

Wandel in der Deutschen Aidshilfe

Geschichte einer konfliktreichen Diversifizierung

Hella von Unger, Dimitra Kostimpas

Der vorliegende Beitrag beschäftigt sich mit dem organisationalen Wandel in einer zivilgesellschaftlichen Organisation, die im Bereich der HIV-Prävention tätig ist und die Interessen von HIV-positiven Menschen vertritt. Die *Deutsche Aidshilfe e.V.* (DAH) hat sich seit ihrer Gründung stark gewandelt und diversifiziert – und auch für Migrant:innen geöffnet. Allerdings erfolgte dies im Vergleich zu anderen Gruppen erst mit einer gewissen Verzögerung. Die Organisation hat sich zwar schon früh politisch mit Migrant:innen solidarisch erklärt, aber eine tatsächliche Öffnung im Sinne einer Inklusion von Personen mit Migrationsgeschichte in das Selbstverständnis, in die Kernarbeitsbereiche und die Personal- sowie Organisationsstruktur erfolgten erst später. Als die DAH 1983 in Berlin gegründet wurde, wollte eine kleine Gruppe Engagierter (überwiegend schwuler Männer) zu der neuen Krankheit Aids forschen, beraten und aufklären sowie Erkrankte unterstützen.¹ Heute ist die DAH ein Dachverband mit über 120 Mitgliedsorganisationen. Eine Besonderheit dieser Organisation, auch im Kontext der in diesem Sammelband besprochenen zivilgesellschaftlichen Organisationen, ist die enge Zusammenarbeit mit staatlichen Stellen. Die DAH ist für sogenannte Hauptbetroffenengruppen von HIV/Aids zuständig, während staatliche Stellen die HIV-Prävention für die Allgemeinbevölkerung übernehmen. Auch Migrant:innen gelten mittlerweile als eine besonders betroffene Gruppe, die in den Zuständigkeitsbereich

1 Vgl. Gründungsprotokoll und Satzung vom 23. September 1983. Die DAH wurde als Deutsche A.I.D.S.-Hilfe e.V. gegründet und anfangs mit D.A.H. abgekürzt, eine Schreibweise, die wir im Folgenden in den Direktziten so belassen. Auch andere Schreibweisen, die zum Teil nicht mehr der aktuellen Rechtschreibung entsprechen, werden in Direktziten im Original belassen.

der DAH fällt. Wie es dazu kam, inwiefern Migrant:innen in die Organisation inkludiert wurden und was dies bis dato behindert hat, ist Gegenstand der vorliegenden Analyse.

Doch zunächst eine Vorbemerkung: Jede Geschichte wird aus einer spezifischen Perspektive erzählt. Das gilt auch für wissenschaftliche Analysen. Wir erzählen diese Geschichte aus der Perspektive von Outsider:innen: als Sozialwissenschaftlerinnen, die von außen auf die Organisation blicken. Gleichzeitig bemühen wir uns, Selbsterzählungen angemessen zur Kenntnis zu nehmen und uns mithilfe qualitativer Forschungsmethoden den verschiedenen Innenperspektiven anzunähern. Wir verfügen zudem über Vorerfahrungen mit der Organisation, die teilweise bis in die 1990er Jahre zurückreichen (von Unger 1999) und partizipative Forschung zu HIV-Prävention mit Migrant:innen einschließen (von Unger & Gangarova 2011; von Unger & Klumb 2010). Dieses Vorwissen war einerseits sehr hilfreich, wurde von uns aber auch analytisch »befremdet« (Amann & Hirschauer 1997). Wir haben inhaltliche, methodische und forschungsethische Herausforderungen reflektiert (von Unger 2020, 2021) und mit Schlüsselpersonen in der Organisation regelmäßig diskutiert (unter anderem im Rahmen einer gemeinsamen Steuerungsgruppe). Der Datenkorpus, der in die Analyse eingeflossen ist, beinhaltet 26 leitfadengestützte Interviews (mit aktuellen und ehemaligen Mitarbeiter:innen sowie ehrenamtlich engagierten Personen), 6 moderierte Gruppengespräche, 563 Dokumente sowie teilnehmende Beobachtungen bei 27 Gelegenheiten über einen Zeitraum von ungefähr zwei Jahren (2018-2020)². Die Auswertung orientierte sich an der *Grounded Theory Methodology* (Breuer, Muckel & Dieris 2019; Charmaz 2014), ergänzt durch inhaltsanalytische Verfahren bei den Dokumentenanalysen, die große Datenmengen umfassten. Die Analyse wurde vom ZOMiDi-Verbundteam sowie weiteren Kolleg:innen unterstützt.³

-
- 2 Zum Beispiel bei Seminaren, Tagungen, einer Mitgliederversammlung und in der Bundesgeschäftsstelle.
 - 3 Michael Schönwolff hat als studentischer Projektmitarbeiter die Auswertungen wesentlich unterstützt. Den Mitarbeiter:innen des Lehr- und Forschungsbereichs für qualitative Methoden der Sozialforschung am Institut für Soziologie der LMU München und den Mitgliedern der qualitativen Forschungswerkstatt sei für einzelne Auswertungssitzungen mit Auszügen des Materials gedankt. Der Deutschen Aidshilfe e.V. und insbesondere den Personen, die unsere Forschung ermöglicht, unterstützt und kritisch begleitet haben, gebührt unser besonderer Dank.

Profil und allgemeine Entwicklungen

Die Geschichte der Deutschen Aidshilfe e.V. ist Gegenstand diverser Selbstbeschreibungen (DAH 1993a, 2002a) und wissenschaftlicher Analysen (Ewing 2020; Kleres 2018; Klöppel 2017). Zeitzeug:innen, die die Geschichte mitgestaltet und begleitet haben, haben diese kommentiert (Bochow 2013; *European HIV/Aids Archive*⁴). Bevor wir unsere Erzählung (im Sinne eines »analytic retelling«, Yang 2015:iii) darlegen und uns der Frage zuwenden werden, wie Migrant:innen adressiert und inkludiert wurden, skizzieren wir zunächst einige allgemeine Aspekte, die für das Verständnis der Organisation und ihres Wandels notwendig sind.

Die DAH wird zum Dachverband

Nachdem die DAH 1983 von wenigen Einzelpersonen (einer Frau und zehn Männern) als ehrenamtlich geführter Verein gegründet worden ist, entwickelt sie sich dynamisch zu einer größeren und ausdifferenzierten Organisation, die (bis heute) hauptamtliche Mitarbeiter:innen beschäftigt und über einen Haushalt von mehreren Millionen Deutschen Mark (später Euro) verfügt. Diese Entwicklung geht mit einer funktional-strukturellen Ausdifferenzierung und der Ausbildung von Verbandsstrukturen einher: Lokale und regionale Aidshilfen übernehmen im direkten Kontakt mit den Zielgruppen und betroffenen Menschen auf kommunaler und Länderebene praktische Beratungs-, Unterstützungs- und Präventionstätigkeiten. Die DAH avanciert zum Dachverband auf Bundesebene. Als »Dach-, Fach- und Interessenverband« (Leitbild) übernimmt sie Aufgaben der Koordinierung, Konzeptentwicklung, Fort- und Weiterbildung, Öffentlichkeitsarbeit und Interessenvertretung für Menschen mit HIV/Aids und wird zur Ansprechpartnerin der Bundesregierung und des Bundesministeriums für Gesundheit. In immer mehr Kommunen und Bundesländern gründen sich ab 1984 lokale Aidshilfen, die sich nach und nach als Mitgliedsorganisationen der DAH anschließen.⁵

4 Website: <https://rs.cms.hu-berlin.de/ehaa/pages/home.php> (Zugriff: 14.09.2021).

5 Die Ausgründung der Berliner AIDS-Hilfe e.V. veranschaulicht diesen Prozess: Die Berliner AIDS-Hilfe hat sich 1984 als Projekt aus dem damals bestehenden »Selbsthilfebereich« der DAH entwickelt und 1985 als eigenständiger e.V. konstituiert (DAH 1986:12). Anschließend ist sie dem Dachverband als Mitgliedsorganisation beigetreten.

Auch in anderen Ländern gelingt es Aids-Aktivist:innen, ein effektives Community-basiertes, soziales und gesundheitliches Unterstützungssystem aufzubauen, das Menschen mit HIV/Aids dabei hilft, trotz gesellschaftlicher Benachteiligungen mit der Infektion zu leben (Altman 1994; Bänziger 2010; Watkins-Hayes 2019). Die HIV/Aids-Organisationen werden über die Jahre professioneller – auch »entpolitisierter« (Bänziger 2015) –, passen sich epidemiologischen Entwicklungen an und reagieren auf die »Normalisierung« von HIV/Aids (Rosenbrock & Schaeffer 2002), die im Zuge verbesserter Behandlungsmöglichkeiten seit den 1990er Jahren in westlichen Gesellschaften stattgefunden hat. Das deutsche zivilgesellschaftliche Aidshilfe-Modell zeichnet sich dabei durch eine enge Zusammenarbeit mit und relativ stabile Finanzierung durch staatliche Stellen aus (Rosenbrock & Wright 2000; Rosenbrock 2007).

Seit 1985 ist das *Bundesministerium für Gesundheit* (BMG) der wichtigste Geldgeber der DAH. Unter Bundesgesundheitsministerin Rita Süßmuth (CDU) wurde Mitte der 1980er Jahre für das neue Feld der HIV-Prävention eine Zusammenarbeit von staatlichen und nicht-staatlichen Einrichtungen eingeführt. Die Arbeitsteilung gilt bis heute und sieht vor, dass die DAH für Gruppen zuständig ist, die besonders stark von HIV/Aids betroffen sind, während die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) HIV-Prävention für die Allgemeinbevölkerung übernimmt. Für die Erfüllung dieser Aufgaben bezieht die DAH Finanzmittel vom BMG, die über die BZgA abgewickelt werden. Die Einnahmen von BMG/BZgA sind substanziell: Wie aus den Jahresberichten der DAH hervorgeht, liegen sie 1986 bereits bei umgerechnet knapp einer Million Euro, steigen 1988 auf knapp vier Millionen Euro und auf fünf Millionen Euro im Jahr 2008. Aktuell liegen die Zuwendungen des Ministeriums bei 6,7 Millionen Euro (Stand: 2020).⁶

Programmatik und Selbstverständnis

In der Selbstbeschreibung der DAH steht das Engagement für Menschen, die mit HIV und Aids leben, an erster Stelle. Das Engagement für Menschen,

6 Der Anteil der BMG/BZgA-Mittel an den Gesamteinnahmen macht 79 Prozent im Jahr 2020 aus. Weitere Einnahmequellen sind Spenden, internationale Projekte und der Verbrauch von Eigenkapital. Mitgliedsbeiträge spielen eine untergeordnete Rolle. Die Mitglieder (das heißt die regionalen Aidshilfen und anderen Mitgliedsorganisationen) sind finanziell unabhängig und tragen zum Haushalt der DAH nicht nennenswert bei.

die von HIV/Aids besonders bedroht (also noch nicht infiziert) sind, folgt an zweiter Stelle.

»Unser Engagement gilt den Menschen, die mit HIV/Aids leben, und den von HIV, Aids, Hepatitis und anderen sexuell und beim Drogenkonsum übertragbaren Krankheiten besonders bedrohten und betroffenen Individuen und Gruppen.« (Leitbild DAH 2007)

Das proklamierte Primat der Interessenvertretung von Menschen mit HIV/Aids ist aus unserer Sicht nicht zufällig und zeigt sich auch in der Art und Weise, wie HIV-Prävention umgesetzt wird. Der Ansatz der strukturellen Prävention, der von der DAH entwickelt wurde, zeichnet sich durch Solidarität mit und Einbindung von betroffenen Gruppen aus und greift zentrale Aspekte einer New-Public-Health-Agenda auf: Nicht nur das *Verhalten*, sondern auch die gesellschaftlichen *Verhältnisse* werden in den Blick genommen (Rosenbrock 2007). Antidiskriminierungs-, Emanzipations- und Menschenrechtsarbeit zielen darauf ab, gesellschaftliche Strukturen zu beeinflussen und Lebensbedingungen gesundheitsförderlicher zu gestalten – sie gelten als ebenso wichtig wie Informationsvermittlung, Selbstwertstärkung und die Förderung von Kompetenzen (DAH 1998b; Drewes & Sweers 2010; Rosenbrock 2001).

Das Vermindern der Risiken, sich mit HIV zu infizieren (Primärprävention), der Zugang zu Diagnose und Behandlung für Personen, die schon infiziert sind (Sekundärprävention), und die Qualität und Würde des Lebens mit und Sterbens an HIV/Aids (Tertiärprävention) werden dabei als integral zusammenhängende Aufgaben verstanden (DAH 2007: Abs. 10). Selbsthilfe, Lebensweltnähe und damit zusammenhängend eine »authentische« Interessenvertretung sind wichtige Topoi im Selbstverständnis der DAH:

»Selbsthilfe und Professionalität [gehören] für uns zusammen: Eine wichtige Quelle unserer Fachkompetenz ist die Einbeziehung der Menschen aus unseren Zielgruppen und ihrer Netzwerke – zum Teil gehören wir selbst zu ihnen – sowie die enge Zusammenarbeit mit ihnen. Dies ermöglicht uns zugleich eine authentische Interessenvertretung.« (DAH 2007: Abs. 5)

Hier zeigt sich die Prägung durch schwule Aktivisten, die die Organisation hervorgebracht haben und oft auch selbst (direkt und/oder indirekt als Partner, Freunde und Angehörige) von HIV/Aids betroffen waren. Die Selbsthilfe ist ein zentraler Referenzrahmen: »Wir kommen aus der Selbsthilfe, arbeiten mit und für die Selbsthilfe und verstehen unseren Verband als Selbsthilfeorganisation« (DAH 2007: Abs. 4). Selbstvertretung wird gegenüber Stellvertre-

tung priorisiert. Diese Aspekte sind für die Organisationsidentität, also die Frage, wer zum organisationalen Wir gehört, von fundamentaler Bedeutung. Dies gilt auch, wie wir zeigen werden, für die Inklusion von Migrant:innen, die zwei Dekaden nach Gründung der Organisation über die Selbsthilfe erfolgt.

In den ersten Jahren werden Migrant:innen vor allem auf der program-matischen Ebene inkludiert: Die Aidshilfe versteht sich als Ort der Zusammenkunft unterschiedlicher, marginalisierter und als deviant geltender Personengruppen. Sie beschreibt sich selbstironisch als ›Allianz der Schmuttelkinder‹ und wirbt für eine Solidarisierung unterschiedlicher marginalisierter Gruppen, inklusive schwuler Männer, Sexarbeiter:innen, Drogengebrauchender, Menschen in Haft und auch Migrant:innen (Aretz 2013; Hauschild 1998). Der Aufruf zu Solidarität ist Ende der 1980er Jahre eine Antwort auf die starke Stigmatisierung von Aids und die repressive Politik, die zu Beginn der Epidemie von einzelnen CDU- und CSU-Politiker:innen vertreten wird. In Frankfurt werden beispielsweise Internierungsmaßnahmen diskutiert – eine Drohung, die sich nach Einschätzung lokaler Aktivist:innen vor allem auf »Beschaffungsprostituierte beiderlei Geschlechts, vielen davon ohne deutschen Paß« (Hauschild 1998:65), bezieht. Auf einer Protestaktion ruft Hans-Peter Hauschild (1988:18) dazu auf: »Ausländer, Prostituierte, Junkies und Schwule, lasst uns gemeinsam gegen dieses aggressive Ding AIDS in der Hand dieser aggressiven Gesellschaft angehen!«. Migrant:innen, damals noch ›Ausländer‹ genannt, sind also eingeladen, der Allianz beizutreten.

Diversifizierung als ›Entschwulung‹

Zunächst jedoch werden intravenös drogengebrauchende Menschen inkludiert und anschließend Frauen mit HIV und Aids. Zu beiden Gruppen (ebenso wie der Gruppe der schwulen Männer) gehören auch Migrant:innen. Sie stehen aber (noch) nicht im Zentrum der Aufmerksamkeit. Der Öffnungsprozess ist von diversen Spannungen begleitet. So resümiert die erste Frauenreferentin Anfang der 1990er Jahre:

»Der Beitritt der Junkies in die ›schwule Domäne‹ verlief nicht gerade konfliktfrei. Unterschwellig gibt es auch heute noch Animositäten, aber immerhin folgte aus der Einsicht in die Notwendigkeit die Kooperation. Das Zweierbündnis stand, und es war männerdominiert. [...] Der Zeitpunkt, an dem die Frauen anfangen, ihre Interessen zu artikulieren, kann im Jahr 1990 an-

gesiedelt werden. [...] Abwehr und Abneigung gehörten zur Tagesordnung – das ›ungeliebte Kind‹ hielt aber dennoch Einzug in die Aidshilfe.« (Fischer 1993:105)

Zwei ehemalige DAH-Vorstände sprechen in diesem Zusammenhang von einer »Entschwulung der Aidshilfen«:

»Wer sich etwa D.A.H.-Mitgliederversammlungen von 1987/88 in Erinnerung ruft, verbindet damit Bilder von großen Schwulentreffen. [...] ›Entschwulung der AIDS-Hilfen‹ besagte im Klartext, daß die ursprünglich (fast) rein schwulen AIDS-Hilfen facettenreicher geworden waren – wesentlich auch dadurch bedingt, dass mehr und unterschiedlichere Gruppen, schwule und nichtschwule, sich in ihnen organisierten.« (Pieper & Vael 1993:28)

Innerorganisationale Vielfalt wird also früh bearbeitet. Wieso aber lässt sich die als ›schwul‹ verstehende DAH darauf ein, ja, forciert es sogar, dass sich unterschiedliche Gruppen unter ihrem Dach organisieren? Die politische Ausrichtung als kritische, solidarische Bewegung und Interessenvertretung liefert einen wesentlichen Teil der Antwort. Staatliche Finanzierungsmöglichkeiten bieten Anreize.⁷ Allerdings müssen sich Vertreter:innen der betroffenen Gruppen ihren Platz in der Organisation und ihren Zugang zu Ressourcen erkämpfen. Aus Sicht der schwulen Aktivisten spielte zudem strategisches Kalkül mit hinein: Ziel war es, der gesellschaftlichen Stigmatisierung von HIV als ›Schwulenkrankheit‹ entgegenzuwirken.

»Uns Schwule in den AIDS-Hilfen brachte die stärkere Akzentuierung der Drogenarbeit aus AIDS-Hilfe-Sicht in ein Dilemma: Einerseits konnten und wollten Schwule sich diesem Betätigungsfeld nicht entziehen, bot es doch die Möglichkeit, die Gleichsetzung von Schwul = AIDS – und umgekehrt – aufzulösen. Dem stand gegenüber, daß ihnen die sozialen Lebensverhältnisse und Verhaltensweisen von DrogengebraucherInnen überwiegend als fremd, unverständlich und beängstigend erschienen, wohl auch erscheinen mussten.« (Pieper & Vael 1993:29)

Der Diversifizierungsprozess geht also mit sehr konkreten Herausforderungen und Fremdheitsgefühlen einher. Die DAH steht vor der Entscheidung:

7 Allerdings müssen, wie der Fall der Inklusion von Migrant:innen zeigt, die staatlichen Geldgeber:innen teilweise auch erst überzeugt werden, was insbesondere mit epidemiologischen Daten und durch die Beteiligung von Vertreter:innen der jeweiligen Betroffenenengruppen gelingt.

Ist sie primär eine ›schwule‹ Organisation oder eine HIV-Organisation für verschiedene Gruppen, die von HIV/Aids besonders betroffen sind? Im Jahr 2002 – der Öffnungsprozess für Migrant:innen hat bereits begonnen – wird in einer Dokumentation zum »Strategieworkshop Interkulturelle Öffnung« festgehalten:

»Trotz aller Schwierigkeiten, interkulturelle Öffnung zu definieren, bestand Einigkeit unter den Teilnehmer/innen, dass eine interkulturelle Öffnung von AIDS-Hilfe und AIDS-Hilfen [sic] unabdingbar ist. AIDS-Hilfe ist nicht (mehr) primär der Ort schwuler Emanzipation, sondern der Ort zum Thema AIDS und damit für alle da.« (DAH 2002b:40)

Die DAH entscheidet sich also für Letzteres und öffnet sich – in den 1980er Jahren für Drogengebrauchende, Anfang der 1990er Jahre für HIV-positive Frauen und in den 2000er Jahren schließlich auch für bestimmte Migrant:innengruppen.

Öffnung für Migrant:innen: Phasen eines Wandels

Im Hinblick auf die Frage, wie Migrant:innen von der DAH adressiert und inkludiert wurden, unterscheiden wir drei Phasen: Solidarisierung (1985-1996), Delegierung (1996-2000) und Inklusion (2001-2020).

Phase 1: Frühe Solidarisierung (1985-1996)

In den ersten Jahren nach der Gründung erklärt sich die DAH solidarisch mit Migrant:innen und vertritt in ihrer Öffentlichkeitsarbeit und politischen Interessenvertretung dezidiert antirassistische und solidarische Positionen, beispielsweise gegen die Internierungspläne in Frankfurt oder Zwangstestungen von eingewanderten Menschen in Bayern (Kostimpas & von Unger 2021). Schwule und bisexuelle Männer, Asylbewerber:innen, Arbeitsmigrant:innen und weitere Gruppen geraten Ende der 1980er Jahre in das Visier einer repressiven Politik und die DAH bezieht klar Stellung dagegen. Von 1987 bis 1992 formiert sich eine antirassistische Politik und Protestkultur, wesentlich von der DAH und weiteren zivilgesellschaftlichen Akteure getragen, die sich unter anderem gegen die Politik des bayrischen CSU-Politikers Peter Gauweiler richtet, der als politischer Gegenspieler zu Rita Süßmuth (CDU) ein Namensregister und Zwangstests für schwule, bisexuelle und eingewander-

te Menschen sowie Abschiebungen fordert (Ewing 2020:214ff.). Die DAH tritt dem Netzwerk *SOS Rassismus* bei und setzt sich kritisch mit Rassismus und dessen kolonialen Wurzeln auseinander (DAH 1991).

Bereits ab 1985 stellt die DAH auch mehrsprachiges Informationsmaterial her (auf Türkisch und in weiteren Sprachen), um Migrant:innen mit ihrer Aufklärungsarbeit zu erreichen.⁸ Das Material wird von verschiedenen Organisationseinheiten erstellt und nicht von einer Einheit, die speziell für Migration oder Migrant:innen zuständig ist. Es gibt auch noch keine Strategie zur Bündelung und konzeptionellen Ausrichtung der Initiativen und Angebote.

Im Jahr 1991 findet das Fortbildungsseminar »AIDS-Aufklärung mit AusländerInnen« für Mitarbeiter:innen lokaler Aidshilfen statt, weitere folgen 1992 und 1995. Ab 1994 gibt es Workshops für »Schwule aus anderen Ländern« (Multiplikatorenschulung) sowie für »ausländische Stricher« (männliche Sexarbeiter). Auch Rassismus und Ausländerfeindlichkeit werden thematisiert. So finanziert die DAH in Zusammenarbeit mit der *Schwulen Internationalen* eine Plakatkampagne »Lachen, Lieben, Kämpfen – Gemeinsam gegen Ausländerfeindlichkeit und Schwulenhass« (DAH 1992) und unterstützt Initiativen der Selbstorganisation migrantischer, schwuler Männer, auch gemeinsam mit dem Leben- und Schwulenverband (vgl. Schönwälder & Bökle 2022 in diesem Band).

HIV-positive Migrant:innen sind in den Jahresberichten, Veranstaltungen, Angeboten und Produkten der DAH in dieser Zeit allerdings kaum präsent – von wenigen Ausnahmen abgesehen. So nimmt eine Person 1990 an der ersten Bundespositivenversammlung teil und kommentiert diese Erfahrung kritisch im Magazin der Deutschen Aidshilfe: Die DAH habe bei der Organisation der Veranstaltung nicht ausreichend das Bedürfnis nach Anonymität berücksichtigt, es sei eine namentliche Registrierung erforderlich und die Presse anwesend gewesen.

8 Die erste türkischsprachige Broschüre »AIDS INFO« wird 1985 von einem »türkischen Arzt in Berlin verfaßt« und »mit Unterstützung des Berliner Senats und der Ausländerbeauftragten des Berliner Senats« herausgegeben (DAH 1986). Im folgenden Jahr erscheinen die »AIDS INFO« Faltblätter in zehn Sprachen: Italienisch, Griechisch, Türkisch, Spanisch, Portugiesisch, Serbokroatisch, Polnisch, Französisch, Arabisch und Englisch, 1990 ergänzt durch Russisch und Rumänisch, 1991 durch Vietnamesisch. Dabei wird auf die kulturspezifische Ansprache in den Übersetzungen geachtet (DAH 1990a:8). Neben allgemeinen Aufklärungsbroschüren zu Aids werden Broschüren und Faltblätter zu schwuler Sexualität und für ausländische Stricher produziert (auf Türkisch, Englisch und Französisch).

»Ich als AIDS-Positiver, dazu noch als einziger farbiger Ausländer, der an dieser Positivenversammlung teilgenommen hat, habe den Eindruck, daß die Organisatoren der Deutschen AIDS-Hilfe von Anfang an nicht an die Ängste und die Verzweiflung der Positiven gedacht haben und damit auch das Vertrauen von manchem Positiven aufs Spiel gesetzt haben.« (DAH 1990c:5)

Auf dem Kongress formiert sich eine Arbeitsgruppe zur Selbstorganisation von HIV-positiven Ausländer:innen, die folgende Probleme identifiziert:

»AIDS-Hilfen müssen zwar der Ausländerbehörde keine HIV-positiven AusländerInnen melden, haben aber auch kein Zeugnisverweigerungsrecht. Das Mißtrauen ist groß, weil die AIDS-Hilfen häufig für staatliche Einrichtungen gehalten werden. [...] Der Druck, die Anonymität wahren zu müssen, ist für AusländerInnen wesentlich größer als für Deutsche, da HIV ein Ausweisungsgrund sein kann. Diese Situation entspricht nicht dem Präventionskonzept der Deutschen AIDS-Hilfe. Homosexuelle und HIV-positive Ausländer werden oft auch von ihren eigenen Landsleuten diskriminiert. Die Isolation wird auf diese Weise total.« (DAH 1990b:83-84)

Für viele Migrant:innen ist ein offener Umgang mit der eigenen HIV-Infektion keine praktikable Option. Zu groß sind die damit verbundenen sozialen und rechtlichen Risiken. Das erzeugt Passungsprobleme mit der Arbeitsweise der DAH. Die Interessenvertretung durch die DAH ist daher zu diesem Zeitpunkt in erster Linie eine Stellvertretung.

In dieser ersten Phase wird ein *Referat für Internationales* (1991-1996) eingerichtet, das die europäische Zusammenarbeit von zivilgesellschaftlichen HIV/Aids-Organisationen (*European Council of AIDS Service Organisations*) koordiniert und den Schwerpunkt auf die Vernetzung von Initiativen im Drogenbereich legt. Nachdem es 1993 in Solingen zu einem rassistisch motivierten Anschlag kommt, beschließt die zuständige Referentin, Migration und eingewanderte Menschen ebenfalls zu einem Schwerpunktthema zu machen (Int6). Ein dramatisches politisches Ereignis war also ein Impuls für Veränderung. Ein weiterer Impuls war das Beispiel verwandter Organisationen in anderen Ländern. Die Referentin hatte festgestellt, dass z.B. in Kanada, UK und den USA viel mehr zum Thema Migration gearbeitet wurde. Allerdings geht diese Neuausrichtung der Arbeit mit gewissen Risiken einher, denn »(...) das Thema Migration in Verbindung mit HIV/Aids [ist] besonders heikel. Immer wieder wird es für politische Zwecke mißbraucht.« (DAH 1993b:21). Dennoch versucht sie verstärkt, Migrant:innen einzubeziehen.

Dies ist kein leichtes Unterfangen, weil es zu diesem Zeitpunkt kaum HIV-positive Migrant:innen gibt, die sich in der DAH engagieren wollen.⁹ Auch Migrantenselbstorganisationen nimmt die Referentin als zurückhaltend wahr, die Bereitschaft, sich des stark stigmatisierten Themas anzunehmen, ist begrenzt. Als die Referentin Primärprävention für Migrant:innen entwickeln will, wird dies auch von der BZgA abgelehnt. Die BZgA begreift Migrant:innen zu diesem Zeitpunkt als Teil der Allgemeinbevölkerung und verortet diese Aufgabe eher im eigenen Zuständigkeitsbereich. Mitte der 1990er Jahre ist sowohl die Existenz einer relevanten Anzahl HIV-positiver Personen mit Zuwanderungsgeschichte als auch die Fähigkeit der DAH umstritten, diese Zielgruppe zu erreichen: »Und ich kann mich erinnern, dass Dr. [Name], der ja damals die BZgA oder diese Abteilung leitete, mir sagte ›Und wo sind nun Ihre positiven Migranten?‹« (Int6, Teil 1:436-444). Fünf Jahre nach seiner Gründung wird das Referat für Internationales wieder geschlossen. Damit beginnt die zweite Phase, in der die Verantwortung für den sich immer klarer abzeichnenden neuen Arbeitsbereich Migration an andere übertragen wird.

Phase 2: Delegierung (1996-2000)

Im Zuge der Auflösung des Referats für Internationales beschließt die Mitgliederversammlung der DAH 1996 außerdem, Migrant:innen *nicht* als Zielgruppe der eigenen Arbeit zu definieren. Bemerkenswerterweise führen diese Beschlüsse nicht zur Einstellung der migrationsbezogenen Aktivitäten der DAH, stattdessen werden sie nun unter neuen Vorzeichen und vor allem in Zusammenarbeit mit dem *Verband für Interkulturelle Arbeit Berlin Brandenburg e.V.*¹⁰ weitergeführt (und weiter von der BZgA finanziert).

-
- 9 Ehemalige Mitarbeiter:innen der DAH berichten, dass es auch in den 1980er und 1990er Jahren Personen gab, die nach Deutschland eingewandert waren und sich in der DAH und im Verband engagierten, aber diese taten dies nicht als Ausländer:innen oder Migrant:innen, sondern zum Beispiel als schwule Männer. Das heißt die sexuelle Identität und die Bezugnahme auf schwule Communities stand im Mittelpunkt ihres Engagements, nicht die Verortung als eingewanderte Personen.
 - 10 Der Verein ist ein Zusammenschluss von Organisationen der Ausländer:innenarbeit, der dem bundesweiten Verband der Initiativgruppen für Ausländerarbeit (VIA) angehört. Die ehemalige Referentin für Internationales der DAH ist zu VIA Berlin Brandenburg gewechselt und begleitet die migrationsbezogenen Aktivitäten von dort aus weiter.

Die Frage, ob Migrant:innen als Zielgruppe angesehen werden sollen, ist in den 1990er Jahren in der DAH stark umstritten. Zwar ist bekannt, dass zugewanderte Menschen von HIV/Aids betroffen sind, und dass Migrant:innen auch in den etablierten Zielgruppen (z.B. schwule Männer, Stricher, Drogengebrauchende, Menschen in Haft etc.) vertreten sind. Gleichzeitig werden Migrant:innen jedoch nicht als eine eigene Zielgruppe und Hauptbetroffenen-Gruppe angesehen. Mehrere Gründe sprechen dagegen: Zu groß erscheinen die Unterschiede unter Migrant:innen; zu gefährlich erscheint es in diskursiver Hinsicht, Migrant:innen zu einer Zielgruppe zu erklären und damit einer weiteren Stigmatisierung besonders vulnerabler Gruppen (wie Asylbewerber:innen) Vorschub zu leisten; und zu wenig erscheint Aidshilfe als ausreichend kompetenter Akteur, um (über die Betreuung von migrantischen Einzelpersonen vor Ort hinaus) Primärprävention und politische Interessenvertretung für Migrant:innen zu organisieren (Narimani 1998).

HIV-Statistiken weisen zu diesem Zeitpunkt vor allem Migrant:innen aus sog. »Hochprävalenzländern« in Subsahara-Afrika und Asien als betroffene Gruppe aus. Eine differenziertere Berichterstattung wird erst mit Einführung des Infektionsschutzgesetzes 2001 möglich. Die DAH orientiert sich an HIV-Statistiken, aber vor allem auch an den Erfahrungsberichten ihrer Mitgliedsorganisationen – und hier stehen Ende der 1990er Jahre reale Migrant:innen mit HIV/Aids »vor der Tür« (dieser Ausdruck fand in verschiedenen Interviews Verwendung; zu den Entwicklungen in einer lokalen Aidshilfe siehe auch Kostimpas & Schönwolff 2022). Die DAH weiß also um diese Gruppe und prangert die Benachteiligung dieser Menschen an, fühlt sich aber nicht in der Lage, in diesem Bereich selbst eine »sinnvolle Arbeit« zu leisten. So wird auf der Mitgliederversammlung 1996 in Potsdam die Schließung des Fachbereichs Internationales mit folgender Begründung beschlossen:

»Unser zweites Sorgenkind ist der Bereich Internationales. Eine Aufstockung der Mittel für diesen Bereich ist realistisch betrachtet nicht möglich. In der Bewertungsskala des Bundesgesundheitsministeriums steht Internationales ganz unten und droht zu kippen. Es ist aber ganz klar, daß mit der derzeitigen Ausstattung eine sinnvolle Arbeit kaum möglich ist. Wollen wir dies weiterhin als Alibiposten behalten, oder sollten wir nicht viel eher einen Schnitt legen: ohne ausreichende Finanzierung, keine Leistung. Die Mög-

lichkeit einer aktiven Abgabe der MigrantInnenarbeit z.B. an VIA muß ebenfalls ernsthaft überlegt werden.« (MV Protokoll, DAH 1996:4)

Wie stark die staatliche Finanzierung die Arbeit der DAH beeinflusst, wird hier genauso deutlich wie das Gefühl der Überforderung. Weiter heißt es im Bericht des Bundesgeschäftsführers unter dem Punkt Bündnispolitik:

»Die DAH leistet auf ihren unterschiedlichen Ebenen MigrantInnenarbeit und stößt dabei oft auf ihre Grenzen. Was vor Ort gelegentlich schon passiert, daß nämlich die Kooperation mit Selbsthilfeorganisationen von MigrantInnen gesucht wird, geschieht auch auf Bundesebene, indem wir die Zusammenarbeit mit VIA verstärken und seine Arbeit unterstützen. Dies geschieht aus der Einschätzung heraus, daß die AIDS-Arbeit für MigrantInnen strukturell besser bei den Selbsthilfeorganisationen der Flüchtlinge und Einwanderer angesiedelt sein dürfte als bei der DAH. Anstatt sich eine weitere Zielgruppe ›unter den Nagel zu reißen‹, sollte AIDS-Hilfe m.E. in diesem Bereich Aufgaben aktiv abgeben und die Strukturen fördern, die dafür notwendig sind.« (Ebd.:6f)

Die Aufgabe, HIV-Prävention für Migrant:innen zu entwickeln, wird also an Migrant:innen-Organisationen und VIA abgegeben. In Berlin richtet VIA kurz darauf ein (kommunales) Beratungsangebot für afrikanische Migrant:innen mit HIV/Aids (»Afrikaherz« 1998) ein. Bundesweit gibt es jedoch keinen anderen Akteur, der die Vernetzung in dem Bereich übernimmt. Und so bleibt diese Aufgabe de facto weiterhin bei der DAH und wird über einzelne Projekte abgewickelt. Es wird beispielsweise eine Arbeitsgruppe »Migration und AIDS« ins Leben gerufen, an der neben Personen aus den Mitgliedsorganisationen auch Vertreter:innen des Öffentlichen Gesundheitsdienstes und der BZgA teilnehmen – ein Verweis darauf, dass auch staatliche Akteure das Thema als relevant erachten. Die Erarbeitung eines umfangreichen Handbuchs für Fachkräfte (DAH 1998a) wird finanziert. Eine Bestandsaufnahme zu afrikanischen Communities und HIV/Aids wird in Auftrag gegeben (Muluneh & Waka 1999).¹¹ Im Jahr 2000 wird ein erster DAH-Forumsband zum Thema Aids und Migration veröffentlicht (DAH 2000). Diese Aktivitäten zeigen, dass sich

11 Diese Bestandsaufnahme zu »Afrikanischen Communities in Deutschland« (Muluneh & Waka 1999) wird im Auftrag der DAH in Zusammenarbeit mit VIA-Regionalverband Berlin-Brandenburg e.V. erstellt. Die Autor:innen sind zwei afrikanische (äthiopische) Ärzte, die im Zuge ihrer Recherchen Seminare und Projekte (in Deutschland, den Niederlanden und UK) besuchen und in ihrem Bericht auf Potentia-

ein neuer Arbeitsbereich der HIV-Prävention formiert, weil konkrete Probleme der HIV-bezogenen Information, Unterstützung und Versorgung eingewanderter Menschen bearbeitet werden (müssen).

Die Haltung der DAH zu ihrer eigenen Rolle ist in diesen Jahren jedoch durch und durch ambivalent. Dies wird auch auf der Mitgliederversammlung im Jahr 2000 offenbar. Hier wird eine Resolution zum Thema Migration verabschiedet, in der die unzureichende Gesundheitsversorgung von Migrant:innen angeprangert und vielfältige politische Forderungen formuliert werden (z. B. die Abschaffung von Zwangstests bei Asylsuchenden, die sozialrechtliche Gleichstellung von Asylsuchenden, und die Anerkennung von HIV/Aids als Abschiebehindernis). Mit ihrer Kritik an repressiven Gesetzen für Migrant:innen und Asylsuchende greift die Resolution Positionen auf, die seit den 1980er Jahren von der DAH vertreten werden. Nun wird jedoch zusätzlich eine steigende epidemiologische Betroffenheit von Migrant:innen festgestellt und der eigene Anspruch bekräftigt, die Interessen aller Personen mit HIV/Aids zu vertreten:

»Die Deutsche AIDS-Hilfe versteht sich als Interessenvertretung der Menschen mit HIV und AIDS unabhängig von ihrem Geschlecht, ihrer sexuellen Orientierung, Lebensweise oder Herkunft. In den vergangenen Jahren hat die Gruppe der MigrantInnen mit HIV und AIDS in der Arbeit der AIDS-Hilfe qualitativ und quantitativ an Bedeutung gewonnen. Bei den HIV-Neudiagnosen stellt diese Gruppe inzwischen den zweitgrößten Anteil [nach Männern, die Sex mit Männern haben, Anm. d. Verf.].« (MV Protokoll 2000)

Allerdings hält die DAH weiter an ihrer Grundsatzentscheidung von 1996 fest, nach der Migrant:innen keine Zielgruppe der eigenen Arbeit darstellen.

»Der Text [die o.g. Resolution, Anm. d. Verf.] spiegele eine längere Diskussion innerhalb der Deutschen AIDS-Hilfe wider und solle nicht die Beschlusslage der Deutschen AIDS-Hilfe von 1996 (MV Potsdam) revidieren, wonach Migrant(inn)en keine Hauptbetroffenengruppe der AIDS-Hilfe seien. Wohl sei aber mit dem Beschluss verbunden, dass die Deutsche AIDS-Hilfe im Rahmen ihrer Vertretung der Interessen von Menschen mit HIV und AIDS den

le einer Selbstorganisation afrikanischer Migrant:innen im Hinblick auf Gesundheit und HIV hinweisen.

Bedürfnissen und Interessen von Migrant(inn)en mit HIV und AIDS besondere Berücksichtigung schenke.« (MV Protokoll 2000, S. 16)

Hier zeigt sich ein Ringen um die eigene Zuständigkeit. Einerseits will man die Bedürfnisse und Interessen von Migrant:innen mit HIV/Aids im Rahmen der Interessenvertretung berücksichtigen, wenn auch nur stellvertretend, andererseits sieht man sich dazu nicht in der Lage – oder war auch nicht wirklich willens –, die Selbstorganisation dieser Gruppe unter dem Dach der eigenen Organisation zu ermöglichen und das neue Arbeitsfeld federführend zu entwickeln. So wird die Verantwortung einerseits delegiert, und gleichzeitig werden Projekte und Initiativen in der Organisation fortgeführt. Die Bundesgeschäftsstelle geht dazu über, Migration als Querschnittsthema anzusehen und organisiert einen Arbeitskreis, um die verschiedenen migrationsbezogenen Aktivitäten zu koordinieren.

War die erste Phase von Solidarisierungsbekundungen und einzelnen Initiativen und Projekte geprägt, zeichnet sich die zweite Phase durch eine Fortführung dieser Aktivitäten aus, die jedoch von Beschlüssen begleitet werden, die eine eigene Zuständigkeit verneinen: Eine bereits eingerichtete Organisationsstruktur, das Referat für Internationales, wird wieder geschlossen, und Migrant:innen werden zur Nicht-Zielgruppe erklärt. Dass Letzteres überhaupt erforderlich ist, verweist auf einen Handlungsbedarf zu dem sich die DAH verhalten muss. Die Aufgabe, den neuen Arbeitsbereich zu koordinieren und Migrant:innen als Gruppe zu inkludieren, wird in dieser zweiten Phase jedoch (noch) abgelehnt. Dies ändert sich grundlegend in der dritten Phase, deren Anfang wir in den frühen 2000er Jahren verorten.

Phase 3: Inklusion von Migrant:innen (2001-2020)

In der Organisation bildet sich in den 2000er Jahren zunehmend die Einsicht, dass die Delegation der Verantwortung an VIA und Migrant:innenorganisationen und das Konzept von Migration als Querschnittsthema nicht ausreichen (Int3:473). Daher wird 2001 der Aufgabenbereich des neu zu besetzenden Frauenreferats in der Bundesgeschäftsstelle um den fachlichen Aspekt »Migrantinnen« (MV Protokoll 2000:5) ergänzt. Die Stelle wird mit einer Frau besetzt, die einen Migrationshintergrund hat. Auch in anderen Fachbereichen werden Migrant:innen zunehmend relevant, da sie in den jeweiligen Zielgruppen immer auch vertreten sind. Die DAH setzt sich mit dem Konzept der interkulturellen Öffnung auseinander und organisiert einen Strate-

gieworkshop, an dem auch Vertreter:innen aus den Mitgliedsorganisationen teilnehmen (DAH 2002b). Allerdings ist es – so unsere These – vor allem die Organisation der Selbsthilfe von afrikanischen Migrant:innen mit HIV/Aids, die den Ausschlag dazu gibt, dass die DAH ihre Haltung ändert und den MV-Beschluss von 1996 revidiert: Im Jahr 2001 organisiert die DAH ein erstes Treffen HIV-positiver afrikanischer Migrant:innen (über den Fachbereich »Leben mit HIV«) und beschreibt das Ereignis im Jahresbericht wie folgt:

»Die meisten Migrant(inn)en, die in unsere Mitgliedsorganisationen kommen, suchen dort Rat und Hilfe. Dass immer mehr von ihnen aber auch selbst aktiv sind oder es werden wollen, erwies sich bei dem ersten **»Bundesweiten Treffen für positive afrikanische Migrantinnen und Migranten«**, das die DAH im Dezember in Berlin veranstaltet hat. 21 Frauen und Männer aus ganz Deutschland, die allein schon aufgrund ihrer Hautfarbe besondere Diskriminierung fürchten müssen und auch in ihren Communities keinen Rückhalt finden, wenn ihre HIV-Infektion bekannt wird, kamen zusammen, um die Möglichkeit zu Austausch und Vernetzung, zum Wissenserwerb in den Bereichen Medizin, Prävention und Recht und zur Diskussion über kulturspezifische Umgangsweisen mit HIV/AIDS zu nutzen.« (DAH 2002c:14, *Hervorh. im Original*)

Dieses Treffen unter dem Dach der DAH ist ein Novum. Es wird legitimiert durch den Willen der Betroffenen zum Engagement. Sie wollen mehr als »nur« Hilfeleistungen in den lokalen Aidshilfen beziehen. Betont wird hier die Mehrfachbenachteiligung der HIV-positiven Migrant:innen:

»Und einmal mehr zeigte sich, dass die HIV-Infektion nur eines von vielen Problemen ist, mit denen sie sich herumschlagen müssen [...]. Spürbar war allerdings auch, wie gut es tut, mit Menschen über seine Sorgen sprechen zu können, die in der gleichen Situation sind wie man selbst. So etwas entlastet und gibt neue Kraft: Die Unterstützung durch ein bundesweites Netzwerk und die AIDS-Hilfe hilft den Teilnehmer(inne)n dabei, in ihren Communities über HIV/AIDS aufzuklären und sich gemeinsam mit anderen für ein offenes Leben mit HIV/AIDS einzusetzen. Solche »Peers« sind wichtige Akteure und unsere natürlichen Partner in der Präventionsarbeit, weil sie Zugang zu jenen Gruppen haben, die uns weitgehend verschlossen bleiben. Eine solche Kooperation erfordert es allerdings auch, Migrant(inn)en verstärkt in die AIDS-Hilfe-Arbeit einzubeziehen. Da Migrant(inn)en aber nur wenig über die AIDS-Hilfe und deren Strukturen wissen und beide Seiten

mit völlig neuen Lebenswelten in Kontakt kommen, verlangt dies von allen Beteiligten viel Geduld und Nachsicht. Die Erwartungen, das hat das Treffen gezeigt, sind groß, und wir sind entsprechend gefordert.« (Ebd.:14f.)

Die DAH (das *Wir* im Text) sieht sich also »gefordert«, sich »völlig neue[n] Lebenswelten« zu öffnen. Gegenüber den betroffenen Migrant:innen nimmt die DAH eine helfende und beschützende Haltung ein. Es gehe darum, einen geschützten Raum für mehrfach stigmatisierte und besonders benachteiligte Personen anzubieten und die Selbsthilfe dieser Gruppe zu unterstützen. Aus dem ersten Treffen entwickeln sich in den Folgejahren zwei kontinuierliche Angebote für HIV-positive Afrikaner:innen, später auch für weitere Migrant:innen: a) jährliche bundesweite Treffen, die für alle zugewanderten, HIV-positiven Menschen im Verband der Aidshilfen offen sind und teilweise bis zu 80 Teilnehmende umfassen, und b) ein Netzwerk *AfroLebenPlus* – eine kleinere, stärker geschlossene (Selbsthilfe-)Gruppe von zunächst nur afrikanischen Migrant:innen mit HIV/Aids, die sich nach einigen Jahren auch für Migrant:innen aus anderen Teilen der Welt öffnet. Während die jährlichen Treffen für alle HIV-positiven Migrant:innen offen sind, sind die Mitglieder des Netzwerks in der Regel als Multiplikator:innen auch auf lokaler Ebene in der HIV-Prävention und Selbsthilfe tätig.

Das Netzwerk *AfroLebenPlus* bringt 2004 eine mehrsprachige Präventions-CD für afrikanische Migrant:innen in Deutschland heraus »Das Schweigen brechen! Break the Silence! Rompre le Silence!«, mit eingesprochenen Geschichten von Afrikaner:innen in Deutschland, die mit HIV/Aids leben (DAH 2004). Das Netzwerk bekommt 2006 einen Gaststatus und später ein Stimmrecht im Delegiertenrat der DAH, einem Beschlussgremium zwischen Mitgliederversammlung und Vorstand, das allerdings 2013 aufgelöst wird. Seitdem hat *AfroLebenPlus* wie auch andere Netzwerke kein formalisiertes Mitspracherecht mehr in den Gremien der DAH. Es wirkt aber bis heute an vielfältigen Produkten, Projekten und Veranstaltungen der DAH mit (DAH 2019, 2020).

Seit 2001 tritt also erstmals eine Gruppe von Menschen mit HIV/Aids und Zuwanderungsgeschichte in Erscheinung, die sich unter dem Dach der DAH organisieren will. Sie wird aktiv von nicht-migrantischen Mitarbeitenden der Bundesgeschäftsstelle unterstützt. In dieser Situation sind wesentliche Bedingungen erfüllt, um die Haltung der DAH zu ändern: *Erstens* entspricht die Vernetzung und Selbstorganisation der Gruppe dem Primat der Selbsthilfe und Selbstvertretung von Menschen mit HIV/Aids. *Zweitens* stellt die Gruppe

auch epidemiologisch (statistisch nachweisbar) eine Hauptbetroffenengruppe dar. Und *drittens* vernetzt die neue Struktur *AfroLebenPlus* bundesweite Personen, die auch lokal engagiert sind. Dadurch ist die DAH in ihrer Funktion als Dachverband angesprochen.

Auch die Arbeitsteilung mit der BZgA wird in den Nullerjahren auf dieser Grundlage neu verhandelt. Die DAH wird nun zuständig für HIV-Prävention mit Migrant:innen aus Subsahara-Afrika und weiteren Herkunftsländern. Ungefähr zeitgleich wird ein Aktionsplan der Bundesregierung (Bundesministerium für Gesundheit, Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit & Bundesministerium für Bildung und Forschung 2007) entwickelt, der Ressourcen eröffnet, um Migrant:innen einen verbesserten Zugang zu HIV-Prävention und Gesundheitsversorgung zu ermöglichen. In der DAH wird zunächst 2006 der bestehende *Fachbereich Frauen* gesplittet: Die volle Stelle wird intern aufgeteilt, um mit der anderen Hälfte Migrationsarbeit zu leisten. Seit 2008 gibt es einen eigenständigen *Fachbereich Migration*, der mit einer (Vollzeit-)Referent:innenstelle und einer Sachbearbeiter:innen-Stelle ausgestattet ist.

Mit diesem Fachbereich steigert sich das Angebot an migrationsbezogenen Veranstaltungen und Materialien noch einmal beträchtlich. Zusätzlich zu den oben genannten Vernetzungsstrukturen und Treffen für HIV-positive Migrant:innen finden Fortbildungen und Konzeptseminare statt, eine Befragung ermittelt den Stand der migrationsbezogenen Angebote und Bedarfe im Verband (von Unger & Klumb 2010) und es werden vielfältige primärpräventive Projekte mit Migrant:innen umgesetzt, etwa das migrantische Präventionstheaterprojekt mit Mitgliedern des Netzwerks *AfroLebenPlus*, das PaKoMi-Projekt (von Unger & Gangarova 2011), ein Multiplikator:innen-Projekt (MUMM) und ein Projekt mit afrikanischen Kirchengemeinden (»Deine Gesundheit, Dein Glaube: HIV-Prävention in afrikanischen Kirchengemeinden«; DAH 2019). Ein Netzwerk für afrikanische Fachkräfte der HIV-Prävention (*Afrikanische Gesundheit und HIV-Netzwerk in Deutschland*, AGHNiD), das 2011 aus dem PaKoMi-Projekt hervorgegangen ist, wird in die Veranstaltungen und Projekte des Fachbereichs Migration einbezogen (zum Beispiel in die Entwicklung von Standards der HIV-Prävention für und mit Migrant:innen) (Gangarova 2015). Die Selbsthilfe von und Primärprävention mit verschiedenen Migrant:innen-Gruppen sind nun fest in den Strukturen der DAH verankert. Dabei wird migrationsbezogene Arbeit nicht nur vom Fachbereich Migration geleistet, sondern findet weiterhin – im Sinne der Bearbeitung von Migration als Querschnittsthema – auch in anderen Fach-

bereichen und Präventionsprojekten statt. Teilweise arbeiten verschiedene Fachbereiche zusammen, etwa die Fachbereiche Drogen und Migration bei dem bundesweiten Modellprojekt zum Thema Sucht und Migration (PaSuMi, 2017-2019).

Repräsentation von Migrant:innen

Als nächstes wenden wir uns der Frage zu, inwiefern sich die Inklusion von Migrant:innen in die Zuständigkeit und Arbeitsbereiche der DAH auch in der Mitgliedschaft und Personalstruktur der Organisation niederschlägt.

Mitglieder- und Personalstruktur

Zu den Mitgliedern der DAH zählen zivilgesellschaftliche Organisationen, die im Bereich der HIV-Prävention tätig sind.¹² Dazu gehören lokale und regionale Aidshilfen, Drogenberatungsstellen und andere Einrichtungen zu sexueller Gesundheit (nicht jedoch kirchliche Träger oder Einrichtungen des Öffentlichen Gesundheitsdienstes). Unter den Verbandsmitgliedern gibt es keine Organisation mit speziellem oder ausschließlichem Migrationsbezug. Die Mitgliedsorganisationen werden auf den jährlich stattfindenden Mitgliederversammlungen meist durch Geschäftsführer:innen oder Vorstände vertreten. Das sind nach unseren Beobachtungen mehrheitlich (Weiße) schwule Männer ohne erkennbaren Migrationshintergrund. Seit 2018 gibt es erstmals einen afrikanischen Mann im Vorstand eines Landesverbands der Aidshilfen (in NRW).

In der Bundesgeschäftsstelle (BGS) arbeiten 75 Personen als hauptamtliche Mitarbeiter:innen in Teil- oder Vollzeit (Stand: 02.2020). Der Anteil von Personen mit Migrationsgeschichte unter diesen Beschäftigten wird auf ungefähr 10 Prozent geschätzt (GD6), eine statistische Erhebung gibt es dazu nicht. Die Belegschaft wird als »überwiegend Weiß« (GD6) beschrieben. Migrant:innen sind vor allem in den Fachbereichen Migration und Internatio-

12 Zwar gibt es auch die Möglichkeit einer Fördermitgliedschaft für individuelle Personen, die eigentlichen Mitglieder der DAH sind jedoch Mitgliedsorganisationen, also juristische Personen. Von 27 Mitgliedsorganisationen im Jahr 1986 steigt die Zahl der Mitgliedsorganisationen auf 123 im Jahr 1991. Seitdem liegt die Zahl der Mitgliedsorganisationen relativ stabil bei ungefähr 120 bis 130 Einrichtungen.

nales beschäftigt, wobei bei diesen Beschäftigten Migrationserfahrungen aus osteuropäischen und zentralasiatischen Regionen überwiegen.¹³

Von 1991 bis 1995 war eine Frau ohne Zuwanderungsgeschichte Referentin für Internationales, anschließend hatte ein nordamerikanischer Mann diese Position für ein Jahr inne. Anfang der Nullerjahre leitete eine Frau mit Migrationsbiografie den Fachbereich Frauen und übernahm auch koordinierende Funktionen im Hinblick auf Migrationsprojekte. Von 2006 bis 2010 war eine Frau ohne Zuwanderungsgeschichte (die heutige Geschäftsführerin) als Referentin zunächst in dem geteilten Fachbereich Frauen und Migration und anschließend in dem eigenständigen Fachbereich Migration tätig. Seit 2010 ist die Leitung des Fachbereichs Migration durch eine Frau mit osteuropäischem Migrationshintergrund besetzt. Im Migrationsreferat ist seit 2008 eine Mitarbeiterin aus Zentralafrika als Sachbearbeiterin beschäftigt. Es handelt sich dabei um die erste (und lange Zeit einzige) Schwarze Person bei der DAH. In dem Projekt zu Migration und Sucht (PaSuMi, 2017-2019) waren Frauen mit Migrationshintergrund befristet beschäftigt. In vielen Fällen werden Migrant:innen punktuell als Honorarkräfte zum Beispiel für Übersetzungs-, Trainings- und Referent:innentätigkeiten einbezogen.

Im Jahr 2016 ist die DAH Ziel einer kleineren öffentlichen Protestaktion. Gefordert wird die Schaffung von mehr festen Stellen für Migrant:innen (Int3:901-913). Auch in den von uns geführten Gruppendiskussionen bringen aktuelle Mitarbeiter:innen der BGS zum Ausdruck, dass es erstrebenswert wäre, mehr Migrant:innen und *People of Color* (PoC) einzustellen (GD2). Die Problematisierung dieser fehlenden Repräsentanz wird dabei auch über ›race‹-Kategorien wie Weiß und PoC gerahmt. Dies verweist auf den Einfluss aktivistischer und wissenschaftlicher Diskurse um strukturellen und institutionellen Rassismus und postkoloniale Konzepte kritischen Weißseins, die in den Diskussionen der DAH artikuliert werden. Zudem konstituieren Migrant:innen aus Subsahara-Afrika zwar eine im Kontext von HIV/Aids besonders relevante Gruppe, sind aber bis heute in den Personalstrukturen der DAH deutlich unterrepräsentiert. Diese Faktoren lassen es plausibel erscheinen, dass anti-Schwarzer Rassismus (neben weiteren Rassismen) Gegenstand der internen Reflexion und Diskussion um Diversität, Trägheit und Ausschluss in der Organisation ist.

13 Der Fachbereich Internationales wurde 2008 wieder eingerichtet und legt einen inhaltlichen Schwerpunkt auf die Zusammenarbeit und Vernetzung mit HIV-NGOs, insbesondere in Osteuropa.

Leitungspositionen der Geschäftsführung und des Vorstands

Auch in Leitungsfunktionen sind Migrant:innen bislang wenig vertreten. Die DAH wird maßgeblich durch einen fünfköpfigen Vorstand und eine Geschäftsführung (Doppelspitze) geführt und nach außen vertreten. Der Vorstand der DAH besteht derzeit aus fünf Personen: vier Männern und einer Frau. Mindestens die Hälfte der Vorstandsmitglieder soll HIV-positiv sein. Früher wurde auch Wert darauf gelegt, dass ein Mitglied mit dem Thema Drogengebrauch assoziiert ist und eine Person aus Ostdeutschland kommt. Diese Kriterien spielen nach Aussage des Vorstands heute aber kaum noch eine Rolle (wobei zwei Mitglieder des derzeitigen Vorstands aus einem neuen Bundesland kommen) (GD1). Aktuell hat kein Vorstandsmitglied eine Migrationsbiografie.

In der Vergangenheit gab es eine Frau mit türkischer Migrationsgeschichte im Vorstand, die allerdings nach einiger Zeit zurücktrat, weil sie »ihre Vorstellungen von einer Stärkung des Migrationsbereichs nicht [habe] umsetzen können.« (DAH MV Protokoll 2005:10) Auf der Mitgliederversammlung 2005 stellt sich eine Frau mit Einwanderungsgeschichte zur Wahl: Sie hatte bereits bei Projekten zum Thema HIV und Migration (unter anderem am Handbuch von 1998) mitgearbeitet. Sie wird in den Vorstand gewählt, nimmt aber die Wahl nicht an. Im Jahr 2017 bewirbt sich zum ersten Mal eine afrikanische, offen HIV-positive Frau um ein Vorstandsamt. Diese Kandidatin, die seit mehreren Jahren im Netzwerk *AfroLebenPlus* aktiv ist, erzielt nicht die notwendige Anzahl von Stimmen. In einer Gruppendiskussion mit dem aktuellen Vorstand werden Gründe für das Scheitern in der allgemeinen Verbandslogik verortet: Man könne es »nicht nur auf den Migrationskontext [...] schieben« (GD1:996-1001), sondern auf die mangelnde Bekanntheit der migrantischen Kandidatin im Verband. Die DAH sei eben »ein Karnickelzuchtverein« (GD1:1018) – wer nicht bekannt sei, werde nicht gewählt. Der selbstironische Hinweis auf »Vereinsmeierei« ist aus unserer Sicht durchaus plausibel, da dies für zivilgesellschaftliche Verbandsstrukturen nicht untypisch ist. Allerdings zeigt sich hier auch die mangelnde Bereitschaft, Repräsentation herzustellen und dafür auch mal eine unbekannte Kandidatin zu wählen. Der Mangel an Bekanntheit der Kandidatin verweist zudem auf eine eingeschränkte Eingebundenheit und Sichtbarkeit von *AfroLebenPlus* im Verband.

Von 2006 bis 2008 wurde die Bundesgeschäftsstelle einmalig von einem migrierten Mann aus Lateinamerika geleitet. Zeitlich fiel die Einrichtung des Referats für Migration sowie die Wiedereinrichtung des Referats für Inter-

nationales in die Amtszeit dieses Geschäftsführers. Zusammenfassend waren bisher die Versuche von Migrant:innen, in Leitungspositionen der Geschäftsführung und des Vorstands aufzusteigen, jedoch entweder nicht erfolgreich oder nicht von Dauer. Insgesamt drängt sich daher das Bild einer »gläsernen Decke« auf, die den Aufstieg von Migrant:innen in Leitungsfunktionen der DAH behindert. Die gläserne Decke ist eine Metapher, mit der organisationale, politische oder auch kulturelle Gründe für die Unterrepräsentanz von Frauen, sowie von anderen benachteiligten Gruppen, in Führungsrollen in Unternehmen und anderen Organisationen beschrieben werden (Jackson & O'Callaghan 2009). Dabei handelt es sich um einen Mechanismus, der strukturell verankert ist und auch jenseits den Intentionen der beteiligten Individuen wirkt, da es sich um ein »hidden« system of discrimination« (Ebd.:463) handelt.

Ehrenamtliche versus hauptamtliche Arbeit

Die Fort- und Weiterbildung von Migrant:innen in der HIV-Prävention und die Arbeit mit Community-Vertreter:innen bilden seit den Nullerjahren und insbesondere seit Einrichtung des Fachbereichs für Migration zentrale Säulen der Präventionsarbeit. Diese Beteiligung von Migrant:innen wird über die langsam steigende Zahl migrantischer Fachkräfte, die in den Mitgliedsorganisationen und in der Bundesgeschäftsstelle beschäftigt sind, aktiv ermöglicht. Sie erfolgt jedoch nach wie vor mehrheitlich auf ehrenamtlicher Basis – unterstützt durch finanzielle Aufwandsentschädigungen. Aufwandsentschädigungen für ehrenamtliche Tätigkeiten sind nicht in allen Bereichen der Präventionsarbeit üblich, werden hier aber als erforderlich angesehen. Die Prekarität der Lebenslagen betroffener Migrant:innen erfordere eine besondere Unterstützung, um Beteiligung zu ermöglichen. Die Ungleichbehandlung gegenüber anderen Ehrenamtlichen in der Präventionsarbeit, die keine Aufwandsentschädigungen erhalten, wird zwar teilweise problematisiert (GD1), aber insgesamt für notwendig erachtet.

Von einzelnen, sich ehrenamtlich engagierenden Migrant:innen wurde uns gegenüber teilweise kritisch angemerkt, Möglichkeiten der Mitarbeit seien zu stark auf ehrenamtliche Tätigkeiten begrenzt und würden nicht immer ausreichend Anerkennung erfahren. Neben vielfältigen positiven Erfahrungen berichten einige ehrenamtlich Engagierte, darunter Personen mit HIV/Aids, auch von negativen Erfahrungen wie mangelnder Unterstützung, Instrumentalisierung und Ausgrenzung. Auch würden Er-

wartungen enttäuscht, wenn die finanzielle Entschädigung ausbleibe, keine Verstetigung der Arbeit stattfinde und nur eingeschränkte Möglichkeiten bestünden, angestellt zu werden. Die Probleme scheinen vor allem auf lokaler Ebene angesiedelt zu sein, wo HIV-positive Migrant:innen in Form von Selbsthilfetreffen, Unterstützung und Beratung von anderen Migrant:innen ehrenamtlich aktiv sind. Beschäftigungsverhältnisse in Voll- oder Teilzeit gibt es für HIV-positive Migrant:innen in lokalen Aidshilfen nur sehr eingeschränkt – und wo es sie einmal gab, waren sie nur von kurzer Dauer. Einige Interviewte kritisieren die Diskrepanz zwischen ihrer Arbeit, die nicht entlohnt werde, und der Arbeit der hauptamtlichen (überwiegend nicht-migrantischen) Mitarbeiter:innen:

»Ich leite die Runde auf Englisch, auf Deutsch, auf Französisch, weil manche sprechen noch Französisch, die sind noch frisch und die können noch kein Deutsch. Muss diese alles machen. Und am Ende bringen die Aids-Hilfe [Stadt], da bringen sie einen Zettel für Teilnehmerliste. Teilnehmerliste müssen wir alle unterschreiben. Und ich frage mich noch, das ist für sie eine Arbeit, ne, das ist ihre Arbeitsstunde, oder nicht? Und ich, die die ganzen Stunden geleitet habe und vorbereitet habe, was bin ich [...] Das war für mich Ausnutzerei. [...] Sie verdienen ihre Stunden, wir arbeiten für sie.« (Int 25:460-468)

Die hier thematisierte ›Arbeitsteilung‹ in migrantische, unentgeltliche Community-Arbeit und bezahlte, professionelle Arbeit durch hauptamtliche Fachkräfte gibt einen Hinweis auf mögliche strukturelle Ungleichheiten in den Arbeitsbeziehungen bei Aidshilfen. Spannungen zwischen Ehrenamt und Hauptamt (und damit zusammenhängend auch Erfahrungen mangelnder Anerkennung des ehrenamtlichen Engagements HIV-positiver Menschen) sind auch in anderen Bereichen des Verbandes zu beobachten. In diesem Bereich sind sie allerdings besonders geprägt durch die ungleiche Repräsentation von Migrant:innen.

Wandel und Trägheit: Herausforderungen im Öffnungsprozess

Bisher haben wir gezeigt, dass Migrant:innen schon sehr früh in der politischen Arbeit der DAH thematisiert und teilweise auch in den Angeboten berücksichtigt wurden, es jedoch einige Zeit dauerte, bis sich Personen mit Migrationsgeschichte unter dem Dach der DAH selbst organisierten, und

noch etwas länger, bis migrationsspezifische Organisationsstrukturen gebildet und Migrant:innen auch hauptamtlich beschäftigt wurden. Dieser Öffnungsprozess, so langsam er auch vonstatten ging und so partiell er nach wie vor ist, verändert die Organisation: Es wurden neue Zielgruppen identifiziert und neue Arbeitsweisen entwickelt. Dabei kommt es mitunter zu Konflikten und Spannungen, weil nicht alle Arbeitsweisen an bisherige Routinen nahtlos anschließen und weil vermehrt Rassismus- und Diskriminierungserfahrungen zum Thema gemacht werden. Auf zwei solcher Konfliktfälle gehen wir nachfolgend exemplarisch ein und erörtern, wie diese in Bezug auf den Wandel der Organisation gedeutet werden können.

Vielfalt als Herausforderung: Das Kirchenprojekt

Die Tätigkeiten und Angebote des Referats für Migration ähneln in vieler Hinsicht denen anderer Fachbereiche, zum Beispiel im Hinblick auf die politische Arbeit gegen strukturelle Benachteiligungen und den Ansatz, HIV-Prävention lebensweltnah und partizipativ zu entwickeln. Multiplikator:innen-Schulungen und Peer-Ansätze sind in allen Fachbereichen zu finden. Teilweise scheinen die Angebote des Fachbereichs für Migration besonders innovativ zu sein, zum Beispiel die Verwendung kreativer Methoden wie Photovoice, Mapping, Präventionstheater oder Video- und Storytelling-Formate. Doch nicht alle Innovationen fügen sich in den etablierten Kanon harmonisch ein. An einigen Punkten kommt es zu Spannungen.

Ein Projekt, an dem sich unterschiedliche Orientierungen und Arbeitsweisen zeigen, ist das Kirchenprojekt »Deine Gesundheit, dein Glaube« (DAH 2019). Bei diesem Projekt des Fachbereichs für Migration, das wie alle anderen Projekte von der BZgA gefördert wird, werden afrikanische Kirchengemeinden in die HIV-Prävention eingebunden. Das Projekt gilt einerseits als großer Erfolg, gelingt es doch auf diesem Wege, afrikanische Migrant:innen in ihren Lebenswelten mit (lebensrettenden) HIV-Botschaften zu erreichen – über die Pastoren der Kirchengemeinden und mit Unterstützung einer von Migrant:innen selbstorganisierten Präventionstheatergruppe. Konzeptuell liegt der Fokus des Projekts nicht auf Primärprävention durch Safer Sex oder Safe Use, sondern auf dem Abbau HIV-bezogener Stigmatisierung durch religiöse Gemeinschaften und einen verbesserten Zugang zu medizinischer Behandlung (also auf Sekundär- und Tertiärprävention, die aber wiederum auch prä-märpräventive Effekte entfalten).

Das Kirchenprojekt wurde 2017 mit dem Community-Publikumspreis des Deutsch-Österreichischen AIDS-Kongresses ausgezeichnet und von der Weltgesundheitsorganisation in eine Sammlung von Best-Practice-Beispielen aufgenommen. Die Zusammenarbeit mit Kirchengemeinden ist in der DAH jedoch neu und umstritten. So kommt im Rahmen einer Gruppendiskussion zur Sprache, dass einzelne Pastoren sich ablehnend gegenüber Homosexualität äußerten. Ein langjähriger Mitarbeiter bemerkt:

» (...) dann hätte man früher gesagt ›Das kommt gar nicht in Frage, dass wir mit Pastoren zusammenarbeiten, die homophob sind.‹ Punkt. Das wär ein No-Go gewesen. Aber ich sehe es auch, es ist ein wunderbarer Schlüssel, ihr macht da eine wunderbare Aufgabe.« (GD4:1599-1602)

Bei einem anderen Mitarbeiter überwiegt das Unbehagen:

»Und von daher muss ich auch sagen, ich finde es (lachend) unerträglich fast, ja, Kirche, egal welche, kann nie ein Verbündeter von uns sein. Die Werte teilen wir nicht, die dort gelebt werden, ja, von den Kirchen.« (GD4:1646-1649)

Die anwesenden Mitarbeiterinnen des Fachbereichs Migration entgegnen, es zeigten bei weitem nicht alle Pastoren eine ablehnende Haltung und die negativen Äußerungen einzelner Personen seien nicht mit »Homophobie« gleichzusetzen. Vielmehr handele es sich um Unkenntnis und mangelnde Vertrautheit mit offen gelebter Homosexualität. Die Einstellungen und Äußerungen seien Gegenstand von Diskussionen unter den afrikanischen Migrant:innen im Projekt und es würden Lern- und Annäherungsprozesse stattfinden. Es lohne sich, diese auszuhalten. Denn über die Pastoren könnten bestimmte HIV-positive Menschen, die bisher als *late presenter* durch zu späte Diagnosen und verzögerten Therapiebeginn gesundheitlich stark benachteiligt sind, dazu bewegt werden, früher zum Arzt zu gehen; sie würden ermutigt, HIV-Medikamente regelmäßig einzunehmen; und Angehörige der Kirchengemeinden würden angehalten, andere Personen mit HIV/Aids zu unterstützen. Die Angst vor Ablehnung und Ausgrenzung »in den eigenen Communities« oder durch »die eigenen Landsleute« ist ein Aspekt, den HIV-positive Migrant:innen über die Jahre wiederholt als Problem beschrieben haben. Hier ermögliche das Kirchenprojekt eine wirksame Intervention.

Dieses Beispiel zeigt, dass die tradierte Herangehensweise – eine Community-basierte, akzeptierende Gestaltung der HIV-Prävention in den Lebenswelten – in dieser migrantischen Lebenswelt zu neuen Kooperationen

führt. Die ausdifferenzierte Struktur der DAH mit ihren diversen Fachbereichen und beteiligten Gruppen bietet Raum für sehr unterschiedliche Arbeitsweisen. Einerseits entspricht die Zusammenarbeit mit afrikanischen Pastoren den Grundsätzen der strukturellen Prävention, andererseits waren Kirchen traditionell Gegenspieler des (frühen) Aids-Aktivismus. Neuere Ansätze der HIV-Prävention mit Migrant:innen gehen also mit anderen Bündnissen und Schwerpunktsetzungen einher. Dies birgt Konfliktpotenzial, weil bisherige Selbstverständlichkeiten nicht mehr gelten. Ein solcher Wandel wirft auch die Fragen auf: Was haben die verschiedenen Einheiten der Organisation heute noch gemein? Und welche gemeinsamen Anliegen lassen es lohnenswert erscheinen, bestehende Differenzen auszuhalten? Fragen, die bei zivilgesellschaftlichen Organisationen einen höheren Stellenwert einnehmen als beispielsweise in privatwirtschaftlichen Unternehmen oder Verwaltungen.

Rassismus »wider Willen«

Ein weiterer Fall, der im Rahmen der Feldforschung mit uns diskutiert wurde, zeigt ein besonderes Konflikt-, aber auch Selbstorganisationspotenzial in der DAH. Im Zuge einer internen Sitzung wurde von einigen Mitarbeiter:innen der Bundesgeschäftsstelle Interesse an einem Austausch zum Thema Islam und Homophobie bekundet. Daraufhin war ein Streit unter den Mitarbeitenden entbrannt. Einige Mitarbeiter:innen lehnten einen Austausch zu diesem Thema ab und kritisierten den Themenzuschnitt als verfehlt und islamophob. Während die einen – überwiegend Weiße schwule Männer – argumentierten, es handele sich um einen legitimen Diskussions- und Fortbildungsbedarf und einen zutreffenden Problemzuschnitt (ähnlich wie Homophobie in der katholischen Kirche), lehnten andere – darunter insbesondere migrantische Mitarbeitende – den Vorschlag als stereotypisierend ab. Im Zuge des Konflikts bildete sich eine informelle Peergroup von migrantischen Mitarbeiter:innen, die sich untereinander austauschen wollten, um den als dominant und rassistisch wahrgenommenen Positionen etwas entgegenzusetzen. Der Status und die Zusammensetzung der Gruppe ist zum aktuellen Zeitpunkt unklar. Die Treffen der Gruppe dürfen in der Arbeitszeit stattfinden (Int19). Auch finden infolge des Konflikts Diversitätsschulungen auf freiwilliger Basis in der Bundesgeschäftsstelle statt, da ein mangelndes Bewusstsein für Rassismen und andere Diskriminierungsformen unter den Mitarbeitenden als Problem ausgemacht wurde.

Aus der Außenperspektive fällt auf, dass dieser spezielle Konflikt nicht neu ist und auch in anderen schwul-aktivistischen Kontexten zu Verwerfungen geführt hat (vgl. Ewing 2020; Schönwälder & Bökle 2022). Bereits in den 1970er und 1980er Jahren wurden islamische Gesellschaften, Gemeinschaften und Familien aus Sicht Weißer, schwuler Männer als Gefahr beschrieben – ein Muster, das parallel von Exotisierungen des islamischen ›Anderen‹ begleitet wurde (Ewing 2020). Inwiefern dies in der internen DAH-Debatte stattgefunden hat, an der wir nicht persönlich beteiligt waren, können wir auf Basis der vorliegenden Daten nicht sagen. Der Fall zeigt aber, wie lebendig die Streitkultur in der DAH nach wie vor ist und wie kritisch die eigene Arbeit auch in Bezug auf Rassismusk Diskussionen betrachtet wird. Dies verweist zum einem auf den Öffnungsprozess mit dem eine Etablierung und Artikulation migrantischer und rassismuskritischer Perspektiven in der Organisation einher geht, zum anderen auf einen konzeptuellen Wandel. Während Anfang der 2000er Jahre kulturelle Differenzen und kulturelles Lernen als notwendige Öffnungsbemühung angesehen wurden (DAH 2002b), werden heute vor allem Kulturalisierungen und rassistisch wahrgenommene Diskurse sowie Rassismuserfahrungen in der Organisation zum Thema gemacht.

Rassismuserfahrungen wurden uns auch von Migrant:innen in der Bundesgeschäftsstelle und im Verband berichtet, beispielsweise abwertende Äußerungen, Gesten und Mikroaggressionen (wie feindselige Blicke und Sprüche), insbesondere gegen afrikanische Migrant:innen und Frauen, die Kopftuch tragen (zum Beispiel auf den *Positiven Begegnungen*, einer Konferenz für HIV-positive Menschen in Deutschland). Einzelne schildern aus migrantischer Perspektive, sie hätten sich wie »ein Fremdkörper« (Int10:1135) in der DAH gefühlt. Auch doppelte Standards bei der Bewertung der Arbeit in der Bundesgeschäftsstelle werden als Problem erlebt.

Dass innerhalb der Organisation Rassismuserfahrungen zum Thema werden, mag angesichts der antirassistischen Programmatik, die schon in den 1980er Jahren von der DAH vertreten wurde, überraschen. Auch Formen des Rassismus, die auf der Ebene der Organisation institutionell verankert sind (und sich zum Beispiel in der mangelnden Repräsentation von Migrant:innen in der Personalstruktur äußern), wurden in den Diskussionen der Nullerjahre um die »interkulturelle Öffnung« und in aktuellen Debatten um Diversität, Diversity und Intersektionalität kritisch thematisiert. Und gleichzeitig ist es (aus soziologischer Perspektive) wenig überraschend, da Rassismen auch jenseits der Intentionen einzelner Akteur:innen hervorgebracht werden können. Insgesamt ist die DAH eine Organisation, die sich als kollektive Akteur:in

antirassistisch positioniert und deren Mitglieder und Mitarbeitende sich in vielen Fällen auch persönlich als Antirassist:innen verstehen. Nichtsdestotrotz kommt es zu Rassismen »wider Willen« (Weiß 2013). Wie auch andere Studien zeigen, sind aktivistische Zusammenhänge und Organisation, die sich als antirassistisch verstehen, nicht frei von rassistischen Ausschlüssen (Davis 2010).

Die oben erwähnte Peergroup verweist jedoch auch auf ein Organisierungspotenzial von migrantischen Mitgliedern der Organisation und auf den sich (langsam) vollziehenden personellen Wandel. Es gibt eine kritische Masse an Mitgliedern der Organisation, die sich als migrantische Mitarbeitende organisieren wollen. Sie erleben zwar Frustration und Unzufriedenheit, artikulieren diese aber zunehmend. Konflikte können als Ergebnis einer bereits erfolgten Öffnung gedeutet werden, wobei es entscheidend ist, ob diese konstruktiv gelöst werden (El-Mafaalani 2018).

Fazit

Insgesamt ist die Inklusion von Migrant:innen in der DAH in einen lang währenden und konfliktbehafteten Prozess des Ringens um Diversität eingebettet. Seitdem deutlich geworden ist, dass nicht nur schwule Männer, sondern auch andere Gruppen von HIV betroffen sind, steht die DAH vor der Entscheidung: Will sie primär eine schwule Organisation oder eine HIV-Organisation sein? Die Entscheidung für Letzteres leitet einen Prozess der Öffnung ein. Allerdings ist die Prägung als (weiße, deutsche) schwule Organisation aus der Gründungszeit weiterhin spürbar. Der Einschluss von Migrant:innen erfolgt weder gradlinig, noch ist er aus Sicht aktueller Akteur:innen zufriedenstellend abgeschlossen. Insbesondere die Frage der angemessenen Repräsentation von Migrant:innen in der Personalstruktur und in Leitungsfunktionen steht innerhalb der Organisation zur Debatte, etwa bei der Besetzung von Vorstandsposten oder hauptamtlichen Stellen der lokalen Aidshilfen und der Bundesgeschäftsstelle. Darüber hinaus finden vermehrt interne Diskussionen und Fortbildungen zu Rassismus statt, wobei Rassismus nicht mehr nur extern angeprangert, sondern auch als organisationsinternes Problem thematisiert wird. Gleichzeitig führen Diskriminierungs- und Rassismuserfahrungen zu Ausschlüssen und Rückzügen von Migrant:innen und behindern damit die weiterführende Öffnung der Organisation.

Auch aus der internationalen HIV-Forschung ist bekannt, dass verschiedene Gruppen in zivilgesellschaftlichen Organisationen ungleich vertreten sind und HIV-Organisationen in westlichen Ländern stark von weißen, männlichen Mittelschichtsperspektiven geprägt sind, während beispielsweise in Nordamerika »Black, Indigenous and People of Color communities« (Wilson et al. 2016) tendenziell unterrepräsentiert sind und Frauen, sozial schwache, migrierte und transgender Personen um denselben Zugang zu Ressourcen wie ihre schwulen männlichen Peers ringen müssen (Watkins-Hayes 2019:134). Auch im deutschen Sprachraum sind die sozialen und gesundheitlichen Ungleichheiten unter den Ziel- und Betroffenengruppen der DAH Gegenstand lebhafter Debatten. So werden einerseits intersektionale Differenzen innerhalb der Gruppen thematisiert, wie beispielsweise entlang von Alter, geografischer Lage und sozialer Schicht unter schwulen Männern (Bochow 1989, 2000). Andererseits bestehen, wie oben dargelegt, Widerstände gegen die Inklusion weiterer Hauptbetroffenengruppen, die überwunden werden müssen.

Eine Inklusion von Migrant:innen als Migrant:innen in die Organisations- und Personalstruktur findet in der DAH erst spät statt. Eine solidarische normative Haltung mit Migrant:innen ist notwendig, aber nicht ausreichend, wie Viktor Yang (2015) in seiner Studie zu ACT UP-Gruppen (*Aids Coalition To Unleash Power*) in den USA zeigt. Yang identifiziert in seiner Analyse vor allem organisationsinterne Bedingungen, die die Inklusion und Repräsentanz von People of Color und weiteren besonders benachteiligten Gruppen ermöglichen beziehungsweise verhindern. Bei ACT UP Philadelphia und New York gelang es nur derjenigen lokalen Protestorganisation, Schwarze und andere People of Colour sowie arme Menschen in den Großstädten substantiell an den Prozessen zu beteiligen, die sich für eine selbstkritische Auseinandersetzung mit den internen Ungleichheitsstrukturen und eine aktive Rekrutierungs- und Basisarbeit entschieden und sich an den materiellen Hindernissen marginalisierter Gruppen orientiert hatte.

Anders als bei der Protestorganisation ACT UP handelt es sich bei der DAH um einen staatlich finanzierten, zivilgesellschaftlich organisierten Dachverband lokaler Aidsberatungsstellen mit stärker formalisierten und professionalisierten Strukturen. So sind es auch andere Faktoren, die Inklusion ermöglichen und behindern. In unseren Analysen haben wir (sensibilisiert durch neo-institutionalistische Annahmen) das Zusammenspiel verschiedener organisationsimmanenter Faktoren und externer Entwicklungen im organisationalen Feld in den Blick genommen. So konnten wir zeigen, dass

die Entwicklung der HIV-Epidemie sowie die Finanzierung durch staatliche Stellen relevante Faktoren für die Bearbeitung von migrationsbezogenen Themen in der DAH waren. Ausschlaggebend für diesen Öffnungsprozess war aber die Bildung von migrantischen Selbsthilfe-Strukturen betroffener Migrant:innen, die sich unter dem Dach der DAH formierten. Die verstärkte Sichtbarkeit als Gruppe trug zum Wandel bei, indem an die funktionalen Aufgaben und das Selbstverständnis der Organisation angeschlossen wurde, nämlich die DAH als Interessenverband der Hauptbetroffenengruppen und Organisation der Selbsthilfe.

Im Zuge dieser Öffnungsprozesse entzündeten sich Konflikte, die wir sowohl als Ausdruck persistenter Ungleichheiten und Ausschlüsse als auch als Symptom einer bereits erfolgten Öffnung interpretieren. Infolge einer Etablierung migrantischer Perspektiven in der Organisation werden Diskriminierung und Rassismus verstärkt thematisiert. Dass wir Einblicke auch in diese schwierigen Aspekte des organisationalen Alltags gewinnen durften, zeugt von der reflexiven Offenheit im Feld selbst und von großem Vertrauen gegenüber uns als Forschenden. Insgesamt lässt sich festhalten, dass die Deutsche Aidshilfe eine spannungsreiche Entwicklung aufweist, die zu mehr Diversität in der Organisation geführt hat – und zwar entlang verschiedener Differenzkategorien. Konflikte waren und sind dabei ständiger Wegbegleiter – sie sind sowohl Indikator für gelungene Öffnungsprozesse als auch für anhaltende Ungleichheiten und Probleme, die auf die Unabgeschlossenheit dieser Prozesse verweisen.

Literatur und Quellen

- Altman, Dennis (1994): *Power and Community. Organizational and Cultural Responses to AIDS*. London: Taylor & Francis.
- Amann, Klaus; Hirschauer, Stefan (1997): Die Befremdung der eigenen Kultur. Ein Programm. In: Hirschauer, Stefan; Amann, Klaus (Hg.) *Die Befremdung der eigenen Kultur. Zur ethnographischen Herausforderung soziologischer Empirie*. Frankfurt a.M.: Suhrkamp, S. 7-52.
- Aretz, Bernd (2013): Die »Allianz der Schmuttelkinder« war sein Lebensthema. Gedenken an Hans Peter Hauschild. *Magazin HIV*, <https://magazin.hiv/magazin/szene-community/allianz-der-schmuttelkinder-war-sein-lebensthema/> (Zugriff: 22.11.2021).

- Bänziger, Peter-Paul (2010): Konstellationen und Koalitionen im Sprechen über Aids in den 1980er Jahren. In: Landwehr, Achim (Hg.) *Diskursiver Wandel*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 31-51.
- 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.
- Bochow, Michael (1989): *AIDS, wie leben schwule Männer heute? Bericht über eine Befragung im Auftrag der Deutschen AIDS-Hilfe*. 2. Aufl. Berlin: Deutsche AIDS-Hilfe e.V.
- Bochow, Michael (2000): *Das kürzere Ende des Regenbogens. HIV-Infektionsrisiken und soziale Ungleichheit bei schwulen Männern*. Berlin: Edition Sigma.
- Bochow, Michael (2013): Dreißig Jahre Aidshilfen. Von den schwulen Gründungsjahren in eine queere Zukunft? In: Höll, Barbara; Lederer, Klaus; Niendl, Bodo (Hg.) *queer.macht.politik. Schauplätze gesellschaftlicher Veränderung*. Berlin: Mönnerschwarm Verlag, S. 41-55.
- Breuer, Franz; Muckel, Petra; Dieris, Barbara (2019): *Reflexive Grounded Theory. Eine Einführung für die Forschungspraxis*. 4. Auflage. Wiesbaden: Springer VS.
- Bundesministerium für Gesundheit; Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit; Bundesministerium für Bildung und Forschung (2007): *Aktionsplan zur Umsetzung der HIV/AIDS-Bekämpfungsstrategie der Bundesregierung*. <https://repository.publisso.de/resource/fri:2471270-1/data> (Zugriff: 14.09.2021).
- Charmaz, Kathy (2014): *Constructing Grounded Theory*. Los Angeles [u.a.]: Sage.
- Davis, Kathy (2010): Avoiding the »R-word«. Racism in Feminist Collectives. In: Ryan-Flood, Róisín; Gill, Rosalind (Hg.): *Secrecy and Silence in the Research Process. Feminist Reflections*. London: Routledge, S. 147-160.
- [DAH] Deutsche AIDS-Hilfe (1986): *Jahresbericht 1985/86*. Berlin: Deutsche AIDS-Hilfe e.V.
- [DAH] Deutsche AIDS-Hilfe (1990a): *Jahresbericht 1989/90*. Berlin: Deutsche AIDS-Hilfe e.V.
- [DAH] Deutsche AIDS-Hilfe (1990b): *Positiv in den Herbst. Keine Rechenschaft für Leidenschaft*. 1. Bundesweite Positivenversammlung der Deutschen AIDS-Hilfe e.V. Frankfurt a.M., 27.-30. September 1990. Eine Doku-

- mentation. AIDS-Forum DAH, Sonderband. Berlin: Deutsche AIDS-Hilfe e.V.
- [DAH] Deutsche AIDS-Hilfe (1990c): Schwuler Schwerpunkt. DAH Aktuell. Berlin: Deutsche AIDS-Hilfe e.V.
- [DAH] Deutsche AIDS-Hilfe (1991): AIDS international. Gesundheit, Krankheit, Menschenrechte. Berlin: Deutsche AIDS-Hilfe e.V.
- [DAH] Deutsche AIDS-Hilfe (1992): Plakatkampagne »Lachen, Lieben, Kämpfen – Gemeinsam gegen Ausländerfeindlichkeit und Schwulenhass« Berlin: Deutsche AIDS-Hilfe e.V.
- [DAH] Deutsche AIDS-Hilfe (1993a): 10 Jahre Deutsche Aids-Hilfe. Geschichten und Geschichte. AIDS-Forum DAH, Sonderband. Berlin: Deutsche AIDS-Hilfe e.V.
- [DAH] Deutsche AIDS-Hilfe (1993b): Jahresbericht 1992/1993. Berlin: Deutsche AIDS-Hilfe e.V.
- [DAH] Deutsche AIDS-Hilfe (1998a): Handbuch Migration für AIDS-Hilfen, AIDS-Fachkräfte und andere im AIDS-Bereich Tätige. Erstellt vom Archiv für Sozialpolitik (AfS) in Kooperation mit dem Verband der Initiativgruppen in der Ausländerarbeit (VIA) e.V. Berlin: Deutsche AIDS-Hilfe e.V.
- [DAH] Deutsche AIDS-Hilfe (1998b): Strukturelle Prävention. Ansichten zum Konzept der Deutschen AIDS-Hilfe. AIDS-Forum DAH, Band 23. Berlin: Deutsche AIDS-Hilfe e.V.
- [DAH] Deutsche AIDS-Hilfe (2000): AIDS und Migration. AIDS-Forum DAH, Band 41. Berlin: Deutsche AIDS-Hilfe e.V.
- [DAH] Deutsche AIDS-Hilfe (2002a): AIDS Selbst Hilfe. AIDS-Forum DAH, Band 44. Berlin: Deutsche AIDS-Hilfe e.V.
- [DAH] Deutsche AIDS-Hilfe (2002b): Dokumentation. Strategieworkshop Interkulturelle Öffnung. Berlin: Deutsche AIDS-Hilfe e.V.
- [DAH] Deutsche AIDS-Hilfe (2002c): Jahresbericht der Deutschen AIDS-Hilfe e.V. 2001. Berlin: Deutsche AIDS-Hilfe e.V.
- [DAH] Deutsche AIDS-Hilfe (2004): Das Schweigen brechen! Break the Silence! Rompre le Silence! Afroleben+ in Deutschland. CD. Berlin: Deutsche AIDS-Hilfe e.V.
- [DAH] Deutsche AIDS-Hilfe (2007): Leitbild der Deutschen AIDS-Hilfe e.V. <https://www.aidshilfe.de/leitbild> (Zugriff: 14.09.2021).
- [DAH] Deutsche AIDS-Hilfe (2019): Deine Gesundheit, Dein Glaube. HIV-Prävention in afrikanischen Kirchengemeinden. Berlin: Deutsche AIDS-Hilfe e.V.

- [DAH] Deutsche AIDS-Hilfe (2020): Talks with the virus. Gedichtesammlung. Berlin: Deutsche AIDS-Hilfe e.V.
- Drewes, Jochen; Sweers, Holger (Hg.) (2010): Strukturelle Prävention und Gesundheitsförderung im Kontext von HIV. AIDS-Forum DAH, Band 57. Berlin: Deutsche AIDS-Hilfe e.V.
- El-Mafaalani, Aladin (2018): Das Integrationsparadox. Warum gelungene Integration zu mehr Konflikten führt. Köln: Verlag Kiepenhauer und Witsch.
- Ewing, Christopher (2020): Highly Affected Groups. Gay Men and Racial Others in West Germany's AIDS Epidemic, 1981-1992. *Sexualities* 23(1-2), S. 201-223.
- Fischer, Claudia (1993): Mit Geduld und Spucke. Frauen und AIDS-Hilfe. In: Deutsche AIDS-Hilfe (Hg.) 10 Jahre Deutsche AIDS-Hilfe. Geschichten und Geschichte. AIDS-Forum DAH, Sonderband. Berlin: Deutsche AIDS-Hilfe e.V., S. 105-106.
- Gangarova, Tanja (2015): HIV-Prävention für und mit Migrant_innen. Standards, Praxisbeispiele, Grundlagen. Berlin: Deutsche AIDS-Hilfe e.V.
- Hauschild, Hans-Peter (1988): Theaterplatz. In: Deutsche AIDS-Hilfe (DAH) (Hg.) Solidarität der Uneinsichtigen. Aktionstag 9. Juli 1988, Frankfurt a.M.. Eine Dokumentation der Reden. AIDS-FORUM D.A.H. Berlin: Deutsche AIDS-Hilfe e.V., S. 17-19.
- Hauschild, Hans-Peter (1998): Noch zehn Jahre strukturelle Prävention? In: Deutsche AIDS-Hilfe (Hg.): Strukturelle Prävention. Ansichten zum Konzept der Deutschen AIDS-Hilfe, AIDS Forum DAH Band 33. Berlin: Deutsche AIDS-Hilfe e.V., S. 65-70.
- Jackson, Jerlando F.L.; O'Callaghan, Elizabeth M. (2009): What do we know about glass ceiling effects? A taxonomy and critical review to inform higher education research. *Research in Higher Education* 50, S. 460-482.
- Kleres, Jochen (2018): The Social Organization of Disease. Emotion and Civic Action. New York: Routledge.
- Klöppel, Ulrike (2017): The Development of AIDS Policies in Germany (without the GDR), 1981-1996. Disentangling European HIV/AIDS Policies: Activism, Citizenship and Health (EUROPACH) Working Paper No. 17-001/5. Berlin u.a.: EUROPACH. europach.phils.uj.edu.pl/project-outcomes/library/workingpapers/ (Zugriff: 28.03.2021).
- Kostimpas, Dimitra; Schönwolff, Michael (2022): Zwischen Sozialer Arbeit, Lebensweltnähe und Selbsthilfe. Migrant:innen in der lokalen Aidshilfe. In: von Unger, Hella; Baykara-Krumme, Helen; Karakayali, Serhat; Schön-

- wälder, Karen (Hg.) Organisationaler Wandel durch Migration? Zur Diversität in der Zivilgesellschaft. Bielefeld: transcript.
- Kostimpas, Dimitra; von Unger, Hella (2021): Wer gehörte zur »Allianz der Schmuddelkinder«? Ein- und Ausschlüsse von Migrant:innen in HIV-Organisationen. In: Blättel-Mink, Birgit (Hg.) Gesellschaft unter Spannung. Verhandlungen des 40. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Soziologie 2020. https://publikationen.sozio-logie.de/index.php/kongressband_2020/article/view/1389 (Zugriff: 16.11.2021).
- Muluneh, Aemero; Waka, Aderajew (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.
- Narimani, Petra (1998): Zur Notwendigkeit kulturspezifischer Angebote in der HIV/Aids-Prävention. In: Deutsche AIDS-Hilfe (Hg.) Handbuch Migration für AIDS-Hilfen, AIDS-Fachkräfte und andere im AIDS-Bereich Tätige. Erstellt vom Archiv für Sozialpolitik (AfS) in Kooperation mit dem Verband der Initiativgruppen in der Ausländerarbeit (VIA) e.V. Berlin: Deutsche AIDS-Hilfe e.V., S. 239-261.
- Pieper, Kajo; Vael, Guido (1993): Die AIDS-Hilfe. Ein historischer Abriss. In: Deutsche AIDS-Hilfe (Hg.) 10 Jahre Deutsche Aids-Hilfe. Geschichten und Geschichte. Aids-Forum DAH, Sonderband. Berlin: Deutsche AIDS-Hilfe e.V., S. 25-32.
- Rosenbrock, Rolf (2001): Was ist New Public Health? Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 40, S. 753-762.
- Rosenbrock, Rolf (2007): AIDS-Prävention. Ein Erfolgsmodell in der Krise. Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 50, S. 432-441.
- Rosenbrock, Rolf; Schaeffer, Doris (Hg.) (2002): Die Normalisierung von Aids. Politik – Prävention – Krankenversorgung. Berlin: edition sigma.
- Rosenbrock, Rolf; Wright, Michael T. (Hg.) (2000): Partnership and Pragmatism. Germany's Response to AIDS Prevention and Care. London: Routledge.
- Schönwälder, Karen; Bökle, Sanja (2022): Widersprüchliche Offenheit. Migration und organisationaler Wandel im Lesben- und Schwulenverband LSVD, 1990-2020. In: von Unger, Hella; Baykara-Krumme, Helen; Karakayali, Serhat; Schönwälder, Karen (Hg.): Organisationaler Wandel durch Migration? Zur Diversität in der Zivilgesellschaft. Bielefeld: transcript.

- von Unger, Hella (1999): Versteckspiel mit dem Virus. Aus dem Leben HIV-positiver Frauen. AIDS-Forum DAH, Band 37. Berlin: Deutsche AIDS-Hilfe e.V.
- von Unger, Hella (2020): Den »Gorillas« auf der Spur. Schweigen als Herausforderung der Erforschung von Organisationen. In: Pöferl, Angelika et al. (Hg.) Ethnographie der Situation. Erkundungen sinnhaft eingrenzbarer Feldgegebenheiten. Essen: Oldib Verlag, S. 155-168.
- von Unger, Hella (2021): Ethical Reflexivity as Research Practice. *Historical Social Research* 46 (2), S. 186-204.
- von Unger, Hella; Gangarova, Tanja (2011): PaKoMi Handbuch. HIV-Prävention für und mit Migrant/inn/en. Berlin: Deutsche AIDS-Hilfe e.V.
- von Unger, Hella; Klumb, Silke (2010): HIV-Primärprävention für Migrant(inn)en als Aufgabe der Aidshilfen. Ausgewählte Ergebnisse der PaKoMi-Befragung. In: Wiessner, Peter (Hg.): Migration und HIV-Prävention. AIDS-Forum DAH, Band 58. Berlin: Deutsche AIDS-Hilfe, S. 57-70.
- Watkins-Hayes, Celeste (2019): The Safety Net That AIDS Activism Built. In: dies. (Hg.) *Remaking a Life. How Women Living With HIV/Aids Confront Inequality*. Oakland: University of California Press, S. 80-134.
- Weiß, Anja (2013): Rassismus wider Willen. Ein anderer Blick auf eine Struktur sozialer Ungleichheit, 2. Auflage. Wiesbaden: Springer.
- Wilson, Ciann L.; Flicker, Sarah; Restoule, Jean-Paul; Furman, Ellis (2016): Narratives of resistance: (Re) Telling the story of the HIV/AIDS movement – Because the lives and legacies of Black, Indigenous, and People of Colour communities depend on it. *Health Tomorrow* 4, Psychology Faculty Publications. https://scholars.wlu.ca/psyc_faculty/56 (Zugriff: 10.11.2021).
- Yang, Victor (2015): *Unleashing Power. Pathways to Inclusion and Representation in U.S. AIDS Activist Organisations*. Oxford: University of Oxford.

