

Zwischen Sozialer Arbeit, Lebensweltnähe und Selbsthilfe

Migrant:innen in der lokalen Aidshilfe

Dimitra Kostimpas, Michael Schönwolff

Während die *Deutsche Aidshilfe e.V.* (DAH) als Dachverband auf bundesweiter Ebene vor allem für die programmatische und strategische Ausrichtung der HIV-Prävention für sogenannte Hauptbetroffenengruppen zuständig ist (vgl. von Unger & Kostimpas 2022 in diesem Band), erbringen die lokalen Aidshilfen praktische Hilfeleistungen in Form von Beratung und Betreuung. Als *Organisationen der Hilfe* (Bode 2012), so unsere These, weisen sie andere Bedingungen der Inklusion von Migrant:innen auf als etwa Fach- und Interessenverbände. In diesem Beitrag betrachten wir lokale Aidshilfen vordergründig als sozialarbeiterische Organisationen, die professionelle Beratung anbieten.¹ Mit diesem Organisationstypus gehen spezifische Rollenkonstellationen einher, in deren Praxis sozialprofessionell Helfende und hilfsbedürftige Klient:innen hervorgebracht werden. Aidshilfen stellen dabei keineswegs eine typische Organisation der Sozialen Arbeit oder Hilfe dar, denn ihre spezifische Geschichte unterscheidet sie von anderen sozialarbeiterischen Organisationen (Schütte-Bäumner 2007).

Im Zuge der ›Aidskrise‹ der 1980er Jahre, die zu Beginn insbesondere schwule Männer zu betreffen schien, entstand ein Bedarf an Hilfe und Aufklärung. Dies wurde vor allem – wenn auch nicht nur – durch schwule Männer in den sogenannten Aidshilfen organisiert und erbracht (Haus-Rybicki 2021; Kleres 2018; Tümmers 2017). Wenngleich sich die Aidshilfen im Zuge der staatlichen Finanzierung professionalisierten (Bänziger 2015), ist bis heute das Selbstverständnis als Selbsthilfeorganisation und auch die personelle

1 Darüber hinaus leisten sie auch politische Arbeit oder sind als Sozialunternehmen tätig. Wir möchten uns in diesem Beitrag allerdings auf den oben genannten Aspekt fokussieren.

und lebensweltliche Nähe zu ihren Zielgruppen von zentraler Bedeutung. Im Fokus ihrer Arbeit stehen die besonders von HIV betroffenen Gruppen, zu denen aktuell neben Menschen mit HIV auch Männer, die Sex mit Männern haben, Drogengebrauchende, Menschen in Haft, Menschen in der Sexarbeit und Migrant:innen zählen (DAH 2007). Letztere werden spätestens seit den 1990er Jahren als Gruppe wahrgenommen, die vermehrt auch Hilfe und Beratung in den Aidshilfen sucht (von Unger & Kostimpas 2022). Aidshilfen verstehen sich sowohl als Organisationen der Selbsthilfe als auch der professionellen Hilfe. Die migrationsbezogenen Inklusionsprozesse, wie wir in diesem Beitrag zeigen, gestalten sich insbesondere vor dem Hintergrund dieses doppelten Selbstverständnisses.

Wir stützen uns hierbei auf eine Fallstudie, die im Rahmen der ZOMiDi-Teilstudie Gesundheit/HIV (von Unger & Kostimpas 2022) durchgeführt wurde. Untersucht wurde eine lokale Aidshilfe², die bereits in den 1990er Jahren Migrationsarbeit geleistet und dabei migrantische Selbsthilfe gefördert hat, sowie bis heute noch viele migrantische Klient:innen berät. Für die Fallstudie wurden im Jahr 2019 vier qualitative Interviews und eine Gruppendiskussion mit Mitarbeiter:innen sowie teilnehmende Beobachtungen durchgeführt. Ausgewertet wurden zudem Dokumente, die von der Organisation selbst erstellt wurden (u.a. Leitbild, Satzung, Sachberichte, Publikationen). Zunächst werden wir auf einige organisationstheoretische Aspekte der Sozialen Arbeit eingehen. Aidshilfe begreifen wir dabei als einen besonderen Typ sozialarbeiterischer Organisation, der die Beschäftigten sowohl als professionelle als auch betroffene Identitäten hervorbringt und adressiert. Im darauffolgenden Abschnitt werden wir zentrale Ergebnisse der Fallstudie vorstellen, bevor wir in einem Fazit unsere Erkenntnisse resümieren.

Von der Selbsthilfe zur professionellen Organisation der Hilfe

Einen wichtigen Typ zivilgesellschaftlicher Organisationen stellen Organisationen der Hilfe (Bode 2012) dar, deren primärer Zweck auf die professionelle Unterstützung von Individuen zur Lösung sozialer Probleme ausgerichtet ist. Diese Hilfe wird »als berufliches Handeln in Organisationen« (Bommes & Scherr 2012:24) gewährleistet, wobei der Sozialen Arbeit als Profession eine

2 Den Namen der hier untersuchten Aidshilfe sowie aller Mitarbeiter:innen haben wir anonymisiert.

besondere Bedeutung zukommt. Anders als in Familien oder Gemeinschaften ist organisierte Hilfe weniger auf Reziprozität angewiesen (Luhmann 2005). Hilfe wird im Zuge dessen politisch und rechtlich reguliert – unter anderem durch rechtliche Ansprüche oder staatliche Finanzierung (Nikles 2008 zit.n. Bode 2012:158). Im Unterschied zu Formen alltäglicher Hilfe basiert sozialarbeiterische Hilfe auf der zeitlichen und sozialen Asymmetrierung von Hilfe und Hilfsbedürftigkeit (Bommers & Scherr 2012:274). Die Rollen von Klient:innen und Sozialarbeiter:innen sind dabei nicht austauschbar, sie bleiben eindeutig verteilt.³

Soziale Arbeit, situiert in organisationalen Kontexten, weist aus organisationstheoretischer Perspektive einige Spezifika auf. Organisationen der Hilfe stellen meist »soziale Dienstleistungsorganisationen« (Klatetzki 2010) dar, die gemeinnützig arbeiten, also nicht profitorientiert sind. Auch bringen Organisationen der Hilfe typischerweise unterschiedliche Formen der Mitgliedschaft hervor. Klassischen Mitgliedschaftsdefinitionen zufolge sind insbesondere die hauptamtlichen Mitarbeiter:innen die »Kernmitglieder von Organisationen der Hilfe [...], die man allgemein als ›Sozialprofessionelle‹ bezeichnen kann« (Bode 2012:154). Ihre Arbeit orientiert sich prinzipiell an fachlichen Standards, obgleich sie in der konkreten Fallbearbeitung oft relativ hohe Freiheitsgrade haben. Daneben bilden oftmals ehrenamtlich Engagierte eine weitere wichtige Mitgliedergruppe. In den zumeist formal als Vereine gefassten Organisationen stellen Ehrenamtliche das Personal für die zentralen Führungs- und Aufsichtsgremien (ebd.). Im Rahmen vereinsrechtlicher Vorgaben sollen die organisationalen Entscheidungen dadurch auch demokratisch legitimiert werden (ebd.:155). Mit Blick auf die Adressat:innen der sozialen Hilfe weist dieser Organisationstypus eine weitere Besonderheit auf. Zum Beispiel werden in geschlossenen Einrichtungen die Heimbewohner:innen zumeist als Mitglieder der Organisation betrachtet. Im Beratungskontext hingegen definiert sich der Mitgliedsstatus von Klient:innen eher diffus (ebd.:154).

Die Aidshilfen⁴ stellen insofern einen besonderen Ort organisierter Hilfe dar, da die Mitarbeiter:innen sich als Sozialprofessionelle sowie betroffene Adressat:innen behaupten können (Schütte-Bäumner 2010). Diese

3 In der Sozialen Arbeit wird dies auch kritisch reflektiert, zum Beispiel wird es als vermachtes Verhältnis gedeutet, das die Interaktionen der Beratungssituationen strukturiert (Michel-Schwartz 2002).

4 Auch Aidshilfen sind meist als Vereine organisiert.

Besonderheit ergibt sich aus ihrer historischen Entwicklung. So gingen die Gründungen der ersten Aidshilfeorganisationen Mitte der 1980er Jahre vor allem aus Selbsthilfeinitiativen hervor, in denen betroffene und aktivistisch tätige Personen Hilfe und Betreuung organisierten und als soziale Bewegung gegen Diskriminierung und Stigmatisierung ankämpften (Pieper & Vael 1993:26; Schütte-Bäumner 2010:80ff.). Ähnlich wie der bundesweite Dachverband (Deutsche Aidshilfe e.V.) (vgl. von Unger & Kostimpas 2022) betont auch die von uns untersuchte lokale Aidshilfe die schwule Selbsthilfe als ihre Herkunft. Wie mitunter im Gründungsnarrativ deutlich wird, stellen Aidshilfen als Selbsthilfen vor allem Anlaufstellen und Schutzräume für die von HIV/Aids betroffenen Gruppen dar, die sich sowohl von HIV/Aids als auch von gesellschaftlicher Diskriminierung und Stigmatisierung bedroht sehen (Etgeton 2002:124; Rosenbrock 1993:15).

Bereits die Arbeitsteilung zwischen der *Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung* (BZgA) und der *Deutschen Aidshilfe e.V.* wurde damit begründet, dass die Aidshilfe-»Aktivisten« sich in ihrer Arbeit insbesondere auf schwule Männer fokussieren sollten, »deren Sprache sie selbst sprachen, deren Leben sie selbst lebten und mit denen sie hin und wieder auch gemeinsam das Bett teilten« (Thiele 2019:82). Die Zuständigkeit für die Betroffenenengruppe der schwulen Männer wird durch die Zugehörigkeit und lebensweltliche Nähe zu dieser Gruppe (später Community) begründet, woraus zugleich eine besondere Kompetenz abgeleitet wird. Es sei gerade diese Nähe, die es ermögliche, Präventionsbotschaften wirksam zu vermitteln (Rosenbrock 1986). In dem Entwicklungsprozess von selbstorganisierten Formen der Selbsthilfe hin zu formalisierten Aidshilfeorganisationen differenzierte sich auch das Selbstverständnis der Aidshilfen weiter aus.

Der Gesundheitswissenschaftler Rolf Rosenbrock sieht den Wandlungsprozess der Aidshilfen – von der »[s]chwulen Selbsthilfe zum professionalisierten Akteur« (Rosenbrock 1993) – durch widersprüchliche Erwartungen charakterisiert. Neben dem Selbstanspruch, eine von professionellen und staatlichen Strukturen unabhängige Selbsthilfeorganisation zu sein, gibt es die Erwartung, sich an wirtschaftlichen Effizienzkriterien zu orientieren und die sozialen Hilfsleistungen berufsförmig und professionell zu organisieren (ebd.:14). Auch Kajo Pieper und Guido Vael – zwei ehemalige Vorstandsmitglieder der DAH – beobachten das verstärkte Bemühen, »nicht als eine allein für Schwule zuständige Organisation etikettiert zu werden, sondern als die generell für AIDS-Aufklärung zuständige und kompetente Einrichtung Anerkennung zu finden« (Pieper & Vael 1993:28). Insofern lässt sich auch

eine Ausdifferenzierung der Selbstverständnisse feststellen, in denen sich die Aidshilfen sowohl als Selbsthilfeorganisationen als auch als professionelle Einrichtungen Sozialer Arbeit darstellen. Soziale Hilfeleistungen der Aidshilfen sollen organisiert und professionell erfolgen und eben nicht mehr allein von Betroffenen moderierte Formen der Selbsthilfe sein. Allerdings, so zeichnet Schütte-Bäumner (2007) nach, ist es keinesfalls zufällig, wer professionelle Hilfeleistungen in den Aidshilfen anbietet. So seien persönliche Erfahrungen, die auf eine eigene »Betroffenheit« verweisen, ein zentrales Motiv für Sozialarbeitende, in die Aidshilfearbeit einzusteigen. Das, was im Aidshilfekontext als Betroffenheit gelten kann, korrespondiert eng mit dem »Herausfallen aus legitimierten Normalitätsrastern« (ebd.:153). Es sind dabei vor allem heteronormative Normalitätskonstruktionen – mit Butler (1991) auch als »heterosexuelle Matrix« bezeichnet –, die entlang der Kategorien Geschlecht, Sexualität und HIV-Status Abweichungen produzieren. Die an geschlechtliche und sexuelle Identität gebundenen Erfahrungen werden in der professionellen Praxis der Aidshilfen zugleich als eine spezifische Kompetenz der Mitarbeiter:innen betrachtet. Dies ermöglicht und bringt zugleich auch spezifische personale Identifizierung hervor.

Die Aidshilfen sind ihrem Selbstverständnis nach Orte der Professionalität und gleichzeitig der Betroffenheit. Gerade diese Verwobenheit von Betroffenheit und Professionalität eröffnet die Möglichkeit, sozialarbeiterische Differenzziehungen zwischen professionell und nicht-professionell zu unterlaufen. Auch prägt die spezifische Geschichte der Aidshilfen die Art und Weise, wie sie sich als Organisation entwickelten. Das wird vor allem an den zusätzlichen Arbeitsfeldern sichtbar, die neben der HIV-bezogenen Sozialarbeit im Laufe der Zeit erschlossen wurden: Die Bereiche *Pflege und Altern*, *Inter- und Transberatung* (Schütte-Bäumner & Kruse 2021:1205), *Schutz und Unterstützung von LGBTQ-Geflüchteten* (ebd.:1203) sowie *Sexuelle Bildungsarbeit für Jugendliche* (ebd.) deuten darauf hin, dass Betroffenheit in den Aidshilfen über das Themenfeld HIV/AIDS hinaus erweitert werden kann. In unseren Auswertungen stehen insbesondere die Perspektiven der Aidshilfemitarbeitenden aus dem Bereich der HIV-Beratung im Mittelpunkt.

Lokale Aidshilfen unterscheiden sich mitunter stark voneinander. Manche werden auf rein ehrenamtlicher Basis oder mit nur wenigen hauptamtlichen Stellen geführt, während andere bis zu 100 Fachkräfte beschäftigen und teils sogar sozialunternehmerisch tätig sind. Der von uns untersuchte Fall gehört zu einer der größeren Aidshilfen.

»Doppelfokus« – Kernthema HIV, Herzensthema LGBTI

Mittlerweile ist die lokale Aidshilfe eine »breit aufgestellte soziale Institution« (Leitbild lokale Aidshilfe 2020) in der Stadtgesellschaft und nach wie vor als Verein organisiert. Ihr Ziel ist die Gesundheitsförderung, d.h. die Förderung physischen, psychischen und sozialen Wohlbefindens, in den Gruppen, die epidemiologisch besonders von HIV/Aids betroffen sind (Satzung lokale Aidshilfe 2009). Menschen mit Migrationserfahrung werden explizit als Zielgruppe genannt (Leitbild lokale Aidshilfe 2020). Neben den HIV-bezogenen Tätigkeiten hat sich auch das Angebotsspektrum der lokalen Aidshilfe weiter ausdifferenziert. Zum Beispiel gibt es nun Beratungsangebote für queere Senior:innen und für Trans- und Interpersonen.

Diese Ausweitung wird von einem:einer leitenden Mitarbeiter:in als strategische Entscheidung im Zuge der Veränderung von HIV/Aids als Arbeitsfeld reflektiert. Die damit einhergehende Öffnung für weitere Gruppen begründet er:sie durch den »Doppelfokus« (Int14:242) der Einrichtung:

»Der eine Fokus [ist] natürlich unser Kernthema HIV und wir [sind] offen und unterstützend für alle Menschen und zu allen Themen, was mit HIV zu tun hat. Und das andere Herz ist ja im Prinzip die LGBTI-Community, ne.« (Int14:242-244)

HIV- und LGBTI-bezogene Themen werden hier als getrennte Bereiche besprochen. Das verweist auf die starke Verbindung von Aidshilfe und LGBTI-Community. Vom Hintergrund dieser Prägung sei nicht nur die Ausdifferenzierung der Angebote zu verstehen, sondern auch die Öffnung der Aidshilfe für die gesamte LGBTI-Community. Die Organisation habe sich

»auch immer als Teil [...] von der Schwulenszene, dann der schwul-lesbischen Szene, jetzt der LGBTI-Szene verstanden. [...] Es ist klar, wir sind Teil der Community und kümmern uns auch um Probleme, die jetzt erst mal nicht den HIV-Stempel drauf haben.« (Int14:172-181)

Die Profilierung als LGBTI-Beratungsorganisation wird als authentische Fortführung der bisherigen Tätigkeit gerahmt. Aus Sicht des:der leitenden Mitarbeiter:in bedeutet das sich »treu zu bleiben« (Int14:334). Denn obwohl die Organisation selbstverständlich alle Menschen mit HIV »im Blick« (Int14:336) habe, sei die schwul-lesbische Geschichte etwas, was die Organisation von anderen sozialarbeiterischen Organisationen unterscheide:

»[W]ir haben das mal gegründet in der Zeit, wo offen schwul oder lesbisch irgendwo zu arbeiten alles andere als selbstverständlich war. Das ist natürlich eine besondere Geschichte, auf die man natürlich auch stolz ist [...]. Schade fände ich natürlich, wenn es so ganz kippt und [Aidshilfe] nur noch eine karitative Einrichtung würde. Aber die Gefahr sehe ich jetzt momentan noch nicht, ja.« (Int14:339-344)

Das Alleinstellungsmerkmal der Aidshilfeorganisation sei es also, dass Mitarbeitende nicht nur als Fachkräfte, sondern auch als schwule und lesbische Personen sichtbar werden können. Dies mündet auch in einem spezifischen Professionalitätsverständnis, bei dem berufliche Qualifikation und persönliche Erfahrungen gleichermaßen als relevante Qualitätskriterien der sozialen Arbeit gelten. Letztere werden über die persönliche Identität des Personals verhandelt. So beschreibt ein:e Mitarbeiter:in, der:die früher in einer anderen Organisation tätig war, dass in der Aidshilfe eine spezifische Erwartungshaltung – nämlich die Lebensweltnähe als »Peer-Bezug« – an das Personal herangetragen werde:

»Und ich komme halt aus einem Umfeld, wo es einfach unabhängig davon/ Also du musstest keine Sucht haben, um gute Suchtberatung zu machen, ja, und so eine, wo es halt um eine Ausbildung und Qualifikation geht. Und hier ist schon oft auch sozusagen dieser Peer-Bezug im Vordergrund, ja, also sozusagen nicht nur gelernt zu haben, mit einem Thema umzugehen, sondern auch es selbst erfahren zu haben so ein Stück, ja.« (Int13:270-275)

Fachliche Kompetenz des Personals sei nicht das alleinige Kriterium dafür, »gute« Arbeit leisten zu können. Neben professionellen Standards durch Ausbildung stehe auch der »Peer-Bezug« im Vordergrund, der eine Nähe zu den Lebenswelten (Communities) der für die Aidshilfe relevanten Klientelgruppen schaffe. Die Lebensweltnähe der jeweiligen Mitarbeiter:innen und des Angebots ist also für das Selbstverständnis der Organisation von zentraler Bedeutung. Sie stellt ein durchaus exklusives Kriterium dar: Schließlich kann Lebensweltnähe im Unterschied zur fachlichen Qualifikation (Ausbildung, Zertifikate oder Berufserfahrungen) nicht erlernt, sondern nur durch eigene Erfahrungen als Teil der Community hergestellt werden. Damit verbunden sind spezifische Zugzwänge zur identitätsbezogenen Positionierung des:der Mitarbeitenden.

»Noch nicht in der Struktur angekommen. (...) Aber inhaltlich sehr wohl« – Migrant:innen als Adressat:innen

Migrant:innen sind eine wichtige Adressat:innengruppe für die untersuchte Aidshilfeorganisation. Im Jahr 2018 hatten über die Hälfte der Klient:innen Migrationsgeschichte und waren Klient:innen der fortlaufenden HIV-Beratung.⁵ Bereits seit den 1990er Jahren nehmen sie die Beratungsangebote der Aidshilfe wahr, wie langjährige Mitarbeiter:innen berichten. Zunächst war in der Einrichtung umstritten, ob Migrant:innen als neue Adressat:innengruppe erachtet werden sollten. Mittlerweile gelten sie jedoch als eine eigene Zielgruppe, für die sich auch der Schwerpunkt *Beratung für Migrant:innen* im Bereich der HIV-Beratung etabliert hat. Dieser Schwerpunkt ist zwar nicht formal in den Organisationsstrukturen präsent – taucht etwa nicht in den formalen Selbstbeschreibungen auf –, aber er hat sich über die Zeit hinweg praktisch etabliert. So haben sich personale Zuständigkeiten innerhalb der operativen Spielräume des Teams herausgebildet, die nach Einschätzung eines:einer Mitarbeiter:in unter den Kolleg:innen inzwischen »klar und unbestritten« (Int15:236) sind. Mittlerweile wurde auch eine dauerhafte Stelle mit dem Schwerpunkt Migration geschaffen.

Während die Anerkennung von Migrant:innen als neue Zielgruppe inzwischen erreicht ist und praktisch umgesetzt wird, gibt es etliche Hinweise darauf, dass die Aidshilfeorganisation sich in ihrem organisationalen Selbstverständnis weniger als Teil migrantischer Communities betrachtet.⁶ Das zeigt sich auch in der Zusammensetzung und Verteilung der Mitgliedschaft der Organisation, wie ein:e Mitarbeiter:in beschreibt:

»[Migration] ist dann ja im Laufe der Jahre dann zu einem Schwerpunktthema geworden. Es ist sicherlich ein Thema, es wird gesehen als notwendig. Der Schwerpunkt ist klar und unbestritten. Aber, sage ich mal dazu, es ist von

5 In einem Sachbericht für das Jahr 2018 der Organisation heißt es, dass bei den fortlaufenden Beratungen 56,2 % der Klient:innen einen Migrationshintergrund aufweisen. Ca. 58 % seien Nicht-EU-Bürger:innen mit unterschiedlichen Aufenthaltsstatus. Eine Mehrheit komme aus afrikanischen Ländern. (Sachbericht lokale Aidshilfe 2019:15)

6 Anders scheint dies bei Geflüchteten nicht-heterosexueller Orientierungen zu sein. Sie sind anschlussfähig an die LGBTI-Community, nicht zuletzt auch durch geteilte Diskriminierungserfahrungen hinsichtlich der geschlechtlichen und sexuellen Identität. Verweise hierauf finden sich zum einen in unseren Daten und werden zum anderen auch von Schütte-Bäumner und Kruse (2021) thematisiert.

oben natürlich immer noch so ein schwuler Verein nach wie vor. Es gibt kein Pendant. Also es ist nicht jemand/ (unverständlich) im Vorstand ist jetzt jemand mit Migrationshintergrund zum Beispiel, wo das noch mal eine klare Schiene hätte, ja. Es ist nicht verankert. Und eben auch im Team haben wir niemanden. Wir hatten einmal einen Praktikanten, der aus [afrikanisches Land] kam, und das macht dann doch einen Unterschied. Also von daher, das ist sicherlich noch nicht in der Struktur angekommen. Ja. Aber inhaltlich sehr wohl.« (Int15:234-243)

Weder gebe es migrantische Personen in ehrenamtlichen Leitungspositionen noch unter den Angestellten.⁷ Das wird von dem:r Interviewten teilweise als Defizit reflektiert, schließlich fehle die sonst übliche Expertise nach dem Prinzip der Lebensweltnähe qua Erfahrung. Die Migrationsbiografie mache eben »einen Unterschied« aus, auch wenn nicht expliziert wird, wie sich dieser bemerkbar gemacht hat.

Neben der Abwesenheit von Erfahrungswissen durch eine eigene Migrationsgeschichte der Mitarbeitenden ist auch die Frage nach der Kategorisierung von Klient:innen als Migrant:innen ein Thema. Denn nicht alle Klient:innen, deren Biografie einen Migrationsbezug aufweist, werden in der Beratungspraxis der Aidshilfe als Migrant:innen identifiziert. Entscheidend sind zunächst die spezifischen Problemlagen und Hilfebedarfe der Klient:innen, die mit unterschiedlichen Zuständigkeitsdefinitionen einhergehen. In der Gruppendiskussion merken die Mitarbeitenden an, dass sie alle auch mit migrantischen Klient:innen arbeiten würden, zum Beispiel in den Arbeitsbereichen *Haft- und Sexarbeit* (GD7:871-893). Im Bereich der HIV-Beratung würden sie erst dann dem Schwerpunkt *Migration* zugewiesen, »wenn jemand neu kommt und vor allem fremdsprachlich ist oder noch sehr viele asyl- und ausländerrechtliche Fragen offen sind« (Int15:96-98). Eine kategoriale Einordnung der Klient:innen als Migrant:innen scheint in der Praxis dann der Fall zu sein, wenn auf sprachlicher Ebene Verständigungsschwierigkeiten entstehen und/oder sie eine Staatsangehörigkeit aufweisen, mit der andere rechtliche Leistungsansprüche (unter anderem medizinische Versorgung, Aufent-

7 Damit behaupten wir nicht, dass es keine Angestellten mit Migrationsgeschichte in der untersuchten Aidshilfe gibt. In unseren Interviews und Gesprächen werden durchaus einzelne Mitarbeiter:innen mit einem migrationsbiografischen Bezug identifiziert. Wie sich empirisch aber zeigt, wird die Migrationsgeschichte nicht als relevanter Erfahrungsbezug für ihr (eigenes) professionelles Arbeiten thematisiert, auch im Sinne der angesprochenen Lebensweltnähe (GD7; Int13).

halt) verbunden sind. Diese machen nicht nur einen »eklatanten Unterschied« (Int15:146) im Hinblick auf die rechtlichen Rahmenbedingungen, unter denen Hilfe geleistet werden kann, sondern erfordern auch spezifische Kompetenzen des Personals. Die internen Zuständigkeitsverteilungen bildeten sich vor allem unter Berücksichtigung der sprachlichen und fachlichen Kompetenzen des Personals heraus:

»[D]a haben wir ja auch die Fälle verteilt und dann habe ich gesagt, also die, mit denen ich einigermaßen kommunizieren kann, die hier sozial verankert sind, die kann ich gut nehmen. Alles andere ist dann ein bisschen schwierig. Die Paragraphen mit Migration und da hatte ich das Gefühl, da sind sie bei mir nicht gut aufgehoben. Und das war dann bei dir besser und dann später bei [Name des:der Kolleg:in].« (GD7:817-822)

In dem konkreten Fall mussten durch den Weggang eines:einer Kolleg:in, die »Fälle« neu aufgeteilt werden. Deutlich wird, wie die Aufteilung vordergründig über die sprachlichen und fachlichen Kompetenzen begründet wird. Insofern definiert sich die erforderliche Expertise bei der Beratung für Migrant:innen eben nicht über einen Peer-Bezug der Aidshilfemitarbeiter:innen.

Spannungsverhältnisse zwischen selbstbestimmter und professioneller Hilfe

Die von der Aidshilfe organisierte Beratung und Hilfe für Migrant:innen mit HIV wird durch Selbsthilfe oder selbsthilfeähnliche Angebote ergänzt. Eine weitere Kernaufgabe ist die zielgruppenspezifische Prävention, die auch auf dem peergestützten Ansatz aufbaut. Dieser Ansatz involviert in erster Linie Angehörige aus migrantischen Communities (nicht unbedingt Personen mit HIV), die als (überwiegend ehrenamtliche) Multiplikator:innen fungieren, um über HIV/Aids aufzuklären. Dem Anspruch nach sollen diese Präventionsangebote von den Mitgliedern der Community selbstbestimmt organisiert und durchgeführt werden. Ziel ist einerseits die Anschlussfähigkeit an die Bedürfnisse, Interessen und die Lebenswirklichkeit der Adressat:innen zu sichern, andererseits soll einer bevormundenden Praxis entgegengewirkt und Empowerment ermöglicht werden (DAH 2015; Leitbild lokale Aidshilfe 2020). Unser empirisches Material zeigt, dass die praktische Umsetzung der

selbsthilfe- und peerbezogenen Angebote von den Mitarbeiter:innen der Aids-hilfe kritisch diskutiert und teils auch in Frage gestellt werden.

»Ist das noch Selbsthilfe?« – Vom Ideal der Selbsthilfe

Bereits Ende der 1990er Jahre wurden selbstorganisierte Aktivitäten zur Unterstützung von HIV-betroffenen Migrant:innen von der lokalen Aidshilfeorganisation durch die Gründung einer migrantischen Selbsthilfegruppe gefördert (Muluneh & Waka 1999). Derzeit gibt es ein gruppenbezogenes Angebot zum Austausch und zur Vernetzung von HIV-positiven Menschen aus Afrika. Inwieweit es sich hierbei jedoch um eine Selbsthilfegruppe handelt, wird von den Mitarbeitenden in den Interviews hinterfragt. Zwar wird von einem:einer Mitarbeiter:in die Entstehung auf die Eigeninitiative einer Klientin zurückgeführt, die selbst den Wunsch äußerte, einen Treffpunkt ins Leben zu rufen, »wo sie [...] Themen einfach besprechen können, die ihnen am Herzen liegen« (Int17:573f). Auch wenn damit auf ein wichtiges Moment von Selbsthilfe verwiesen wird, werden die Aktivitäten der Gruppe in Abgrenzung zur »reinen Selbsthilfe« vielmehr als »angeleitete Selbsthilfe« betrachtet:

»Insofern Selbsthilfe, weil die schon, ja, sich auch selber treffen wollen, aber sich ohne [den:die Kolleg:in] nicht treffen. Also von daher ist es wirklich jetzt keine reine Selbsthilfe von der Definition her.« (Int15:605-608)

Um »reine Selbsthilfe« zu sein, sollten an *diesen* Treffen idealerweise nur Personen teilnehmen, die HIV-positiv und afrikanischer Herkunft sind. Die Anwesenheit des:der Mitarbeiter:in störe den Selbsthilfecharakter des Treffens, da er:sie diesen Kriterien nicht entspricht. Es scheint ein Spannungsverhältnis zu bestehen zwischen dem Anspruch »reine Selbsthilfe« d.h. durch Betroffene selbst moderierte Hilfe zu ermöglichen und dem Eingreifen durch Professionelle. Die Bezugsnormen der Selbstorganisation und Selbstbestimmung werden nämlich zugleich durch eine von professionellen Strukturen unabhängige Selbsthilfe definiert:

»Es muss (...) am besten drei Leute geben, die sagen, ›Ja, wir wollen was. Wir wollen uns zusammentun, wir wollen uns vernetzen und wollen unabhängig von einer professionellen Struktur‹, ist ja meistens der Hintergrund, sagen ›Wir können für unsere Belange am besten eintreten, wir wissen am besten, was wir brauchen und tun uns zusammen.‹ ja« (Int15:624-628)

Es wird ein bekanntes Zurechnungsmotiv sichtbar: Betroffene weisen durch ihre Erfahrungen ein exklusives Erfahrungswissen auf, das rein Professionelle nicht haben können. Nur sie »wissen am besten« (Int15:628) über ihre Bedarfe Bescheid und können auch am angemessensten durch eine (kollektive) Selbstvertretung angegangen werden – und zwar »unabhängig von einer professionellen Struktur« (Int15:626). Adressiert werden damit potenzielle Asymmetrien des Machtverhältnisses zwischen Sozialprofessionellen und Betroffenen, die zu einer Bevormundung durch professionelle Fremdhilfe führen können. Die Aidshilfemitarbeiter:innen verorten sich im Vergleich zu den von HIV-betroffenen Migrant:innen eben nicht im ›Wir‹ dieser Betroffenengruppe, sondern zählen sich selbst zur professionellen Struktur, von der eine Emanzipation gelingen solle. Dadurch entsteht ein Spannungsverhältnis zwischen dem Ideal der Selbsthilfe und der Herausforderung, Selbstbestimmung im Rahmen professioneller Hilfsangebote möglich zu machen.

Angesichts dieser Spannungen zwischen normativen Anspruch und Praxis reflektiert der:die für die Selbsthilfegruppe verantwortliche Mitarbeiter:in den Status des Treffens: »Ist das noch Selbsthilfe?« (Int17:693). Er:sie hält es für eine »Mischung« (ebd.:691). In dieser Einschätzung werden normative Erwartungen an Selbsthilfe in der Organisation sichtbar. Auch der:die zuständige Mitarbeiter:in betrachtet die eigene Anwesenheit durchaus kritisch, weil er:sie den oben genannten Kriterien (HIV-positiv, afrikanische Herkunft) nicht entspricht. Der:die Mitarbeiter:in versuche daher auch, sich weitgehend aus den Aktivitäten der Gruppe »zurück[zu]ziehen« (Int17:705), um ihnen einen eigenen und selbstbestimmten Raum zum wechselseitigen Austausch und zur Vernetzung zu geben. Die Teilnehmenden dagegen hätten ihm:ihr gegenüber kommuniziert, sie würden sich wünschen, dass das Treffen weiterhin von ihm:ihr geleitet werde (Int17:723-726). Auch der:die Angestellte selbst schätzt seine:ihre Anwesenheit als hilfreich ein: »[I]ch glaube, dass diese ganz eigene Organisation nicht funktioniert.« (Int17:696) – woran diese eigene Organisation genau scheitert wird nicht benannt. Die in der Organisation etablierte Norm der eigenständigen Selbsthilfe kollidiert an diesem Punkt mit dem wahrgenommenen Unterstützungsbedarf.

Obwohl das Selbsthilfeangebot angesichts der Bezugsnormen von den Mitarbeiter:innen auch kritisch betrachtet wird, schildern sie dennoch eine gelingende und sich bewährende Praxis, die sich trotz allem an den Bedürfnissen und Interessen der Teilnehmenden orientiert.

»Ist das noch Peer genug?« – Vom Ideal der Lebensweltnähe

Bei der Prävention und Gesundheitsförderung für Migrant:innen setzt die lokale Aidshilfeorganisation insbesondere auf peergestützte Ansätze. In Zusammenarbeit mit der DAH beteiligte sich die Einrichtung von 2011 bis 2013 an dem Projekt *Migrantinnen und Migranten als Multiplikator_innen für die HIV/STI-Prävention* (MuMM) und führt dieses bis heute fort. Migrant:innen werden dabei als heterogene Zielgruppe betrachtet und in ihrer »Vielfalt an Lebensweisen, Sprachen, Kulturen und rechtlichen Status in Deutschland« (DAH 2013:3) anerkannt. Um angesichts der migrationsbezogenen Diversität dennoch eine lebensweltnahe Prävention zu gewährleisten, wird einerseits der Beteiligung von Migrant:innen bei der Prävention, andererseits der Unterstützung ihrer Selbstorganisation ein hoher Stellenwert beigemessen (ebd.). Der peergestützte Ansatz bezieht sich konzeptionell auf die »Kompetenzen und das lebensweltliche Wissen von Migrant_innen« (ebd.), um eine bedarfsgerechte Präventionsarbeit vor Ort zu ermöglichen. Peers werden eingedenk der Kategorie der Betroffenenkompetenz als lebensweltliche Expert:innen für die Bedürfnisse und Interessen in ihren Communities positioniert.

Während die Idee der Präventionsarbeit von und für Migrant:innen von den Mitarbeiter:innen der Aidshilfeorganisation viel Lob und Anerkennung erfährt, erweist sich die praktische Umsetzung aus ihrer Sicht jedoch als eine Herausforderung. Was theoretisch vom peergestützten Ansatz versprochen wird, scheint in der Praxis nicht umgesetzt werden zu können. Ein:e Mitarbeiter:in formuliert es so: »[E]ine sehr, sehr gute Idee. Die Ausführung ist nicht ganz so einfach« (Int15:378). Worin dieses Spannungsverhältnis zwischen Idee und Praxis besteht, wird in einem anderen Interview näher thematisiert:

»Früher war ja die Idee [...] einfach, das sind Peers, die sind in diesen Communities und die, ja, die haben den Zugang, das heißt, die organisieren sozusagen Veranstaltungen oder werden angesprochen und das bringen sie rein. Also sie kriegen hier das Wissen und werden dafür auch bezahlt und gehen wieder raus und sozusagen machen das.« (Int17:329-336)

Nach der konzeptionellen Idee sind Peers Menschen, die selbst einer (oder mehrerer) Community(s) angehören und damit einen direkten Zugang zur jeweiligen Zielgruppe der Migrant:innen haben. Im Umkehrschluss werden die Mitarbeitenden der Aidshilfe »nur« als Professionelle verortet, die die migrantischen Peers ausbilden und unterstützen, damit diese sich als selbstbe-

stimmte Akteur:innen positionieren, weitgehend unabhängig von der Aids-hilfeeinrichtung organisieren und in den Communities aktiv werden können. Die erwartete Erreichbarkeit von Migrant:innen erweist sich in der Praxis jedoch als Herausforderung, da die Peers selbst »nicht mehr in DIESEN Communities drinnen« (Int17:362f.) seien. Die aufsuchende und niedrigschwellige Arbeit der Peers erscheint aus dieser Sicht kaum beziehungsweise nur unter erschwerten Bedingungen möglich, auch weil viele Unterkünfte für Geflüchtete weniger zugänglich für Peers seien als für die Sozialprofessionellen (Int17:361). Nicht zuletzt erschweren die politischen und verwaltungstechnischen Rahmenbedingungen des Migrations- und Asylregimes⁸ die peergestützte Präventionsarbeit.

Die Zielgruppe der Migrant:innen ist aus Sicht der Aidshilfe eine diverse Gruppe: Es sind »nicht die gleichen Menschen mit den gleichen Bedürfnissen« (Int17:355f.). Um angesichts der migrationsbezogenen Vielfalt dennoch eine bedarfsgerechte und an den lebensweltlichen Bezügen ansetzende Prävention zu ermöglichen, so das Argument, bedarf es des Einsatzes von Migrant:innen als Peers. Damit sind Menschen gemeint, denen ähnliche Lebensverhältnisse aufgrund ihrer Herkunft und Sprache zugeschrieben werden können. Demnach basiert der peergestützte Ansatz auf Homogenitätsannahmen, die aus Sicht eines:einer Mitarbeiter:in jedoch nicht (mehr) mit den Bedingungen in der Praxis übereinstimmen. Im Verweis auf das heterogene Publikum der Peers bei der Präventionsarbeit vor Ort (z.B. in den Unterkünften für Geflüchtete) wird zugleich die Bedeutung des peergestützten Arbeitens in Frage gestellt:

»Ich tue mich schwer manchmal mit, was ist das Peer noch. Weil das Peer ist ja, was ja am Anfang so war, dass man gesagt hat, es ist alles so heterogen, also das sind so heterogene Gruppen. Und es heißt, man braucht so eine unterschiedliche Aufstellung. Und jetzt zu sagen, ich mache eine Gruppe mit 20 Leuten, die ja nicht alle nicht aus meinem Heimatland kommen, aber irgendwie noch die gleiche Hautfarbe haben, ist das noch Peer genug? Und manchmal ist das vielleicht so, dass sie meinen irgendwie, das ist ganz gut. Aber ich persönlich tue mich damit schwer, weil ich mir denke, dann kann ich

8 Migrationsregime werden verstanden als »integrierte Gestaltungs- und Handlungsfelder institutioneller Akteure, die einen bestimmten Ausschnitt des Migrationsgeschehens fokussieren, Migrationsbewegungen kanalisieren und die (potenziellen) Migrantinnen und Migranten kategorisieren.« (Oltmer 2018:6). Diese können sowohl internationale, nationale, als auch lokale Akteure und Institutionen umfassen (ebd.).

auch selber vielleicht auch reingehen. Also ich gehe auch zeitweise da mit, ja, und versuche mich dann aber zurückzuhalten (immer?). Und ich glaube, das ist sich schon am Verändern, also wie dann Prävention auch ausschauen kann.« (Int17:528-538)

Was einen Peer in seiner Funktion auszeichnet, ist eben nicht nur »die gleiche Hautfarbe«, sondern mit den lebensweltlichen Bezügen migrantischer Communities vertraut zu sein. Bei der derzeitigen Präventionsarbeit vor Ort kann den Peers aber weder durchgängig ein Community-Bezug noch dieselbe Herkunft und Sprache zugerechnet werden.

Auch die Erwartungen des besseren Zugangs zu und der Erreichbarkeit von Migrant:innen erscheinen aus Sicht der Mitarbeitenden in der Praxis fragwürdig. Insofern wird auch der Stellenwert der Peers im Vergleich zu den den eigenen Möglichkeiten als professionelle:r Aidshilfemitarbeiter:in hinterfragt.

Fazit

Die untersuchte lokale Aidshilfe ist eine sozialarbeiterische Organisation, die professionelle Hilfe und Beratung anbietet. Sie unterscheidet sich von anderen professionellen Beratungseinrichtungen durch ihr Selbstverständnis als Selbsthilfeorganisation. Neben der Einbindung von Individuen und Gruppen, die von der Organisation als hilfsbedürftig wahrgenommen werden, identifiziert sie sich zugleich insbesondere mit Gruppen, die im Hinblick auf eine heteronormative Gesellschaft von Diskriminierung und Stigmatisierung betroffen sind. Gegenwärtig sind dies vor allem schwule, lesbische und andere queere Communities. Im Anschluss an das Selbstverständnis als Selbsthilfe betrachtet sich die Aidshilfeorganisation zugleich als Teil dieser Communities.

Angesichts dessen wird der Identität und den persönlichen Erfahrungen der Beschäftigten eine zentrale Rolle bei der Herstellung und Aufrechterhaltung der Lebensweltnähe von Angeboten zugeschrieben. In der professionellen Praxis sind demnach nicht nur die fachlichen Kompetenzen der Mitarbeitenden relevant, sondern auch die Frage, *wer* diese anbietet. Gerade im Kontext der LGBTI-Beratung sollten bestenfalls Personen involviert sein, die Teil der jeweiligen LGBTI-Community sind. Insofern definieren sich die Mitgliedschaftsrollen nicht allein durch eine Trennung zwischen professionell Ange-

stellten und betroffenen Adressat:innen, wie auch Schütte-Bäumner hervorhebt (2010:80f).

Vor diesem Hintergrund lassen sich die von uns beobachteten Inklusionsprozesse von Migrant:innen auch als partielle Inklusion beschreiben. Migrant:innen werden inkludiert, insofern sie einen beachtlichen Anteil des Klientels ausmachen und seit vielen Jahren als eine wichtige Zielgruppe betrachtet werden. Sie werden durch unterschiedliche Angebotsformate der Organisation berücksichtigt und adressiert. Im Bereich der HIV-Beratung hat sich dabei auch der Schwerpunkt Migration etabliert, in dem eine fachlich versierte Unterstützung bei migrationsspezifischen Problemen stattfindet.

An das Selbstverständnis einer aus der LGBTI-Szene kommenden Selbsthilfeorganisation wird im Kontext Migration allerdings nur bedingt angeschlossen. So betrachtet sich die Aidshilfe weniger als Teil von Migrant:innen-Communities. Auch mit Blick auf die Personalstruktur werden weder im Vorstand noch unter den hauptamtlichen Fachkräften Mitarbeiter:innen mit einem solchen Community-Bezug identifiziert. Die sonst übliche Erwartungshaltung an Lebensweltnähe qua erfahrungsbezogener Expertise wird bislang nur bedingt eingelöst.

Dennoch birgt die spezifische Entwicklungsgeschichte und das Verständnis als Selbsthilfeorganisation Potenziale zur Einbindung von Migrant:innen in die Aidshilfearbeit. Gerade die Förderung migrantischer Selbsthilfe und peergestützter Prävention setzen hier programmatisch an den Prämissen Lebensweltnähe und Selbstbestimmung an. Gleichzeitig wird die praktische Umsetzung dieser Ansätze von den Mitarbeiter:innen kritisch hinterfragt. Aus ihrer Sicht wird den mit den Prämissen verbundenen Erwartungen kaum entsprochen, da zum einem die Selbsthilfe und die Peer-Prävention nicht ohne Fremdhilfe auskomme. Zum anderem wird thematisiert, dass bei der peergestützten Präventionsarbeit die Lebensweltnähe (zwischen Peers und Publikum) nur bedingt über den allgemeinen Bezug ›Migration‹ herstellbar ist, da Migrant:innen sehr heterogene Erfahrungshorizonte aufweisen. Migrationspolitische Rahmenbedingungen wie die Unterbringung in Geflüchtetenunterkünften erschweren die community-bezogene Aufklärungsarbeit zusätzlich.

Zusammengefasst lässt sich festhalten, dass Migration zwar ein fester Bestandteil der von uns untersuchten lokalen Aidshilfearbeit ist, sich die Aidshilfeorganisation aber zugleich nicht als Teil der für sie relevanten migrantischen Communities betrachtet. Die das organisationale Selbstverständnis prägenden Prämissen der Selbsthilfe und lebensweltnahen Prävention kön-

nen bislang nicht in der gleichen Weise eingelöst werden. Zumindest stellt sich dies aus der Perspektive der Aidshilfemitarbeiter:innen so dar. Zu welcher Einschätzung beteiligte Personen mit Migrationsgeschichte kommen, muss ferner noch untersucht werden.

Literatur und Quellen

- Bänziger, Peter-Paul (2015): ExpertInnen statt AktivistInnen: Der Entpolitisierungsdiskurs in der Aids-Arbeit der 1980er Jahre. In: Eitler, Pascal; Elberfeld, Jens (Hg.) *Zeitgeschichte des Selbst. Therapeutisierung – Politisierung – Emotionalisierung*. Bielefeld: transcript, S. 261-278.
- Bode, Ingo (2012): Organisationen der Hilfe. In: Apelt, Maja; Tacke, Veronika (Hg.) *Handbuch Organisationstypen*. Wiesbaden: Springer VS, S. 149-164.
- Bommes, Michael; Scherr, Albert (2012): *Soziologie der Sozialen Arbeit. Eine Einführung in Formen und Funktionen organisierter Hilfe*. 2. Auflage. Weinheim, München, Basel: Beltz Juventa.
- Butler, Judith (1991): *Das Unbehagen der Geschlechter*. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.
- Deutsche AIDS-Hilfe (DAH) (2007): *Leitbild*. Berlin: Deutsche AIDS-Hilfe e.V. <https://www.aidshilfe.de/leitbild> (Zugriff: 14.09.2021).
- Deutsche AIDS-Hilfe (DAH) (2013): *MuMM. Migrantinnen und Migranten als Multiplikator:innen für die HIV/STI-Prävention. Abschlussdokumentation. September 2011 – Februar 2013*. Berlin: Deutsche AIDS-Hilfe e.V. https://www.hiv-migration.de/sites/default/files/attachments/MuMM%20Abschlussdokumentation_13%2008%2031%20bearbeitet%20erkens_us.pdf (Zugriff: 01.12.2021).
- Deutsche AIDS-Hilfe (DAH) (2015): *HIV-Prävention für & mit Migrant_innen*. Berlin: Deutsche AIDS-Hilfe e.V.
- Etgeton, Stefan (2002): Professionalisierung ohne Profilverlust. In: Deutsche AIDS-Hilfe (DAH) (Hg.) *AIDS Selbsthilfe*, 44, Berlin: Deutsche AIDS-Hilfe e.V., S. 123-131.
- Haus-Rybicki, Sebastian (2021): Eine Seuche regieren. AIDS-Prävention in der Bundesrepublik 1981-1995. Bielefeld: transcript.
- Klatetzki, Thomas (2010): Zur Einführung: Soziale personenbezogene Dienstleistungsorganisation als Typus. In: Klatetzki, Thomas (Hg.) *Soziale personenbezogene Dienstleistungsorganisationen. Soziologische Perspektiven*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 7-24.

- Kleres, Jochen (2018): *The social organization of disease. Emotions and civic action.* London, New York: Routledge.
- Luhmann, Niklas (2005): Formen des Helfens im Wandel gesellschaftlicher Bedingungen. In: *Soziologische Aufklärung 2*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 167-186.
- Michel-Schwartz, Brigitta (2002): Interaktion und helfende Beziehung in der Sozialen Arbeit. In: *Handlungswissen der Sozialen Arbeit. Deutungsmuster und Fallarbeit*. Opladen: Leske + Budrich, S. 97-119.
- Muluneh, Aemero, und Aderajew Waka (1999): *Afrikanische Communities in Deutschland. Eine Bestandsaufnahme zur Entwicklung eines kulturspezifischen Konzepts für die HIV- und AIDS-Prävention*. Berlin: Deutsche AIDS-Hilfe e.V.; VIA-Regionalverband Berlin-Brandenburg.
- Oltmer, Jochen (2018): Einführung: Migrationsregime vor Ort und lokales Aushandeln von Migration. In: Oltmer, Jochen (Hg.) *Migrationsregime vor Ort und lokales Aushandeln von Migration. Migrationsgesellschaften*. Wiesbaden: Springer VS, S. 1-12.
- Pieper, Kajo; Vael, Guido (1993): Die AIDS-Hilfe. Ein historischer Abriß. In: Deutsche AIDS-Hilfe (DAH) (Hg.) *10 Jahre Deutsche AIDS-Hilfe. Geschichten und Geschichte*. Berlin: Deutsche AIDS-Hilfe e.V., S. 25-32.
- Rosenbrock, Rolf (1986): *AIDS kann schneller besiegt werden. Gesundheitspolitik am Beispiel einer Infektionskrankheit*. Hamburg: VSA Verlag.
- Rosenbrock, Rolf (1993): Von der schwulen Selbsthilfe zum professionellen Akteur der Gesundheitsförderung und Wohlfahrtsverband. Eine Erfolgsgeschichte mit ein paar Fragezeichen. In: Deutsche AIDS-Hilfe (DAH) (Hg.) *10 Jahre Deutsche AIDS-Hilfe. Geschichten und Geschichte*. Berlin: Deutsche AIDS-Hilfe e.V., S. 14-19.
- Schütte-Bäumner, Christian (2007): *Que(e)r durch die Soziale Arbeit. Professionelle Praxis in den AIDS-Hilfen*. Bielefeld: transcript.
- Schütte-Bäumner, Christian (2010): Queer Professionals als Reflexionskategorie für die Soziale Arbeit. In: Kessel, Fabian; Plößler, Melanie (Hg.) *Differenzierung, Normalisierung, Andersheit. Soziale Arbeit als Arbeit mit den Anderen*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 77-95.
- Schütte-Bäumner, Christian; Kruse, Stefanie (2021): Aidshilfe-Arbeit als Praxis kritischer Antidiskriminierungsarbeit gestern und heute. In: Anhorn, Roland; Stehr, Johannes (Hg.) *Handbuch Soziale Ausschließung und Soziale Arbeit*. Wiesbaden: Springer VS, S. 1193-1225.
- Thiele, Martin (2019): Zum (Spannungs-)Verhältnis von Schwulenbewegung und Aidshilfe – Die AIDS-Krise als Katalysator von Institutionalisierung

- und Anerkennung. In: Ketelhut, Klemens; Lau, Dayana (Hg.) *Gender – Wissen – Vermittlung. Geschlechterwissen im Kontext von Bildungsinstitutionen und sozialen Bewegungen*. Wiesbaden: Springer VS, S. 73-91.
- Tümmers, Henning (2017): *AIDS. Autopsie einer Bedrohung im geteilten Deutschland*. Göttingen: Wallstein Verlag.
- von Unger, Hella; Kostimpas, Dimitra (2022): Wandel in der Deutschen Aids-hilfe e.V.: Geschichte einer konfliktreichen Diversifizierung. In: von Unger, Hella; Baykara-Krumme, Helen; Karakayali, Serhat; Schönwälder, Karen (Hg.) *Organisationaler Wandel durch Migration? Diversität der Zivilgesellschaft*. Bielefeld: transcript.

