

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 Erkamaz.

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 anfang, für NGOs zu arbeiten. Ich kam 1986 von meinem Pflichtdienst im Osten zurück und trat als Arzt in die Notaufnahme 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 Notaufnahme 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 İKGV 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. 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).

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 zusammengepfercht, 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* zuhelfe. 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 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 (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 AİDS Mücadele Derneği und AİDS Savaşı 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 Sağlığı 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, Doğan Güneş Tomruk, Kemal Ördek, Umut Güner und Yasin Erkamaz 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 Savaşım Derneği und AİDS Mücadele Derneği

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-Ver-eine. 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 heißen: »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 übernimmt, 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 uninformatiert 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.

