltgesundheitsorganisation, nach Großbritannien, Deutschland, in die Niederlande und andere Länder. Die Epidemie breitete sich in dieser Zeit rasend schnell aus und überall in Europa gab es wissenschaftliche Konferenzen. Auch wir nahmen daran teil. Über

Kolleg*innen im Ausland, deren Arbeit wir beobachteten, lernten wir, dass die betroffenen Menschen aktiv an diesem Kampf teilnehmen mussten. Klar, wir waren die Profis, wir kannten den technischen Teil der Auseinandersetzung mit Aids. Aber um die Menschen wirklich zu erreichen und der Gesellschaft dienen zu können, brauchten wir Menschen aus genau dieser Gesellschaft. So begannen wir, unsere Strategien auch in dieser Richtung zu entwickeln.

Einmal kamen sehr wichtige Expert*innen aus Frankreich und wir veranstalteten Fortbildungsworkshops mit ihnen. Mit ganz neuen Methoden, die nicht zu didaktisch und sehr interaktiv waren, lernten und lehrten wir gemeinsam und gegenseitig. Das half uns, besser mit den Menschen zu kommunizieren. In der Folge bemühten wir uns, den Verein in der Gesellschaft bekannter zu machen bzw. ihn stärker in die Gesellschaft zu integrieren. Wir bauten zum Beispiel eine enge Arbeitsgemeinschaft mit LSBTI-Vereinen auf und führten mit ihnen sehr schöne Projekte durch. Unsere Kolleg*innen arbeiteten manchmal auch abends und nachts, weil die LSBTI-Versammlungen in der Regel später stattfanden. Sie gingen zu diesen Versammlungen, sie gingen in Schwulen-Clubs, um dort mit den Menschen zu sein und Kondome oder Broschüren zu verteilen. Es gab damals keine anderen Organisationen oder Vereine wie Pozitif Yaşam (Positives Leben)³, die mit Menschen mit HIV und Aids arbeiteten. Alles fand unter dem Dach von AİDS Savaşım Derneği statt. Deshalb waren wir die Vermittlungsinstanz zwischen den Menschen mit HIV oder Aids, die Schwierigkeiten beim Zugang zu gesundheitlicher Versorgung hatten, einerseits und den Einrichtungen des Gesundheitswesens andererseits.

Wir hatten einen nicht zu überschätzenden Vorteil: In jener Zeit unterstützte das Gesundheitsministerium die Arbeit des Vereins sehr. Ich spreche natürlich von den 1990er Jahren. Sie setzten Ärzt*innen und Pflegekräfte bei uns ein. Wir hatten sechs Vollzeitstellen für Ärzt*innen und eine Krankenpflegerin. Das ist eine Menge Arbeitskraft. Ein Verein hätte sich so etwas aus eigener Kraft nicht leisten können. Aber das Gesundheitsministerium schätzte, wie gesagt, unsere Arbeit und setzte diese Leute bei uns ein. Das waren natürlich Fachpersonen, die beim Verein arbeiten wollten – zu so etwas kann man niemanden zwingen. Die Hälfte

3 Vgl. dazu die Interviews mit Arzu Rezzan Sunam, Canberk Harmancı und Yasin Erkaymaz.

der Ärzt*innen, die bei uns im Einsatz waren, schrieben in dieser Zeit ihre Doktorarbeiten zu Fragen im Bereich von Public Health. Sie erwarben diese Perspektive, indem sie im Feld arbeiteten und diese Erfahrungen mit ihrem akademischen Wissen verbanden. So wurden sie später, alle in ihren jeweiligen Feldern, zu hervorragenden Ärzt*innen. Sie hatten Kontakt mit Menschen, die intravenös Drogen gebrauchten, mit Schwulen- und mit LSBTI-Gruppen. Es wurden sehr enge Arbeitsbeziehungen aufgebaut.

Dieses Gebäude hier war zunächst auch der Vereinssitz. Er lag in der Etage unter uns, in der Mikrobiologie, wo Professor Enver Tali Çetin arbeitete. Als er in Pension ging, bekamen wir unten im Vakıf-Guraba-Krankenhaus einen eigenen Ort. Es war wie im Traum – im Rückblick merke ich, welche Möglichkeiten uns zur Verfügung gestellt wurden. Der Verein bekam dort eine Abteilung mit fünf oder sechs Zimmern und einem riesigen Seminarraum. Denn der Leiter des Krankenhauses war sehr eng mit Çetin befreundet. Als Vereinsvorstand besuchten wir ihn und sagten: »Wir arbeiten in folgenden Bereichen und würden gern dazu beitragen, dass auch ihr Krankenhaus davon profitiert. Insbesondere bieten wir an, ihr Personal fortzubilden.« Dort arbeiteten unglaublich viele Menschen. Mittlerweile ist es auch zu einem Universitätskrankenhaus geworden. Nachdem wir ein paar Jahre von dort aus gearbeitet hatten, stellte uns der Bezirk Şişli einen Ort zur Verfügung, wo wir bis zum nächsten Umzug blieben.

Sie sind also oft umgezogen ...

Wir sind permanent umgezogen. In der Zwischenzeit kamen die 2000er Jahre und AIDS Savaşım Derneği war bereit, den Stab an andere zu übergeben. Wir hatten Präventionsarbeit für die Gesamtgesellschaft gemacht, aber nun stand das Bedürfnis nach Basisvereinen im Vordergrund. Es wurden Strukturen für Menschen mit HIV und Aids gebraucht. Einige, die bei uns aktiv waren, brachten den Prozess ins Rollen. So wurde beispielsweise zusammen mit einigen Mitgliedern von Schwulenorganisationen Pozitif Yaşam gegründet. Unser Verein und seine 14- oder 15-jährige Tätigkeit spielten dabei eine wichtige Rolle. Auf dieser Grundlage konnte Pozitif Yaşam aufbauen.

Aus Vereinsperspektive erzählt, ist das die grobe Entwicklung. Wir können auch noch auf die Regierung, das Gesundheitsministerium, die allgemeine Lage im Land und ihren Einfluss auf die Arbeit eingehen, wenn Sie wollen.

Sexarbeiter*innen, LSBTI oder heterosexuelle Männer als »Risikogruppen«?

Sicher, darauf komme ich sehr gern zurück. Zunächst möchte ich aber nochmals auf Ihre persönliche Geschichte zurückkommen. Würden Sie sagen, dass Ihr Interesse an Public-Health-Fragen Ihren Aktivismus und Ihre akademische Arbeit geprägt hat?

Ja, auf jeden Fall.

*Mit AIDS Savaşım Derneği haben Sie vor allem zu sexueller und reproduktiver Gesundheit gearbeitet, und hier besonders mit Sexarbeiter*innen und LSBTI. Warum gerade mit diesen Gruppen? Gab es einen bestimmten Grund?*

Ja, den gab es. Denn diese beiden Gruppen waren von HIV und von der Aids-Epidemie am meisten betroffen. Sie waren die verletzlichsten Gruppen. Ich meine das nicht nur mit Blick auf eine tatsächliche Ansteckung mit der Krankheit. Ausgrenzung, Beschuldigung, die Stigmatisierung als Sündenbock – sie haben das am vehementesten abbekommen, ihnen hat das am meisten geschadet. Wir wissen es ja sehr gut: HIV und Aids mögen als mikrobische⁴ Epidemie begonnen haben, aber um die Krankheit herum ist eine soziale Epidemie entstanden, die fast schlimmer ist als die mikrobische. Mit Aids ist das gesamte Ausgrenzungs- und Diskriminierungspotenzial in den Menschen zum Vorschein getreten. Wir kennen Fälle aus den USA, wo Häuser in Brand gesetzt wurden, weil ein darin wohnendes Kind HIV-positiv war. Und ein kleines Kind in der Türkei, das vom Roten Halbmond eine Blutkonserve erhalten und darüber mit HIV infiziert wurde, konnte zunächst nicht an einer Schule angemeldet werden. Es war deswegen tagelang im Fernsehen zu sehen. Doch die Ärzt*innen in Izmir intervenierten auf eine bewundernswerte Weise. Sie gingen in die Schulen, sprachen mit Eltern und beruhigten sie, und am Ende konnte dieses Kind doch zur Schule gehen. Was ich sagen will, ist dies: Das ist nicht bloß eine Krankheit, die von einem Erreger stammt. Es ist eine Krankheit, die zu einem böartigen Gespenst geworden ist – ein Gespenst, das aus Diskriminierung und Stigma gewebt wurde.

Für eine Stiftung für leukämiekranken Kinder ist es leicht, zum Opferfest Spenden zu sammeln. Denn wenn es heißt »Kinder«, und

4 Im Original *mikrobik*.

gerade Kinder mit Leukämie, berührt das die Menschen. Aber wenn es um Aids ging, kamen wir trotz der vielen Türen, an die wir klopfen, oft mit leeren Händen zurück. Niemand wollte, dass der eigene Name im Zusammenhang mit Aids genannt wird. Deswegen hatten wir es als Verein auch so schwer, an Geld zu kommen. Und wenn ich an die LSBTI-Gruppen und die Sexarbeiter*innen denke, ist es so einfach, sie aufgrund der Situation, in der sie leben, zu diskriminieren und zu »anderen« zu machen.

Deswegen: Ich bin Ärztin und meines Erachtens müssen Ärzt*innen auch Vertreter*innen sein. Zumindest habe ich das in meiner Ausbildung gelernt, das war unser Ideal. Egal, wo es in der Türkei wehrlose Menschen gibt, müssen wir die Situation analysieren und den betreffenden Menschen alles an die Hand geben, damit sie sich stärken können. Die Basis für diese Unterstützung müssen wir entwickeln und bereitstellen, das ist eine der Grundfunktionen von Public Health. Ich habe einmal einen Artikel geschrieben. Die Überschrift lautet: »Warum Public Health wehrlose Gruppen verteidigen muss«. Er beruht auf einem Input, den ich 2010 beim Nationalen Public-Health-Kongress gegeben habe.

*Die Frage nach den Sexarbeiter*innen und LSBTI habe ich Ihnen aus folgendem Grund gestellt: Früher wurde viel von Risikogruppen gesprochen. Aus dieser Perspektive sehen wir in der Türkei ein deutlich anderes Bild als in anderen Ländern. Die aktuellsten Zahlen weisen etwa darauf hin, dass rund 70 Prozent der Menschen, die mit HIV leben, heterosexuelle Männer sind. Das ist im Vergleich eine immens hohe Zahl.*

Ja, und trotzdem steht immer die Homosexualität im Vordergrund, oder?

Ja. Wenn wir vom Konzept der Risikogruppe ausgehen würden, müssten wir dann nicht in erster Linie heterosexuelle Männer zwischen 20 und 49 als solche bezeichnen?

Naja, wir müssen aber auch noch eine andere Dynamik in der Türkei berücksichtigen: Hier ist Homophobie weit verbreitet, es ist ein Land, in dem Homosexualität stark tabuisiert wird. Und weil das so ist, wird ein großer Teil davon im Untergrund ausgelebt, abseits des Sichtbaren. Wie werden die Zahlen erhoben, die Sie zitieren? Das sind die Selbstauskünfte von Menschen, die ein positives Testergebnis erhalten haben. Wir können nicht wissen, wie nah an der Realität diese Auskünfte sind, weil Homosexualität als verboten, sündhaft oder schändlich wahrgenommen wird. Ich

würde die Glaubwürdigkeit dieser Zahlen deshalb wenigstens mit einem Fragezeichen versehen.

Das ist das eine ... Wenn wir diese Daten auswerten, müssen wir das immer im Hinterkopf haben. Wir kennen keine wirkliche Prävalenzuntersuchung. Es gibt keine repräsentative Zufallsauswahl von, sagen wir, 10.000 Personen aus der Istanbuler Bevölkerung, die befragt worden wäre. Es gibt ausschließlich die Zahlen, die durch Fragebögen erhoben werden, die Menschen mit einem positiven Testergebnis ausfüllen. Es kann sein, dass Leute da sehr zurückhaltend sind, was die Angabe ihrer homosexuellen Orientierung angeht.

Zweitens: Vielleicht wissen Sie das auch, das Leben von LSBTI ist in der Türkei nicht so einfach wie in Europa oder den USA. Ich weiß zum Beispiel, dass unter meinen Studierenden LSBTI sind. Die meisten neigen aber dazu, das zu verstecken. Verstehen Sie, was ich meine? Trans*-Personen können sich oft nicht verstecken, deswegen gehören sie zu der Gruppe, die am meisten Diskriminierung erfährt. Weil sie oft so sichtbar sind, erfahren sie die meiste Gewalt, finden keine Arbeit, werden von der Gesellschaft am meisten ausgegrenzt. Deswegen ist der Weg in den bezahlten Sex oft die einzige Alternative.

Und jetzt zu Ihrer Frage: Sie wollten wissen, ob nicht die Heterosexuellen eigentlich die größte Risikogruppe bilden. Meines Erachtens besteht die Gesellschaft nicht aus Teilen, sondern aus äußerst komplexen Beziehungen. Es gibt in dieser Gesellschaft so viele Menschen, die verheiratet sind, oberflächlich betrachtet einer Familie angehören, Kind und Kegel haben, von denen wir aber nicht wissen, was sie nachts machen. Wenn eine Trans*-Frau auf den Straßenstrich geht, bilden sich Schlangen vor ihr. Diese Menschen würden sich als heterosexuell beschreiben. Und aus genau diesem Grund hat die Weltgesundheitsorganisation in den 1990er Jahren den Terminus »Männer, die Sex mit Männern haben« entwickelt. Denn der Mann, der mit einer Trans*-Frau verkehrt, würde diesen Verkehr vermutlich nicht als schwul bezeichnen. Er sieht sich als heterosexuell. Verstehen Sie? Und dann kommen so absurde Dinge wie »Aktiv-Sein« und »Passiv-Sein« ins Spiel. Es ist also schwierig, in Bezug auf die Türkei zu sagen, ob etwas unter heterosexuellen oder homosexuellen Männern weiter verbreitet ist. Sie können es auch folgendermaßen betrachten: Im Augenblick gibt es in der Türkei etwa 15.000 dokumentierte HIV-Positive.

LSBTI-Bewegungen und das politische Klima in der Türkei seit den 1980er Jahren

Sie haben vorhin davon gesprochen, dass HIV und Aids in den 1980er Jahren kein großes Thema waren. Gab es also auch keine Aids-Bewegung?
Ja, ja, ja. Aids stand tatsächlich nicht auf der Tagesordnung.

Hatte das wirklich mit den niedrigen Fallzahlen zu tun oder auch mit den politischen Bedingungen? Zu erwähnen sind etwa die Nachwirkungen des Militärputsches vom 12. September 1980. Sie sind bis heute zu spüren, damals aber für zahlreiche Menschen in einer viel existenzielleren Art und Weise. Um die Mitte des Jahrzehnts gab es nach wie vor eine Militärregierung, die soziale Bewegungen unterdrückte. Und trotzdem entstanden bekanntlich die verschiedensten sozialen Bewegungen, darunter auch die LSBTI-Bewegung ...

Genau, auch die feministische Bewegung.

Ja, auch die feministische Bewegung formierte sich damals. Aber gleichzeitig gab es auch einen enormen Druck. Hatte dieses politische Klima Ihrer Meinung nach einen Einfluss darauf, dass keine Aids-Bewegung entstand?

Das kann natürlich sein. Wenn in einer gesellschaftlichen Situation der politische Druck zunimmt, werden zu den Gruppen, die darunter zu leiden haben, sicher auch die jene mit abweichender sexueller Identität gehören. Aber wenn wir uns die Sache von der anderen Seite anschauen: Wissen Sie, wann es die größte Pride-Demonstration der LSBTI-Bewegung gab? 2013, also im Umfeld der Gezi-Park-Proteste.⁵ Mit dem Wind der Freiheit, der damals aufkam, konnte die LSBTI-Bewegung eine große Resonanz gewinnen. Sie hatten Stände im Gezi-Park und zeigten dort tagelang Präsenz. Schon an den Kundgebungen zum 1. Mai vor 2013 hatten sie teilge-

5 Für die Queer-Bewegung in der Türkei waren die Proteste von 2013, bei denen es um den Erhalt des Gezi-Parks in Istanbul und gegen die »neoliberale« Stadtpolitik ging, von großer Bedeutung, weil hierbei Gruppen aus sehr unterschiedlichen Bereichen zusammenkamen. Queer-Gruppen waren an den Auseinandersetzungen in besonderem Maße beteiligt. Sie bildeten beispielsweise einen LSBTI-Block, der eigene Demonstrationen und Diskussionsveranstaltungen organisierte. Der Höhepunkt der Aktivitäten war eine Demonstration anlässlich des Christopher Street Day, an der ca. 100.000 Menschen teilnahmen. Vgl. Zülfukar Çetin (2016): Kämpfe und Forderungen der Queer-Bewegung in der Türkei, Feministisches Institut Hamburg, Hamburg, <http://www.feministisches-institut.de/queer-bewegung-in-der-turkei> (25.11.2018).

nommen. Ich erinnere mich beispielsweise an Slogans wie: »Wir wollen keine homophobe Revolution!« Sie liefen mit ihren Regenbogenfahnen mit. Denn eines wissen wir doch nur zu gut: Homophobie kann überall einsickern, selbst in Menschen, die sich als links-sozialdemokratisch verstehen, auch wenn sie es nicht immer zur Kenntnis nehmen wollen. Und auch LSBTI können diese Sache, die wir Homophobie nennen, verinnerlichen. Deswegen gehören LSBTI zu den Gruppen, die diesen politischen Druck, die Diskriminierung und den Ausschluss in allen Bereichen und besonders stark zu spüren bekommen. Sie sehen ja, seit mehreren Jahren finden keine Pride-Demonstrationen mehr statt.

Auch in den 1990er Jahren konnten keine Prides durchgeführt werden. Es kamen so viele Menschen aus dem Ausland. Wir von AİDS Savaşım Derneği organisierten zahlreiche Konferenzen, zu denen Menschen aus der ganzen Türkei und auch aus Europa anreisten. Es gab auch andere Veranstaltungen und ein Teil davon fand auch in zeitlicher Nähe zur Pride-Woche statt. Aber der Gouverneur gestattete keine Demonstrationen. Danach ließ der Druck eine Zeitlang etwas nach, vor allem im Zusammenhang mit dem Beitrittsprozess zur EU. In der Folge kamen von der EU relativ viele Fördergelder. Es gab eine Menge Aktivitäten in diesem Zusammenhang. Vereinigungen von Sexarbeiter*innen und LSBTI wurden gegründet, vor allem im Zeitraum zwischen 2004 und 2007. Das Programm bewirkte eine Menge.

Aber nach 2007 kam es dann in rascher Folge zu Rückschritten, auch in der Sozialpolitik und besonders im Zusammenhang mit Aids. Und am Ende standen wir da wie die drei Affen. Das Aids-Thema landete bei ein paar zivilgesellschaftlichen Organisationen, bis das Ministerium schließlich beschloss, auf diesem Feld gar nichts mehr zu tun.

So würden Sie also die Entwicklung nach 2007 zusammenfassen?

Ja. Dabei war im Rahmen des Programms für reproduktive Gesundheit vorgesehen gewesen, die Zahl der anonymen Testzentren zu erhöhen. Vielleicht würden wir dann heute nicht bei 15.000 positiv getesteten Personen stehen, sondern bei 30.000 oder 40.000. Denn mit den ordentlich arbeitenden Zentren, wo auch ehrenamtliche Beratung angeboten wurde, wäre die Möglichkeit, sich testen zu lassen, häufiger genutzt worden. Je einfacher es ist, einen Test zu machen, desto stärker steigen die Zahlen zu HIV und Aids. Aber wenn es schwierig ist, einen Test zu machen, ignorieren Menschen das Thema komplett. Es gibt ja auch

immer die Angst, dass das dann bekannt wird. Und wer unsichere sexuelle Praktiken mag, wird sich ohnehin nur widerwillig testen lassen wollen, wenn überhaupt.

Wir können also davon ausgehen, dass die Zahl höher wäre, wenn es mehr anonyme, kostenlose, auf Freiwilligkeit beruhende Testzentren gäbe?
Auf jeden Fall, ja.

Im Schatten des Kurdistan-Konflikts: Die Situation in den 1990er Jahren

Ich finde die Situation in den 1990er Jahren sehr interessant. Einerseits war sie von einer großen politischen Instabilität geprägt und der staatliche Druck auf die Bevölkerung war sehr groß. Andererseits aber waren damals die sozialen Bewegungen sehr stark, insbesondere jene, die sich der Interessenvertretung widmeten.

Ja, da sprechen Sie etwas Wahres an.

Trotz oder gerade wegen des herrschenden Druckes formierten sich also Widerstandsbewegungen ...

Ja, aber dabei darf man Folgendes nicht vergessen: In den 1990er Jahren war der Druck anders verortet. Er konzentrierte sich auf den Südosten, die kurdischen Gebiete, auf die kurdische Frage insgesamt. Vielleicht fiel es deswegen leichter, zu HIV und Aids oder sexuellen Orientierungen zu arbeiten. Vielleicht waren das Dinge, für die sich eintreten ließ, ohne einen vergleichbar starken staatlichen Widerstand befürchten zu müssen.

Die staatlichen Institutionen hatten also größere Sorgen als die Anliegen der sozialen Bewegungen in den Städten und im Westen des Landes.

Genau das meine ich.

Sie haben erwähnt, dass AIDS Savaşım Derneği einen Standort in Diyarbakir hatte. Inwiefern schaffte es der Verein damals, in den Südosten und den Osten zu gehen? Konnten Sie überhaupt in den kurdischen Gebieten arbeiten?

Ja, natürlich. Lassen Sie es mich so sagen: Am 1. Dezember 2000 fuhren wir als kleine Gruppe aus dem Verein nach Diyarbakir. Damals gab es dort

an der Universität einen stellvertretenden Rektor, der Mikrobiologe war. Wir organisierten eine riesige Veranstaltung, die sich vor allem universitätsintern an die Studierenden und an Ärzt*innen richtete, also nicht an die breite Bevölkerung. Aber unsere Mitglieder, unter denen auch Personen aus dem Public-Health-Bereich waren, konnten in die Schulen gehen und dort Bildungsarbeit machen. Wir gingen in die Oberschulen und sprachen über sexuelle Gesundheit und HIV und Aids. Wir verteilten auch Kondome. Heutzutage wäre das nicht mehr möglich. In den Schulen kommt nicht einmal mehr das »S« von sexueller Gesundheit vor. In den letzten zehn Jahren sind die Regierung und die Ministerien sehr rasch sehr viel konservativer geworden. Sie wollen unter keinen Umständen, dass solche Sachen im Schulunterricht oder in der Jugendarbeit zur Sprache kommen.

Von der Zusammenarbeit mit dem Gesundheitsministerium in den 2000er Jahren zum konservativen Backlash nach 2007

Auch Muhtar Çokar, der Geschäftsführer von İnsan Kaynaklarını Geliştirme Vakfı (İKGV; Stiftung für die Entwicklung des Personalwesens), erzählte mir, dass sich der Umgang mit der Thematik in den vergangenen gut 30 Jahren mit jeder neuen Person an der Spitze des Gesundheitsministeriums grundlegend verändert hat.⁶

Ja, das ist ganz richtig.

*Wie würden Sie die Rolle der verschiedenen Gesundheitsminister*innen im Rückblick einschätzen?*

Lassen Sie es mich so sagen: Im Gesundheitsministerium gibt es viele Mitarbeitende, auch in leitenden Positionen. In den 1990er Jahren öffneten sie uns zahlreiche Türen, weil sie Enver Tali Çetin schätzten. Ich glaube, die Macht, die dieser hatte, lässt sich gar nicht überschätzen. Wenn etwas vorfiel, riefen sie zuerst im Verein an: »Dies und das ist passiert, was sollen wir tun?« Immer wenn in der Türkei ein*e Positive*r auftauchte, schalteten wir eine bestimmte Kontaktperson im Ministerium ein. Und diese rief dann bei der betreffenden Lokalverwaltung an, wo innerhalb von zwei Tagen eine

⁶ Vgl. das Interview mit Muhtar Çokar; zur İKGV auch das Interview mit Doğan Güneş Tomruk und Muhtar Çokar.

Greencard (*Yeşil Kart*)⁷ ausgestellt wurde, sodass ein Therapieplan erstellt werden konnte, verstehen Sie? Ein solch organisches Verhältnis hatten wir damals zum Ministerium ...

Auch die Einführung der anonymen Meldung stammt aus der Zeit von Professor Çetin. HIV ist ja eine meldepflichtige Krankheit, jeder Fall muss dem Ministerium offiziell mitgeteilt werden. Bis heute funktioniert das so, dass keine personenbezogenen Daten übermittelt werden, indem eine Codierung vorgenommen wird. In den 1990er Jahren konnten wir das Ministerium von diesem Verfahren überzeugen. Es war unser Anliegen, niemanden zu beschuldigen und an den Pranger zu stellen. Es ging uns darum, die Krankheit und ihre Ausbreitung zu bekämpfen. So war das in den 1990er und frühen 2000er Jahren. Wir konnten unsere Anliegen recht gut platzieren. Wir wurden nicht müde zu betonen, dass es sich um eine Krankheit wie jede andere handle, dass Diskriminierung und Ausgrenzung den Kampf nicht förderten, sondern behinderten. Später kamen hochwirksame Behandlungsmethoden dazu. Die Lebensdauer der Patient*innen verlängerte sich entscheidend, die Nebenwirkungen wurden minimiert. Aus einer Krankheit wurde eine chronische Infektion.

Nach 2007 jedoch wurde die sexuelle Gesundheit Schritt für Schritt aus dem Fokus des Ministeriums verschoben. Das passierte nicht plötzlich, aber doch merkbar. Zwischen 2004 und 2007 hatte das Ministerium beispielsweise jugendgerechte Angebote eingeführt. Dazu zählten die Zentren für reproduktive Gesundheit. Können Sie sich das vorstellen? Es waren zunächst etwa 15 geplant, verteilt über das ganze Land. Schrittweise sollten weitere dazukommen, es sollten 30, schließlich gar 50 werden. Was sollte dort geschehen? Junge Menschen sollten hingehen und ganz ungezwungen über reproduktive Gesundheit sprechen können, sich beraten lassen, im Bedarfsfall Kondome bekommen. Sie sollten sich dort auch testen lassen können oder Verhütungsmittel erhalten. Von diesen Zentren wurden nur wenige eröffnet und sie wurden mehr schlecht als recht betrieben. Heute finden Sie wahrscheinlich kein einziges mehr.

All das ist offizielle Politik. Sie wollen in dem Bereich nichts mehr machen, deswegen ziehen sich die Institutionen zurück. Wie tun sie das? Zuerst werden die Personalstellen reduziert. Denn wenn das Personal fehlt,

7 Mit der Yeşil Kart erhielten Bürger*innen, die ökonomisch schlecht gestellt waren, eine kostenlose oder sehr günstige Gesundheitsversorgung. Das Programm wurde im Jahr 2012 eingestellt.

folgt eines auf das andere, und am Ende ist das Zentrum an einem Punkt, an dem es nicht mehr arbeiten kann. Im Augenblick gehört sexuelle Gesundheit, bei allen Einschränkungen, noch zu unseren Ausbildungsinhalten an der medizinischen Fakultät. Aber die Studierendenschaft ist in den letzten sieben, acht Jahren unglaublich konservativ geworden. Sie wollen unter keinen Umständen über Sexualität sprechen. Denken Sie nur, diese Menschen studieren Medizin. Sie wollen Ärzt*innen werden und die Menschen werden sie aufsuchen, um Rat zu holen. Doch wenn das Gespräch im Unterricht auf Sexualität kommt, senken die Studierenden den Kopf und stellen keine einzige Frage. Und wenn sie wissen, dass dieses Thema auf dem Programm steht, erscheinen sie am betreffenden Tag gar nicht erst.

Was tun Sie dagegen?

Ich sammle die Fragen anonym, denn ein offenes Gespräch ist nur noch sehr schwer möglich. Früher haben wir diskutiert, jetzt geht das nicht mehr. Ich bereite beispielsweise Umschläge vor und frage die Studierenden: »Was sind Ihre Assoziationen zum Wort Sexualität?« Auf kleine Zettel schreiben sie ihre Antworten, ohne Namen. Diese legen sie in den Umschlag, der von Hand zu Hand wandert. Dann frage ich: »Haben Sie Grenzen beim Sex? Gibt es Dinge, von denen Sie sagen würden, das würde ich niemals tun?« Da kommt ganz schön viel zusammen ... »Ich würde keinen Sex haben, der islamischen Regeln widerspricht«, steht dann da zum Beispiel. Dann bitte ich sie: »Beschreiben Sie den idealen Sex.«

Diese Methode gefällt mir sehr.

Ja, sie ist wirklich gut. Ich habe lange nachgedacht und am Ende hatte ich das Gefühl, dass ich so wenigstens etwas mache. Also gebe ich etwa folgende Aufgabe: »Ich kann mit Beratungssuchenden über Sexualität sprechen bzw. nicht sprechen, weil ...« Anschließend sage ich: »Okay, jetzt schauen wir mal, was sie aufgeschrieben haben«. Ich leere den Umschlag. Die Studierenden sehen die Schrift nicht, denn daran könnten sie unter Umständen erkennen, wer was geschrieben hat. »Liebe, Leidenschaft, Frau und Mann, Sexualität assoziiere ich mit einem reinen Gefühl im Inneren eines Menschen«, steht da beispielsweise. Wir sprechen über die Dinge, die sie lernen möchten. Zur Homosexualität kommen in manchen Gruppen so viele Fragen ... Sie sind also neugierig, obwohl sie aus einer ausgesprochen homophoben Bildungstradition an die Universität gekommen sind. Einerseits möchte ihnen eine Lehrkraft, die sie mögen und schätzen,

etwas beibringen – so etwas wie: »Diskriminierung ist etwas Schlechtes, als Ärzt*innen dürfen sie niemanden anders behandeln als die anderen.« Und andererseits gibt es all die Dinge, die sie hier und da gehört haben. Da will eine innere Homophobie raus. Sie sind irritiert. Deswegen reden wir ein bisschen über diese Themen ... Es wird zunehmend schwieriger, aber es findet sich ja doch immer ein Weg, ins Gespräch zu kommen.

Sie würden also sagen, dass nur schon das Sprechen über Sexualität etwas bewirken kann?

Ja, das ist mir wichtig. Es müssen Fragezeichen in diese Köpfe. Sie sollen wenigstens ein Mal in ein Buch schauen. Aus einem neuen Projekt ist ein 21-minütiger Film entstanden. Wir haben mit verschiedenen LSBTI und Sexarbeiter*innen gesprochen und das auf Video aufgenommen.

Sie sprechen vom Projekt »Medizin und Diskriminierung«?⁸

Ja, das ist ganz neu. In ein paar Wochen kann der Film dann vorgeführt und eingesetzt werden. Er ist ziemlich gut geworden, finde ich. Wir haben mehrere Versionen erstellt. Er soll in der Bildungsarbeit eingesetzt werden und als Diskussionsgrundlage dienen. Denn es ist wichtig, dass die Studierenden aus dem Mund einer Trans*-Frau, vielleicht einer Trans*-Frau, die Sexarbeiterin ist, hören, wie sie lebt und was sie erlebt. Das ist wichtig, damit sie Empathie entwickeln können. Diesen Film haben wir jetzt als eines der Ergebnisse dieses Projekts.

Und soll ich noch etwas sagen? Diskriminierung und Ausschluss führen zu immer neuer Diskriminierung und immer neuen Ausschlüssen. Wer LSBTI diskriminiert, wird dann auch, wie in einer Kettenreaktion, Syrer*innen diskriminieren, HIV-Positive etc. Die eine Diskriminierung bereitet der nächsten den Weg.

Sie haben von 2007 gesprochen. Das Jahr brachte ja nicht nur in der Gesundheitspolitik einschneidende Veränderungen. Die AKP-Regierung wurde

8 Das Projekt stellt eine Kooperationspartnerschaft mehrerer Universitäten in der Türkei dar und wurde im Jahr 2017 gestartet. Laut Projektbeschreibung ist es nach dem Ansatz der partizipativen Aktionsforschung konzipiert: Es wird nicht nur durch Dozent*innen und Studierende realisiert. Vielmehr werden auch Zielgruppen wie LSBTI und Sexarbeiter*innen aktiv in die Gestaltung und Durchführung miteinbezogen. Vgl. die Projektbeschreibung, <http://www.acibadem.edu.tr/haber/tip-egitimi-ve-ayrimcilik-projesi>.

wiedergewählt. In der ersten Regierungszeit waren zahlreiche Gesetze erlassen worden, andere reformiert. Mit dem neuen Vereinsgesetz von 2004/2005 war es beispielsweise einfacher geworden, Vereine zu gründen. Mit der zweiten AKP-Regierung wurde dann schlagartig alles anders. Aus dieser Perspektive kann die erste Regierungszeit der Partei als eine Art Täuschungsmanöver betrachtet werden. Mir fällt in diesem Zusammenhang nicht zuletzt das Schicksal der Ulusal Aids Komisyonu (UAK; Nationale Aids-Kommission) ein.⁹ Denken Sie, dass es 2007 auch diesbezüglich zu einer Wende kam?

An dieser These ist sicher etwas dran. 2005 war meine Zeit bei AIDS Savaşı Derneği offiziell zu Ende. Danach hatte ich keine Gelegenheit mehr, die Arbeit der UAK aktiv zu verfolgen. Weil Muhtar Çokar dort regelmäßig İKGV vertreten hat, wird er dazu viel mehr wissen als ich.¹⁰ Als eine*r, die*er weiterhin in diesem Feld tätig war, kann ich aber Folgendes sagen: Es handelte sich um eine allgemeine Politik. Die Entscheidung, sich von diesem Themenbereich fernzuhalten, hatte Auswirkungen auf alles. Die UAK dürfte da keine Ausnahme sein.

Der Zugang zum Gesundheitswesen für Menschen, die nicht dem Bild des »Idealbürgers« entsprechen

*Können Sie mir noch etwas über den Zugang zum Gesundheitswesen in der Türkei sagen? Seit einiger Zeit leben zunehmend Menschen in der Türkei, die nicht die türkische Staatsbürgerschaft besitzen. Wenn ich es richtig sehe, werden Heterosexuelle, die, indem sie sich fortpflanzen, die dominierende sunnitische Tradition fortsetzen, als eigentliche Staatsangehörige angesehen. Wie ist es um diejenigen bestellt, die nicht zu dieser als homogen betrachteten Gruppe der Idealbürger*innen gehören?*

Der Film, von dem ich vorhin sprach, ist die Antwort auf genau diese Frage. Womit sind unterschiedliche Menschen konfrontiert, wenn sie zu einer Gesundheitseinrichtung gehen? Davon erzählen die Protagonist*innen. Einer

9 Die UAK wurde zwischen 2007 und 2015 nicht einberufen. 2015 veröffentlichte die Weltgesundheitsorganisation (WHO) Zahlen zu den Neuinfektionen mit HIV und stellte einen enormen Anstieg von fast 500 Prozent zwischen 2005 und 2015 fest. Aufgrund der Warnung durch die WHO wurde die UAK wieder einberufen, um neue Strategien und Maßnahmen zu verabschieden. Vgl. auch die Interviews mit Canberk Harmancı, Doğan Güneş Tomruk und Muhtar Çokar.

10 Vgl. das Interview mit Muhtar Çokar und Doğan Güneş Tomruk.

davon ist Trans*-Mann, eine ist Trans*-Frau, die der Sexarbeit nachgeht, eine weitere Person studiert Medizin, eine ist schwul und eine arbeitet für Pozitif Yaşam. Sie erzählen alles so, wie sie es erfahren haben. Nur ganz selten ist es vorgekommen, dass Ärzt*innen sie nicht schlecht behandelt haben. Eine Trans*-Person beispielsweise sagt: »Im X-Krankenhaus¹¹ schäme ich mich in Grund und Boden, wenn sie mich mit meinem Geburtsnamen aufrufen.« Sein Aussehen ist männlich, aber er wird mit einem weiblichen Vornamen aufgerufen. »Dabei ist mein Rufname auf der Akte vermerkt und sie könnten mich auch so aufrufen«, sagt er, »das ist doch ganz einfach umzusetzen.« Es erfordert halt ein bisschen Feingefühl, wenn man die Menschen nicht verletzen möchte. Doch es geht darum, eine Gesundheitsdienstleistung zu erbringen. Wir Ärzt*innen sind keine Moralpolizei.

Aber es ist klar, dass ein homophober Mensch seinen Beruf nicht frei von Homophobie ausüben kann. Wir haben unzählige persönliche Gespräche und Gespräche in Fokusgruppen durchgeführt. Menschen, die sich homophob äußern, sagen immer so etwas wie: »Ich bin persönlich gegen Homosexualität, aber das wird nichts an meinem Verhalten gegenüber einem homosexuellen Menschen ändern.« Ja, ist das denn möglich? Du bist dagegen, aber du wirst deine Arbeit machen, ohne dass dein Gegenüber das mitbekommt? Das kannst du deiner Oma erzählen, das ist unmöglich. Die Teilnehmenden an dem Filmprojekt sagen es ganz deutlich: »Auch wenn sie sich uns gegenüber nicht offen feindlich äußern, verstehen wir aus der Mimik, aus ihrem Blick oder daraus, wie sie die Augenbrauen hochziehen, was sie denken.« Und das führt zu negativen Gefühlen. Die Trans*-Sexarbeiterin sagt: »Wir können in kein Krankenhaus gehen, denn die Krankenhäuser wollen uns nicht. Wenn eine Trans*-Person doch ins Krankenhaus kommt, behandeln sie sie wie ein Tier, das aus dem Zoo geflohen ist.« Aber sie sagen alle auch, dass sie mittlerweile viel leichter Zugang zur hausärztlichen Versorgung haben. Selbst wenn nicht alle Hausärzt*innen so sensibilisiert sind, wie es nötig wäre, bin ich doch sicher, dass es einige gibt, die einen weiteren Horizont haben und LSBTI gleich behandeln wie andere. Und so sollte es ja auch sein.

Lassen Sie uns das Thema Flucht auch noch direkt ansprechen: Die Türkei war darauf nicht vorbereitet. Aber im Augenblick haben die Geflüchteten einen problemlosen Zugang zu den Gesundheitseinrichtungen, wenn sie

11 Anonymisierung durch die Herausgeber.

*nachweisen können, dass sie einen subsidiären Schutz genießen. Das ist eine wichtige staatliche Unterstützungsleistung. Das gilt allerdings vor allem für die Menschen aus Syrien. Menschen aus afrikanischen Ländern hingegen kommen kaum in den Genuss solcher Unterstützungen.*¹²

Schutzsuchende aus afrikanischen Ländern werden behandelt, als seien sie Gesundheitstourist*innen. Wenn türkische Staatsangehörige für etwas fünf Lira bezahlen, werden von ihnen 15 Lira verlangt.¹³ Deswegen haben viele gar keinen Zugang zu medizinischer Versorgung. Auch die Geflüchteten sind also keine homogene Gruppe, es gibt zahlreiche Formen der Ungleichbehandlung. Das gilt im Übrigen auch für die Menschen aus Syrien. Nur weil etwas ihr verbrieftes Recht ist, heißt das nicht, dass sie in der Praxis wirklich in den Genuss der entsprechenden Leistungen kommen.

12 Zur Fluchthematik vgl. auch die Interviews mit Canberk Harmanci und Kemal Ördök.

13 1TL entspricht ca. 0,20€ (Stand vom 13.05.2018).

M. – Das Gespenst einer Aids-Dystopie

Ein Essay

Yener Bayramoğlu

Dr. Yener Bayramoğlu ist zurzeit als wissenschaftlicher Mitarbeiter an der Alice Salomon Hochschule Berlin tätig. Er promovierte an der Freien Universität Berlin im Fach Kommunikationswissenschaft. Sein Buch Queere (Un-)Sichtbarkeiten. Die Geschichte der queeren Repräsentationen in der türkischen und deutschen Boulevardpresse erschien 2018. Seine weiteren Werke im Bereich Queer Studies, Migrations- und Diasporaforschung, Medien- und Kulturwissenschaften sind in etlichen Monografien und wissenschaftlichen Zeitschriften erschienen. Zurzeit arbeitet er an einem Forschungsprojekt über intersektionale Ungleichheitserfahrungen in queeren Biografien.*

»Alle hatten Angst, ihn zu berühren, er wurde komplett isoliert. Selbst in sein Grab tat man Kalkspachtel, um den toten Körper zu desinfizieren. Auf solch traurige Art wurden sein lebender und sein toter Körper behandelt, gerade so, als hätte er die Pest.«¹

Murtaza Elgin war die erste Person in der Türkei, die als HIV-positiv bekannt gemacht wurde und an den Folgen von Aids starb. Damals hatte man hierzulande noch keine Erfahrungen mit Aids und HIV. Im Unterschied zu westlichen Ländern gab es weder eine epidemische Ausbreitung von HIV noch zahlreiche Todesfälle. Es gab nur Murtaza Elgin: Da er sich in den 1980er Jahren in prominenten künstlerischen Kreisen bewegt hatte, war er schon vor der Diagnose eine bekannte Persönlichkeit gewesen. Deswegen erregte seine Geschichte große Aufmerksamkeit. Die letzten Jahre seines Lebens wurden durch die Medien und die Gesundheitspolitik gewaltvoll zerstört. Er hatte nicht nur mit der Krankheit, sondern auch mit der Isolation, der Scham, der Vereinsamung und der Entmenschlichung vor den Augen der Öffentlichkeit zu kämpfen.

Wie ich in diesem Essay darlegen werde, verschiebt Murtazas Tod das, was wir unter queer verstehen, in das Gebiet der Tode und Gespenster. Vor

1 Deniz in diesem Band, S. 270

diesem Hintergrund möchte ich auf die Frage eingehen, ob und wie das Sterben auch als queer gedeutet werden kann. Gibt es einen queeren Tod, der sich von anderen Toden unterscheidet? Ein Bejahen dieser Frage würde implizieren, dass der queere Tod ein Tod ist, der Normativitäten unterläuft. Auch die Frage, was nach dem Sterben passiert bzw. wie die Gespenster der queeren Vorfahr*innen² die gegenwärtige Politik sowie den heutigen Aktivismus heimsuchen, rückt damit in den Vordergrund. Diesen Kontakt zu den Toten und Gespenstern versuche ich am Beispiel unterschiedlicher Diskurse über den Fall Murtaza Elgin herzustellen.

Dabei stelle ich nicht zuletzt die klassische Vorstellung einer teleologischen und chronologischen Zeitlichkeit infrage. Murtazas Tod ist nämlich ein ungeheurer Moment in der Geschichte, der, wie ich im Folgenden genauer erläutern werde, nicht nur die Nekropolitik³ in der Vergangenheit bloßstellt. Ähnlich wie ein Gespenst sucht er durch die Erinnerung auch die heutigen Diskussionen über heteronormative Gesundheitspolitiken heim. Die Erinnerungen an Murtaza sind deswegen von großer Bedeutung, weil sie eine Warnung sind, dass die Gesellschaft jederzeit ihre Grausamkeit (wieder) zeigen kann. Sein Sterben wird daher zu einem zeitübergreifenden Ereignis, das nicht nur für die Geschichte relevant ist, sondern auch für die heutige Politik und für die Zukunft. Obwohl sein Tod schon längst hinter uns liegt, prägt dieser Moment die gegenwärtigen Vorstellungen, Ängste und Diskussionen. Murtazas Tod wird so zu einem Argument, um die progressive Darstellung der Zeit infrage zu stellen: Es kann jederzeit alles wieder schief laufen.

Wie bereits angedeutet, funktioniert Murtazas Tod aber auch als ein sehr wichtiger und mächtiger Moment in der Geschichte, indem er die postkolonialen Strukturen der Welt offenbart. Es wird nämlich deutlich, wie die Ängste vor Aids und die Nekropolitik der westlichen Gesellschaften durch die Darstellungen in den globalen Medien zu einem Vorbild für die Länder in der restlichen Welt wurden, darunter auch die Türkei. Die westlichen Medien exportierten bestimmte Repräsentationen von, Ängste vor und Narrative über Aids. Die »affektive Ökonomie«⁴, die im Westen »Homosexualität« und »Aids« miteinander verklebte⁵, wurde so auch zum Teil des Diskurses in der Türkei. Murtazas Tod stellt damit ein Bei-

2 Vgl. Love (2007).

3 Vgl. Mbembe (2003).

4 Vgl. Ahmed (2004).

5 Sara Ahmed verwendet das Wort »stickiness«, auf Deutsch »Klebrigkeit«, um auf die diskursive Verwobenheit von Begriffen zu weisen.

spiel dafür dar, wie bestimmte medial produzierte Formen von Angst und Hass, die man in der Türkei nicht gekannt hatte und die eher die Realität in den westlichen Ländern widerspiegeln, auch hierzulande das Leben einer Person in einer sehr grausamen Weise zerstören können.

Im Folgenden werde ich zwischen den medialen Texten aus der Vergangenheit und den in diesem Band abgedruckten Gesprächen mit Aktivist*innen, die an Murtazas Tod erinnern, hin- und her pendeln. Sowohl die Repräsentationen von Murtaza als auch die Erinnerungen an seinen Tod bilden ein Archiv, das nach Gerechtigkeit und Wiedergutmachung verlangt. Wie auch dieses Buch deutlich macht, werden fast alle Gespräche über die Geschichte des Aids- und HIV-Aktivismus in der Türkei von Murtazas Gespenst heimgesucht. Dabei werden immer wieder die Bilder und Texte aus den Medien als Beispiel für die Grausamkeit der damaligen Gesundheitspolitiken angeführt. Die Erinnerungen an die grausamen Repräsentationen von Murtazas Sterben und Tod, so zeigt sich dabei, sind wie Gespenster, die nach einer Reaktion, einem Kontakt oder einer anderen Form der Kommunikation verlangen.

Queere Gespenster

Gespenster sind für Jacques Derrida eine komplexe Metapher für Erinnerungen an Menschen, Ereignisse und Denkweisen, die trotz ihrer Nicht-Existenz die Gegenwart und die Zukunft prägen. Obwohl solche Menschen oder Momente schon längst hinter uns liegen, schon längst gestorben oder vorbei sind bzw. nicht einmal geboren worden oder geschehen sind, fühlen sie sich sehr lebendig und real an. Sie sind also wie Gespenster: Sie bewegen sich in einem Raum zwischen Sicht- und Unsichtbarkeit. Für Derrida ist die Heimsuchung durch Gespenster sehr stark mit dem Wunsch nach Gerechtigkeit verknüpft. Es ist ein Wunsch nach Gerechtigkeit für Menschen, die nicht existieren, nicht mehr existieren oder noch nicht existieren.⁶

Wie ich im Folgenden zeigen werde, sind auch die Erinnerungen an Murtazas Tod stark mit dem Wunsch nach Gerechtigkeit und Wiedergutmachung verknüpft. Dennoch ist Murtaza nicht mehr unter uns. Wir können ihm also auch nicht mehr Gerechtigkeit verschaffen. Da der Wunsch nach Gerechtigkeit nicht erfüllt werden kann, hinterlässt er ein

6 Vgl. Derrida (2004).

bitteres Gefühl oder gar eine Art Trauma. Auch in der Kulturwissenschaft stellen Gespenster ein Konzept zur Erklärung individueller und kollektiver Traumata dar: Ein Moment in der Geschichte taucht immer wieder auf und stört dadurch die Gegenwart. Es ist ein vergangenes Ereignis, das sich unaufföhrlich wiederholt und sich dabei mit dem Wunsch nach Veränderung und Wiedergutmachung verflcht.⁷

Gespenster tauchen auch in den Texten einiger queerer Denker*innen auf. Für José Esteban Muoz⁸ beispielsweise stellen Gespenster aus der Vergangenheit eine Möglichkeit dar, die Gegenwart infrage zu stellen und Wünsche zu formulieren. Die Heimsuchung durch die Gespenster aus vergangenen Zeiten ermöglicht uns, so Muoz, von einer queeren Utopie zu träumen, die wir noch nicht erlebt haben und die wir eines Tages in der Zukunft zu erleben hoffen. Die Verluste durch Aids und die Erinnerung an diese Verluste spielen eine essenzielle Rolle in seinem Entwurf einer queeren Utopie. Ähnlich wie Gespenster tauchen sie in unterschiedlichen Kontexten auf und zwingen uns, die Grenzen der gegenwärtigen Vorstellungen einer Post-Aids-Welt zu versetzen – nachzudenken, was es jenseits der politischen Möglichkeiten der Gegenwart geben kann.⁹

Für Muoz ermöglichen es die Gespenster im Kontext von Aids also, von einer Utopie zu träumen. Murtazas Gespenst hat eine andere Funktion: Es hilft uns nicht, uns eine Utopie vorzustellen, sondern es hilft uns eher im Kampf gegen das Real-Werden einer Dystopie. Während der Wunsch nach Gerechtigkeit für Murtaza nicht mehr erfüllt werden kann, sind die Erinnerungen an ihn stark mit einer Alarmbereitschaft bezüglich der konservativen Politik in der heutigen Türkei verknüpft. Es droht eine Situation, in der auch HIV-positive Menschen wieder vermehrt zu leiden haben. Der Wunsch nach Gerechtigkeit für Murtaza ist also gleichzeitig auch ein Wunsch nach Gerechtigkeit für Personen, die in Zukunft ähnliche Formen der Gewalt und Stigmatisierung erleben könnten.

Um diesen weitreichenden Unterschied zu verstehen, muss man den Kontext der Türkei in den Blick rücken. Einen der Situation in den USA vergleichbaren Verlust durch Aids, der den Kontext für Muoz' Theorie darstellt, gab es in der Türkei nicht. Die Ursache für die Verluste der queeren Community in der Türkei der 1980er Jahre war nicht Aids, sondern der

7 Blanco & Peeren (2013), S. 12–13.

8 Muoz (2009).

9 Ebd., S. 38.

Militärputsch von 1980 und die aggressive Politik, die danach herrschte.¹⁰ Genau deswegen sind die Ängste davor, dass es erneut Verluste durch die Verbreitung von HIV geben kann, kein abgeschlossenes Kapitel: Es sind weniger Ängste vor HIV als Ängste vor einer sich ändernden Politik. Wie die Gespräche mit den Akteur*innen des Aids- und HIV-Aktivismus deutlich machen, ist die Angst vor möglichen Verlusten aufgrund einer konservativen Gesundheitspolitik, die sich in jüngerer Zeit von jeglicher Art der Aids-Arbeit zurückgezogen hat, sehr präsent. In diesem Zusammenhang spürt man das Gespenst Murtazas immer wieder. Es verweist darauf, dass es eine vergangene Gefahr sowohl in der Gegenwart als auch wieder in der Zukunft geben kann.

Da es in der Türkei keine massenhaften Verluste durch Aids gegeben hat, berichteten die türkischen Medien in den frühen 1980er Jahren ausschließlich über Aids-Fälle im Ausland. Mitte des Jahrzehnts lässt sich jedoch ein großes Interesse erkennen, die erste positiv auf HIV getestete Person in der Türkei zu finden. Dies gelang der Zeitung *Hürriyet*, der damals meistverkauften überregionalen Tageszeitung, die oft mit der *Bild*-Zeitung verglichen wird. Die gefundene Person war Murtaza Elgin. *Hürriyet* berichtete ohne seine Erlaubnis über ihn und machte aus seiner Geschichte einen großen Skandal.¹¹ Dabei übernahm die Zeitung die in den westlichen Medien übliche diskursive Verschränkung von Aids und Homosexualität. Obwohl sich Murtaza niemals offen als schwul bekannt hatte, stellte ihn *Hürriyet* – und in der Folge auch die anderen Medien – als schwul dar. In Reaktion darauf erklärte Murtaza, weder schwul noch HIV-positiv zu sein. Er führte seine Heterosexualität, seine Ehe mit einer Frau, als einen Beweis dafür an, dass er nicht an Aids leide.¹² Dennoch wurden die Gerüchte über seine sexuelle Identität zeit seines Lebens wie nach seinem Tod weiterverbreitet.

Obwohl sich Murtaza also niemals als schwul oder bisexuell bezeichnete, macht die gewaltsame Art und Weise der medialen Repräsentation seine Geschichte zu einer queeren Geschichte. Nicht nur wurde in der Berichterstattung seine Heterosexualität infrage gestellt. Aufgrund seines HIV-Status erlebte er auch die Gewalt der heteronormativen Gesundheitspolitik: Nicht zuletzt wegen der medialen Skandalisierung musste er für

¹⁰ Vgl. Çetin (2016).

¹¹ Yüzcün (1986), S. 382.

¹² Toklucu (2014), S. 192.

einige Zeit in Quarantäne bleiben. Dies wiederum wurde als Zeichen von Scham und Isolation gedeutet. Es handelt sich hierbei um Erfahrungen, die viele queere Menschen in der Geschichte gemacht haben. Wie Heather Love argumentiert, bilden sie dadurch eine imaginäre zeitübergreifende Gemeinschaft. Sie bildet sich aufgrund einer diskursiven Gewalt, die sich in Form von falschen Repräsentationen, Unsichtbarmachungen, erzwungenen Verstummungen und Vernichtungen äußert. Zugleich erreicht uns das Gespenst Murtazas genau aufgrund dieser Erfahrung mit diskursiver Gewalt. In Anlehnung an Michel Foucault weist Love darauf hin, dass uns die meisten Figuren, die in historischen Texten repräsentiert werden, nur auf diese Weise zugänglich sind.¹³ Fast ausschließlich durch diskursive Gewalt, wie sie Murtaza und viele andere Menschen erlebten, deren Identität nicht zur dominierenden Heteronormativität passte, wurden sie zum Teil eines Archivs. Es war nämlich gerade ihre »Ungewöhnlichkeit«, die das gewaltsame Interesse der Medien weckte.

Was Murtazas Geschichte zu einer queeren Geschichte macht, ist also nicht seine eigene Identität, sondern seine »Ungewöhnlichkeit« und die Erfahrung mit der heteronormativen Gewalt. Wie ich im Folgenden genauer ausführen werde, spielten die medialen Darstellungen bei der Verbreitung der Gerüchte über ihn eine große Rolle. Genau deshalb wurde er in der Öffentlichkeit nicht als heterosexuell, sondern als queer wahrgenommen.

M.

Schon im ersten Bericht vom 4. November 1985 ist die diskursive Gewalt zu erkennen, die Murtaza erfahren musste. *Hürriyet* gab auf der Titelseite bekannt, dass »das erste türkische Opfer von Aids« aus Prominentenkreisen stamme. Am Anfang wurde in der Berichterstattung darauf verzichtet, Murtaza Elgins Namen offen zu nennen. Stets wurde er mit dem Initial »M« repräsentiert. Es sollte die Anonymität gewährleisten, die Leser*innen sollten Murtaza nicht erkennen. Die Zeitung veröffentlichte jedoch zugleich auch Bilder von ihm. Obwohl seine Augen mit einem Balken geschwärzt waren, konnte man ihn darauf erkennen. Der erste große skandalisierende Bericht hatte den Titel »M Paniği«, was auf Deutsch »Die M-Panik« bedeutet. Darin ist zu lesen:

¹³ Love (2007), S. 48.

»In seinem Privatleben war >M.< sehr leidenschaftlich. Er begeisterte sich für das Nachtleben, war verliebt in das Tanzen, kleidete sich modisch, lebte schnell. Er hatte einen großen Bekanntenkreis. Mit vielen Künstlern teilte er Speis und Trank. In letzter Zeit jedoch zog sich >M.< in die Abgeschiedenheit zurück. Seinen Nächsten, die ihn anrufen, antwortet am Ende der Leitung eine zittrige Stimme: >Ich habe Angst. Ich möchte nicht sterben ... Ich will leben ...<«¹⁴

Man erkennt in diesem Zitat leicht jene typische Darstellung HIV-positiver (schwuler) Männer, die auch die Zeitungen im »Westen« in den 1980er Jahren unzählige Male bemühten. Schon der erste Bericht über den ersten Fall von Aids in der Türkei stützte sich also auf eine Erzählweise, die ein hedonistisches Leben als Ursache für die Krankheit darstellt. Die Geschichten konstruieren einen tödlichen Zirkel, der dem schwulen Mann einen selbstzerstörerischen Hedonismus, Egoismus und moralische Abweichung zuschreibt. Immer wieder wird über die Vergangenheit von schwulen Männern berichtet, dass sie ein promiskues Leben führten und dabei nicht darauf achteten, ob sie andere Schwule »mit AIDS« infizierten und am Ende selber an Aids litten und starben.¹⁵ In ähnlicher Weise begründen Schlagwörter wie »ein schnelles Leben«, »Nachtleben«, »Tanzen«, die sich am Anfang des Zitates aneinanderreihen, den Tod, der sich langsam annähert, mit dem hedonistischen Leben von M.

Was dieses Diskursfragment so bedeutsam macht, ist Murtazas traurige, »zittrige Stimme«. Diese Beschreibung ist in dem Zeitungsartikel unterhalb seiner Fotografie positioniert. Durch diese Zusammenstellung von Stimme und Bild bekommen wir als Leser*innen das Gefühl, dass wir Murtaza sehen und sogar seine zittrige Stimme hören. Wir hören seine Stimme, die sagt, dass er leben möchte. Wir wissen jedoch, dass er nicht mehr lebt. Eine derartige Begegnung mit Bild und Text ist einer jener Momente, die Derrida in Anlehnung an Roland Barthes¹⁶ als gespenstisch bezeichnet. Insbesondere das Medium der Fotografie hat das Potenzial, in solcher Weise zu wirken. Anders als bei einem Gemälde nehmen wir an, dass die abgebildete Person tatsächlich einmal vor der Kamera stand. Doch obwohl wir die Person sehen, die einmal vor der Kamera stand, existiert sie

14 *Hürriyet* (1985) »M Paniği« 04. Oktober, 11.

15 Vgl. Bayramoğlu (2018).

16 Derrida & Stiegler (2013), S. 38.

nicht mehr. Wir können sie nicht anfassen. Das Gespenst ist, so Derrida, die Sichtbarkeit eines Körpers, der nicht als Fleisch und Blut präsent ist. Es ist die Sichtbarkeit des Unsichtbaren. Wir haben das Gefühl, eine Stimme zu hören, ein Gesicht zu sehen, aber es gelingt uns nicht, einem Gespenst in die Augen zu blicken. Derrida bezeichnet dies als einen Moment, in dem wir das Gefühl bekommen, dass wir von Gespenstern beobachtet werden.¹⁷ Wie ich schon erwähnt habe, hat dieses Gefühl des Beobachtet-Seins für Derrida die Funktion, ein Verlangen nach Gerechtigkeit hervorzurufen und die typische Struktur der Geschichte, die auf Chronologie basiert, zu unterbrechen.¹⁸ Gespenster sind Teil der Vergangenheit wie auch der Gegenwart und der Zukunft. Auch Murtaza ist nicht nur der Protagonist einer vergangenen Geschichte. Seine zittrige Stimme erreicht uns in der Gegenwart, und sie formt auch die Diskussionen in der Gegenwart, indem sein Gespenst nach Gerechtigkeit verlangt.

Der folgende Interviewabschnitt ist ein interessantes Beispiel dafür, wie eine Aktivistin mit dem Begriff »Gespenst« arbeiten. Obwohl es in dem Zitat nicht um Murtaza geht, lässt sich eine ähnliche Erzählung über Ungerechtigkeiten erkennen, wie sie auch in den Interviewsequenzen über Murtaza vorkommt. Hier ist jedoch nicht Murtaza das Gespenst, sondern die Krankheit. Sie ist ein »bösesartiges« Gespenst. Obwohl sie unsichtbar ist, spürt man ihre Existenz in unterschiedlichen Formen der Stigmatisierung und Diskriminierung: »Das ist nicht bloß eine Krankheit, die von einem Erreger stammt. Es ist eine Krankheit, die zu einem bösesartigen Gespenst geworden ist – ein Gespenst, das aus Diskriminierung und Stigma gewoben wurde.«¹⁹

Das Zitat stellt die Krankheit selbst als Gespenst dar. In der Berichterstattung über Murtaza ist zu sehen, wie Murtaza zum Gesicht dieser Krankheit gemacht wurde. Der Buchstabe M spielt dabei eine besondere Rolle. M kommt nicht nur im Titel des Berichts über die »M Paniği« vor, sondern auch im Text und in den weiteren Berichten über Murtaza. Er steht hier sowohl für Murtaza als auch für Aids. Es wurde also zu einem Symbol für die Ankunft von Aids in der Türkei. Dadurch verschmolz Murtazas Vorname mit der Krankheit sowie mit all den Deutungen dieser Krankheit: der Scham, dem Leiden, der Isolation und dem Tod. Zunächst durch die wiederholte skandalisierende Verbindung von M mit Wörtern wie »Panik«,

17 Ebd. (S. 41).

18 Blanco & Peeren (2013), S. 14.

19 Deniz in diesem Band, S. 274.

später auch durch die Darstellung von Murtazas gesamtem Leben, wurden »Aids« und »Murtaza« miteinander verklebt.

Selbst im kollektiven Gedächtnis der Aktivist*innen repräsentiert Murtaza die Ankunft von Aids, den Beginn einer Geschichte. Gerade aufgrund der gewaltsamen Repräsentationen wurde er auch für sie zu einer Verkörperung von Aids. Die Frage danach, wie die Geschichte von HIV und Aids in der Türkei rekonstruiert werden kann, wird von vielen Aktivist*innen mit einer Erinnerung an Murtaza beantwortet:

»Die Türkei hat HIV 1985 mit Murtaza kennengelernt. Und mit null Wissen und null Erfahrungen haben wir sein Leben selbst nach seinem Tod noch weiter ruiniert.«²⁰

»Aber ich möchte auch noch etwas über HIV in der Türkei sagen – zumindest etwas über die Geschichte aus der Perspektive von Menschen, die damit leben. 1985 wurde der erste Fall dokumentiert. Eigentlich gab es noch einen oder zwei andere Fälle, aber der erste bekannt gewordene, in den Medien besprochene Fall war Murti, also Murtaza.«²¹

Wie an diesen beiden Beispielen zu sehen ist, ist Murtazas Name fest mit einem Narrativ verbunden, das den Beginn einer Geschichte rekonstruiert. Man kann hier die These verfechten, dass der Grund, weshalb ein derartiges Kleben – im Sinne von Sara Ahmeds »stickiness« – heute noch existiert, nicht nur in den gewaltsamen medialen Repräsentationen liegt, sondern allgemein in Rekonstruktionen seiner Geschichte, die seinen Fall als der Beginn der Epidemie darstellen. Es sind also auch die Menschen, darunter die Protagonist*innen des HIV- und Aids-Aktivismus, die die Geschichte miterlebten und die diese Geschichte weiter erzählen, die Murtaza weiterhin zum Zeichen einer unsichtbaren Krankheit machen. Aufgrund solcher ständigen Wiederholungen wird es für das kollektive Gedächtnis schwierig oder sogar unmöglich, seinen Namen von Aids zu trennen.

Sara Ahmed beschreibt, wie durch die Zirkulation von Emotionen Deutungen mit Personen und Objekten verkleben.²² Insbesondere Emotionen wie »Hass« und »Angst« haften sich an bestimmte Personen oder Grup-

20 Yasin Erkaymaz in diesem Band, S. 129.

21 Canberk Harmancı in diesem Band, S. 116.

22 Vgl. Ahmed (2004).

pen. In dem Zitat am Anfang dieses Essays beschreibt zum Beispiel eine Aktivistin, wie die irrationale Angst vor Aids in einer Angst vor einer Berührung mit Murtaza zum Ausdruck kam. Die Angst vor Aids haftete sich also an Murtazas Körper. Als sich Mitte der 1980er Jahre Berichte über Aids in der Türkei verbreiteten, brachten sie auch solche Emotionen von Angst und Hass in Umlauf. Dabei wurden zwei unterschiedliche Hassobjekte (vielleicht aber auch Angstobjekte) miteinander verklebt: Homosexualität und Aids. Zu den Gründen, weshalb sich Gerüchte über Murtazas sexuelle Identität verbreiteten, gehörte auch dieses Kleben, das im Westen längst existierte und von den türkischen Medien übernommen und reproduziert wurde. Ausgehend von einem Zitat aus der Zeitung *Hürriyet* zeige ich im Folgenden auf, wie genau es hergestellt wurde.

Feminine Freunde

»>Durch wen hat sich M. mit AIDS infiziert?< Hat er eine oder mehrere Personen angesteckt?< Während die Künstler*innen, die dem AIDS-kranken M. nahestehen, nicht wussten, was sie tun sollten, und über diese Sache stritten, zog sich der unglückliche Kranke in die Wohnung eines Freundes zurück, in seine Höhle. [...] Diese Freunde kamen in die Kanzlei, in der er arbeitete. Sie saßen da, unterhielten sich lange, machten Witze und amüsierten sich. Von Zeit zu Zeit trafen sie sich auch zu Hause und feierten. Er hatte viele feminine Freunde, aber er war nicht so ein Junkie.«²³

Obwohl in dem Text nicht offen gesagt wird, dass der Grund für Murtazas Krankheit in seinen queeren Bekanntschaften liegen könne, wird durch die Zusammensetzung von zwei unterschiedlichen Geschichten, die eigentlich nichts miteinander zu tun haben, eine solche Lesart impliziert. Die erste Geschichte berichtet davon, dass sich Murtazas Bekannte fragen, durch wen er infiziert wurde. Die zweite handelt von seinen queeren Freund*innen, mit denen er eine schöne Zeit hatte. Es gibt keinen expliziten Hinweis darauf, dass die »femininen Freunde« ihn angesteckt haben könnten. Durch die Zusammensetzung der beiden Geschichten bekommen wir als Leser*innen jedoch den Eindruck, dass der Kontakt zur queeren Community als die Ursache für Aids zu betrachten ist.

23 *Hürriyet* (1985): »M Paniği« 04. Oktober, 11.

Der Fall Murtaza ließ sich auch deswegen skandalisieren, weil in der gleichen Zeit der damalige Ministerpräsident Turgut Özal und der Minister für Gesundheit über Presseerklärungen verlauten ließen, dass es in der Türkei bisher keinen Aids-Fall gegeben habe. Die beiden Politiker führten als Erklärung für die Nicht-Existenz von Aids die türkischen Familienwerte an. Anders als in westlichen Ländern erlaube die »traditionelle Familienstruktur« (was als Synonym für die heteronormative Familie zu lesen ist) keine normabweichenden sexuellen Praktiken.²⁴ Auf diese Weise wurde also nicht nur die Angst vor Aids in den Westen verschoben, sondern auch die Existenz aller sexuellen und geschlechtlichen Identitäten, die von der Heteronormativität abweichen. Obwohl die Presseerklärung also eindeutig homo- und trans*feindlich war, hatten die Politiker in einer Sache recht: Aids hatte damals weder für die türkische Gesellschaft insgesamt noch unter schwulen Männern den Status einer bedrohlichen Epidemie. Das diskursive Verkleben von Aids und Homosexualität ist nicht auf die reale Verbreitung der Krankheit zurückzuführen.

Es ist bezeichnend, dass die Medien, trotz der Nicht-Existenz der Krankheit innerhalb der schwulen Community in der Türkei, schon im erwähnten ersten Bericht Homosexualität und Aids diskursiv miteinander verklebten. Einige Akteur*innen, die in diesem Band zu Wort kommen, erzählen, wie die türkischen Medien die im Westen bereits existierenden Wahrnehmungen und Stigmatisierungen in die Türkei übertragen haben. Die Annahme liegt nahe, dass in diesem Zuge auch die gesellschaftliche Wahrnehmung von Aids als einer »Schwulenkrankheit« aus dem Westen in die Türkei importiert wurde. Tatsächlich wird von einem der Akteure des Aids/HIV-Aktivismus die Import-These als Erklärung gebracht, warum es in den türkischen Medien überhaupt zu einem diskursiven Verkleben von Homosexualität und Aids kam:

»Was ich mit ›Import‹ meine, ist dies: Das, was passierte, hob sich von den traditionellen Reaktionsweisen in der Türkei ab. Es waren eher Reaktionsweisen, für die es Beispiele aus dem Westen gab. Beginnend mit dem Gesundheitsbereich und den Medien entdeckte die Gesellschaft in der Türkei diese Thematik auf der Basis westlicher Modelle. Man hielt den Westen für nachahmungswürdig. Die Epidemie tauchte zuerst in den Vereinigten Staaten von Amerika auf und wurde im Zusammenhang mit homosexuellen Männern

24 *Hürriyet* (1985): »Bir musibet bin nasihattan iyidir.« 05. Oktober, 11.

zum Thema. Es kam zu Ausgrenzung und Diskriminierung, und wir sehen, dass auch der westliche Kampf gegen diese Diskriminierung zum Teil des Drehbuchs wurde. Der Fall Murtaza ermöglichte es gewissermaßen, diese Modelle auf die Türkei zu übertragen.«²⁵

Der Interviewpartner beschreibt, wie die Medien den Fall von Murtaza als einen Ausgangspunkt verwendet haben, um die westlichen Wahrnehmungen in den türkischen Kontext zu übertragen. Die gesamte medial vermittelte Geschichte von Murtaza – besonders die panische Angst vor ihm und die Gerüchte über seine sexuelle Identität – spiegelt deutlich die skandalisierenden Berichterstattungen, Wahrnehmungen von und Narrationen über Aids in den euroamerikanischen Medien der damaligen Zeit wider.

Doch nicht nur das diskursive Verkleben von schwuler Identität und Aids ermöglicht es, Murtazas Geschichte als queer zu lesen. Wie ich bereits erläutert habe, legen dies auch bestimmte Zuschreibungen wie Scham, Isolation und Vereinsamung nahe, die oft für die Repräsentation von queeren Menschen verwendet werden. In den Tagen, nachdem Murtazas positiver HIV-Status bekannt geworden war, wurden ihm das Recht auf den eigenen Körper und auf ein Privatleben abgesprochen. *Hürriyet* veröffentlichte die Adresse der Wohnung, in der er sich aufhielt.²⁶ Am 6. November erstatte sein Arzt, Prof. Dr. Hüseyin Süpahioğlu, offiziell eine Anzeige beim Gesundheitsministerium, um Murtaza unter Quarantäne zu stellen.²⁷ Um dieser zu entkommen, versteckte sich Murtaza. Sein Arzt warnte, dass diejenigen, die ihn versteckten, ebenso von Aids bedroht seien.²⁸ Nach drei Tagen wurde Murtaza entdeckt. Die Zeitungen veröffentlichten Bilder, wie er von der Polizei ins Krankenhaus gebracht und unter Quarantäne gestellt wurde. Das Krankenhaus wurde desinfiziert. Der Raum, in dem er sich aufhielt, durfte nur von Ärzt*innen in einer »speziellen Kleidung« betreten werden, die der Schutzbekleidung von Astronauten ähnelte.²⁹

25 Muhtar Çokar in diesem Band, S. 201.

26 *Hürriyet* (1985): »Beyoğlu'na AIDS Darbesi.« 05. November, 1 u. 11.

27 *Hürriyet* (1985): »M için tecrit emri.« 06. November, 1 u. 6.

28 *Hürriyet* (1985): »M'yi saklayanlar tehlike altında.« 07. Oktober, 1 u. 8.

29 *Hürriyet* (1985): »Murtaza tecritte.« 08. Oktober, 1 u. 9.

Nekropolitik

Murtaza erlebte nicht nur in den letzten Jahren seines Lebens Gewalt. Auch die Art und Weise, wie nach seinem Tod mit seinem Körper umgegangen wurde, war gewaltsam. Die Gespräche in diesem Buch zeigen, dass die Erinnerungen daran immer noch frisch sind:

»Murtaza starb natürlich wegen fehlender Behandlung, und als er starb, rief man zuallererst einen Imam, dem eine Mülltüte übergezogen wurde. An den Händen trug er Spülhandschuhe, alles ein wenig wie bei einem Astronauten. Dann gab man ihm eine Flasche Bleichmittel in die Hand. Damit wurde Murtaza rituell gewaschen und dann in Plastikfolie eingewickelt. So wurde er in einen Zinksarg gelegt, der vernagelt und in einer Kalkgrube versenkt wurde. Und jeder einzelne Schritt wurde von den Medien dokumentiert und veröffentlicht. Wer damals jugendlich oder erwachsen war, wird diese Nachrichten verfolgt haben und die Formel ›Aids gleich Wachstuch‹ als Leichentuch plus Zinksarg plus Kalkgrube« vor Augen haben.«³⁰

Das Zitat führt uns direkt zum Thema der Nekropolitik. Mit diesem Konzept ergänzt Achille Mbembe Michel Foucaults Theorie der Biomacht. Während damit die Machtverhältnisse beschrieben werden, die das Leben, die Reproduktion, die Gesundheit etc. regulieren, lenkt Mbembe den Blick stärker auf die Machtverhältnisse, aufgrund derer die Entscheidung getroffen wird, wer weiterleben darf und wer zum Sterben verurteilt ist. Mbembe ist der Meinung, dass jede moderne Gesellschaft auf einer Nekropolitik basiert, die das Andere als eine absolute Gefahr für das Leben der Angehörigen der Gesellschaft betrachtet. Die Vernichtung dieser Anderen führt entsprechend zur Verstärkung des Lebenspotenzials der Angehörigen der Gesellschaft. In modernen Gesellschaften hängen Leben und Souveränität vom Tod und Sterbenlassen der Anderen ab.³¹ Dazu gehört auch die Frage, was mit den verwundeten und gestorbenen Körpern passieren soll.

Das Zitat macht deutlich, wie sich die damalige Nekropolitik auf den toten Körper Murtazas auswirkte. All die Materialien, die während seines Begräbnisses verwendet wurden, die Plastiktüten, Bleichmittel, Handschuhe, der Zink und der Kalk sollten verhindern, dass die Erde von Murtazas Körper und

³⁰ Canberk Harmancı in diesem Band, S. 116.

³¹ Mbembe (2003, S. 18).

Krankheit verseucht wurde. Zugleich funktionierten sie auch als symbolische Gewalt an Murtaza. Im Islam wird der tote Körper nämlich nur mit einem Leichentuch aus Baumwolle begraben. Durch diesen natürlichen Stoff wird dem Körper die Möglichkeit gegeben, bei der Zersetzung in die Erde einzugehen, mit der Natur zu verschmelzen. Die Gewalt an Murtazas Körper bestand also darin, dass er selbst nach dem Tod ausgeschlossen und isoliert blieb.

Die Gewalt an Murtazas totem Körper hatte noch eine weitere nekropolitische Funktion. Die Durchführung des Begräbnisses vor den Medien, die Schritt für Schritt darüber berichteten, war eine Strategie, das Leben der Mehrheitsgesellschaft zu stärken. Durch die vor den Augen der Öffentlichkeit ausgeübte Gewalt wurde gezeigt, dass alle nötigen Maßnahmen getroffen wurden, um eine Verseuchung der Erde mit der Krankheit zu verhindern. Impliziert wurde damit, dass die Krankheit über die Erde die Mehrheitsgesellschaft erreichen könne.

In der Mitte der Aids-Krise schrieb Paul Parin,³² dass die »Risikogruppen« und ihre Lebensweisen zu einem Ersatzobjekt wurden, das der Mehrheitsgesellschaft die Möglichkeit gab, sich von ihren verdrängten Ängsten und Ohnmachtsgefühlen zu entlasten. Da in der Türkei keine »Risikogruppe« zu sehen war, repräsentierte Murtaza alleine all die Menschengruppen, die den Normen der Allgemeinheit nicht entsprachen. Die Durchführung des gewaltvollen Begräbnisses hatte also die symbolische Funktion, die Ängste der Mehrheitsgesellschaft auf Murtazas toten Körper zu verschieben. Mit dem Begraben seines Körpers sollten die Ängste vor Aids beseitigt werden.

In einem der Gespräche in diesem Band wird Murtazas Tod eine besondere Rolle zugeschrieben. Einerseits mache er das Unwissen der damaligen Behörden deutlich. Auf der anderen Seite habe er den Weg für eine neue Politik und einen neuen Aktivismus frei gemacht:

»Bevor du mir diese Frage gestellt hast, hätte ich intuitiv geantwortet, dass die Türkei es in Bezug auf HIV und Aids einfacher hatte als Westeuropa. Sicher, es gab Fehler, aber sie wurden auf die eine oder andere Weise behoben. Und doch gab es die schrecklichen Nachrichten über die Aids-Erkrankung von ›Murti‹. Ich musste damals, also nach dem Tod von Murti am Anfang der 1990er Jahre, feststellen, dass sich die Wahrnehmung der Thematik in der Gesellschaft, in staatlichen Institutionen und in der Öffentlichkeit ganz und gar nicht mit meiner eigenen deckte. Damit in der Türkei eine Politik ent-

32 Vgl. Parin (1985).

wickelt und auch tatsächlich umgesetzt wird, müssen Menschen erst einmal Opfer von Verwaltungshandeln und Medien werden.«³³

Murtazas Tod sowie die Gewalt, die er während seines Lebens wie nach seinem Tod erlebte, werden hier als Ereignisse konstruiert, die einen Einfluss auf Entwicklung der Aids-Politik in der Türkei hatten. Wie ich oben bereits erläutert habe, ist Murtazas Tod nicht nur ein Aspekt der Vergangenheit. In den Gesprächen, die in diesem Buch gesammelt sind, sehen wir, dass sich die Erinnerungen an seinen Tod in Narrative einfügen, die die Vergangenheit mit der gegenwärtigen Gesundheitspolitik verbinden. Dabei spielt wiederum die öffentliche, medial verbreitete Nekropolitik eine essenzielle Rolle. Im Anschluss an die zitierte Stelle über die »Formel ›Aids gleich Wachstum als Leichentuch plus Zinksarg plus Kalkgrube« heißt es:

»Leider befindet sich der gesellschaftliche Wissensstand immer noch dort. Überall auf der Welt verbreiteten sich neuere wissenschaftliche Informationen, aber leider hält das gesellschaftliche Wissen damit nicht Schritt. [...] In den 1990er Jahren, parallel zur Entwicklung in vielen anderen Ländern, kamen auch in der Türkei neue Therapiemöglichkeiten auf. Menschen, die mit HIV lebten, konnten sich behandeln lassen. Dabei genossen sie staatlichen Schutz. Wir konnten mit Europa Schritt halten, was den Zeitpunkt der Einführung von neuen Therapien angeht. Die Lebenserwartung stieg, die Lebensqualität verbesserte sich. Aber gleichzeitig nahm, wie eine Lawine, das Unwissen unter dem medizinischen Fachpersonal zu. Der Gang in ein Krankenhaus war für Menschen, die mit HIV leben, eine Qual sondergleichen. Es gab keine Beleidigung und keine schlechte Behandlung, mit der sie dort nicht konfrontiert worden wären. Es hörte ja nicht bei der Infektiologie auf. Zweifellos waren damals die Infektiolog*innen diejenigen, die das Wissen der Welt aufsogen, die sich fortbildeten und so weiter. Aber was ist, wenn jemand eine Blinddarmoperation braucht und die allgemeine Chirurgie ins Spiel kommt? Das Wissen der Chirurg*innen tendierte gegen Null – ein Traum in Weiß ... Keine medizinischen Grundlagen, sondern Medienberichte als Quelle.«³⁴

In diesem Zitat werden die medialen Repräsentationen von Murtaza als nach wie vor prägend für das gesellschaftliche Wissen über HIV und Aids

33 Umut Güner in diesem Band, S. 188.

34 Canberk Harmancı in diesem Band, S. 118.

beschrieben. Die Bilder aus der damaligen Zeit, die gewaltvolle Art und Weise, wie die Gesellschaft mit dem toten Körper umging, haben immer noch eine zentrale Bedeutung für die kollektive Angst vor Aids und HIV. Man kann diesen Interviewabschnitt zu Recht als Beschreibung der gesellschaftlichen Ignoranz, des Unwissens und des Widerstandes gegen eine fortschrittliche Gesundheitspolitik interpretieren. Die Erinnerung an Murtazas Tod verhindert also, dass wir in der Gegenwart weiterkommen.

Dieses Unwissen, diese Angst und dieser Widerstand werden in einigen Gesprächen gleichzeitig mit einer dystopischen Darstellung der Zukunft der türkischen Gesundheitspolitik verknüpft. Durch das Erinnern an die vergangenen Ereignisse, so lässt sich vor diesem Hintergrund argumentieren, werden die Aktivist*innen für die negativen Seiten der Gegenwart und der Zukunft sensibilisiert: Was mit Murtaza geschah, kann sich in unterschiedlichen Formen wiederholen. Das Gespenst lässt uns nicht in Ruhe.

Die Erinnerung an Murtaza provoziert also immer wieder eine Diskussion darüber, dass das Unwissen, die Ignoranz und die Angst nicht nur in der Geschichte existierten, sondern auch die Gegenwart prägen. Die Grausamkeit, die Murtaza während seines Lebens und nach seinem Tod widerfuhr, stellt einen Hintergrund dar, vor dem auch die heutigen Erfahrungen mit der Gesundheitspolitik in der Türkei erklärt werden. Genau aus diesem Grund bewegt sich Murtazas Gespenst in einem diffusen Bereich zwischen Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft; und genau deshalb unterläuft es eine teleologische Vorstellung von Zeitlichkeit.

Gerechtigkeit schaffen

Murtazas Gespenst zwingt uns also, über jene klassische Historiografie hinaus zu denken, die die Zeit als linearen Verlauf betrachtet und die Vergangenheit als abgeschlossenes Kapitel darstellt. In einem anregenden Beitrag argumentiert Carla Freccero, dass eine ethische Geschichtsschreibung eine Auseinandersetzung mit den Gespenstern der Vergangenheit erfordere.³⁵ Eine solche Historiografie, so Freccero, müsse eine Verbindung zwischen Vergangenheit und Gegenwart herstellen, wobei die Grenzen zwischen den beiden Zeiten verwischen. Auf diese Weise ermöglichen Gespenster, Verbindungen zwischen vergangenen Schmerzen und gegenwärtigen

35 Freccero (2013).

tiger Politik herzustellen. Dies führt dazu, dass das Leiden, die Schmerzen, das Sterben und das Sterbenlassen nicht als abgeschlossene Kapitel betrachtet werden. Vielmehr lassen uns die Gespenster trauern und die Schmerzen von Menschen spüren, die nicht mehr in Fleisch und Blut existieren. Da sie eine Reaktion verlangen, nach Gerechtigkeit rufen, wird eine Geschichtsschreibung, die Gespenster miteinbezieht, gleichzeitig zu einer, die Gerechtigkeit verlangt.

Die Gerechtigkeit, die mit der Heimsuchung durch Murtazas Gespenst verlangt wird, richtet sich nicht auf die Vergangenheit. Sie kann sich nicht auf die Vergangenheit richten. Wir können bedauerlicherweise die Geschichte nicht ändern. Wir können den Verlauf der Ereignisse, die Murtaza erleben musste, nicht anders gestalten. Die Gespräche über den Aids- und HIV-Aktivismus, die von Murtazas Gespenst heimgesucht werden, verlangen deshalb eher eine Gerechtigkeit für die Menschen in der Gegenwart und in der Zukunft – für jene, die mit der konservativen Gesundheitspolitik konfrontiert sind.

Literatur

- Ahmed, Sara (2004). Affective Economies. *Social Text*, 79(22/2), 117–139.
- Bayramoğlu, Yener (2018). *Queere (Un-)Sichtbarkeiten. Die Geschichte der queeren Repräsentationen in der türkischen und deutschen Boulevardpresse*. Bielefeld: Transcript.
- Blanco, María del Pilar & Peeren, Esther (2013). Introduction: Conceptualizing Spectralities. In María del Pilar Blanco & Esther Peeren (Hrsg.), *The Spectralities Reader: Ghosts and haunting in contemporary cultural theory* (S. 1–27). London: Bloomsbury.
- Çetin, Zülfukar (2016). The Dynamics of the Queer Movement in Turkey before and during the Conservative AKP Government. Berlin: SWP. https://www.swp-berlin.org/fileadmin/contents/products/arbeitspapiere/WP_RG_Europe_2016_01.pdf (25.11.2018).
- Derrida, Jacques (2004). *Marx' Gespenster: Der Staat der Schuld, die Trauerarbeit und die neue Internationale*. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- Derrida, Jacques & Stiegler, Bernard (2013). Spectrographies. In María del Pilar & Esther Peeren (Hrsg.), *The Spectralities Reader: Ghosts and haunting in contemporary cultural theory* (S. 37–51). London: Bloomsbury.
- Freccero, Carla (2013). Queer Spectrality: Haunting the past. In María del Pilar Blanco & Esther Peeren (Hrsg.), *The Spectralities Reader: Ghosts and haunting in contemporary cultural theory* (S. 335–359). London: Bloomsbury.
- Love, Heather (2007). *Feeling Backward: Loss and the politics of queer history*. Cambridge: Harvard University Press.
- Mbembe, Achille (2003). Necropolitics. *Popular Culture*, 15(1), 11–40.

- Muñoz, José Esteban (2009). *Cruising Utopia: The Then and Thereof Queer Futurity*. New York: New York University Press.
- Parin, Paul (1985). Die Mystifizierung von Aids. In Volkmar Sigusch (Hrsg.), *Aids als Risiko: Über den gesellschaftlichen Umgang mit der Krankheit* (S. 54–66). Hamburg: Konkret Literatur Verlag.
- Toklucu, Murat (2014). *Türk Erkeđive Diđer Mucizeler*. Istanbul: İletişim.
- Yüzgün, Arslan (1986). *Türkiye'de Eşcinsellik*. Istanbul: Hür Yüz Yayıncılık.

Die Herausgeber und der Übersetzer

Peter-Paul Bänziger ist Privatdozent für Neuere Allgemeine Geschichte an der Universität Basel und Projektleiter im Rahmen des HERA-Forschungsprojekts »Disentangling European HIV/AIDS Policies: Activism, Citizenship and Health (EUROPACH)«. Seine Forschungsschwerpunkte liegen in der Wirtschaftsgeschichte, der Körper-, Medien- und Wissensgeschichte, der Geschichte von Sexualität, Therapie und Beratung und der Geschichte der Aids- und der Drogenthematik.

Zülfükar Çetin ist Professor für Soziale Arbeit an der Evangelischen Hochschule Berlin und arbeitet an der Universität Basel im Rahmen des HERA-Forschungsprojekts »Disentangling European HIV/AIDS Policies: Activism, Citizenship and Health (EUROPACH)«. Zu seinen Forschungsschwerpunkten gehören Migrationspolitik, Antidiskriminierungspolitik, (antimuslimischer) Rassismus, (Post-)Kolonialismus, Queer Theorie und Politik, Heteronormativität und Homonationalismus.

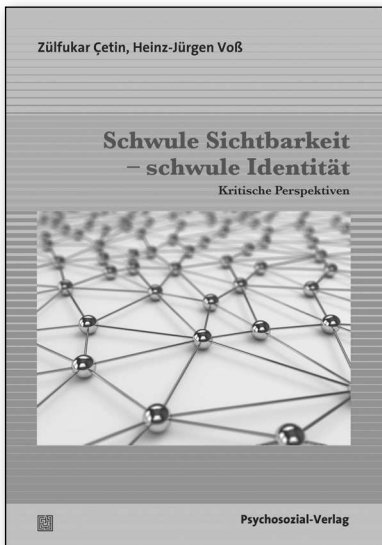
Koray Yılmaz-Günay ist Dolmetscher und Übersetzer (Türkisch/Deutsch). Er arbeitet seit Mitte der 1990er Jahre aktivistisch und publizistisch in queeren und rassismuskritischen Kontexten, u.a. zu den Themen Rassismus, Antisemitismus, Homophobie und Patriarchatskritik. Nach Tätigkeiten als Referent für Migration bei der Rosa-Luxemburg-Stiftung und als Koordinator der Geschäftsstelle des Flüchtlingsrats Brandenburg gründete er den Verlag *Yılmaz-Günay*, in dem zuletzt der Sammelband *Fremdgemacht & Reorientiert – jüdisch-muslimische Verflechtungen* erschienen ist (Hrsg. Ozan Zakariya Keskinliç & Armin Langer). Publikationen u.a.: *Pinkwashing Germany? German Homo-Nationalism and the »Jewish Card«* (2018, gem. mit Salih Alexander Wolter; in: Christopher Sweetapple (Hrsg.): *The Queer Intersectional in Contemporary Germany. Essays on Racism, Capitalism and Sexual Politics*); *Realität Einwanderung. Kommunale Möglichkeiten der Teilhabe, gegen Diskriminierung* (2014, gem. mit Freya-Maria Klinger) und *Karriere eines konstruierten Gegensatzes: zehn Jahre »Muslime versus Schwule«*. *Sexualpolitiken seit dem dem 11. September 2001* (Hrs., 2011 [2014]).



Psychosozial-Verlag

Zülfukar Çetin, Heinz-Jürgen Voß

Schwule Sichtbarkeit – schwule Identität **Kritische Perspektiven**



2016 · 146 Seiten · Broschur
ISBN 978-3-8379-2549-4

Vorangetrieben von »Schwulen« selbst wurde seit dem 19. Jahrhundert das Konzept schwuler Identität durchgesetzt. Noch heute gelten »Sichtbarkeit« und »Identität« weithin als Schlüsselbegriffe politischer Kämpfe Homosexueller um Anerkennung und Respekt. Jedoch wird aktuell immer deutlicher, dass auf diese Weise ein Ordnungsregime entsteht, das auf Geschlechternorm, Weißsein, Bürgerlichkeit und Paarbeziehung basiert. So werden beispielsweise Queers of Color und Queers mit abweichenden Lebensentwürfen marginalisiert.

Die Autoren des vorliegenden Bandes hinterfragen die Gewissheit, dass eine einheitliche schwule Identität existiert, aus unterschiedlichen Perspektiven: bewegungsgeschichtlich, wissenschaftstheoretisch und mit Blick auf aktuelle gesellschaftliche Auseinandersetzungen um Homonationalismus und rassistische Gentrifizierung.

Walltorstr. 10 · 35390 Gießen · Tel. 0641-969978-18 · Fax 0641-969978-19
bestellung@psychosozial-verlag.de · www.psychosozial-verlag.de

HIV-Infektionen haben in der Türkei erst in jüngster Zeit in besorgniserregendem Ausmaß zugenommen. Dennoch formierte sich schon früh eine heterogene Bewegung aus kritischen Ärzt*innen, Vertreter*innen marginalisierter Gruppen und Menschen mit HIV, die sich für die Sensibilisierung der Bevölkerung und von staatlichen Institutionen einsetzten oder als direkt Betroffene die Stimme erhoben. Zülfukar Çetin und Peter-Paul Bänziger dokumentieren anhand von Interviews die Geschichte

dieser Menschen – ihre Trauer und Wut, ihre Kämpfe, ihre Erfolge und Misserfolge.

Die Interviewten geben einen fundierten und vielseitigen Einblick in die Geschichte von Sexualität und Gesundheit in der Türkei von den 1980er Jahren bis zur Gegenwart. Sie zeigen auf, wie der Einfluss sozialer Bewegungen zu einem Wandel in der Gesundheitspolitik beitrug. Es entsteht ein komplexes Bild eines Landes, in dessen Wahrnehmung heute Polarisierungen dominieren.

Zülfukar Çetin, Dr. phil., ist Professor für Soziale Arbeit an der Evangelischen Hochschule Berlin und arbeitet an der Universität Basel im Rahmen des HERA-Forschungsprojekts »Disentangling European HIV/AIDS Policies: Activism, Citizenship and Health« (EUROPACH).

Peter-Paul Bänziger, Dr. phil. habil., ist Privatdozent für Neuere Allgemeine Geschichte an der Universität Basel und Projektleiter von EUROPACH.

