



HIV-Prävention für & mit Migrant_innen

Standards | Praxisbeispiele | Grundlagen

Tanja Gangarova

Herausgeberin:

Deutsche AIDS-Hilfe e. V.
Wilhelmstraße 138
10963 Berlin
www.aidshilfe.de
dah@aidshilfe.de

2015

Bestellnummer: 114002**Redaktion:** Tanja Gangarova**Bearbeitung:** Anja Feldhorst

Die Autorschaft der Praxisbeispiele liegt bei den jeweiligen Projekten
und bei den angegebenen Kontaktpersonen

Gestaltung: Carmen Janiesch**Druck:** X-Press Grafik & Druck, Lützowstraße 107-112, 10785 Berlin**Spenden für die DAH:**

Deutsche AIDS-Hilfe e. V.

IBAN: DE27 1005 0000 0220 2202 20

BIC: BELADEBEXXX

online: www.aidshilfe.de

Sie können die DAH auch unterstützen, indem Sie Fördermitglied werden.
Nähere Informationen unter www.aidshilfe.de und bei der DAH.

Die DAH ist als gemeinnützig und besonders förderungswürdig anerkannt.
Spenden und Fördermitgliedschaftsbeiträge sind daher steuerabzugsfähig.

Unter Mitwirkung von ...

Robert Akpabli, Gesundheitsamt Bremen

Ali Bagit, subway e.V.

Martina Block, Katholische Hochschule für Sozialwesen Berlin

Pablo Corbalan, manCheck e.V.

Tanja Gangarova, Deutsche AIDS-Hilfe e.V. (DAH)

Line Göttke, VIA – Verband für interkulturelle Arbeit

Sergiu Grimalschi, Berliner Aids-Hilfe e.V.

Stephanie Herrmann, Stadtmission Nürnberg e.V.

Maite Lamuño, Zentrum für sexuelle Gesundheit und Familienplanung
Charlottenburg-Wilmersdorf, Berlin

Karl Lemmen, Deutsche AIDS-Hilfe e.V. (DAH)

Clement Matweta, Caritasverband für das Bistum Essen e.V.

Rosaline M'Bayo, Afrikaherz Berlin

Brigitte Menze, Gesundheitsamt Essen

Alexa Müller, Peer-Projekt, Hydra e.V.

Netzwerk AfroLebenPlus

Hapsatou Oudini, AIDS-Hilfe Hamburg e.V.

Omer Quedraogo, Arbeiterwohlfahrt Landesverband Hamburg e.V.

Antje Sanogo, Münchner Aids-Hilfe e.V.

Claudia Santos-Hövener, Robert Koch-Institut (RKI)

Nozomi Spennemann, Gangway e.V./VIA – Verband für interkulturelle Arbeit

Prof. Hella von Unger, Ludwig-Maximilians-Universität München

Mara Wiebe, AIDS-Hilfe Hamburg e.V.

Melike Yildiz, Mobile Theatergruppe AfroLebenPlus – Theater des Lebens

Inhalt

6 VORWORT

8 EINLEITUNG

12 QUALITÄTSSTANDARDS

13 Übersicht über die Qualitätsstandards

15 Nähere Erläuterung der Qualitätsstandards

- 15 Community-basierte Prävention
- 17 Vernetzung und Zusammenarbeit
- 19 Beratung
- 20 Strukturen und Organisation
- 22 Schulung von Multiplikator_innen

24 PRAXISBEISPIELE

25 Mit Tablet-Quiz auf der Party: MSM erreichen manCheck e.V., Berlin

27 Unsere Hilfe für Jungs ist mobil und mehrsprachig Hilfe für Jungs e.V./subway e.V., Berlin

29 Wir – Sexarbeiterinnen – bilden Sexarbeiterinnen fort Peer-Projekt, Hydra e.V., Berlin

32 Sexuelle Gesundheit auf dem Straßenstrich Gesundheitsamt Essen, Fach- und Beratungsstelle Nachtfalter/ Caritasverband für das Bistum Essen e.V.

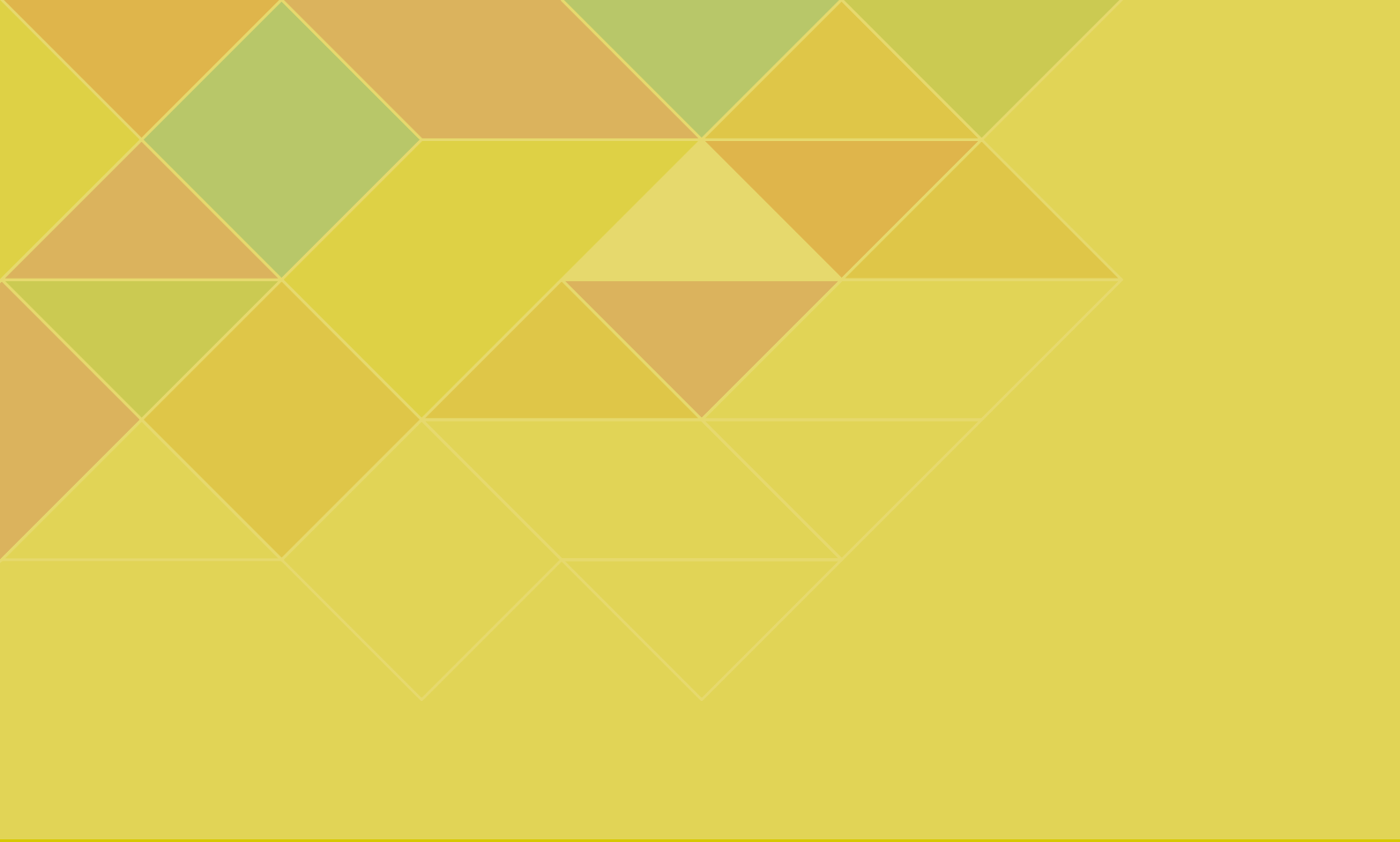
- 35 Öffentlicher Dienst bedeutet Dienst für die Öffentlichkeit – das schließt alle ein**
Zentrum für sexuelle Gesundheit und Familienplanung,
Bezirksamt Charlottenburg-Wilmersdorf – Gesundheitsamt, Berlin)
- 38 Communities besser kennenlernen durch Community-Mapping**
Projekt Transit, Gangway e.V. – Straßensozialarbeit in Berlin
- 41 HIV-Prävention in der Kirche – das geht?!**
Caritas Aidsberatung/Caritasverband für das Bistum Essen e.V.
- 43 Der Afroshop als Präventionsort**
Afrika-Projekt, Gesundheitsamt Bremen
- 46 Gesundheitsbotschafter_innen sorgen für Bewegung**
Café Afrika, AIDS-Hilfe Hamburg e.V.
- 49 Vor dir steht ein Mensch und keine Kultur**
Projekt Afrikaherz, VIA – Verband für interkulturelle Arbeit, Berlin
- 52 Eine Kampagne entwickeln mit Photovoice**
Netzwerk AfroLebenPlus
- 54 Eine mobile Theatergruppe klärt auf**
Mobile Theatergruppe AfroLebenPlus – „Theater des Lebens“
- 56 Manchmal muss es eben MuMM sein – Migrant_innen klären Flüchtlinge
in Erstaufnahmeeinrichtungen auf**
Münchener Aids-Hilfe e.V. und die Multiplikator_innen der MuMM-Gruppe
- 60 Gemeinsam Grenzen überwinden – Präventionstheater mit & für Menschen
mit Migrationsgeschichte**
MuMM-Theatergruppe, VIA – Verband für Interkulturelle Arbeit, Berlin
- 63 Muttersprachliche AIDS-Präventionsfachkräfte der AIDS-Beratung Mittelfranken**
AIDS-Beratung Mittelfranken, Stadtmission Nürnberg e.V.
- 65 Kooperation und Vernetzung in Essen: ein Rahmenkonzept zur sexuellen Gesundheit**
Arbeitskreis Migration und sexuelle Gesundheit Essen

68 RAHMENTEXTE: GRUNDLAGEN DER PRÄVENTIONSARBEIT

- 69 Informationen zur HIV-Epidemiologie bei in Deutschland lebenden Migrant_innen**
Claudia Santos-Hövenner
- 73 Strukturelle Prävention – ein bewährtes Konzept**
Antje Sanogo und Tanja Gangarova
- 75 Von „interkultureller Öffnung“ zu „Diversity“**
Tanja Gangarova
- 80 Partizipative Qualitätsentwicklung**
Tanja Gangarova und Karl Lemmen
- 84 Ausgrenzung per Gesetz – rechtliche Hindernisse für Migrant_innen
beim Zugang zu medizinischer Versorgung in Deutschland**
Antje Sanogo

88 ANHANG

- 89 Tipps zum Weiterlesen, Links**
- 91 Glossar**
- 93 Quiz zur Selbsteinschätzung**



VORWORT



Liebe Mitarbeiter_innen, liebe Kolleg_innen, liebe Leser_innen,

Diversität und Standards – das mag zunächst wie ein Widerspruch klingen, betonen wir doch an vielen Stellen, dass Migrant_innen keine homogene Gruppe sind, dass ihre Communities sich ebenso unterscheiden wie ihre Lebenswelten und Zugehörigkeiten sowie ihre Lebensverhältnisse, je nach lokalen Gegebenheiten. Bei der Lektüre unseres Handbuchs wird jedoch deutlich, dass Vielfalt durch Qualitätsstandards erst ermöglicht und gesichert werden kann – vor allem auf der Ebene der Prozessqualität. Hier nämlich wird Vielfalt zum gelebten Programm, sie steht im Mittelpunkt der Arbeit und ist der Schlüssel zu erfolgreicher HIV-Prävention.

Immer mehr Aidshilfen setzen die Konzepte von interkultureller Öffnung und Diversity um. Deshalb engagieren sich auch immer mehr Migrant_innen in der HIV-Prävention, was wiederum dazu führt, dass die Zahl der Migrant_innen, die sich als Ratsuchende an Aidshilfen und Beratungsstellen wenden, ständig zunimmt. Das ist gut so, zeigt sich darin doch, dass wir auf dem Weg hin zu einer für alle zugänglichen HIV-Prävention, -Beratung und -Versorgung sind.

Unser Handbuch baut auf den Erfahrungen auf, die der DAH-Fachbereich Migration seit 2008 in der partizipativen Arbeit gesammelt hat, ebenso auf dem Know-how vieler haupt- und ehrenamtlich Tätigen in den Aidshilfen und bei Kooperationspartnern. Das Wissen, das in den gemeinsamen Projekten und während der Arbeit an den Qualitätsstandards zusammengetragen wurde, ist „bottom up“ in dieses Handbuch eingeflossen. Allen Mitwirkenden sei herzlich gedankt!

Die Qualitätsstandards sollen dabei helfen, die Voraussetzungen zu schaffen, um Migrant_innen an der Entwicklung von Angeboten der HIV-Prävention beteiligen zu können, und sie sollen es ermöglichen, dass Migrant_innen gleichberechtigten Zugang zu Information, Beratung und Versorgung erhalten. Viele der Standards sind uns vertraut, manche erinnern uns an die Grundprinzipien unserer Arbeit, andere erfordern es, dass Organisationen umdenken und in die Fortbildung investieren.

Deutlich wird auch: Migrant_innen gibt es in jeder Zielgruppe der HIV-Prävention und Aidshilfe-Arbeit, weshalb zielgruppenspezifische Angebote für sie genauso zugänglich sein müssen wie für alle anderen. Manchmal ist es jedoch notwendig, für Migrantinn_en – und natürlich *mit* ihnen – spezielle Angebote zu entwickeln. Und nicht zuletzt geht es immer um Kooperation und Vernetzung als Bedingung und Strategie für gelingende Arbeit.

Das Handbuch vereint Theorie und Praxis und erläutert anhand von Beispielen, wie die Qualitätsstandards umgesetzt werden können, sei es in Erstaufnahmeeinrichtungen, in Afroshops oder Kirchengemeinden. Zugleich stellen wir Methoden vor, wie etwa das Präventionstheater oder das Communitymapping, und skizzieren Präventionsangebote für Gruppen wie Sexarbeiter_innen oder Männer, die Sex mit Männern haben.

Wir wollen Unterstützung geben beim Einstieg in die Arbeit für und mit Migrant_innen, bei der Überprüfung der bisher geleisteten Arbeit in diesem Feld sowie beim Ausbau oder der Initiierung von Projekten für die Zielgruppe. Unser Handbuch ist eine Einladung an alle, HIV-Prävention mit und für Migrant_innen kreativ und interdisziplinär zu gestalten. Wir wünschen uns, dass es breite Anwendung findet und zum Erfolg eurer und Ihrer eigenen Arbeit beiträgt! ■

*Berlin, August 2015
Silke Klumb, Geschäftsführung
Deutsche AIDS-Hilfe*



EINLEITUNG



HIV-Prävention für & mit Migrant_innen – Standards, Praxisbeispiele, Grundlagen

Wie lassen sich Qualitätsstandards für die HIV-Prävention für & mit Migrant_innen erarbeiten? Lassen sich überhaupt „Standards“ entwickeln? Diese Frage ist wesentlich, denn kaum ein Bereich der Prävention ist so stark von Veränderung, Vielfalt (Diversität) und von unterschiedlichen Voraussetzungen für die Präventionsarbeit geprägt wie die HIV-Prävention für & mit Migrant_innen. Die Situation ist von Einrichtung zu Einrichtung, von Bundesland zu Bundesland und von Stadt zu Stadt anders; die Gruppen und Communities, die besondere Angebote benötigen, unterscheiden sich; die beteiligten Partner_innen sind in keinem Ort gleich. Auch die Interventionsmethoden, die eingesetzt werden, sind vielfältig, um dem lokalen Bedarf zu entsprechen und die oft dynamischen Migrant_innen-Gruppen und Communities in verschiedenen Settings zu erreichen. Trotz oder vielleicht gerade wegen dieser großen Unterschiede haben wir Qualitätsstandards entwickelt, die die Vielfalt zum Programm machen und auf die Entwicklung lokalspezifischer Partnerschaften und Angebote setzen. Außerdem haben wir Praxisbeispiele zusammengestellt, um gar nicht erst den Eindruck entstehen zu lassen, es gäbe eine standardisierte One-fits-all-Lösung.

Die Antwort auf die beiden Eingangsfragen lautet daher: Qualitätsstandards für die HIV-Prävention für & mit Migrant_innen lassen sich erarbeiten – durch Partizipative Qualitätsentwicklung, das heißt, indem Mitarbeiter_innen sowie betroffene Gruppen und Communities an der Entwicklung von Qualitätsmaßnahmen beteiligt werden. Mit Beteiligung meinen wir Partizipation mit Entscheidungsmacht. Zwei Jahre lang haben wir zusammengearbeitet, um unsere Erfahrungen und Kenntnisse im Feld „HIV und Migration“ in verbindlichen Qualitätsstandards und in Praxisbeispielen festzuhalten. Wir, das sind Mitarbeiter_innen aus dem DAH-Verband, Kooperationspartner_innen sowie Community-Vertreter_innen, die teilweise über 20 Jahre in diesem Bereich Erfahrungen gesammelt haben. Wir haben gemeinsam bestimmt, was „Qualität“ bedeutet. Maßnahmen zur Qualitätsentwicklung wurden gemeinsam entwickelt, sodass sie genau auf den lokalen Kontext zugeschnitten sind und von uns als nützlich und praktikabel erachtet werden. Im vorliegenden Arbeitsbuch werden die von uns partizipativ erarbeiteten Qualitätsstandards und Praxisbeispiele zusammengeführt. Ergänzt wird dieses Praxiswissen durch Rahmentexte, die die theoretischen Grundlagen der Präventionsarbeit beleuchten.

Wie dieses Arbeitsbuch entstanden ist

Während der Arbeit in den bereits abgeschlossenen Modellprojekten der DAH – Partizipation und Kooperation in der HIV-Prävention für & mit Migrant_innen (PaKoMi) (→ [Links, S. 90](#)) und Migrant_innen als HIV/STI-Multiplikator_innen für die HIV/STI-Prävention (MuMM) –, die in Kooperation mit lokalen Aidshilfen, Migrant_innenselbstorganisationen und Wissenschaftler_innen durchgeführt wurden, wurde klar: Wer gute HIV-Prävention für & mit Migrant_innen ermöglichen möchte, muss Voraussetzungen für die Teilhabe von Migrant_innen schaffen. Die interkulturelle Öffnung muss in den Einrichtungen Teil eines übergreifenden Diversity-Ansatzes sein, der die Mehrdimensionalität der Identitäten der Migrant_innen und ihre Beteiligungsmöglichkeiten stärker berücksichtigt (→ [Rahmentext S. 75](#)). Um diesen Anspruch bundesweit zu verwirklichen, startete die DAH auf Wunsch engagierter Verbandsorganisationen eine Reihe von Konzeptseminaren mit dem Titel „Erfahrungswerte und Qualitätsstandards in der HIV-Prävention für & mit Migrant_innen“. Ziel war es, die wichtigsten Grundlagen der Präventionsarbeit in Form von Qualitätsstandards und Praxisbeispielen zusammenzuführen. Damit will der Verband die Qualität der Präventionsarbeit mit & für Migrant_innen bundesweit sichern und verbessern.

Im Rahmen der vier Workshops (2013–2015), die jeweils zwei Tage dauerten, wurden Mitarbeitende der Mitgliedsorganisationen, weitere Kooperationspartner vor Ort (z. B. Prostitutions- und Drogenprojekte, Gesundheitszentren und -ämter, AWO, Caritas, Robert Koch-Institut, Diakonie, Stadtmission) sowie Vertreter_innen von Migrant_innen-Communities methodisch und fachlich darin unterstützt, ihr lokales Wissen zu nutzen, zu reflektieren und zu erweitern. Dabei bestimmten sie selbst, was „Qualität“ in der HIV-Prävention für & mit Migrant_innen bedeutet.

Qualitätsstandards

Nach intensiven Diskussionen haben wir fünf Bereiche der praktischen Präventionsarbeit identifiziert, für die wir Standards im Hinblick auf strukturelle Voraussetzungen, Prozessgestaltung und Ergebnisse als sinnvoll, klar formulierbar und umsetzbar erachteten.

Diese gemeinsam entwickelten Standards sind:

- ▶ **Community-basierte Prävention:** Stationen und Arbeitsschritte in der Zusammenarbeit mit Migrant_innen-Communities
- ▶ **Vernetzung und Zusammenarbeit:** Stationen und Schritte im Aufbau nachhaltiger Kooperationen
- ▶ **Beratung:** Was ist bei der Beratung von Migrant_innen zu beachten?
- ▶ **Strukturen und Organisation:** Schritte der Umsetzung eines Diversity-Konzepts als Fortsetzung der bereits gestarteten Prozesse der interkulturellen Öffnung des DAH-Verbands
- ▶ **Standards für Multiplikator_innen:** Was ist bei der Ausbildung von Community-Vertreter_innen zu beachten?

Aufgrund der strukturellen Barrieren in der Versorgung für bestimmte Migrant_innen-Gruppen haben wir uns hauptsächlich auf Standards für die HIV-Primärprävention konzentriert. So wäre es beispielsweise zu diesem Zeitpunkt nicht zielführend, Standards für die Versorgung von Menschen ohne Papiere zu formulieren, weil sie keinen gleichberechtigten Zugang zu den entsprechenden Versorgungsangeboten haben. An dieser Stelle ist zunächst politische Arbeit gefordert (→ [Rahmentext S. 84](#)).

Praxisbeispiele

In einem weiteren Schritt haben wir Praxisbeispiele gesammelt, um das lokal Spezifische und das Besondere an Projekten mit & für Migrant_innen sichtbar zu machen. Dieser Schritt war notwendig, da sich nicht alle Aspekte in der Arbeit mit Migrant_innen standardisieren lassen. Denn was in Hamburg gut läuft, muss nicht un-

bedingt auch in Essen oder Nürnberg funktionieren. Praktiker_innen können sich aber von anderen Projekten inspirieren lassen und ihre Konzepte an die Gegebenheiten der eigenen Organisation und der örtlichen Migrant_innen-Community anpassen. Die sechzehn ausgewählten Praxisbeispiele sollen daher vor allem als Anregung dienen. Sie spiegeln die Vielfalt unserer Arbeit und Communities wider und leben von der Zusammenführung verschiedener Perspektiven. Beteiligt haben sich Community-Partner_innen und Mitarbeiter_innen aus den Bereichen Prostitution, Drogengebrauch, MSM (→ **Glossar, S. 91**), Arbeit mit afrikanischen Communities, Migrant_innenselbstorganisationen usw. Die vorgestellten Präventionsmethoden, -settings und -ansätze reichen von der Anwendung partizipativer Bedarfserhebungsmethoden wie Community-Mapping und Photovoice über den Einsatz innovativer Technologien im Rahmen von Streetwork (Smartphone-Videos) und Vor-Ort-Aktionen (Tablet-Quiz) bis hin zu Präventionsmaßnahmen in verschiedenen Settings (Kirche, Afroshops, Bordelle usw.).

Rahmentexte: Grundlagen der Präventionsarbeit

Als Vertiefung und fundierten Hintergrund für die Praxisarbeit haben wir Textbausteine zu wichtigen Grundlagen der Präventionsarbeit für & mit Migrant_innen verfasst, etwa zu den Konzepten „Diversity“ und „strukturelle Prävention“, zu den Ansätzen „Partizipation“ und „partizipative Qualitätsentwicklung“, zur HIV/Aids-Epidemiologie im Feld Migration und zu Hindernissen für Migrant_innen beim Zugang zur medizinischen Versorgung.

Mit diesem Arbeitsbuch ...

... wenden wir uns in erster Linie an die Mitarbeiter_innen der Deutschen AIDS-Hilfe und ihrer Mitgliedsorganisationen sowie an die im DAH-Verband ausgebildeten Multiplikator_innen der HIV/STI-Prävention. Wir sind uns der großen Un-

terschiede zwischen den Einrichtungen bewusst: Eine Einrichtung, die mit zwei ehrenamtlichen Mitarbeiter_innen arbeitet, wird sicherlich andere Prioritäten setzen (müssen) als eine größere und stärker professionalisierte Einrichtung. Die Standards sind so formuliert, dass sie für alle nutzbar sind, sie bieten Anleitung und Hilfestellung und wollen dazu beitragen, dass Projekte vor Ort erfolgreich gestartet und durchgeführt werden können. Wir hoffen, dass unsere Qualitätsstandards damit als verbindliche Orientierung wahrgenommen werden, die auch kleineren Einrichtungen als Inspiration dienen (→ **Quiz zur Selbsteinschätzung, S. 93**). Wir freuen uns, wenn auch weitere Akteur_innen im Arbeitsfeld Migration – z. B. Gesundheitszentren und -ämter, Caritas, Malteser, Diakonie oder Migrant_innenselbstorganisationen (MSO) – unser Arbeitsbuch für die Gestaltung einer lebensweltnahen, Community-basierten HIV-Prävention für & mit Migrant_innen nutzen. Es vereinfacht, unterstützt und fördert die Zusammenarbeit und Vernetzung der verschiedenen Akteur_innen.

Unser Dank gilt allen, die an der Entstehung dieses Arbeitsbuchs mitgewirkt haben (→ **S. 3**). Einen besonderen Dank verdienen diejenigen Einrichtungen und Migrant_innenselbstorganisationen, die nicht in unserem Verband organisiert sind. Ihre Mitarbeit an diesem Projekt war nicht selbstverständlich, aber eine wertvolle Bereicherung – wie bei allen anderen gemeinsamen Vorhaben. Bedanken möchten wir uns ebenso bei Prof. Dr. Hella von Unger und Martina Block für ihre hilfreiche Moderation und bei Anja Feldhorst für ihr flexibles Lektorat.

Wir hoffen, dass wir mit diesem Buch ein Instrument geschaffen haben, das Ihre Arbeit mit & für Migrant_innen unterstützt und verbessert. Wir freuen uns auf Ihr Feedback und weitere Anregungen, denn Qualitätsentwicklung ist für uns kein abgeschlossener Prozess! ■

Berlin, Juni 2015
Tanja Gangarova, Fachreferentin für Migration
der Deutschen AIDS-Hilfe e.V.



QUALITÄTSSTANDARDS



Übersicht über die Qualitätsstandards

Präambel:

Migration ist ein Querschnittsthema. Alle Angebote sind für Migrant_innen zugänglich. Darüber hinaus richten sich spezielle Angebote an Gruppen mit besonderen Bedarfen. Es wird grundsätzlich die Mehrfachzugehörigkeit von Menschen berücksichtigt.

Community-basierte Prävention

- ▶ Community-basierte Prävention wird mit Vertreter_innen der Zielgruppen und Communities (Schlüsselpersonen, Multiplikator_innen, Peers) geplant und umgesetzt – dies impliziert auch die gemeinsame Festlegung des jeweiligen Bedarfs.
- ▶ Community-basierte Prävention ist ressourcenorientiert und trägt zur Befähigung (Empowerment), Kompetenzbildung (Capacity-building) und Selbstorganisation der beteiligten Migrant_innen bei.
- ▶ Community-basierte Prävention findet in den Lebenswelten der Gruppen und Gemeinschaften statt.
- ▶ Die Präventionsangebote berücksichtigen die Heterogenität der Migrant_innen-Communities und sind sprachlich und visuell passend.

- ▶ Die Beteiligung von Community-Partner_innen wird angemessen entlohnt oder entschädigt.
- ▶ Community-basierte HIV-Prävention für & mit Migrant_innen ist Teil einer umfassenderen Gesundheitsförderung und verändert nicht nur das Verhalten, sondern auch Verhältnisse.
- ▶ Der Abbau von Stigma spielt in der Community-basierten Prävention eine zentrale Rolle.

Vernetzung und Zusammenarbeit

- ▶ Mögliche Kooperationspartner_innen müssen nicht zwingend aus den Bereichen Gesundheit, Recht oder Soziales kommen; vielmehr wird auf lebensweltliche Bezüge geachtet.
- ▶ Es wird gemeinsam geklärt, welche Migrant_innen-Communities erreicht werden sollen und wie sie beschaffen sind.
- ▶ Ziele und Zeitraum der Kooperationen werden gemeinschaftlich festgesetzt, regelmäßig überprüft und weiterentwickelt. Rollen, Aufgaben und Verantwortlichkeit der Kooperationspartner_innen werden definiert, dokumentiert und transparent gemacht.
- ▶ Kooperation ist ein dynamischer Prozess. Veränderungen oder Anpassungen werden ermöglicht.

- ▶ Gegenseitiger Respekt, Wertschätzung und Transparenz sind Grundlagen der Kooperation.

Beratung

- ▶ In der persönlichen Beratung ist die sprachliche Verständigung gesichert, ggf. durch das Hinzuziehen von Sprach- oder Kulturmittler_innen sowie professionellen Dolmetscher_innen.
- ▶ Es werden keine Familienangehörigen, Bekannten oder sonstigen nicht qualifizierten Personen als Sprach- oder Kulturmittler_innen bzw. Dolmetscher_innen eingesetzt.
- ▶ Es werden mehrsprachige und an der Lebenswelt sowie dem Lebensstil (Drogenkonsum, MSM usw.) orientierte Infomaterialien in verschiedenen Formaten bereitgestellt und genutzt.
- ▶ Jede_r Klient_in wird mit seinen_ihren Kompetenzen und Ressourcen für die eigene Lebenssituation wahrgenommen, akzeptiert und unterstützt.

Strukturen und Organisation

- ▶ Das Diversity-Konzept ist im Leitbild der Einrichtungen verankert und spiegelt sich in allen Fachbereichen wider. In der Öffentlichkeitsarbeit wird die Diversity-basierte Ausrichtung ausdrücklich kommuniziert.
- ▶ Das Thema Migration wird durch eine zentrale Stelle für Migration in der DAH koordiniert.
- ▶ Bei allen Stellenausschreibungen werden Menschen mit Migrationserfahrungen und Lebensweltnähe gezielt beworben und bei gleicher Qualifikation bevorzugt.
- ▶ Alle zukünftigen Mitarbeiter_innen der Einrichtungen beherrschen mindestens eine Fremdsprache; der Erwerb und die Auffrischung von Fremdsprachen aller Mitarbeiter_innen wird gefördert (auch Deutsch als Fremdsprache).

- ▶ Alle Mitarbeiter_innen der Einrichtungen nehmen an mindestens einem Diversity- bzw. interkulturellen Training teil.
- ▶ Mitarbeiter_innen, die vorwiegend mit Migrant_innen arbeiten, nutzen die speziellen DAH-Fortbildungen und Angebote anderer Einrichtungen im Bereich Migration.

Schulung von Multiplikator_innen

- ▶ Die Multiplikator_innen-Schulungen für Migrant_innen werden von interkulturellen Teams durchgeführt.
- ▶ Migrant_innen, die sich für die Multiplikator_innen-Schulungen der DAH bewerben, müssen eine Anbindung vor Ort nachweisen.
- ▶ Die Multiplikator_innen-Schulungen orientieren sich an dem Schulungscurriculum der DAH.
- ▶ Die Multiplikator_innen-Schulungen sind für die Teilnehmer_innen kostenlos.
- ▶ Die Multiplikator_innen-Aktionen vor Ort werden, soweit möglich, honoriert.
- ▶ Die lokalen Einrichtungen stellen den Multiplikator_innen Materialien und Give-aways zur Verfügung.
- ▶ Multiplikator_innen erhalten Zugang zu Supervision bzw. Intervention.
- ▶ Ausgebildete Multiplikator_innen haben die Möglichkeit, andere Fortbildungsangebote der DAH zu besuchen.
- ▶ Die Zertifizierung von Multiplikator_innen ist an den Besuch von Schulungen geknüpft.

Nähere Erläuterung der Qualitätsstandards

Präambel

Migration ist ein Querschnittsthema. Alle Angebote sind für Migrant_innen zugänglich. Darüber hinaus richten sich spezielle Angebote an Migrant_innen-Gruppen mit besonderen Bedarfen. Es wird grundsätzlich die Mehrfachzugehörigkeit von Menschen berücksichtigt.

Migrant_innen finden sich in jeder Zielgruppe oder Community und werden von allen Fachbereichen berücksichtigt. Dort, wo es notwendig ist, werden spezielle Angebote für Migrant_innen entwickelt (z.B. für Migrant_innen, die sich keiner unserer Zielgruppen zuordnen können, für Menschen ohne Papiere bzw. Krankenversicherung, Flüchtlinge usw.). Kein Mensch ist z.B. nur ein Mann, Migrant, jung oder Muslim, Drogengebraucher oder Stricher. Menschen werden vielmehr durch das Zusammenspiel der verschiedenen Dimensionen (Mehrfachzugehörigkeit) charakterisiert – dies wird bei der Entwicklung und Umsetzung von präventiven Maßnahmen mitgedacht.

Community- basierte Prävention

Community-basierte Prävention wird mit Vertreter_innen der Zielgruppen und Communities (Schlüsselpersonen, Multiplikator_innen, Peers) geplant und umgesetzt – dies impliziert auch die gemeinsame Festlegung des jeweiligen Bedarfs.

Nicht jede Community benötigt eine spezifische HIV-Prävention. Da, wo es angezeigt ist, werden Maßnahmen gemeinsam geplant. Bestimmte Personen in den Communities sind gut vernetzt und können Türen öffnen (Schlüsselpersonen). Zudem gibt es Personen, die bereit sind, als Multiplikator_innen bzw. Peers in ihren Communities aktiv zu werden. Diese Personen werden in die Bedarfsanalyse, Entwicklung und Durchführung von Präventionsangeboten einbezogen, wenn möglich mit Entscheidungsmacht (→ **Stufenmodell der Partizipation ab Stufe 6; S. 82**). Die Methode Community-Mapping kann bei der Bedarfserhebung helfen (→ **S. 38**).

Community-basierte Prävention ist ressourcenorientiert und trägt zur Befähigung (Empowerment), Kompetenzbildung (Capacity-building) und Selbstorganisation der beteiligten Migrant_innen bei.

Häufig ist die Außenperspektive auf Migrant_innen-Communities defizit- und problemorientiert. Es ist jedoch zielführender und angemessener, die Stärken und Ressourcen von Communities zu sehen, zu nutzen und zu stärken. Fließt das sprachliche, lebensweltliche und kulturelle Wissen der Communities in die Planungen mit ein, hilft das, die jeweiligen Lebenswelten besser zu verstehen und Präventionsmaßnahmen zielgruppennah zu gestalten.

Die Selbstbestimmung der Migrant_innen-Gruppen wird gefördert, ihre Communities werden gestärkt und ihre Gesundheitschancen verbessert. Communities leben vom Engagement ihrer Mitglieder. Dieses Engagement kann unterstützt werden, indem Räumlichkeiten und Ressourcen zur Selbstorganisation, aber auch Aufwandsentschädigungen (auch in nicht-materieller Form) bereitgestellt werden. Auch gemeinsame Ziele und Aktionen oder die Stärkung der Handlungskompetenz (z.B. Schulungen von Ehrenamtlichen) u. Ä. befördern das Engagement der Community-Mitglieder.

Community-basierte Prävention findet in den Lebenswelten der Gruppen und Gemeinschaften statt.

Community-basierte Prävention ist eine aufsuchende Arbeit. Sie findet dort statt, wo sich die Menschen aufhalten, z.B. in Kultur- und Sportvereinen, Kirchengemeinden (→ **Praxisbeispiel S. 41**), Moscheen, Afroshops (→ **Praxisbeispiel S. 43**), Integrations- und Sprachkursen, aber auch in Erstaufnahmeeinrichtungen für Flüchtlinge (→ **Praxisbeispiel S. 56**), Bordellen (→ **Praxisbeispiel S. 29**), auf dem Straßenstrich, in Bars, Sexkinos (→ **Praxisbeispiel S. 27**) usw.

Die Präventionsangebote berücksichtigen die Heterogenität der Migrant_innen-Communities und sind sprachlich und visuell passend.

Migrant_innen-Communities sind heterogene Gruppen. Daher ist es oft notwendig, die Angebote auf Untergruppen zuzuschneiden. Das können z.B. Angebote für Frauen oder Männer, für Jugendliche, Sexarbeiterinnen, Stricher oder drogengebrauchende Menschen sein.

Die Angebote und eingesetzten Medien sind mehrsprachig. Darüber hinaus ist es wichtig, auf einen angemessenen Ausdruck (Sprachstil) in der jeweiligen Sprache zu achten, der verständlich und respektvoll ist. Der Einsatz von Bildern (Abbildungen, Piktogramme) und – bei Bedarf – Videos ist sehr hilfreich. Wichtig ist auch, in den eingesetzten Medien mehr positive Bilder von Migrant_innen zu zeigen sowie Stigmatisierung und Klischees zu vermeiden. Die Migrant_innen werden in die Gestaltung der Medien einbezogen.

Die Beteiligung von Community-Partner_innen wird angemessen entlohnt oder entschädigt.

Die Mitarbeit von Community-Partner_innen wird durch Beschäftigungsverhältnisse, Honorarverträge und Aufwandsentschädigungen unterstützt. Angemessene Entlohnung oder Entschädigung ist ein Zeichen von Wertschätzung. Manchmal ist sie auch eine notwendige Voraussetzung dafür, dass Community-Partner_innen mitarbeiten und ihre Zeit und Kompetenzen zur Verfügung stellen können.

Community-basierte HIV-Prävention für & mit Migrant_innen ist Teil einer umfassenderen Gesundheitsförderung und verändert nicht nur das Verhalten, sondern auch Verhältnisse.

In der Regel ist HIV/Aids nicht das einzige oder wichtigste gesundheitliche Anliegen der Communities. Es ist leichter, Interesse zu wecken und ins Gespräch zu kommen, wenn es umfassend um das Wohlbefinden von Migrant_innen geht. Deshalb kann eine thematische Einbettung von Angeboten der HIV-Prävention in andere Angebote der Gesundheitsförderung, Frauengesundheit, Jugendgesundheit, Schwangerschaftsberatung und in Informationen über den Zugang zum Gesundheitssystem hilfreich sein.

Viele Probleme in der HIV-Prävention für & mit Migrant_innen entstehen u.a. durch rechtliche und soziale Benachteiligung. Strukturelle Prävention (→ **Rahmentext S. 73**) ist daher auch bei der HIV-Prävention für & mit Migrant_innen konsequent mitzudenken und umzusetzen. Konkret heißt das, dass sich unser Dachverband (die Deutsche AIDS-Hilfe) und unsere Mitgliedsorganisationen für eine Veränderung der gesellschaftlichen Verhältnisse einsetzen müssen, die HIV-Risiken und Schutzverhalten von Migrant_innen beeinflussen (Anti-Diskriminierungskampagnen, Öffentlichkeitsarbeit, Lobbyarbeit, Fachtagungen usw.). Präventionsangebote und Maßnahmen, die den gesellschaftlichen Rahmen von individuellem Verhalten nicht berücksichtigen, können schnell ins Leere laufen.

Der Abbau von Stigma spielt in der Community-basierten Prävention eine zentrale Rolle.

In Migrant_innen-Communities ist HIV/Aids häufig tabuisiert, und HIV-positive Menschen werden stigmatisiert. Diese Ausgrenzung erschwert den Umgang mit der Erkrankung und behindert die HIV-Prävention. Migrant_innen, die mit HIV/Aids leben, trauen sich nur selten, in ihren Com-

munities offen über ihren HIV-Status zu sprechen. Kampagnen und Aktionen helfen, Stigmata, Tabus und Diskriminierung abzubauen, sodass es leichter wird, über HIV/Aids zu reden. (→ **Praxisbeispiele S. 52, S. 54 und S. 60**). Migrant_innen, die sich zu ihrer HIV-Infektion bekennen, werden unterstützt (z.B. von religiösen Führer_innen und anderen Schlüsselpersonen) und aktiv in die Präventionsarbeit einbezogen.

Vernetzung und Zusammenarbeit

In der HIV-Prävention für & mit Migrant_innen spielen Partnerschaften und Kooperationen eine zentrale Rolle. Die Situation und Bedürfnisse von Migrant_innen sind teilweise sehr komplex, sodass Fachkenntnisse und Dienstleistungen von Einrichtungen aus verschiedenen Bereichen (Recht, Soziales, Gesundheit etc.) gefragt sind. Durch eine Zusammenarbeit lassen sich die jeweiligen Stärken nutzen und kombinieren. Erreichbarkeit, Beratung und Versorgung der Zielgruppen können verbessert, das lebensweltorientierte Konzept weiterentwickelt und nachhaltige Strukturen für HIV-Prävention aufgebaut werden.

Mögliche Kooperationspartner_innen müssen nicht zwingend aus den Bereichen Gesundheit, Recht oder Soziales kommen; vielmehr wird auf lebensweltliche Bezüge geachtet.

Es gibt in fast jeder Stadt oder Region Migrant_innenselbstorganisationen (MSO), die in der jeweiligen Community gut vernetzt sind und die Interessen ihrer Mitglieder vertreten. Eine Kooperation mit MSO ist wichtig, um Migrant_innengruppen in ihren Lebensbezügen (Community) zu erreichen und bedarfsgerechte Maßnahmen gemeinsam zu entwickeln. Community-Mapping-Verfahren (auch Träger-Map-

ping) können eingesetzt werden, um weitere potenzielle Partner_innen vor Ort zu identifizieren. (→ Praxisbeispiel S. 38).

Es wird gemeinsam geklärt, welche Migrant_innen-Communities erreicht werden sollen und wie sie beschaffen sind.

Migrant_innen bilden nicht automatisch eine (homogene) Zielgruppe. Damit Kooperationen erfolgreich angestoßen werden können, ist es wichtig, gemeinsam die zu erreichende(n) Gruppe(n) möglichst genau zu definieren. Dabei hilft das Zusammentragen von Informationen zur Situation in der jeweiligen Stadt oder Region (soziodemografische und epidemiologische Daten, Bedürfnisse unterschiedlicher Bevölkerungsgruppen, Angebote der Gesundheitsförderung usw.).

Ziele und Zeitraum der Kooperationen werden gemeinschaftlich festgesetzt, regelmäßig überprüft und weiterentwickelt. Rollen, Aufgaben und Verantwortlichkeit der Kooperationspartner_innen werden definiert, dokumentiert und transparent gemacht.

Die Ziele der Kooperation werden nicht von den Mitgliedsorganisationen der DAH vorgeschrieben, sondern mit den Partner_innen gemeinsam festgelegt. Bei der Erarbeitung der Ziele können entweder außenstehende Personen oder wechselnde Personen aus der Kooperation die Moderation übernehmen, um eine Zusammenarbeit auf Augenhöhe zu ermöglichen. Ziele sind so konkret wie möglich zu formulieren und ihre Umsetzung ist an einen Zeitplan gebunden (→ SMART, Glossar, S. 92).

Alle Teilnehmer_innen tragen die Verantwortung für den Erfolg der Kooperation. MSO sind dabei gleichwertige Partner_innen und fungieren als Expert_innen ihrer Community und nicht nur als „Türöffner_innen“.

Durch Sitzungsprotokolle und Kooperationsvereinbarungen werden Rollen, Aufgaben, Verantwortlichkeiten und Ziele dokumentiert und transparent gemacht.

Kooperation ist ein dynamischer Prozess. Veränderungen oder Anpassungen werden ermöglicht.

Im Laufe einer Kooperation können sich Fragestellungen, Ziele oder Akteur_innen ändern. Gerade MSO verfügen oft nur über eingeschränkte Ressourcen und arbeiten ehrenamtlich. Daher ist die Kontinuität nicht immer gegeben (ein_e Partner_in kann auch vorzeitig abspringen). Regelmäßige Reflexion, z. B. durch Prozessevaluation, ist wichtig, um den Prozess anzupassen, ggf. neue Schwerpunkte zu setzen und die Motivation der Beteiligten aufrechtzuerhalten.

Gegenseitiger Respekt, Wertschätzung und Transparenz sind Grundlagen der Kooperation.

Kooperation ist freiwillig. Um Bedingungen für eine Partnerschaft auf Augenhöhe zu schaffen, ist auf die Art der Kommunikation (Face-to-Face, Telefon oder E-Mail), die Häufigkeit der Treffen und eine freundliche Atmosphäre zu achten. Konflikte gehören dazu und werden konstruktiv bearbeitet. (→ Praxisbeispiel S. 65).

Beratung

Die bereits in der HIV-Prävention geltenden Standards sind auch in der Beratungsarbeit mit Migrant_innen konsequent umzusetzen (→ **Praxisbeispiel S. 65**). Sie können in der DAH-Broschüre „HIV- und STI-Test – Informationen und Standards“ nachgelesen werden (→ **Tipps zum Weiterlesen, S. 89**). Sie werden durch die folgenden Standards ergänzt.

In der persönlichen Beratung ist die sprachliche Verständigung gesichert, ggf. durch das Hinzuziehen von Sprach- oder Kulturmittler_innen sowie professionellen Dolmetscher_innen.

Es darf keine Beratung stattfinden, wenn eine ausreichende sprachliche Verständigung nicht möglich ist. Berater_innen sollten nichts unternehmen, ohne das Anliegen der Klient_innen genau zu kennen. Falls die eigenen sprachlichen Kompetenzen nicht ausreichen, um eine Verständigung herzustellen, werden Sprach- oder Kulturmittler_innen bzw. Dolmetscher_innen hinzugezogen.

Gemeinsam mit den Klient_innen wird entschieden, welche_r Dolmetscher_in die Beratung begleitet. Manchmal möchten Klient_innen gerade keine_n Dolmetscher_in aus dem eigenen Kulturkreis oder der eigenen Community. Dann kann auch auf andere Sprachen als die Muttersprache zurückgegriffen werden. Die Verständigung muss aber auf jeden Fall gewährleistet sein.

In vielen großen Städten gibt es Sprach- oder Kulturmittler_innen-Pools, die über gut ausgebildete Sprach- und Kulturmittler_innen verfügen. Oft haben diese selbst einen Migrationshintergrund und sind speziell für das Dolmetschen in sozialen und medizinischen Settings geschult. Wichtig ist, dass die Sprach- und Kulturmittler_innen der Schweigepflicht unterliegen.

Die Berater_innen stellen sicher, dass die Sprach- oder Kulturmittler_innen zu HIV-bezogenen Themen dolmetschen können. Berater_innen arbeiten aktiv mit ihnen zusammen. Dazu gehört, sie angemessen auf die HIV-Beratung vorzubereiten (Vertraulichkeit, sensible Informationen, Begriffe, Sprechen über Sexualität etc.). Die Sprachmittler_innen oder Dolmetscher_innen können nachfragen, wenn sie etwas selbst nicht genau verstehen. Bei Bedarf wird die Beratungssituation mit den Sprachmittler_innen oder Dolmetscher_innen vor- oder nachbesprochen.

Es werden keine Familienangehörigen, Bekannten oder sonstigen nicht qualifizierten Personen als Sprach- oder Kulturmittler_innen bzw. Dolmetscher_innen eingesetzt.

Familienangehörige, besonders Kinder oder Partner_innen, sind keine neutralen Übersetzer_innen. Eine korrekte Übersetzung ist aufgrund von Machtgefälle, unterschiedlichen Interessen, internen Dynamiken, falsch verstandener Rücksichtnahme usw. nicht gesichert. Vereidigte Dolmetscher_innen unterliegen per se der Schweigepflicht und werden geschult, eine angemessene Distanz zu wahren. Sprach- oder Kulturmittler_innen können von der jeweiligen Stelle zur Verschwiegenheit verpflichtet werden.

Es werden mehrsprachige und an der Lebenswelt sowie dem Lebensstil (Drogenkonsum, MSM usw.) orientierte Infomaterialien in verschiedenen Formaten bereitgestellt und genutzt.

Infomaterialien gibt es in vielfältigen Formaten, z. B. Videos, Piktogramme, Info-Mappen, Broschüren, Flyer etc. Geeignete, das heißt, auch sprachlich passende Materialien werden an Orten zur Verfügung gestellt, die von Migrant_innen aufgesucht werden, wie Migrationsberatungsstellen, Migrant_innenselbstorganisationen (MSO), Krankenhäuser, Schwangerschaftsberatungsstellen usw.

Jede_r Klient_in wird mit seinen_ihren Kompetenzen und Ressourcen für die eigene Lebenssituation wahrgenommen, akzeptiert und unterstützt.

Migrant_innen verfügen über vielfältige Ressourcen und Kompetenzen, um ihre Lebenssituation zu bewältigen. Diese werden in der Beratung erkannt und genutzt. Die Migrant_innen werden unterstützt, ihre Ressourcen und Kompetenzen zu erweitern und einzusetzen. Sie werden z.B. über relevante Bereiche des deutschen Sozialversicherungssystems informiert und bei der Umsetzung notwendiger Schritte unterstützt, bei Bedarf in Kooperation mit fachlich qualifizierten Einrichtungen.

Strukturen und Organisation

Das Diversity-Konzept ist im Leitbild der Einrichtungen verankert und spiegelt sich in allen Fachbereichen wider. In der Öffentlichkeitsarbeit wird die Diversity-basierte Ausrichtung ausdrücklich kommuniziert.

In der täglichen Präventionsarbeit erleben wir, dass sich die Communities und Menschen, mit denen wir arbeiten, in vielerlei Hinsicht unterscheiden und ständig verändern. Zum einen unterscheiden sie sich durch kulturellen Hintergrund, Geschlecht, Alter, Sprache, Religionszugehörigkeit, körperlich-geistige Fähigkeiten, sexuelle Orientierung bzw. Identität usw. Zum anderen gibt es auch Unterschiede hinsichtlich der HIV-Risiken (Drogengebrauch, Sexarbeit, MSM usw.). Es ist wichtig, dabei zu beachten, dass kein Mensch z.B. nur ein Mann, Migrant, Muslim, jung, Stricher oder Drogengebraucher ist, sondern vielmehr durch das Zusammenspiel verschiedener Dimensionen charakterisiert wird. Migrant_innen finden sich also in jeder Zielgruppe oder Community. Auch unser Verband und

unsere Mitarbeiter_innen sind heterogen. Der Diversity-Ansatz (→ **Rahmentext S. 75**) ermöglicht, den Umgang mit der vorhandenen Vielfalt produktiv und wertschätzend zu gestalten und Präventionsmaßnahmen so zu entwickeln, dass sie vorhandene Unterschiede und sich daraus ergebende sprachliche, kulturelle, rechtliche und andere Bedarfe und Beteiligungsmöglichkeiten berücksichtigen.

Die Medien der Öffentlichkeitsarbeit werden in verschiedenen Sprachen und Formaten angeboten. Die gendergerechte Sprache wird dabei berücksichtigt – eine Möglichkeit bietet der in diesem Arbeitsbuch verwendete Gender Gap (z.B.: Migrant_innen) (→ **Glossar, S. 91**). Es wird mit mehr positiven Bildern unserer Communities und Zielgruppen gearbeitet, am besten mit ihrer Beteiligung.

Das Thema Migration wird durch eine zentrale Stelle für Migration in der DAH koordiniert.

Eine zentrale Stelle für Migration auf Bundesebene ist notwendig, um die Arbeit der jeweiligen Fachreferate zu koordinieren und in ein Gesamtkonzept einzubetten. Zudem existieren bisher für Migrant_innen, die sich keiner anderen Zielgruppe zuordnen lassen, kaum eigene Angebote. Sie nehmen sich selbst als „Allgemeinbevölkerung“ wahr, fühlen sich jedoch von den entsprechenden Kampagnen oft nicht angesprochen. Deshalb muss für Gruppen, die aufgrund ihrer Herkunft oder ihrer Migrationssituation gefährdet sind, ein Angebot entwickelt werden.

Der Bereich Migration der DAH übernimmt die Verantwortung für ein Gesamtkonzept Migration sowie die Konzeption und Umsetzung bundesweit angelegter Modellprojekte und Kampagnen. Zu den Aufgaben des Bereichs gehört auch die Konzeption und Umsetzung relevanter Fortbildungsangebote für Verbandsmitglieder sowie von Basisschulungen für Multiplikator_in-

nen mit Migrationshintergrund. Der Bereich ist verantwortlich für die Förderung der Selbsthilfe, die Vernetzung der Organisationen im Migrationsbereich sowie für politische Arbeit und Lobby-Arbeit, um struktureller und sozialer Diskriminierung gegenüber Migrant_innen in Deutschland entgegenzuwirken.

Bei allen Stellenausschreibungen werden Menschen mit Migrationserfahrungen und Lebensweltnähe gezielt beworben und bei gleicher Qualifikation bevorzugt.

„Gezielt beworben“ heißt, dass die Stellenausschreibungen auf Plattformen zu finden sind, die von Migrant_innen genutzt werden (türkischsprachige, z.B. Hürriyet, russischsprachige, z.B. Russkaja Germanija, und anderssprachige lokale Zeitschriften). Bei der Auswahl der Kandidat_innen wird berücksichtigt, dass Migrant_innen oft Probleme haben, ihre im Ausland erworbenen Bildungsabschlüsse in Deutschland anerkennen zu lassen oder in Deutschland Abschlüsse zu erwerben. Qualifikationen, die im Ausland erworben worden sind, sowie individuelle biografische Erfahrungen werden beachtet. Vielfalt in der Teamzusammensetzung bezieht sich neben der Qualifikation, Herkunft und Lebensweltnähe auf Geschlecht (Männer, Frauen und Transpersonen), Alter, eigene Betroffenheit (HIV-positiver Status) und weitere Aspekte.

Alle zukünftigen Mitarbeiter_innen der Einrichtungen beherrschen mindestens eine Fremdsprache; der Erwerb und die Auffrischung von Fremdsprachen aller Mitarbeiter_innen wird gefördert (auch Deutsch als Fremdsprache).

Die zukünftigen Mitarbeiter_innen beherrschen die Fremdsprache soweit, dass sie in ihr flüssig kommunizieren können. Für den Erwerb bzw. die Auffrischung von Fremdsprachen werden externe Fortbildungsangebote genutzt. Sie werden finanziert, und die dafür investierte Zeit wird als

Arbeitszeit anerkannt. Mitarbeiter_innen mit Migrationshintergrund werden bei Bedarf Deutschkurse angeboten.

Alle Mitarbeiter_innen der Einrichtungen nehmen an mindestens einem Diversity- bzw. interkulturellen Training teil.

Der Diversity- bzw. trans-/interkulturelle Ansatz ist in der gesamten Einrichtung verankert und keine „Spezialkompetenz“ einzelner Mitarbeiter_innen. Diversity- und interkulturelle Kompetenzen bilden die Grundlage aller Mitarbeiter_innen für eine gute Zusammenarbeit in der HIV-Prävention, nicht nur mit Migrant_innen. Durch diese Kompetenzen können Mitarbeiter_innen mit Personen aus unterschiedlichen Lebenswelten (Drogen Gebrauchende, schwule Männer usw.) gut zusammenarbeiten.

Die DAH stellt dafür Ressourcen zur Verfügung und bietet regelmäßig Diversity- und interkulturelle Trainings an.

Mitarbeiter_innen, die vorwiegend mit Migrant_innen arbeiten, nutzen die speziellen DAH-Fortbildungen und Angebote anderer Einrichtungen im Bereich Migration.

Die Mitarbeiter_innen bilden sich besonders zu Themen wie Asyl-, EU- sowie Sozialrecht weiter und schulen sich zu Methoden der Zusammenarbeit mit Migrant_innen-Communities. Lokale Fortbildungen von anderen Einrichtungen (z.B. von ProAsyl) werden bei Bedarf gefördert und als Arbeitszeit anerkannt.

Schulung von Multiplikator_innen

Die Multiplikator_innen-Schulungen für Migrant_innen werden von interkulturellen Teams durchgeführt.

Die Trainer_innen besitzen neben Fach- und Methodenkompetenzen auch Erfahrungen in der HIV-Prävention und Gesundheitsförderung mit Migrant_innen.

Migrant_innen, die sich für die Multiplikator_innen-Schulungen der DAH bewerben, müssen eine Anbindung vor Ort nachweisen.

Durch den Nachweis, dass sie bereits vor Ort engagiert und angedockt sind (an eine Aidshilfe, Migrant_innenselbstorganisation usw.), werden die fachliche Betreuung und Unterstützung der Multiplikator_innen sowie die Nachhaltigkeit der Zusammenarbeit gesichert. Zudem reichen die Bewerber_innen zusammen mit der Anmeldung ein Motivationsschreiben ein.

Die Multiplikator_innen-Schulungen orientieren sich am Schulungscurriculum der DAH.

Das Schulungscurriculum der DAH sieht die Vermittlung folgender Inhalte vor:

► Basiswissen zur HIV-Prävention mit & für Migrant_innen

Gesundheitssystem in Deutschland, HIV und Migration, Hauptakteur_innen der HIV-Prävention in Deutschland, HIV (Übertragungswege, Schutz, Testung), Leben mit HIV in Deutschland.

► Befähigung der Multiplikator_innen, mindestens zehn Botschaften der HIV/Aids-Prävention zu kommunizieren

Die Erfahrung hat gezeigt: Beschränkt sich die Wissensvermittlung auf etwa zehn Präventionsbotschaften, wirkt sich das positiv auf die Qualität der Informationen aus, die dann in die Communities getragen werden. Außerdem sehen sich die Multiplikator_innen dann auch nicht dem Druck ausgesetzt, alle Fragen aufzufangen und beantworten zu müssen. Die Multiplikator_innen werden geschult, auf entsprechende Fachstellen vor Ort zu verweisen (→ Praxisbeispiel S. 56).

► Vermittlung von Planungs- und Präventionsmethoden

Im Rahmen der Multiplikator_innen-Schulungen wird Wissen über Planungs- und Präventionsmethoden (Theater, Vortrag, Glücksrad usw.) vermittelt. Dadurch wird die Zusammenarbeit mit Migrant_innen-Communities unterstützt und vereinfacht.

► Das Thema Schweigepflicht und die Auseinandersetzung mit ethischen Aspekten sind in die Schulungsinhalte integriert

Bei HIV und Aids geht es um sehr sensible Inhalte und persönliche Geschichten, mit denen vorsichtig umzugehen ist, um Schaden (z. B. Stigmatisierung) zu vermeiden.

Die Umsetzung von zwei Präventionsveranstaltungen vor Ort durch die Multiplikator_innen im Anschluss an die Schulung ist Bestandteil der Schulung. Durch die eigenständige Durchführung der Veranstaltungen erhalten die Multiplikator_innen erste Einblicke in die praktische Arbeit.

Die Multiplikator_innen-Schulungen sind für die Teilnehmer_innen kostenlos.

Die Multiplikator_innen erbringen nach der Schulung durch ihre Präventionsarbeit eine Leistung für die jeweilige Einrichtung.

Die Multiplikator_innen-Aktionen vor Ort werden, soweit möglich, honoriert.

Migrant_innen-Communities, die einen besonderen HIV-Präventionsbedarf haben, sind häufig sozioökonomisch benachteiligt und haben nur einen eingeschränkten Zugang zum deutschen Arbeitsmarkt. Viele Personen leben an der Armutsgrenze. Das muss berücksichtigt werden, wenn Multiplikator_innen aus diesen Communities auf ehrenamtlicher Basis Präventionsarbeit leisten. Deshalb müssen für die ehrenamtliche Arbeit sowohl Aufwandsentschädigungen (Fahrt- und Verpflegungskosten) als auch Honorare für bestimmte Tätigkeiten (z.B. Veranstaltungen in den Communities, Seminare etc.) gezahlt werden. Das signalisiert Wertschätzung, ist aber in vielen Fällen schlicht notwendig, um das Engagement der Multiplikator_innen zu ermöglichen. Die Zahlung von Aufwandsentschädigungen und Honoraren muss transparent und nachvollziehbar sein.

Die lokalen Einrichtungen stellen den Multiplikator_innen Materialien und Give-aways zur Verfügung.

Die Multiplikator_innen erhalten Ausdrücke (Kopien von Präsentationen etc.) für Veranstaltungen sowie Give-aways (Kondome, Broschüren usw.) von den lokalen Aidshilfen und anderen lokalen Projekten.

Multiplikator_innen erhalten Zugang zu Supervision bzw. Intervision

Die lokalen Einrichtungen ermöglichen eine Anbindung der Multiplikator_innen an ihre Teams sowie den Zugang zu Super- bzw. Intervision. Ferner können bei zukünftigen Projektanträgen Gelder dafür beantragt werden.

Ausgebildete Multiplikator_innen haben die Möglichkeit, andere Fortbildungsangebote der DAH zu besuchen.

Dadurch kann das bereits vorhandene Basiswissen zu HIV/Aids vertieft und erweitert werden (z.B. durch Informationen zu anderen STIs, Hepatitis usw.).

Die Zertifizierung von Multiplikator_innen ist an den Besuch von Schulungen geknüpft.

Um eine Zertifizierung zu erhalten, müssen Multiplikator_innen innerhalb von zwei Jahren folgende DAH-Veranstaltungen besuchen: Basis-Schulung I und II, Interkulturelles Training, Methoden der Arbeit mit Migrant_innen-Communities. Außerdem müssen sie vor Ort an relevante Einrichtungen oder Migrant_innenselbstorganisationen angebunden sein.

Die Zertifizierung ist für zwei Jahre gültig. Nach Ablauf der Frist können die Multiplikator_innen die Zertifizierung erneuern lassen. Hierzu besuchen sie weitere Fortbildungen. ■



PRAXISBEISPIELE



Mit Tablet-Quiz auf der Party: MSM erreichen

manCheck e.V., Berlin

manCheck Berlin steht für Männer, Sex und Gesundheit. Unsere Zielgruppe sind schwule Männer mit und ohne Migrationshintergrund. Wir wollen unsere Zielgruppe auf attraktive und spielerische Art aufklären und Menschen dazu bewegen, sich mit HIV & STIs auseinanderzusetzen.

Unsere Vor-Ort-Arbeit konzentriert sich auf Verteil- und Stationäraktionen. Bei Stationäraktionen sind wir mit einem Stand drei bis vier Stunden auf einer Party präsent. Wir verteilen Material (Kondome, Gleitgel) und kleine Giveaways (Süßigkeiten, kleine Geschenke) und versuchen über Spiele mit den Gästen ins Gespräch zu kommen, um spielerisch Infos zu HIV, STIs und dem Schutz davor zu vermitteln.

Da es Akzeptanzprobleme bei einigen Spielen gab, haben wir das Tablet-Quiz entwickelt. Die letzten Spiele – ein Glücksrad und Ü-Eier mit einer Frage in jedem Ei – wurden auf bestimmten Partys in Berlin vom Publikum abgelehnt („zu kindisch“, „zu trashig“). Daher haben wir nach einem Spiel gesucht, das zu diesen Partys gut passt. So sind wir auf die Tablets gestoßen, mit denen wir ein attraktives Spiel und einen „Eye-Catcher“ entwickelt haben, um die Partygäste an unseren Stand zu ziehen und aufklären zu können.

Kontakt

Pablo Corbalan
manCheck
(Männer Sex Gesundheit) e.V., Berlin
Tel.: 030 44668870
E-Mail: info@mancheck-berlin.de
www.mancheck-berlin.de

Als Grundlage für das Spiel muss zunächst ein Tablet gekauft (Preis ab knapp 100 €) und eine App („Quiz Creator“ oder „Spin the wheel“) heruntergeladen werden. Damit keine Werbung das Spiel stört, sollte die App nicht kostenlos genutzt, sondern für 2 € gekauft werden.

- ▶ Mit der App „Quiz Creator“ lässt sich ein eigenes „Jeopardy“-Spiel kreieren, mit verschiedenen Kategorien und unterschiedlichen Fragen zu jeder Kategorie. Auf jede Frage gibt es vier verschiedene Antworten, nur eine ist korrekt.
- ▶ Die App „Spin the wheel“ generiert ein virtuelles Glücksrad, das auch mit eigenen Fragen gespielt werden kann.

Wie und wo werden die Tablets eingesetzt?

Bevor wir auf einer Party Vor-Ort-Arbeit machen, kontaktieren wir die Veranstalter, um sie zu fragen, ob unsere Arbeit auf der Party für sie in Ordnung und der Aufbau eines Stands in der Party-Location möglich ist. Dann vereinbaren wir einen Termin.

Es reicht nicht, dass wir mit einem Stand und dem Spiel vor Ort sind. Damit unser Angebot für die Gäste attraktiv ist, arbeiten wir mit Material wie Kondomen und Gleitgel. Die Party-Gäste, die beim Spiel mitmachen, erhalten von uns Süßigkeiten oder kleine Geschenke.



Das Tablett im Einsatz

Die Tablets sehen modern und „cool“ aus, und viele Gäste kennen von zu Hause ähnliche Tablets oder Smartphones. Wenn wir Tablets am Stand haben und wir die Leute fragen, ob sie mitspielen möchten, kommt das in der Regel gut an. Die Fragen unserer Tablet-Spiele sind auf Deutsch und Englisch, damit Menschen, die nicht (gut) Deutsch sprechen, auch mitspielen und informiert werden können.

Welche Fragen kommen am besten an?

Zwei Fragen interessieren die Party-Gäste besonders.

Frage 1:

Die Postexpositionsprophylaxe (PEP) kann die Infektion mit HIV nach einem Risikokontakt verhindern. In welchem Zeitraum sollte man idealerweise mit der Einnahme der Medikamente beginnen?

- ▶ Innerhalb der ersten 24 Stunden
- ▶ Innerhalb einer Woche
- ▶ Innerhalb eines Monats
- ▶ Innerhalb der ersten 3 Monate

Frage 2:

Wenn zwei Männer ungeschützten Analsex miteinander haben, ohne dabei abzuspritzen, welcher von beiden hat das höhere HIV-Infektionsrisiko?

- ▶ das Risiko ist für beide annähernd gleich hoch
- ▶ der Aktive
- ▶ der Passive
- ▶ niemand, solange kein Sperma im Spiel ist

Wir haben es geschafft, dass die Menschen gerne zum Stand kommen, mit uns spielen und reden. So macht die Arbeit richtig Spaß!

Weniger spaßig war das Eintippen der Fragen in das Tablet – es dauert einfach. Bei großen Temperatur- und Feuchtigkeitsschwankungen funktionieren die Tablets manchmal nicht richtig. Daher sollten die Geräte im Winter nicht im Auto gelassen werden, sonst kann es durch die Temperaturunterschiede zwischen Minusgraden draußen und 30°C im Club Probleme geben. ■

Unsere Hilfe für Jungs ist mobil und mehrsprachig

Hilfe für Jungs e.V./subway e.V., Berlin

Wir – das Team von subway e.V. – richten unsere Angebote an Jungs, die anschaffen gehen und wenig oder gar kein Deutsch sprechen können. Wir vermitteln Informationen über Gesundheit (inklusive HIV und andere STIs) und versuchen, die Jungs dabei zu unterstützen, ihre Lebenssituation zu verbessern. Wir nehmen Schweigepflicht und Datenschutz sehr ernst und haben eine inklusive Haltung gegenüber den Jungs, mit denen wir zusammenarbeiten. Unser Team ist multikulturell zusammengesetzt und wir sprechen viele Sprachen. Wir kombinieren in unserer Arbeit viele Methoden und Ansätze und nutzen vielfältige Medien (mehrsprachige Broschüren, Flyer, mehrsprachige Smartphone-Aufklärungsvideos usw.).

Ein wichtiger Ansatz unserer Arbeit ist Streetwork (Setting-Ansatz). Wir gehen dorthin, wo sich die Jungs aufhalten: in Bars, Kneipen, Sexkinos, Parks usw. Wir sind überzeugt, dass nur die Kombination aus Anlaufstelle (mit allen darin enthaltenen Angeboten) und Streetwork eine effektive Angebotsstruktur für die Lebenswelt der Klienten gewährleisten kann. Ohne die Vor-Ort-Arbeit wäre es uns unmöglich, Veränderungen in der Szene mitzubekommen und im regelmäßigen Austausch mit Wirten und Angestellten zu stehen. Zudem ist es für einige Kunden der Jungs

Kontakt

Ali Bagit
Hilfe für Jungs e.V./subway e.V., Berlin
Tel.: 030 2155759
E-Mail: ali@subway-berlin.de
www.subway-berlin.de/

wichtig, uns auch in der Szene anzutreffen, weil sie oft niemanden haben, dem sie sich mit ihren Fragen zur Prostitution anvertrauen können.

Wir bieten drei Mal in der Woche Streetwork an: dienstags und freitags abends sowie mittwochs tagsüber. Dafür bilden wir Zweier- oder Dreier-Teams, um möglichst viele Sprachen abzudecken, Sicherheit zu gewährleisten und flexibel auf Situationen reagieren zu können. Zu den Orten, die wir regelmäßig aufsuchen, gehören die Kneipen, die der Anbahnung dienen, Sexkinos, Parks (hauptsächlich im Sommer) und andere öffentliche Plätze. Wir nehmen unsere gelben Streetworktaschen mit, die unser Markenzeichen sind – so sind wir für Jungs und Freier gut erkennbar. In den Taschen finden sich Broschü-

ren, Kondome, Gleitgel, Flyer, Visitenkarten, Adressenlisten mit Notübernachtungen, Gesundheitsämtern, Krankenhäusern usw., die wir vor Ort an die Jungs verteilen. Wir füllen die Gläser, die die Wirte hinter dem Tresen stehen haben, mit Kondomen und Gleitmittel und legen aktuelle Broschüren zu unseren Angeboten aus. Die mehrsprachigen Smartphone-Aufklärungsvideos haben wir auf unseren Handys. Wir zeigen sie, wenn wir gerade die Sprache der Jungs nicht abdecken können.

Was haben wir gelernt?

► Um mit Jungen in Kontakt zu kommen, ist das Verteilen von Kondomen eine wichtige Methode (möglichst diskret in diesem sensiblen Umfeld).

- Die Jungs haben neben dem Anschaffen auch andere Anliegen. Diese müssen ernst genommen und mitgedacht werden. Im Gespräch kommen wir an viele Themen rund ums Anschaffen erst über andere organisatorische Themen heran.
- Wir müssen mit den Jungs sprechen statt über sie.
- Mitarbeiter_innen, die Bulgarisch, Türkisch und Rumänisch sprechen, sind entscheidend für unsere Arbeit. Mehrsprachige Medien können unterstützend sein. Wir empfehlen jeder Einrichtung, die Migrant_innenarbeit macht, mindestens eine_n Kulturmediator_in zu beschäftigen und am besten Sozialarbeiter_innen mit Migrationshintergrund einzustellen.
- Kooperationspartner_innen sind wichtig: Wir vermitteln zu Gesundheitszentren, zur Berli-



Unterwegs mit unseren Streetworkertaschen

► Themen wie Anschaffen und Homosexualität sind bei vielen Jungs oft sehr schambesetzt. Darum ist es sehr wichtig, diese Themen möglichst sensibel zu besprechen. Das hilft, Vertrauen aufzubauen, und vermeidet, die Jungs gleich zu outen.

ner Aids-Hilfe e.V., zum Jobcenter, zur Schwulenberatung, zu Notübernachtungseinrichtungen, Behörden und anderen sozialen Einrichtungen. ■

Wir – Sexarbeiterinnen – bilden Sexarbeiterinnen fort

Peer-Projekt, Hydra e.V., Berlin



Auf der Arbeit

Kontakt

Alexa Müller
Hydra e.V., Peer-Projekt, Berlin
Tel.: 030 6110023
E-Mail: hurenbeihydra@gmail.com
[www.hydra-berlin.de/beratungsstelle/
peer_workshops](http://www.hydra-berlin.de/beratungsstelle/peer_workshops)

In unserem Peer-Projekt führen Prostituierte als Workshop-Leiterinnen während der Arbeitszeit der teilnehmenden Sexarbeiterinnen in Bordellen, Sexkinos, Laufhäusern und Massagesalons Fortbildungen durch. Wir erreichen Sexarbeiterinnen in Berlin, dabei liegt unser Fokus auf Menschen mit Migrationsgeschichte und/oder Rassismuserfahrungen.

In unserem Team beherrschen wir Bulgarisch, Rumänisch, Spanisch, Italienisch, Englisch, Hebräisch und Deutsch. Wenn nötig, nutzen wir externe Sprachmittlung z. B. für Thai oder Polnisch.

Alle Teammitglieder sind Honorarkräfte bei Hydra e.V. Als Expertinnen wollen wir für unsere Arbeit honoriert werden. Außerdem ist es uns politisch

außerordentlich wichtig, dass unsere Teammitglieder nicht nur aus Szenen kommen, in denen Ehrenamt und mildtätiges Tun für Menschen, die als „anders“ oder „bedürftig“ definiert werden, für sinnvoll gehalten werden – und leistbar sind.

Wir stellen uns persönlich an den verschiedenen Arbeitsorten vor und erzählen von unseren Workshops. Gibt es Interesse, kommen wir wieder und bieten eine Fortbildung an. Nach unserer Erfahrung sind der persönliche Kontakt und das Etablieren von Vertrauen die wichtigsten Schritte, um Interesse zu wecken.

Vertrauen gewinnen wir vor allem dadurch, dass wir sofort transparent machen, dass wir selbst Sexarbeiterinnen sind oder waren. Wie in jedem anderen Beruf auch lernen Prostituierte gerne mit Menschen, die eigene Erfahrung und Expertise mitbringen. Was uns von anderen Werkträgern unterscheidet, sind das Stigma und die Vorurteile, die wir wegen unseres Berufes erleben – und zwar oft außerhalb der Arbeitszeit und von Menschen, die nicht selbst in der Sexarbeit tätig sind.

Deshalb führen viele Prostituierte ein Doppelleben, d. h., sie können außerhalb der Arbeit nicht offen mit ihrem Beruf umgehen. Darum finden die Seminare während der Arbeitszeit statt. Außerdem haben viele Sexarbeiterinnen nach langen Arbeitszeiten nach Feierabend für Fortbildungen keine Energie, Zeit oder Lust mehr. Durch die teils langen Wartezeiten zwischen Klientenbesuchen bietet es sich an, die Workshops während der Arbeitszeit informell und flexibel zu gestalten.

Wir sind immer zu zweit oder zu dritt unterwegs, weil wir die Erfahrung gemacht haben, dass unterschiedliche Menschen sich für unterschiedliche Menschen interessieren. Durch die Diversität in unserem Team können wir für möglichst viele Sexarbeiterinnen interessant sein. Manchmal sind Menschen an Ähnlichkeit oder Parallelen interessiert, z. B. Migrationserfahrung, manchmal an Unterschieden, etwa hinsichtlich des Tätigkeitsgebiets in der Prostitution. Selbstverständlich spielen auch spontane Sympathie oder Antipathie eine große Rolle.

Wir zielen mit unserem Projekt auf Empowerment, also die Stärkung untereinander, und eine Entstigmatisierung der Sexarbeiterinnen. Dazu nutzen wir Aufklärung über unsere Rechte, Informationen zu reproduktiver Gesundheit und Selbstbestimmung sowie Bildungsangebote zu sexueller Gesundheit. Ein stigmatafreier, respektvoller und humorvoller Umgang mit allen Themen rund um Sexualität ist fast nirgendwo selbstverständlich. Sexarbeiterinnen brauchen aber einen solchen Umgang untereinander, um gut arbeiten zu können. Wir schaffen durch unsere Moderation einen Rahmen dafür, der sonst oft nicht gegeben ist.



Ausschnitt aus der Schulungs-DVD

Mit unserem Projekt wollen wir erreichen, dass Sexarbeiterinnen über Anlaufstellen wie Gesundheitszentren, die Berliner Aids-Hilfe und Hydra e.V. Bescheid wissen.

Gleichzeitig vermitteln wir in unseren Workshops auf Augenhöhe – als Sexarbeiterinnen unter Sexarbeiterinnen – Wissen über sexuelle Gesundheit, Verhütung, safe sexuelle Praktiken und Kommunikationsstrategien mit Kunden. Gerade diese Strategien sind wichtig, denn zu viele Klienten nutzen die finanzielle Not einiger Sexarbeiterinnen aus und überreden sie zu unsafem Praktiken.

Neben moderierten Gruppengesprächen setzen wir eine interaktive Schulungs-DVD ein, die auf Bulgarisch, Rumänisch, Englisch, Thai und

Deutsch vorliegt und die genannten Themen praxisnah und humorvoll aufgreift.

Unser größtes Problem ist die prekäre finanzielle Situation unseres Projekts. Wir finanzieren uns über dürftige Gelder, die Hydra e.V. vom Berliner Frauen- und Gesundheitssenat erhält, und über Spenden.

Wir wünschen uns eine solide, langfristige Finanzierung, um mehr Trainerinnen in unser Team holen, mehr Seminare anbieten, neue Workshops konzipieren und langfristig eine Hurenakademie gründen zu können.

Gelernt haben wir, dass die ehrliche Anerkennung von Gemeinsamkeiten wie auch Unterschieden eine wichtige Basis für Peer-Weiterbildungen ist.



Unsere Schulungs-DVD

Dann ist Vertrauen möglich. Auch Humor ist unerlässlich – wer nicht über sich selbst und mit anderen lachen kann, hat es schwer im Puff.

Unser Rat ist, Stille aushalten zu lernen und zuzuhören. Oft kann nach Momenten der Ruhe, der Pause im Gespräch etwas Neues, Kostbares entstehen; oft kommen wichtige Impulse von Teilnehmerinnen, weil für einen Augenblick das Spüren am eigenen Leib möglich war. ■

Sexuelle Gesundheit auf dem Straßenstrich

Kooperationsprojekt der Fach- und Beratungsstelle
Nachtfalter/Caritasverband für das Bistum Essen e.V.
und dem Gesundheitsamt Essen

Kontakt

Brigitte Menze – Gesundheitsamt Essen für
das Kooperationsprojekt Sexuelle Gesundheit
auf dem Straßenstrich

Tel.: 0201 8853410

E-Mail: [brigitte.menze@
gesundheitsamt.essen.de](mailto:brigitte.menze@gesundheitsamt.essen.de)
www.essen.de

Seit 2007 beobachten wir eine Zunahme nicht deutsch sprechender Frauen – insbesondere aus Bulgarien und Rumänien – auf dem Essener Straßenstrich. Ein Teil der Frauen sind Analphabetinnen, die nur über eine geringe oder gar keine Schulbildung verfügen. Sie kommen aus stark patriarchalischen Familienstrukturen, haben ein geringes Gesundheitsbewusstsein und sind häufig schwanger. Abbruch gilt als „Verhütungsmethode“. Die Frauen besitzen wenig Erfahrung im Umgang mit Hygiene und Sauberkeit und leben in desolaten Wohnverhältnissen. Ihre kulturellen Werte, Normen und Erfahrungen sind völlig andere als die der meisten in Deutschland lebenden Menschen. Zudem haben sie oft weder Kenntnisse von noch Zugang zu den Hilfe- und Versorgungsangeboten vor Ort.

Wir wollen bulgarischen und rumänischen Sexarbeiterinnen Zugänge zu den Angeboten des Gesundheitsamts (HIV/STIs, sexuelle Gesundheit) und der Fach- und Beratungsstelle Nachtfalter (soziale Hilfen) eröffnen.

Dieses Ziel verfolgen die Fach- und Beratungsstelle Nachtfalter und das Gesundheitsamt gemeinsam mit weiteren Kooperationspartnern:

- ▶ Kooperationsverbund ‚Strichpunkt‘ für die Arbeit auf dem Essener Straßenstrich
- ▶ Sozialdienst Katholischer Frauen Essen-Mitte e.V. (SKF)/Koordinierungsstelle für den Kooperationsverbund
- ▶ Bella Donna – Verein zur Hilfe suchtmittelabhängiger Frauen in Essen e.V.
- ▶ Suchthilfe direkt Essen gGmbH
- ▶ AWO Lore-Agnes-Haus, Beratungszentrum für Familienplanung, Schwangerschaftskonflikte und Fragen der Sexualität
- ▶ Evangelische Beratungsstelle für Schwangerschaft, Familie und Sexualität
- ▶ medizinische Hilfeangebote für Menschen ohne Papiere:
 - ▷ Medinetz Essen
 - ▷ Kosmidion Essen
 - ▷ niedergelassene Gynäkolog_innen
 - ▷ Universitätsklinikum Essen.

Wir bieten eine Kombination aus aufsuchenden und stationären Gesundheitsleistungen und sozialen Hilfen an, an denen Sprach-/Kulturmittlerinnen, eine Sozialarbeiterin und eine Ärztin beteiligt sind. Zweimal monatlich (dienstags 19:00–21:30 Uhr) machen wir aufsuchende Arbeit mit der Ärztin auf dem Essener Straßenstrich. Viermal im Jahr sind wir in der Essener Bordellstraße (Stahlstraße). Einmal wöchentlich (donnerstags 14:00–16:30 Uhr) bieten wir im Gesundheitsamt umfassende medizinische Beratung und Untersuchung an, parallel dazu können die Frauen eine soziale Beratung nutzen.

Auf dem Straßenstrich gibt es einen Raum für vertrauliche Gespräche mit der Ärztin, bei denen eine Sprachmittlerin übersetzt. Hier erfolgen auch erste serologische Untersuchungen (keine

Schnelltests). Die Untersuchungsergebnisse werden grundsätzlich im Gesundheitsamt mitgeteilt. Dort findet die wöchentliche Sprechstunde nach Terminvereinbarung statt; es ist aber auch ein direkter Zugang möglich. Als Warteraum nutzen wir einen Mehrzweckraum, in dem die Sexarbeiterinnen auch Kaffee und Wasser bekommen können. Anwesend sind immer eine Sozialarbeiterin sowie bulgarische und rumänische Sprachmittlerinnen. Diese begleiten die Frauen zur ärztlichen Untersuchung, zur Befundmitteilung und, falls erforderlich, zur Behandlung. Die Sozialarbeiterin bietet mit Unterstützung der Sprachmittlerinnen Sozialberatung an. Die Frauen können bis in den Warteraum von Männern begleitet werden. Sofern erforderlich, werden auch die Männer untersucht und behandelt. Private Sprachmittlerinnen, z. B. Familienangehörige, werden nicht akzeptiert.



Das Wartezimmer im Container

FOTO: BRIGITTE MENZE

Was haben wir gelernt?

Die Beteiligung vertrauenswürdiger Sprach- und Kulturmittlerinnen ist unverzichtbar; sie sichern die Teilhabe der Frauen auf einem hohen Niveau. Die Kontinuität der Personen schafft Sicherheit und Vertrauen, und die Kontinuität der Angebote ermöglicht Zuverlässigkeit und Mund-zu-Mund-Propaganda. Die aufsuchende ärztliche Arbeit sichert und erleichtert die Inanspruchnahme der Kommstrukturen. Die Sexarbeiterinnen nutzen inzwischen bei akuten Problemen eigenständig den direkten Zugang zur ärztlichen Versorgung. Gesundheitsangebote müssen mit sozialen Hilfen verknüpft werden im Sinne einer ganzheitlichen Lebensweltorientierung, damit sie langfristig wirksam sind.

In der Projektarbeit hat sich herauskristallisiert, dass in Essen die kulturellen und die Bildungsunterschiede zwischen den Frauen aus Rumänien und Bulgarien sehr groß sind. So kommen die Frauen aus Rumänien i. d. R. aus bildungsnahen Familien und haben selbst häufig eine höhere Schulbildung und einen anderen Umgang mit Gesundheits- und Hygienethemen. Inzwischen hat sich die Szene geteilt: Frauen aus Rumänien sind kaum noch auf dem Straßenstrich, sondern in der Stahlstraße und in den Clubs. Beide Gruppen nutzen die Gesundheitsangebote regelmäßig. In der Stahlstraße und in den Clubs werden vor Ort auch Selbstabstriche auf Chlamydien (→ **Glossar, S. 91**) und Gonorrhö (→ **Glossar, S. 91**) angeboten und angenommen.

Was ist gut gelaufen?

Die Kombination von aufsuchender mit sehr lebensweltorientierter stationärer Arbeit wurde von Beginn an gut angenommen und hat sich etabliert. Die Verzahnung von Gesundheits- und sozialen Hilfen hat in der Kooperation mit „Nachtfalter“ reibungslos funktioniert.

Was hätte besser laufen können?

Die Haltung der Sexarbeiterinnen - insbesondere der Bulgarinnen - zu Schwangerschaft und Verhütung sowie zu Hygiene ist, in Verbindung mit geringen Kenntnissen, unverändert. Intensive und kontinuierliche Informationsarbeit vor Ort ist geplant. Sozialberatung allein genügt nicht, oft ist eine Begleitung im Einzelfall notwendig.

Tipps

Wichtig ist eine enge Zusammenarbeit mit zielgruppennahen Einrichtungen. Es muss zudem eine gute Einführung der Sprach- und Kulturmittlerinnen in die Themen Sexarbeit und sexuelle Gesundheit sichergestellt werden. Dabei ist eine akzeptierende und wertneutrale Haltung zur Sexarbeit, zu sexuell übertragbaren Infektionen und zu den verschiedenen sexuellen Lebensstilen bei den Mitarbeiter_innen zu fördern.

Unbedingt muss auf die Kontinuität der Personen und Angebote – auch der aufsuchenden – geachtet werden. Wenn möglich, sollten Untersuchungsangebote vor Ort eingebunden werden, sie dienen auch als Zugang zu den umfassenderen Leistungen des Gesundheitsamts. Die gesundheitliche Versorgung sollte mit sozialen Hilfen verknüpft werden. ■

Öffentlicher Dienst bedeutet Dienst für die Öffentlichkeit – das schließt alle ein

Zentrum für sexuelle Gesundheit und Familienplanung,
Bezirksamt Charlottenburg-Wilmersdorf –
Gesundheitsamt, Berlin

Kontakt

Maite Lamuño, Gerhard Peters

Zentrum für sexuelle Gesundheit und Familienplanung,
Bezirksamt Charlottenburg-Wilmersdorf/Gesundheitsamt

E-Mail: zentrum@charlottenburg-wilmersdorf.de

[www.berlin.de/ba-charlottenburg-wilmersdorf/verwaltung/aemter/gesundheitsamt/
zentrum-fuer-sexuelle-gesundheit-und-familienplanung/](http://www.berlin.de/ba-charlottenburg-wilmersdorf/verwaltung/aemter/gesundheitsamt/zentrum-fuer-sexuelle-gesundheit-und-familienplanung/)

Das Zentrum für sexuelle Gesundheit und Familienplanung vereint seit dem 01.04.2008 die ehemaligen Sozialmedizinischen Dienste für Eheberatung, Familienplanung und Schwangerschaft und die Beratungsstellen für STIs sowie Aids. Dadurch ist eine Überleitung von einem Bereich in den anderen deutlich einfacher geworden. Eine regionale Zuständigkeit nach Wohnort gibt es nicht. Das Zentrum ist berlinweit an fünf verschiedenen Standorten untergebracht. Bürger_innen können sich, unabhängig von ihrem Wohnort, an jeden Standort wenden. Neben Charlottenburg-Wilmersdorf gibt es noch die Standorte Friedrichshain-Kreuzberg, Marzahn-Hellersdorf, Mitte und Steglitz-Zehlendorf. Alle Mitarbeiter_innen unterliegen der Schweigepflicht. Die Beratungen und Untersuchungen

sind kostenlos. Wir sind ein multiprofessionelles Team aus Ärztinnen, Psychologinnen, Sozialarbeiter_innen, Arzthelferinnen und Sprachmittlerinnen. Wir können in zehn Sprachen beraten (Englisch, Thai, Russisch, Polnisch, Ukrainisch, Bulgarisch, Ungarisch, Rumänisch, Vietnamesisch und Spanisch).

Unser Zentrum Charlottenburg-Wilmersdorf richtet seine Angebote an die Allgemeinbevölkerung – insbesondere an Menschen, die sozial nicht abgesichert und/oder sprachlich nicht integriert sind – wie z.B. Sexarbeiter_innen. Das schließt Migrant_innen mit ein. Menschen aller Nationalitäten besuchen die offene Sprechstunde (ohne Termin oder Ankündigung), um eine STI-Untersuchung/einen HIV-Test machen zu lassen.

Die Anzahl der Menschen ohne Krankenversicherung nimmt immer mehr zu – bei Deutschen, EU-Bürger_innen und anderen Migrant_innen mit und ohne legalen Aufenthaltsstatus. Auch sind STIs und HIV häufig noch stigmatisiert, sodass viele Menschen eine anonyme Beratung vorziehen.

Was macht uns und unsere Arbeit aus?

- ▶ Wir haben ein offenes Beratungs- und Untersuchungsangebot zu sexueller Gesundheit (STIs/HIV/Hepatitis) ohne Terminvereinbarung.
- ▶ Das Menschenbild des Zentrums ist inklusiv und nicht diskriminierend. Zu unserer Grund-

haltung gehören Respekt gegenüber allen Menschen und Offenheit für alle Menschen, die unser Zentrum besuchen – unabhängig von ihrer Nationalität, Sprache, ihrem kulturellen Hintergrund oder Lebensstil. Wir bemühen uns, alle Menschen gleich zu behandeln.

- ▶ Grundsätzlich gestalten wir die Beratung individuell.
- ▶ Ein freundlicher Umgang ist Voraussetzung für gute Beratung, nicht nur den Besucher_innen gegenüber, sondern auch unter unseren Mitarbeiter_innen.
- ▶ In unserem Zentrum gibt es kein spezielles Angebot für Migrant_innen. Wir haben keine extra Sprechstunden oder Wartebereiche für Migrant_innen.
- ▶ Alle unsere Mitarbeiter_innen beraten Migrant_innen.



Der Weg zu unserem Wartezimmer

- ▶ Wir arbeiten je nach Bedarf mit Sprachmittler_innen und können zehn Sprachen abdecken.
- ▶ Wir beraten möglichst frei von Stigmatisierung und Vorurteilen. Wenn sich Vorurteile zwischen Klient_innen und Berater_innen während des Gespräches manifestieren, soll das nach Möglichkeit thematisiert werden. Wir wollen eigene Vorurteile verringern und uns in der Beratungssituation auf die Person, die vor uns sitzt, konzentrieren, uns auf ihre Fragen und Beratungsbedarfe beziehen, um nicht in vorgegebenen Kategorien zu beraten.
- ▶ Wichtig ist uns, kultursensibel dem Menschen gegenüberzustehen und Aussagen oder Fragen immer ernst zu nehmen. Ein nicht belehrender Ton schafft schneller ein vertrauensvolles Klima. Einzelne Fragen oder Themen, auch wenn sie uns ungewöhnlich oder irrelevant vorkommen, sollen nicht schnell und abwertend abgehakt oder bagatellisiert, sondern aufmerksam beantwortet werden.
- ▶ Empathisch zuzuhören und das Gefühl von „ich habe Zeit für Sie“ zu vermitteln, sind essenzielle Bestandteile der Beratung von Migrant_innen, die eventuell aufgrund der Sprachschwierigkeiten mehr Zeit und Ruhe brauchen, um sich auszudrücken. Wenn im Gespräch zu merken ist, dass der_die Berater_in nicht der_die richtige Ansprechpartner_in ist, können andere Kolleg_innen um Unterstützung gebeten werden. Die Klient_innen haben Anspruch auf die bestmögliche Beratung.
- ▶ Flyer und Mittel zur Verständigung oder Verstärkung der Beratung sollen erst erklärt und dann ausgehändigt werden.
- ▶ Nach Bedarf soll über adäquate oder spezialisierte Hilfsangebote informiert werden.
- ▶ Wir bieten aufsuchende Arbeit an Orten der Prostitution.

Was könnte besser laufen?

Da nicht alle Sprachmittler_innen zu allen Öffnungszeiten arbeiten, müssen manchmal Klient_innen auf einen anderen Termin verschoben werden. Oft wird dieser neue Termin dann von ihnen nicht mehr wahrgenommen.

Tipps und Empfehlungen

Wir raten zu einer engen Zusammenarbeit mit zielgruppennahen Einrichtungen und, wenn möglich, einem persönlichen Kennenlernen. Wir kooperieren mit der Berliner Aids-Hilfe e.V., subway e.V., Hydra e.V., dem Büro für medizinische Flüchtlingshilfe, der Kontakt- und Beratungsstelle für Flüchtlinge und Migrant_innen e.V., VIA e.V., der Schwulenberatung Berlin, mit anderen Zentren und Amtseinrichtungen sowie niedergelassenen Ärzt_innen.

Eine gute Einführung der Sprachmittler_innen in die Themen ist ebenso wichtig wie sich zu vergewissern, dass es unterschiedliche Begriffe für die Geschlechtsorgane wie auch die Sexualkontakte gibt.

Eine akzeptierende Haltung zu unterschiedlichen sexuellen Lebensweisen und Orientierungen sowie Lebensstilen ist zu fördern. ■

Communities besser kennenlernen durch Community-Mapping

Projekt Transit, Gangway e.V. –
Straßensozialarbeit in Berlin

Kontakt

Gangway e.V., Berlin
Tel.: 030 283023-0
E-Mail: info@gangway.de
www.gangway.de/

Wir – Gangway e.V. – arbeiten mit jugendlichen und erwachsenen Menschen auf den Straßen Berlins. Wir unterstützen sie dabei, ihr Leben eigenverantwortlich in die Hand zu nehmen.

Anfang 2012 wurde der „Runde Tisch Lebensstraße“ am Bahnhof Zoo gegründet, der sich mit der angespannten Situation durch die Zunahme wohnungsloser Migrant_innen auseinandersetzt. Das Team Transit von Gangway e.V. wurde vom Bezirksamt Charlottenburg-Wilmersdorf beauftragt, mit einer Feldstudie die Lebenssituation und den Bedarf von wohnungslosen Migrant_innen zu ermitteln, die sich am Bahnhof Zoo/Lebensstraße aufhalten, um für alle akzeptable Lösungen zu erarbeiten.

Die Feldstudie wurde in zwei Phasen durchgeführt. Community-Mapping kam dabei in der zweiten Phase als Bedarfserhebungsmethode zum Einsatz, nachdem mit einer standardisierten mündlichen Befragung soziodemografische Daten erhoben worden waren.

Die Methode des Community-Mappings ist ein partizipatives Verfahren, mit dem sich die Merkmale, Ressourcen und Probleme von Communities bildlich umsetzen lassen: Gemeinsam mit Mitgliedern der Community wird eine Karte (engl. map) der Gemeinschaft (engl. community) gezeichnet. Das Community-Mapping eignet sich auch für Gruppen, die weniger gut lesen und/oder schreiben können.

Wir wollten in kleineren Gruppen von fünf bis sechs Personen herausfinden, welche Angebote die Wohnungslosen (vor allem aus Osteuropa) in Berlin kennen bzw. nutzen und welche Zugangsbarrieren bestehen.

Der Zugang zur Zielgruppe wurde in erster Linie durch Straßensozialarbeiter_innen des Teams Streetwork an Brennpunkten (BP-Team) des Trägers ermöglicht, die in der Lebensstraße mehrmals in der Woche präsent sind.

Wir führten das Mapping einmal direkt auf der Straße am Beratungsbuss des BP-Teams durch und zweimal in der Tagesstätte für Wohnungslose, jedes Mal in einer neuen Zusammensetzung. Die Wohnungslosen wurden von den Straßensozialarbeiter_innen eingeladen, die zum Teil auch beim Mapping als Beobachter_innen dabei waren. Auch ein_e Sprachmittler_in war anwesend, der_ die als Vertrauensperson bei den Teilnehmenden bereits bekannt war und das Gespräch übersetzen konnte. Die Teilnehmenden wurden zu Beginn des Mappings über den Hintergrund der Studie ausführlich informiert. Beim Mapping sollten Plätze in Berlin visualisiert werden, die den Teilnehmenden bekannt oder ihnen wichtig sind.

Als Anerkennung für die Teilnahme erhielten sie zwei Fahrkarten und ein Päckchen Tabak.

Was ist gut gelaufen?

Es gab einen großen Wissensgewinn im Laufe der Diskussion. Die Teilnehmenden tauschten Informationen untereinander aus, waren neugierig und stolz darauf, dass sie gefragt wurden. Es entstanden spontan tolle Ideen für mögliche Folgeprojekte. Anhand der Karte konnten wir als Praktiker_innen sehen, welche Angebote bekannt sind bzw. genutzt werden, welche Treffpunkte für die beteiligten Menschen wichtig sind und wie sie sich in der Stadt bewegen.

Was haben wir gelernt?

Die Methode ermöglicht die Beteiligung von Menschen, die weniger gut Deutsch sprechen können; sie eignet sich auch für Analphabeten.



Durchführung eines Mappings mit wohnungslosen Menschen

Foto: NOZOMI SPENNEWANN

Das Zeichnen von Karten (Mapping) ist leicht, aber nicht für jede_n (selbst-)verständlich, sodass die Vorgehensweise erst ausführlich erklärt und die Teilnehmenden ermutigt werden mussten, einen Stift zur Hand zu nehmen. Die Schulungen der DAH zur Umsetzung der Methode „Community-Mapping“ sind sehr hilfreich und empfehlenswert.

Durch die Mappings haben wir gelernt, was für die Communities wichtig ist und was ihre Lebenswelten ausmacht. Es sind tolle Projektideen für die Arbeit entstanden.

Es gab immer wieder Diskussionen über den Sinn der Befragung („Was ändert das schon an unserer Lebenssituation?“). Auf diese Diskussionen sind wir immer wieder eingegangen. Zum Teil haben wir in konkreten Fällen auch beraten. Dieser Raum des Austauschs war für alle Beteiligten und für den Prozess sehr nützlich.

Unsere Empfehlungen

Community-Mapping ist eine tolle Methode, um Menschen einen „Artikulationsraum“ zu eröffnen, die sonst über ihre Belange kaum befragt werden. Bei Gruppen, die im engeren Sinne keine „Community“ darstellen, kommt der Empowerment-Aspekt von Communities zu kurz. Trotz dieser Einschränkung eignet sich die Methode – vor allem am Anfang eines Projekts – sehr gut zur Bedarfsermittlung. Entscheidende Voraussetzungen sind allerdings genügend Zeit und eine ausreichende Finanzierung. Ebenso wichtig ist die Offenheit der „Forscher_innen“ (und der Auftraggeber_innen) gegenüber dem Ausgang der Befragung. Auch Kooperationspartner_innen sollten einbezogen werden. Wir haben z. B. mit wichtigen Akteur_innen aus dem Feld in Berlin zusammengearbeitet: dem Bezirksamt Charlottenburg-Wilmersdorf (Auftraggeber), dem Team Streetwork an Brennpunkten (BP-Team), Gangway e.V., Frostschutzengel und der GEBEWOGmbH. ■

HIV-Prävention in der Kirche – das geht?!

Caritas Aidsberatung/Caritasverband
für das Bistum Essen e.V.

Für Menschen afrikanischer Herkunft ist es oft schwierig, die nötigen Informationen und einen hinreichenden Zugang zur medizinischen und sozialen Versorgung in Deutschland zu erhalten, obwohl sie ein Anrecht darauf haben. Das liegt daran, dass die vorhandenen Medien nur selten in verschiedenen Sprachen vorliegen, und oft berücksichtigen diese unsere afrikanische Kultur und Lebenswelten nicht.

Wir wenden uns mit dem Projekt „African Rainbow“ an afrikanische Migrant_innen in besonders schwierigen Lagen. Wir bringen wichtige Ressourcen und Kompetenzen mit und haben Zugänge zu unseren eigenen Communities. Dem Thema HIV/Aids kommt dabei eine besondere Wichtigkeit zu. Wir wollen Informationen darüber vermitteln, wie z.B. eine Ansteckung mit HIV vermieden werden kann. Wir wollen erklären, dass bei richtiger Behandlung der Ausbruch von Aids verhindert werden kann. Und wir wollen dazu beitragen, dass Ängste im Umgang mit Betroffenen abgebaut werden.

Wir bieten Infoveranstaltungen, Gruppengespräche sowie persönliche Gespräche (Beratung) an. Wir organisieren auch Veranstaltungen in afrikanischen Kirchengemeinden, in afrikanischen

Kontakt

Clement Matweta
Tel.: 0201 32003-20
E-Mail: c.matweta@caritas-e.de
www.caritas-e.de/aidsberatung/das-team.html

Kneipen und Discos und auf anderen afrikanischen Events. Wir warten nicht, dass die Menschen auf uns zukommen, sondern gehen dorthin, wo sich Afrikaner_innen gerne treffen, und versuchen vor Ort mit ihnen ins Gespräch zu kommen. Uns fällt das nicht schwer, denn wir sind selbst Afrikaner_innen und wissen, wie wir unsere Brüder und Schwestern ansprechen können.

Eine besondere Herausforderung sind für uns die Veranstaltungen in Kirchengemeinden. Kirchen in Deutschland erhalten viele Anfragen für Kooperationen zu vielen gesellschaftlich relevanten Themen. Es ist auch nicht einfach, mit einem Thema wie HIV Gehör zu finden, das in afrikanischen Communities stark tabuisiert ist. Die Haltung der religiösen Führer dazu ist auch sehr

unterschiedlich. Es erfordert eine lange Vorbereitung und Überzeugungsarbeit, aber es lohnt sich, denn die Kirchengemeinden sind wichtige Säulen im Leben unserer Communities.

Unsere Erfahrung zeigt, dass Kooperationen mit Kirchengemeinden zwar möglich, aber sehr zeitaufwendig sind. Die Planung einer Veranstaltung nimmt circa zwei Monate in Anspruch.

Folgende Schritte können die Planung und Umsetzung erleichtern:

- ▶ Kontakt mit dem Kirchenoberhaupt aufnehmen (Priester bzw. Pastoren)
- ▶ Vorgespräch über das Thema mit dem Kirchenteam führen, um Missverständnisse bzw. Frustrationen zu vermeiden
- ▶ Bibelverse und -zitate suchen, die über die Gesundheit des Körpers und des Geistes berich-

Was haben wir gelernt?

Das Thema HIV kommt zum Teil gut in der Kirche an, aber es bestehen nach wie vor Berührungspunkte. Es sollte verstärkt darüber nachgedacht werden, wie das Thema HIV in andere, weniger sensible gesundheitsrelevante Themen eingebettet werden kann, z.B. Kindergesundheit, Familienplanung usw.

Es ist immer ratsam mit Kooperationspartnern vor Ort zu arbeiten. Wir arbeiten eng mit der Aids-Hilfe Essen, dem Gesundheitsamt, der Schwangerschaftsberatungsstelle der Diakonie und der AWO zusammen. Sie unterstützen uns mit Informationen, und wir können die Menschen bei Bedarf auch dorthin schicken.



Die Heilige Schrift

ten; entsprechend unsere Botschaften einbringen

- ▶ Da es um Tabu-Themen geht (Sex und HIV), kann es sinnvoll sein, Männer und Frauen zu trennen oder einen Referenten für Männer und eine Referentin für Frauen mitzudenken.
- ▶ gemeinsamen Termin ausmachen
- ▶ Kinder sollten nicht dabei sein → bei Bedarf Kinderbetreuung organisieren
- ▶ Wichtig ist, die Position bzw. die Macht des Pastors zu berücksichtigen und zu respektieren. Er ist der Chef der Kirche.

Tipps

Es hat sich als hilfreich erwiesen, Stellen und Zitate aus der Heiligen Schrift zu benennen, die die Gesundheit des Körpers und der Seele fordern. Es empfiehlt sich nicht, den/die Retter_in zu spielen. Kondome zu verteilen, ist unerwünscht. Sie können als Schutzmöglichkeit genannt werden, aber es ist besser, nicht lange darüber zu sprechen. ■

Der Afroshop als Präventionsort

Afrika-Projekt, Gesundheitsamt Bremen

Das Afrika-Projekt ist aus dem Arbeitsschwerpunkt „Migration“ der AIDS/STD-Beratung im Gesundheitsamt Bremen entstanden. Die Konzentration auf afrikanische Communities entwickelte sich aus den praktischen Erfahrungen. Wir haben erkannt, dass eine zielgerichtete Gesundheitsprävention kulturspezifische Besonderheiten beachten muss und ohne die Beteiligung der Afrikaner_innen kaum umzusetzen ist. Das Afrika-Projekt in Bremen ist also ein HIV-Präventionsprojekt, an dem Afrikaner_innen aus Subsahara-Afrika direkt beteiligt sind.

Wir wollen mit diesem Projekt die HIV-Prävention für und mit afrikanischen Migrant_innen in Bremen verbessern und Afrikaner_innen mit HIV unterstützen.

Unsere Aktivitäten sind vielschichtig: Info-Workshops, Diskussionsforen, Verteilung von Kondomen und mehrsprachigen Medien in verschiedenen Settings wie Afroshops, Kirchen, usw.

Besonders gut kommen die Info-Veranstaltungen und die Aktivitäten in Afroshops an. Der Afroshop ist für viele Afrikaner_innen Treffpunkt, Einkaufszentrum und für viele Männer ein Restaurant, in dem sie afrikanische Spezialitäten genießen. Wir

Kontakt

Robert Koami Akpabli
Gesundheitsamt Bremen
Tel.: 0421 36116746
E-Mail: Robert.akpabli@
gesundheitsamt.bremen.de
www.gesundheitsamt.bremen.de
www.afrika-projekt-bremen.uni-oldenburg.de

nutzen die Afroshops, um Menschen zu treffen und mit Menschen über HIV/STIs zu sprechen, sie dafür zu sensibilisieren und die Präventionsangebote in der Stadt vorzustellen und bekannt zu machen. Wir verteilen dort Kondome und reden individuell oder in einer Gruppe mit den Menschen.

Bevor eine Veranstaltung im Afroshop stattfinden kann, muss die Erlaubnis der Besitzer_innen eingeholt werden. Dies ist am besten über (viele) Gespräche möglich. Wir vereinbaren telefonisch Termine und treffen persönliche und telefonische Absprachen. Wichtig ist, dass wir herausfinden, wie der_die Besitzer_in zum Thema HIV in der afrikanischen Community steht und was er_sie über die Verteilung oder das Auslegen der Materialien im Shop denkt.

In den Afroshops sprechen wir die Menschen persönlich einzeln oder in der Gruppe an. Wir beginnen die Diskussion mit Freund_innen und Bekannten. Nach und nach beteiligen sich auch die anderen Besucher_innen des Shops an der Diskussion. Manchmal beginnen wir das Gespräch mit Gesundheitsthemen, manchmal mit allgemeinen Problemen von Afrikaner_innen in Deutschland – z.B. Asylrecht, Aufenthaltstitel,

Was haben wir gelernt?

Es ist wichtig, dass die Prävention von uns Afrikaner_innen mitgestaltet wird, denn um über die Themen HIV und andere STIs sprechen zu können, ist eine hohe Kultursensibilität notwendig – und wir sind diejenigen, die die afrikanische Kultur am besten kennen.



Beratungssituation im Afroshop

Probleme bei der Ausländerbehörde usw. Erst gegen Ende kommen wir auf das Thema HIV/STIs in den Communities zu sprechen.

Auch um Kondome in Afroshops zu verteilen, benötigen wir die Erlaubnis der Besitzer_innen. Es kann sein, dass die Kondomverteilung, aus welchen Gründen auch immer, nicht geduldet wird. Diese Entscheidung müssen wir respektieren. Wenn wir die Erlaubnis erhalten, Kondome zu verteilen, geschieht dies immer am Ende der Diskussion. Meistens läuft die Verteilung sehr gut, aber manche Menschen wollen sie – aus den unterschiedlichsten Gründen – nicht mitnehmen: Ich bin verheiratet, ich bin treu, ich habe keine Freundin oder keinen Freund usw.

Die Kondomverteilung muss an eine Diskussion oder Informationsvermittlung gekoppelt sein. Oft hilft es, Broschüren zu verteilen – wir nutzen die Materialien der DAH und der BZgA.

Welche Schwierigkeiten gibt es?

Es kostet viel Überzeugungsarbeit, um den Afroshop-Besitzer_innen zu erklären, wieso es wichtig ist, Präventionsveranstaltungen in Afroshops zu organisieren. Die Afrikaner_innen wollen häufig andere Themen diskutieren und nicht immer über HIV sprechen, weil das Thema mit Diskriminierung und Ausgrenzung verbunden ist.

Auszeichnungen

Bundeswettbewerb Aidsprävention 2008 unter dem Motto „Neue Wege sehen – neue Wege gehen“. Aus hundert eingereichten Projekten hat das Afrika-Projekt Bremen „HIV/STD-Prävention für Menschen aus Afrika“ den 3. Preis gewonnen.

Community-Preis 2010. Im Jahr 2010 beglückwünscht die afrikanische Community in Bremen das Afrika-Projekt mit dem Preis „Award of Excellence“ als Anerkennung für Mut, Vertrauen und Umgang mit dem Thema HIV/Aids-Prävention in der Community. ■



Der Afroshop

Gesundheitsbotschafter_innen sorgen für Bewegung

Café Afrika, AIDS-Hilfe Hamburg e.V.

Kontakt

Café Afrika
AIDS-Hilfe Hamburg e.V.
Hapsatou Oudini
Tel.: 040 235199-36/-0
www.aidshilfe-hamburg.de

In Hamburg gab es kaum angemessene Räume, in denen unsere Communities aus Subsahara-Afrika regelmäßig über HIV/Aids und über sexuelle Gesundheit sprechen und ihre Anliegen und Interessen diskutieren konnten. Das Thema HIV ist in unseren afrikanischen Communities sehr tabuisiert, und Menschen mit HIV befürchten, stigmatisiert und ausgegrenzt zu werden. Deshalb verstecken sie sich mit ihrer Infektion, statt Hilfe und Unterstützung zu suchen. Mit dem Café Afrika haben wir mit der Unterstützung der AIDS-Hilfe Hamburg einen geschützten Raum geschaffen, der diese Situation aufbricht. Unser Projekt wurde im April 2009 in enger Zusammenarbeit mit afrikanischen Communities in Hamburg partizipativ entwickelt.

Café Afrika ist ein offenes Angebot von Migrant_innen für Migrant_innen mit und ohne HIV sowie ihre Freund_innen. Unser Ziel ist, die Tabuisierung des Themas zu durchbrechen. Mit dem Projekt wollen wir durch Aufklärung und bedarfsgerechte Information einen lebendigen Austausch über die Themen HIV/Aids in unseren Communities anregen. Es soll Raum für unterschiedliche Lebensstile sowie persönliche Meinungen, Werte und Fragen geschaffen werden. Es ist uns wichtig, dass Menschen mit HIV und ihre Angehörigen in unseren afrikanischen Communities akzeptiert und integriert und nicht ausgegrenzt werden.

Im Rahmen des Café-Afrika-Projekts haben wir sechzehn afrikanische Gesundheitsbotschafter_innen ausgebildet. Wir halten diesen Ansatz für sehr geeignet, kultursensible Prävention in unseren Communities durchzuführen. Gleichzeitig werden unsere Kompetenzen und Ressourcen aktiviert und gestärkt.

Die Wege, auf denen wir Gesundheitsbotschafter_innen finden, sind sehr unterschiedlich: durch persönlichen Kontakt, durch Mund-zu-Mund-Propaganda, durch Institutionen und Migrant_innenselbstorganisationen, mit denen wir kooperieren.

Uns ist es wichtig, Menschen aus verschiedenen afrikanischen Communities zu finden, die sich freiwillig engagieren wollen. Wir schulen sie, damit sie kompetent und schamfrei mit den Themen HIV/Aids und sexuelle Gesundheit umgehen können. In der zweitägigen Schulung (6-7 Stunden pro Tag) vermitteln wir den Gesundheitsbotschafter_innen Basiswissen und Methoden, mit deren Hilfe sie kleine Aktionen in ihren Communities initiieren und umsetzen können. Auf diese Weise werden die Gesundheitsbotschafter_innen zu Schlüsselpersonen und direkten Ansprechpartner_innen in ihren jeweiligen Communities. Die Schulung der Gesundheitsbotschafter_innen findet in Deutsch und Französisch oder Deutsch und Englisch statt und wird durch ein interkulturell zusammengesetztes und erfahrenes Fachteam umgesetzt.

- Methoden der Präventionsarbeit mit Migrant_innen-Communities (Community-Mapping, Glücksrad, Vortragsmethoden usw.)

Bei Bedarf werden weitere Schulungen angeboten, die das bereits vermittelte Wissen ergänzen und erweitern.

Nach Abschluss der Schulung bilden die Gesundheitsbotschafter_innen mobile Teams und organisieren Veranstaltungen in verschiedenen Settings, die von afrikanischen Menschen gerne aufgesucht werden: Fußballturniere, Stadtfeste, Kulturvereine, Kirchengemeinden, Afromärkte usw. Die Teams setzen verschiedene Methoden ein: Infotisch, Ampelspiel, Glücksrad, Standaktion mit persönlichem Gespräch usw. Unsere Gesundheitsbotschafter_innen haben immer ihre



HIV-Prävention beim Fußballturnier

Die Schulung deckt folgende Themen ab:

- Vorstellung der AIDS-Hilfe Hamburg
- Grundlagen zu HIV/Aids und anderen STIs (Übertragungswege, Schutzmöglichkeiten, Testung, Beratungs- und Hilfsangebote in Hamburg)

„Sensibilisierungstaschen“ dabei: Umhängetaschen mit Kondomen, Flyern, Visitenkarten und muttersprachlichen Broschüren. Damit sind sie für die Menschen in den Communities sofort als Gesundheitsbotschafter_innen erkennbar.

Oft organisieren wir auch mehrsprachige Veranstaltungen zu verschiedenen Themen in unserem Café Afrika. Diese Veranstaltungen bewerben wir über das Internet, mehrsprachige Flyer, Mund-zu-Mund-Propaganda und über Kooperationspartner_innen.

Die Tätigkeit der Gesundheitsbotschafter_innen wird koordiniert durch eine hauptamtliche Mitarbeiterin aus unserer Community in der AIDS-Hilfe Hamburg. Dadurch haben die Gesundheitsbotschafter_innen immer eine Ansprechpartnerin. Sie übernimmt auch viele organisatorische und weitere Aufgaben, die die freiwilligen Gesundheitsbotschafter_innen aus vielen Gründen nicht erfüllen können.

Unsere Erfahrung zeigt, dass unser Ansatz funktioniert, weil wir einen guten Zugang zu unseren Communities haben, weil uns die Menschen vertrauen, weil wir unsere Kultur kennen, weil es für uns keine Sprachbarrieren gibt. Die AIDS-Hilfe Hamburg erhielt im Jahr 2013 für das Café Afrika den HIV-Community-Preis.

Was haben wir gelernt?

Wir haben gelernt, dass Präventionsbotschaften möglichst lebensweltnah zu vermitteln sind. Die Gesundheitsbotschafter_innen müssen daher

ihre Communities sehr gut kennen. Regelmäßige Treffen der Gesundheitsbotschafter_innen zur Reflexion ihrer Arbeit sind sehr wichtig. Die Schulung in verschiedenen Sprachen anzubieten, ist von Vorteil und oft auch notwendig. Kooperationen mit Kultur- und Sportvereinen, Kirchen/Moscheen, Glaubensgemeinschaften und Initiativen sind wichtig für unsere Arbeit.

Was könnte verbessert werden?

Wir wünschen uns für die Zukunft mehr Ressourcen (vor allem finanzielle) für die Einsätze in unseren Communities. Die Einsätze sind zeit- und arbeitsaufwendig. Ohne Honorierung ist keine Nachhaltigkeit zu gewährleisten. Unser größtes Problem ist die unsichere finanzielle Situation der Gesundheitsbotschafter_innen.

Wir wünschen uns regelmäßige Supervisionen bzw. kollegiale Beratung sowie weitere Fortbildungen, um unser Wissen und unsere Methodenkenntnisse zu erweitern.

Es sollten zukünftig auch regelmäßige Treffen zur Bewertung bzw. Auswertung der durchgeführten Aktivitäten stattfinden, um die Qualität unserer Arbeit zu verbessern. ■

Vor dir steht ein Mensch und keine Kultur

Projekt Afrikaherz, VIA –
Verband für interkulturelle Arbeit, Berlin

Das Projekt Afrikaherz besteht seit August 1999 unter Trägerschaft des Verbandes für interkulturelle Arbeit, Regionalverband Berlin-Brandenburg e.V. Afrikaherz ist eine Beratungs- und Netzwerkstelle für Menschen mit Migrationshintergrund, hauptsächlich aus afrikanischen Ländern. Afrikaherz führt gesundheitliche und psychosoziale Beratungen, Prävention und Vernetzung mit dem Schwerpunkt HIV/Aids durch. Ergänzend begleiten wir Klient_innen zu Behörden und anderen Einrichtungen und bieten eine Betreuung. Darüber hinaus veranstaltet Afrikaherz Workshops und stellt Informationsmaterialien in verschiedenen Sprachen bereit. Wir sprechen Deutsch, Englisch, Französisch und Portugiesisch, bei Bedarf werden unsere Leistungen auch in anderen Sprachen angeboten.

Ein Schwerpunkt der Projektarbeit liegt auf der gesundheitlichen Beratung – persönlich, telefonisch und in Ausnahmefällen auch per E-Mail. Wir beraten überwiegend einzelne Personen, bei Bedarf führen wir aber auch Familien- bzw. Gruppenberatung durch. Wir bewerben unsere Beratung über relevante Webseiten und mit unseren Flyern, die wir an verschiedenen Stellen auslegen: bei der lokalen Aidshilfe, Migrant_innen- und Asyl-Beratungsstellen, HIV-Schwer-

Kontakt

Rosaline M'Bayo
Projekt Afrikaherz, VIA – Verband für
Interkulturelle Arbeit
Tel.: 030 29006949
E-Mail: afrikaherz@via-in-berlin.de
www.via-in-berlin.de/projekte/projekt-afrikaherz/

punkt-Praxen, Gesundheitszentren usw. Viele Menschen kommen auch über Freund_innen, Bekannte und Mund-zu-Mund-Propaganda zu uns.

Bei der Beratung achten wir darauf, dass die Kontakte für die Klient_innen angenehm sind. Respekt und Geduld sind uns wichtig, ebenso wie eine Selbstvorstellung: Wir geben kurze und präzise Informationen über uns, die Institution und unsere Angebote – was kann und was kann nicht gemacht werden. Wir stellen bei Bedarf mehrsprachige Informationsmaterialien (sinnvoll sind Broschüren in leicht verständlicher Sprache und mit vielen Bildern) zur Verfügung und vermitteln an andere Beratungsstellen für Migrant_innen.

In der Regel geht es bei unseren Beratungen um viel mehr als HIV/Aids, denn die Menschen, die zu uns kommen, haben viele Probleme: keine Versicherung, keinen Zugang zum Arbeitsmarkt, keinen sicheren Aufenthaltsstatus usw. Wir unterstützen bei der Klärung des Aufenthaltsstatus und vermitteln zu Schwerpunkt-Prä-

Community, bauen wir persönliche Vertrauensbeziehungen auf, bevor wir sachliche Themen in Angriff nehmen können. Eine verstärkte Zusammenarbeit zwischen Migrant_innenorganisationen und Diensten des Gesundheits- und Sozialsystems, die interkulturelle Beratungen anbieten, ist ebenfalls wichtig.



Unser Beratungsraum

nen und Rechtsanwält_innen. Wir unterstützen beim Zugang zu Behandlungen bei fehlendem Versicherungsschutz. Wir bieten Beratung zu Schwangerschaft und Kinderwunsch bei einer HIV-Infektion.

Sehr wichtig ist die Vernetzung mit anderen fachbezogenen Migrant_innenselbstorganisationen (MSO) und Fachberatungsstellen, weil wir nicht in der Lage sind, die komplexen Lagen unserer Klient_innen alleine aufzufangen. Bei der Netzwerkarbeit im Bereich Prävention spielt der Kontakt zu verschiedenen Migrant_innen-Communities und den dortigen Schlüsselpersonen eine große Rolle. Durch Kontakte, z. B. über Begegnungen und die Teilnahme an Aktivitäten der

Was haben wir gelernt?

Berücksichtigt man die gesamte Migrationsgeschichte der Ratsuchenden, spielt die psychische Unterstützung durch eine_n Afrikaner_in vielleicht die größte Rolle in der Beratungsarbeit. Die Vertrautheit zwischen Afrikaner_innen kann in dieser Form von deutschen Einrichtungen, die sicher einen wichtigen Beitrag bei der Bewältigung bürokratischer Hürden leisten, nicht erwartet werden. Die Ratsuchenden sind gegenüber Menschen mit ihrem kulturellen Hintergrund offener und sprechen über ihre Ängste und intimen Bedürfnisse.

Aufgrund der Komplexität des Themas entsteht häufig eine gewisse Unsicherheit bei den Berater_innen und der Wunsch nach einem allgemeingültigen Konzept für die Arbeit mit Migrant_innen. Doch kulturspezifische Aspekte lassen sich nicht allgemeingültig definieren. Letztendlich sind die Bedürfnisse jeder einzelnen Person unterschiedlich und müssen in der Beratung herausgefunden werden. Deshalb spielen in der Beratung individuelle Faktoren die größte Rolle, denn das Herkunftsland einer Person ist nicht entscheidend für ihren Charakter: „Vor dir steht ein Mensch und keine Kultur.“ Elementar ist eine generelle Sensibilisierung für eigene und fremde Werte. Um interkulturelle Kompetenz zu erlangen, braucht es eine grundsätzliche Toleranz für Anderssein, die zunächst eine Reflexion des Eigenen und des Fremden voraussetzt. Mit dieser Kompetenz können wir geduldig und sensibel auf die Klient_innen eingehen.

Was kann verbessert werden?

Die Zusammenarbeit mit MSO und Schlüsselpersonen aus verschiedensten Migrant_innen-Communities muss verstärkt werden. Afrikaner_innen und Deutsche sollten zusammenarbeiten und nicht als Konkurrenz agieren. Darüber hinaus ist mehr Lobbyarbeit zur Verbesserung des Zugangs von Migrant_innen zum Gesundheitssystem notwendig.

Empfehlungen

Berater_innen sollen sich über die Angebote anderer Stellen informieren und sich vernetzen, um bei Bedarf die Klient_innen weiterzuvermitteln. Auch eine regelmäßige Weiterbildung über die spezifische Arbeit mit Migrant_innen ist wichtig. Die Selbsthilfe von betroffenen und nicht betroffenen Migrant_innen soll unterstützt werden. Es muss aktiv gegen Stigmatisierung, Diskriminierung und Rassismus vorgegangen werden, sowohl innerhalb der Communities (Ängste und Vorurteile gegenüber Menschen mit chronischen Erkrankungen, z. B. HIV/Aids) als auch außerhalb. ■

Eine Kampagne entwickeln mit Photovoice

Netzwerk AfroLebenPlus

Kontakt

Pete (Netzwerk AfroLebenPlus)
Kontaktaufnahme über:
tanja.gangarova@dah.aidshilfe.de
www.hiv-migration.de/content/afrolebenvoice-unsere-stimmen-gegen-diskriminierung

Im Projekt AfroLebenVoice haben wir – sechzehn Mitglieder von AfroLebenPlus, dem bundesweiten Netzwerk HIV-positiver Migrant_innen – zusammen mit Mitarbeiter_innen der Deutschen AIDS-Hilfe (DAH) zwei Jahre lang gleichberechtigt zusammengearbeitet.

Das Herzstück unseres Projekts war die partizipative und kreative Methode Photovoice. In diesem Namen steckt „voice“, das englische Wort für Stimme. Damit wollen Menschen wie wir, die bislang kaum gehört wurden, eine Stimme finden und sich Gehör verschaffen.

Das Vorgehen bei Photovoice ist einfach: Menschen machen Fotos von ihren Lebenswelten, er-



Ein Beispiel aus unserem Afro-Leben-Voice-Fotobuch

zählen sich gegenseitig die Geschichten, die hinter den Fotos stehen, und finden dadurch als Gruppe heraus, was sie gemeinsam haben und was sich ändern muss.

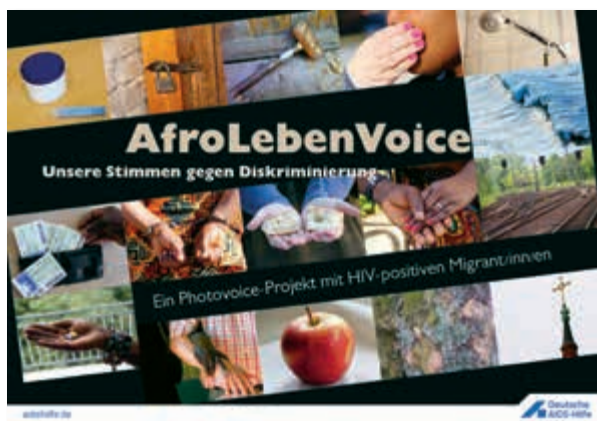
In unserem Projekt haben wir unsere Erfahrungen mit (Mehrfach-)Stigmatisierung und Diskriminierung in Deutschland erfasst und darüber reflektiert. Unsere Fotos und Geschichten beantworten zwei Fragen: Was macht uns traurig in Deutschland? Was sind unsere Kraftquellen? Auch die zweite Frage war uns wichtig, um den Fokus nicht einseitig auf Negatives zu legen.

Mit AfroLebenVoice wollen wir Veränderungsprozesse anregen:

- Nach innen: Uns war es wichtig, einen respektvollen und konstruktiven Austausch untereinander zum Thema Diskriminierung und Quellen der Kraft zu ermöglichen. Wir wollten unsere Ressourcen, Kompetenzen sowie unser Wissen aktivieren und stärken.
- Nach außen: Mit den Projektergebnissen wollen wir die breite Öffentlichkeit für unsere Lebensrealitäten sensibilisieren und so dazu beitragen, die Diskriminierung von Migrant_innen in Deutschland abzubauen.

Ergebnisse

Aus unseren Motiven und Geschichten sind viele Medien entstanden: ein Fotobuch, ein Jahreskalendar und eine mobile Ausstellung; alle Medien



Das Cover des Fotobuchs

sind auch im Internet zu finden. Wir haben eine kleine „Kampagne“ entwickelt, die authentisch ist und Menschen auf vielen Ebenen anspricht.

Empfehlungen

Die Photovoice-Methode ist so besonders, weil sie für die Teilnehmenden technisch einfach umzusetzen ist: Fast alle besitzen heutzutage Handys mit Kamerafunktion. Damit können Menschen ihre eigenen Geschichten über Fotos erzählen und sie emotional bearbeiten. Die Geschichten können erzählt oder aufgeschrieben werden – wie die Menschen möchten. Diese Auseinandersetzung mithilfe von Bildern bietet die Möglichkeit, innerhalb einer vertrauten Gruppe

eigene Traumen und Stigmata, aber auch Wünsche und Träume zu besprechen, sich gegenseitig zu unterstützen und Lösungsvorschläge für Lebensprobleme zu entwickeln.

Beteiligen kann sich ebenso, wer nur wenig oder kein Deutsch spricht, denn eine Geschichte kann in vielen Sprachen erzählt werden. Fotos haben die Kraft, die Tür für Gespräche mit Menschen zu öffnen, die sonst aus emotionalen Gründen nicht sprechen können und/oder wollen.

Die Teilnehmenden bestimmen die Themenauswahl, den Verlauf des Prozesses und die Präsentation der Ergebnisse mit. Damit ist die Methode eine der wenigen, die echte und faire Partizipation ermöglicht.

Uns war es wichtig, bei der Veröffentlichung der Ergebnisse anonym zu bleiben, denn wir sind alle HIV-positiv und leben zum Teil mit unsicherem Aufenthaltsstatus in Deutschland. Photovoice ermöglicht uns diese Anonymität, denn wir müssen uns nicht selbst abbilden, wenn wir über unsere Erfahrungen sprechen. Fotografie bietet viele kreative Möglichkeiten. So konnten wir unsere Geschichte erzählen, ohne dass wir uns und unsere Liebsten weiterer Stigmatisierung aussetzen.

Worauf ist besonders zu achten? Was war schwierig?

Die Vorbereitungen nehmen viel Zeit in Anspruch. Während der Umsetzung sind viel Geduld und Verständnis erforderlich, um die notwendige und immer wieder gefragte Aufklärung zu den behandelten Themen zu ermöglichen und eine Vertrauensbasis mit den Teilnehmenden aufzubauen. Diese ist die Voraussetzung für die erfolgreiche Umsetzung der Methode. Gleichzeitig ist es wichtig, dass die leitende/n Person/en gut geschult und vorbereitet ist/sind, um emotionale und problematische Situationen erkennen und auffangen zu können und ggf. Retraumatisierungen bei schwierigen Themen zu vermeiden. ■

Eine mobile Theatergruppe klärt auf

Mobile Theatergruppe AfroLebenPlus – „Theater des Lebens“

Kontakt

Melike Yildiz

Kontaktaufnahme über:

tanja.gangarova@dah.aidshilfe.de

www.hiv-migration.de/projekte/

[theaterrunde](#)

Bereits im Jahr 2008 haben wir uns – acht Mitglieder des Netzwerks AfroLebenPlus – dafür entschieden, HIV-Prävention in Form von Improvisationstheater anzubieten. Viele von uns kannten diese Form der Zusammenarbeit bereits aus unseren Herkunftsländern (z. B. Malawi, Uganda, Ghana). Wichtig ist für uns, dass unsere Botschaften die Menschen direkt und auf vertraute Art ansprechen – und zwar dort, wo sie zusammenkommen: auf Afro-Märkten, Straßenfesten oder in Kirchengemeinden.

Da wir bereits aktive HIV-Multiplikator_innen und selbst Migrant_innen sind, kennen wir die Lebensrealitäten von Migrant_innen in Deutschland, ihre Probleme und Sorgen, aber auch ihre Stärken und Fähigkeiten.

Das macht es für uns als Schauspieler_innen leichter, sensibel, kulturspezifisch und vertrauensvoll mit tabuisierten Themen wie HIV umzugehen. Unsere Communities gelten als „schwer erreichbar“. Jedoch macht es einen großen Unterschied, wie und von wem die Menschen angesprochen werden. Wir als Teil der Community haben einen besseren Zugang zu ihnen, zusätzlich öffnet uns eine passende Methode wie das Theater die Türen.

Als Migrant_innen erleben wir in Deutschland oft mehrfache Stigmatisierung und Diskriminierung. Wir wissen, wie schwierig es ist, über diese Erfahrungen zu sprechen oder sich in konkreten Situationen dagegen zu wehren. Mithilfe von Körperbewegungen, Symbolik und Metaphern ermöglicht das Theater den Schauspieler_innen, mit Traumata verbundene Themen zu bearbeiten.

Wir sprechen noch nicht perfekt Deutsch, dafür aber viele andere Sprachen wie Suaheli, Amharisch, Französisch, Englisch, Arabisch oder Lingala. Dadurch erreichen wir Menschen, deren Muttersprache nicht Deutsch ist, und motivieren andere, die noch wenig Deutsch sprechen, sich ebenfalls zu engagieren. Gleichzeitig setzen wir ein Zeichen, dass Menschen wie wir einzigartig sind.

Die Szenarios für die Theaterstücke entwickeln wir selbst aus unseren Lebensgeschichten und persönlichen Erfahrungen. Welche Geschichten vor Ort gespielt werden, hängt von dem Anlass ab, zu dem unsere Gruppe eingeladen wird. So spielen wir z.B. in „Flüchtlingskirchen“ Szenen zum Leben im Asylheim oder zu HIV-Zwangstestungen. Für unsere mobile Theatergruppe hat das Wort „mobil“ viele Bedeutungen.

sprechen, sind authentisch bei der Vermittlung von Botschaften und besitzen das Vertrauen des Publikums.

Theater bietet einzigartige Möglichkeiten, ohne Worte oder in mehreren Sprachen verschiedene Themen zu behandeln. Es ermöglicht Zuschauer_innen mit Sprachbarrieren, Botschaften richtig zu verstehen. Der interaktive Kontakt mit dem Publikum ermöglicht es, die Prävention zu vertiefen, akute Fragen zu beantworten und die Bedürfnisse der Zuschauer_innen spontan zu berücksichtigen.



Auftritt bei den „Positiven Begegnungen“ in Kassel

Wir

- ▶ sind aus verschiedenen Ländern zugewandert,
- ▶ kommen aus verschiedenen Städten und
- ▶ sind immer mit unseren präventiven Botschaften unterwegs.

Was haben wir gelernt? Was läuft gut?

Die Beteiligung von Migrant_innen ist wichtig: Wenn die Schauspieler_innen selbst Teil der Community sind, kennen sie die Problematik aus eigener Erfahrung und nicht nur durch Erzählungen. Sie können Tabuthemen kultursensibel an-

len damit nicht in Verbindung gebracht werden. Die Schauspieler_innen gehen das Risiko ein, aufgrund der gespielten Szenen in der eigenen Community stigmatisiert zu werden. Im Gegensatz zu den Autor_innen der Präventionsbroschüren, die die Reaktion der Leser_innen nicht erleben, müssen die Schauspieler_innen unmittelbar mit den Publikumsreaktionen umgehen. Daher ist es nicht einfach, Schauspieler_innen zu gewinnen, die den Mut aufbringen, sich mit schwierigen Tabuthemen auseinanderzusetzen, Szenarios selbst zu entwickeln und HIV-Botschaften auf der Bühne zu vermitteln – vor der eigenen Community. ■

Was läuft weniger gut?

Schwierigkeiten bei der Umsetzung bereitet das veraltete, aber immer noch verbreitete Bild, das viele Menschen von HIV und Aids haben. Auch die früheren stigmatisierenden Aidskampagnen wirken sich noch heute negativ aus. Viele Migrant_innen – vor allem aus Subsahara – empfinden HIV-bezogene Themen als stigmatisierend: Sie wollen damit nicht in Verbindung gebracht werden.

Manchmal muss es eben MuMM sein – Migrant_innen klären Flüchtlinge in Erstaufnahmeeinrichtungen auf

Münchner Aids-Hilfe e.V. und die
Multiplikator_innen der MuMM-Gruppe

Kontakt

Antje Sanogo
Münchner Aids-Hilfe e.V.
Tel.: 089 54333-114
E-Mail: antje.sanogo@
muenchner-aidshilfe.de
www.muenchner-aidshilfe.de

Wer bei „Mumm“ an ein alkoholisches Getränk denkt, liegt an dieser Stelle falsch. Hier ist nämlich „Mut“ gemeint. Den braucht beispielsweise, wer in der eigenen Community über HIV informieren und aufklären will. MuMM ist daher ein passendes Kurzwort für ein DAH-Projekt mit dem sperrigen Titel „Migrantinnen und Migranten als Multiplikator_innen für die HIV/STI-Prävention“. Das Projekt der Deutschen Aids-Hilfe wurde an drei Standorten – Berlin, München und Freiburg – umgesetzt. Wir – die Münchner MuMM-Gruppe – arbeiten eng mit der Münchner Aids-Hilfe zusammen. Wir Multiplikator_innen sind mehrheitlich außerdem als Gesundheitsdolmetscher_innen und -mediator_innen in München tätig.

Wir wollen HIV-Aufklärung in der Erstaufnahmeeinrichtung für Flüchtlinge in München anbieten, um Flüchtlingen gesundheitsrelevante Informationen in verschiedenen Sprachen kultursensibel zu vermitteln. Das machen wir, weil uns die Gesundheit unserer Communities wichtig ist und wir dafür unsere Ressourcen einsetzen wollen.

Wir gehen in die Erstaufnahmestelle „Bayernkaserne“. Die Aufklärungsveranstaltung dauert ca. drei Stunden. In der Unterkunft können wir zwei Gemeinschaftsräume des Sozialdienstes für Flüchtlinge für die Veranstaltung nutzen. Wir können deshalb unterschiedliche Methoden einsetzen: In dem größeren Gruppenraum halten wir einen Vortrag mit Übersetzung in verschiedene Sprachen, an den sich eine Fragerunde anschließt. Außerdem bieten wir Gesprächs- oder Diskussionsrunden in Kleingruppen in Französisch, Englisch und verschiedenen afrikanischen Sprachen.

Für Flüchtlinge aus dem arabisch-persischen Raum organisieren wir die Übersetzung in Dari, Farsi und Arabisch mit Dolmetscher_innen des Bayerischen Zentrums für Transkulturelle Medizin. Neben Informationen zu HIV und Aids nutzen

wir den Kontakt zu den Flüchtlingen, um sie allgemein über das Gesundheitssystem in Deutschland zu informieren. Außerdem verteilen wir in den Veranstaltungen kostenlose Kondome (auch Frauenkondome) und fremdsprachiges Informationsmaterial zu HIV/Aids und STIs.

Wir haben eigene Kernbotschaften (→ **Kasten S. 58/59**) entwickelt, die wir als Standard benutzen. Für 2015 planen wir eigene mehrsprachige Flyer. Ein Flyer wird unser Angebot für Einrichtungen vorstellen. Ein weiterer Flyer wird die wichtigsten Infos zu HIV für die Migrant_innen-Communities zusammenfassen.

Wir führen regelmäßige Gruppentreffen durch und versuchen, eine Jahresplanung zu machen.

Inhaltlich orientieren sich unsere Veranstaltungen an unseren Kernbotschaften. Zusammen mit einer ehrenamtlich arbeitenden Epidemiologin wollen wir unsere Infoveranstaltungen in der Flüchtlingsunterkunft evaluieren, um sie noch besser an die Bedürfnisse der Flüchtlinge anpassen zu können.

Was haben wir gelernt?

Aufklärungsveranstaltungen in Erstaufnahmeeinrichtungen für Flüchtlinge sind möglich, auch wenn die Voraussetzungen schwierig und der organisatorische und personelle Aufwand hoch sind. Die Flüchtlinge sind erreichbar und haben Interesse an diesen Themen.



FOTO: MÜNCHNER AIDSLIFE

Präventionsveranstaltung in einer Flüchtlingsaufnahmeeinrichtung

Hohe Flexibilität der Multiplikator_innen, Dolmetscher_innen und Kooperationspartner_innen ermöglicht die Überwindung von Schwierigkeiten bei der Organisation.

Die bessere Einhaltung von Absprachen und Zeitplänen ist notwendig; eine zuverlässigere Zusammenarbeit aller Beteiligten könnte die Abläufe optimieren.

In Flüchtlingsunterkünften sind die technischen wie auch die räumlichen Ressourcen sehr begrenzt. Wir rechnen immer mit organisatorischen Problemen (z.B. dass Aushänge nicht gemacht wurden o. Ä.) und versuchen, damit kreativ umzugehen.

Kooperationspartner_innen sind wichtig und müssen einbezogen werden. Wir arbeiten mit der Münchner Aids-Hilfe e.V. und der Inneren Mission/dem Flüchtlingssozialdienst zusammen.

In der praktischen Präventionsarbeit sollten sensible Themen wie HIV/Aids in einer angemessenen Form angesprochen werden. Eine Einbettung der HIV-Prävention in Angebote der Gesundheitsförderung, Frauengesundheit, Jugendgesundheit, Schwangerschaftsberatung sowie in Informationen über den Zugang zum Gesundheitssystem kann hilfreich sein.

Es ist wichtig, eine Aufwandsentschädigung im Rahmen der „Übungsleiterpauschale“ für die beteiligten Multiplikator_innen auszuzahlen. ■

Kernbotschaften der Münchner MuMM-Multiplikator_innen

Statistik für Deutschland

- ▶ In Deutschland leben ca. 78.000 Menschen mit HIV. Die Statistiken zeigen: In Deutschland betrifft ca. jede dritte neue HIV-Diagnose eine Person, die zugewandert ist.

Was ist HIV? Was ist Aids?

- ▶ HIV ist ein Virus, das nur im Menschen vorkommt.
- ▶ Aids ist die Erkrankung, die von HIV ausgelöst wird. HIV schwächt das Immunsystem, mit dem der Körper Krankheiten abwehrt. Wenn man sich angesteckt hat und nicht rechtzeitig Medikamente nimmt, kann man die lebensgefährliche Krankheit Aids bekommen.

Wie wird HIV übertragen?

- ▶ HIV kann durch ungeschützten vaginal- und analsex übertragen werden.
- ▶ Menschen, die Drogen spritzen, können sich anstecken, wenn sie Spritzen und Nadeln verwenden, die andere Menschen bereits benutzt haben.
- ▶ Eine Mutter kann ihr Kind mit HIV anstecken, wenn sie selbst infiziert ist. Das Virus kann während der Schwangerschaft, der Geburt und beim Stillen von der Mutter auf ihr Kind übertragen werden.
- ▶ HIV kann durch Blut-zu-Blut-Kontakt, z. B. durch infizierte Blutkonserven bei Transfusionen übertragen werden. In Deutschland besteht keine Gefahr, dass HIV durch eine Bluttransfusion übertragen wird, da alle Blutspenden genau untersucht werden.

Wie wird HIV nicht übertragen?

- ▶ HIV wird nicht durch Händeschütteln, Umarmen, Küssen und andere soziale Kontak-

te übertragen. Auch nicht durch gemeinsame Benutzung von Geschirr, Handtüchern, Toiletten und Ähnlichem.

- ▶ HIV wird nicht durch gemeinsames Essen übertragen.

Wie kann man sich schützen?

- ▶ Der wichtigste Schutz vor einer Ansteckung mit HIV sind Kondome. Benutze deshalb Kondome beim Vaginal- und Analsex. Kondome sind erhältlich in Drogerien, Apotheken, Supermärkten, Kondomautomaten auf Toiletten und kostenlos bei der lokalen Aidshilfe. Vor der Benutzung Prüfsiegel und Haltbarkeitsdatum überprüfen.
- ▶ Beim Drogengebrauch immer eigene, saubere Spritzen benutzen.
- ▶ Schwangere Frauen mit HIV können eine Übertragung auf das Baby vermeiden, indem sie Medikamente gegen HIV einnehmen, sich bei der Geburt von HIV-Spezialist_innen betreuen lassen und auf das Stillen verzichten. In Deutschland wird allen schwangeren Frauen ein HIV-Test angeboten.
- ▶ Falls trotzdem ein Risiko bestanden hat, kann man innerhalb von 72 Stunden mit einer Postexpositionsprophylaxe (PEP) beginnen, also die HIV-Medikamente für ca. vier Wochen einnehmen. So kann die Infektion sehr sicher verhindert werden. (PEP gibt es in Kliniken, Notfallaufnahmen bzw. Immunambulanzen.)

Wie kann man wissen, ob man infiziert ist?

- ▶ Eine HIV-Infektion lässt sich nur durch einen HIV-Test feststellen bzw. ausschließen.
- ▶ Teststellen: Am besten macht man einen Test beim Gesundheitsamt. Dort wird nicht nach dem Namen gefragt, und der Test ist kostenlos oder kostet nur wenig. Auch Ärzt_innen führen einen HIV-Test durch, aber dort muss man seinen Namen angeben. Außerdem wird das Ergebnis in eine Akte eingetragen.

- ▶ Für den Test wird eine kleine Menge Blut abgenommen und im Labor untersucht. Nach ungefähr einer Woche kann man sich das Ergebnis persönlich abholen. Bei manchen Tests liegt das Ergebnis bereits nach etwa 30 Minuten vor (Schnelltest).

Was bedeutet ein „positives Ergebnis“?

- ▶ HIV-Test positiv bedeutet, dass man sich angesteckt hat. Das heißt aber nicht, dass die Person Aids hat oder bekommt. Man geht am besten zu einem HIV-Arzt oder einer HIV-Ärztin und bespricht, ab wann Medikamente gegen HIV genommen werden sollen und wie man andere Personen vor einer Ansteckung schützen kann. Adressen von solchen Ärzt_innen erhält man von den lokalen Aidshilfen. Wenn man keine Krankenversicherung hat, sollte man mit dem Gesundheitsamt oder mit der Aidshilfe sprechen, um trotzdem Hilfe zu bekommen.

Leben mit HIV in Deutschland

- ▶ Jeder Mensch kann von HIV betroffen sein.
- ▶ Man kann mit HIV-positiven Menschen normal zusammenleben, ohne dass eine Infektionsgefahr besteht.
- ▶ Mit medizinischer Behandlung und den Medikamenten können HIV-positive Menschen lange weiterleben, ohne krank zu werden. Die Behandlung wird von der Krankenkasse übernommen.
- ▶ HIV-positive Eltern können gesunde Kinder bekommen.
- ▶ Man kann über seine HIV-Infektion schweigen. Man muss niemanden informieren.

Beratungsmöglichkeiten

- ▶ lokale Aidshilfen
- ▶ Gesundheitsämter oder -zentren
- ▶ Ärzt_innen
- ▶ Frauengesundheitszentren
- ▶ weitere Organisationen und Projekte vor Ort.

Gemeinsam Grenzen überwinden – Präventionstheater mit & für Menschen mit Migrationsgeschichte

MuMM-Theatergruppe, VIA – Verband für Interkulturelle
Arbeit, Berlin

Kontakt

Line Göttke

Netzwerkstelle HIV/AIDS und Migration, VIA –
Verband für interkulturelle Arbeit, Regional-
verband Berlin/Brandenburg e.V.

Tel.: 030 29006948

E-Mail: line.goettke@via-in-berlin.de

www.via-in-berlin.de

Manche Migrant_innen-Communities werden durch Aufklärungsarbeit und Angebote im HIV-Bereich nicht oder nur unzureichend erreicht. Zudem können Stigmatisierung und Diskriminierung HIV-positiver Menschen in ihren jeweiligen Communities die HIV-Prävention dort behindern. Daher ist es wichtig, Präventionsprojekte oder -aktivitäten auf die Bedürfnisse der jeweiligen Communities auszurichten. Dies gelingt am besten, wenn man die Communities in die Präventionsarbeit einbezieht.

Die MuMM-Theatergruppe steht für Präventionstheater mit und für Menschen mit Migrationshintergrund. Mit ihren Aktionen zielt sie auf Gesundheitsförderung für Migrant_innen-Communities, den Abbau von Ängsten, Stigma und

Diskriminierung in Bezug auf HIV und Aids und die Stärkung von Menschen, die direkt oder indirekt von HIV betroffen sind.

Theater ist durch seine künstlerischen und sinnlichen Aspekte ein gutes Medium, um Menschen auf eine unterhaltsame Weise zum Nachdenken über HIV und Aids anzuregen. Das Virus berührt zentrale Themen des menschlichen Lebens wie Liebe, Vertrauen, Sexualität, Krankheit, Tod, soziale Zugehörigkeit, Angst und Ausgrenzung. Über diese Themen kann es spielerisch gelingen, Menschen für die HIV-Prävention zu erreichen, die dem Thema sonst eher ablehnend gegenüberstehen. Die multikulturelle Zusammensetzung der Spieler_innen signalisiert, dass HIV und Aids alle Menschen angeht und nicht auf einzelne, bereits stigmatisierte Gruppen begrenzt ist. Im Prozess des Miteinanderspielens lernen die Spieler_innen mit Diversity (→ **Rahmentext S. 75**) umzugehen. Das gemeinsame Spielen unterstreicht auch die Veränderbarkeit von Verhalten, Zuschreibungen und Rollen. Toleranz und gegenseitiges Verständnis werden gefördert.

Die MuMM-Theatergruppe entstand im Rahmen des Pilotprojekts „Migrantinnen und Migranten als Multiplikator_innen für HIV/STI-Prävention“;

kurz: MuMM. MuMM wurde von VIA – Verband für Interkulturelle Arbeit und der Berliner Aids-Hilfe getragen und durch die DAH finanziert. Menschen mit Migrationshintergrund wurden für die HIV-Prävention in ihren eigenen Communities geschult. Bis Ende 2012 wurden Honorarmittel für ihre unterschiedlichen Aktivitäten in ihren jeweiligen Communities bereitgestellt. Anfang 2013 galt das Pilotprojekt als abgeschlossen, finanzielle Mittel für Präventionsaktivitäten standen nicht mehr zur Verfügung. Schnell zeigte sich, dass die meisten der Multiplikator_innen vor allem aus finanziellen Gründen diese Arbeit nicht ehrenamtlich weiterführen konnten.

Die Theatergruppe reduzierte sich um die Hälfte. Um sich zu vergrößern, entschieden die Theater-MuMMs, sich auch für andere engagierte Men-

schen zu öffnen. Bereits die „Ur-MuMMs“ waren heterogen, nicht nur von ihren Geburtsländern her – Äthiopien, Vietnam, Nigeria, Polen –, sondern auch in Bezug auf Alter, Familienstand, Bildung, Deutschkenntnisse und Schauspielerefahrung. Dies erweiterte sich durch die neuen Mitglieder.

Zu Beginn machte die Gruppe alles selbst – und dies zum ersten Mal: Stückentwicklung, Regie, Schauspiel. In einem gemeinsamen Prozess wurde ein Stück zum Thema „Inklusion“ entwickelt und geprobt; es wurden Ideen eingebracht, ausdiskutiert, verändert oder verworfen. Auch wenn dieser Prozess wegen der begrenzten räumlichen Gegebenheiten und der unterschiedlichen Kompetenzen in punkto Theater, Deutschkenntnisse und Präventionsthemen teilweise anstrengend



Auftritt auf dem Kenako-Afrika-Festival am Alexanderplatz

war, überwog am Ende der Stolz, es geschafft zu haben. Die Aufführung im Familienplanungszentrum Balance wurde sehr gelobt.

Die MuMMs bekamen Lust, ihre Spielkompetenzen zu erweitern. Die Spieler_innen nutzten die Gelegenheit, gemeinsam mit einer anderen Gruppe an einem Theaterworkshop der DAH teilzunehmen. Zudem gelang eine Kooperation mit dem Schulprogramm von Engagement Global. Dessen Leiterin erklärte sich bereit, den Unterricht durch eine Referentin und Theaterdramaturgin des Schulprogramms kontinuierlich zu fördern und Räume für die Theaterproben zur Verfügung zu stellen. Allerdings verlief die Kooperation nicht ohne Konflikte. Eine Gruppe, die bislang alles alleine gemacht hatte, sollte sich plötzlich „fremden“ Regieanweisungen unterordnen. War der Gruppe das partizipative Aushandeln, gewissermaßen „der Weg“, wichtig gewesen, so zeigte sich die Trainerin als ziel- bzw. aufführungsorientiert. Sie war irritiert über das Zeitverständnis einiger Leute, das möglicherweise Ausdruck einer Sehnsucht nach Spaß oder spielerischer und persönlicher Entwicklung war. Zudem war die Trainerin mit der Komplexität der HIV-Themen zunächst nicht vertraut. Dennoch gelang es gemeinsam, ein Stück zur HIV-Prävention – „Anders als man denkt“ – zu entwickeln und auf dem 5. Interkulturellen Umwelt- und Gesundheitsfestival in Berlin Kreuzberg und auf dem Kenako-Afrika-Festival am Alexanderplatz aufzuführen.

Aktuell entwickelt und probt die Gruppe ein Theaterstück gegen Diskriminierung am Arbeitsplatz.

Es ist als Forumstheater angelegt, das heißt, das Publikum wird am Ende des Stücks eingeladen, durch seine schauspielerischen Interventionen einen Wandel der Geschichte herbeizuführen.

Da es sich bei der MuMM-Theatergruppe um unbezahlte Lai_innen handelt, müssen der Spaß am Spiel und der Wunsch nach persönlicher Entwicklung im Vordergrund stehen. Dies ist bislang gelungen. Menschen mit sehr unterschiedlichen Geschichten, Zielen und Perspektiven spielen und arbeiten nun schon zwei Jahre zusammen. Der kreative Austausch und die Auseinandersetzung untereinander, das Ausprobieren unterschiedlicher Rollen und Perspektiven, die persönliche Weiterentwicklung gemeinsam mit anderen und natürlich die Herausforderung, im Rampenlicht zu stehen, werden als gewinnbringend erlebt.

Allerdings befinden sich einige der Spieler_innen in einer wirtschaftlich prekären Situation. Ehrenamtliches Engagement kann zumindest längerfristig nur von Menschen geleistet werden, deren Auskommen gesichert ist. Gerade Zuwander_innen sind überproportional von Armut betroffen und unterliegen dadurch höheren gesundheitlichen Risiken, auch im Bereich der sexuellen Gesundheit. Daher sollten Initiativen wie das MuMM-Projekt eine längerfristige Finanzierung erhalten, sodass die Spieler_innen ohne sichere Einkommensquellen ein verlässliches Honorar für ihre Leistungen erhalten.

Dies ist umso wichtiger, als Stückentwicklung und Proben langwierige Prozesse sind. ■

Muttersprachliche AIDS-Präventionsfachkräfte der AIDS-Beratung Mittelfranken

AIDS-Beratung Mittelfranken, Stadtmission Nürnberg e.V.

Im April 2008 wurde das Projekt der „muttersprachlichen AIDS-Präventionsfachkräfte“ der AIDS-Beratung Mittelfranken ins Leben gerufen. Das Projekt setzt auf muttersprachliche Aufklärung in unterschiedlichen Sprach- und Bevölkerungsgruppen, um über HIV und Aids aufzuklären, die Neuinfektionen bei Migrant_innen zu senken und Stigmatisierung und Diskriminierung Betroffener zu reduzieren.

Mit finanzieller Unterstützung der Deutschen AIDS-Stiftung und des Verbandes der privaten Krankenversicherungen begann das Projekt zunächst damit, Asylbewerber_innen adäquat über HIV und Aids aufzuklären, da in Bayern nach wie vor der HIV-Test Teil der verpflichtenden Gesundheitsuntersuchung für Asylbewerber_innen ist.

Durch Präventionsveranstaltungen in der jeweiligen Muttersprache und durch muttersprachliche Präventionsfachkräfte soll das Thema HIV/Aids kultursensibel und ohne Sprach- und Kulturbarrieren vermittelt werden, sodass die Präventionsbotschaft verstanden, verinnerlicht und auch weitergegeben wird.

Die Präventionsfachkräfte vermitteln Grundwissen und Informationen über die HIV-Übertragung,

Kontakt

AIDS-Beratung Mittelfranken,
Stadtmission Nürnberg e.V.

Tel.: 0911 322500

E-Mail: aids-beratung@stadtmission-nuernberg.de

www.aids-beratung-mittelfranken.de

das Leben mit HIV/Aids und sexuell übertragbare Infektionen an Personen aus dem gleichen Sprach- und Kulturkreis. Diese Art der Prävention hat sich als nachhaltig und sehr effizient erwiesen. Derzeit sind über 20 Muttersprachler_innen im Einsatz. Sie wurden zum Teil in mehreren Themenbereichen geschult, wie etwa Basiswissen HIV und Aids, Prävention mit und für Migrant_innen sowie Gesprächstechniken und Moderation.

Fast alle Präventionsfachkräfte sind Schlüsselpersonen in ihren Communities in Nürnberg und Umgebung. Dadurch sind sie Ansprechpartner_innen, die durch die Mitglieder der Communities akzeptiert sind. So kommen zusätzlich Präventionsveranstaltungen zustande, wie z. B. in Kulturvereinen o. Ä.

Die meisten Veranstaltungen finden jedoch regelmäßig in der Zentralen Aufnahmeeinrichtung für Flüchtlinge in Zirndorf statt. Hier werden Menschen gleich zu Beginn ihres Aufenthalts in Deutschland erreicht und niedrigschwellig aufgeklärt.

Zusätzlich organisieren wir Präventionsveranstaltungen in verschiedenen Gemeinschaftsunterkünften für Asylbewerber_innen, in Wohngemeinschaften für unbegleitete minderjährige Flüchtlinge, in internationalen Frauencafés, bei Veranstaltungen/Festen von Kulturvereinen und auf diversen Konzerten, die bestimmte Sprachgruppen ansprechen.

Als Leitfaden der Präventionsveranstaltungen nutzen die Muttersprachler_innen hauptsäch-

gelmäßig begleitet sowie vor- und nachbereitet. Zum anderen werden die Muttersprachler_innen über neue Entwicklungen zum Thema HIV/Aids und STIs informiert und geschult. Außerdem werden die unterschiedlichen Kommunikationskanäle und die spezifischen Netzwerke der einzelnen Communities analysiert und neue oder andere Wege der Erreichbarkeit erarbeitet. Die Präventionsfachkräfte werden in alle Phasen der Projektarbeit einbezogen. Dadurch wird das Projekt durch die Zielgruppe selbst maßgeblich gestützt, und es werden neue Schlüsselpersonen gefunden, die als Präventionsfachkräfte tätig sein möchten.

Das Präventionsmodell ist bislang sehr erfolgreich und wurde mit dem Aids-Präventionspreis des Bundesministeriums für Gesundheit, der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung und des Landesverbandes der privaten Krankenkversicherer ausgezeichnet.



Präventionsveranstaltung mit Flüchtlingen

lich die gelbe Präventionsmappe der BZgA, da diese die zu vermittelnden Aspekte gut visualisiert und für die Zielgruppen verständlich aufbereitet.

Die professionelle Umsetzung und die Qualität der Präventionsveranstaltungen werden auf zwei Wegen gewährleistet: Zum einen werden die Einsätze durch hauptamtliche Mitarbeiter_innen der AIDS-Beratung Mittelfranken re-

Die AIDS-Präventionsfachkräfte sind sehr gut ausgebildet und werden ständig auf den neuesten Stand gebracht. Durch deren hohe Motivation, eine Honorierung und die Partizipation der unterschiedlichen Sprach- und Bevölkerungsgruppen bleiben die Themen HIV/Aids und sexuell übertragbare Infektionen in den Communities prä-

sent. Der Erfolg der Präventionsarbeit ist dadurch ebenso groß wie bei der deutschen Bevölkerung.

Allerdings ist der dauerhafte Einsatz der muttersprachlichen AIDS-Präventionsfachkräfte unabdingbar, um dieses Wissen aufrechtzuerhalten, weiterzugeben und das Bewusstsein für Schutzmöglichkeiten und Infektionsrisiken bei Migrant_innen zu festigen. ■

Kooperation und Vernetzung in Essen: ein Rahmenkonzept zur sexuellen Gesundheit

Arbeitskreis Migration und sexuelle Gesundheit Essen

Das Rahmenkonzept beschreibt die Ausrichtung und Schwerpunktsetzung der Arbeit zu HIV und STIs sowie sexueller Gesundheit für bislang wenig erreichte Migrant_innen in Essen.

Beteiligt an der Erarbeitung des Rahmenkonzepts waren: die AIDS-Hilfe Essen e.V.; die AWO Lore-Agnes-Haus, Beratungszentrum für Familienplanung, Schwangerschaftskonflikte und Fragen der Sexualität; die Caritas Aidsberatung und die Fach- und Beratungsstelle Nachtfalter, Caritasverband für die Stadt Essen e.V.; die Ev. Beratungsstelle für Schwangerschaft, Familie und Sexualität; das Gesundheitsamt der Stadt Essen – Beratungsstelle zu HIV/Aids und anderen sexuell übertragbaren Infektionen; der Fachbereich Interkulturelle Orientierung/Kommunales Integrationszentrum Essen (AK sexuelle Gesundheit und Migration). Die Beteiligten legten fest, wer sich welcher Aufgabe in den nächsten Jahren widmen wird. Im Rahmenkonzept „Sexuelle Gesundheit und Migration in Essen“ sind die Ergebnisse beschrieben und die Schwerpunkte und geplanten Maßnahmen skizziert. Ein besonderes Augenmerk wird auf die Vernetzung der Angebote in der praktischen Arbeit gelegt werden.

Kontakt

Brigitte Menze
Gesundheitsamt Essen, für den AK Migration und sexuelle Gesundheit in Essen
Tel.: 0201 8853410
E-Mail: brigitte.menze@gesundheitsamt.essen.de
www.essen.de

Mit dem Rahmenkonzept verfolgen die beteiligten Einrichtungen zwei Ziele: Zum einen soll die interkulturelle Öffnung bestehender Angebote vorangetrieben werden. Zum anderen sollen neue, bedarfsorientierte Angebote sowohl für Migrant_innen allgemein als auch für definierte Personengruppen innovativ entwickelt werden. Besonders wichtig sind der Aufbau dauerhafter Angebotsstrukturen und die Nachhaltigkeit ihrer Wirkung im Rahmen vernetzter, einrichtungs- und aufgabenübergreifender sowie multiprofessioneller Zusammenarbeit.

Dies bedeutet auch, die Voraussetzungen dafür zu schaffen, dass Information, Beratung, medizinische und psychosoziale Versorgung von den Zielgruppen in Anspruch genommen werden

können. Dazu werden zusammen mit den Migrant_innen und ihren (Selbsthilfe-)Organisationen Defizite aufgedeckt und Angebote erarbeitet und umgesetzt.

Neben allgemein zugänglichen Angeboten in bereits bestehenden Versorgungsstrukturen sollen insbesondere lebensraumnahe, aufsuchende und interkulturell angepasste Angebote für besonders gefährdete und/oder dem Versorgungssystem fernstehende Personen/Gruppen auf unterschiedlichen Versorgungsebenen entwickelt werden.

Es wurden, vorrangig von Mitarbeiter_innen mit unterschiedlichen Migrationsgeschichten, fünf Maßnahmen bzw. Projekte erarbeitet. Diese Projekte werden über einen Zeitraum von drei Jahren durch den Innovationshaushalt der Stadt Essen, Strategiekonzept zur interkulturellen Orientierung, gefördert. Die Mitarbeiter_innen, die die Projekte entwickelt haben, sind nun auch mitverantwortlich für die Gestaltung und Umsetzung dieser Angebote.

Aus dem Rahmenkonzept wurden folgende Aufgabenfelder für die Projekte ausgewählt.

Projekte für Menschen aus Subsahara-Afrika

Von der AIDS-Hilfe Essen e.V. und der Caritas Aidsberatung wurde ein gemeinsames Konzept zur Weiterentwicklung der Angebote für Menschen aus Subsahara-Afrika erarbeitet. Beide Träger haben sich zur Zusammenarbeit verpflichtet und Kooperationsvereinbarungen getroffen, um Parallelstrukturen zu vermeiden und sich in der Aufgabenwahrnehmung zu ergänzen.

Caritas Aidsberatung – Caritasverband für die Stadt Essen e.V.: Sozial- und Gesundheitsberatung für Migrant_innen aus Subsahara-Afrika

Ziel ist die psychosoziale Stabilisierung und die Förderung des Gesundheitsbewusstseins der Menschen durch eine lebensraumnahe Sozial- und Gesundheitsberatung. Mit dem Zugewinn an Selbstständigkeit und Selbstbewusstsein soll zugleich die Grundlage geschaffen werden, um das Thema HIV zu enttabuisieren und damit die Voraussetzung für die Inanspruchnahme der Regelversorgungsangebote zu schaffen. Vor allem soll der Zugang zu HIV-Beratungs- und Behandlungsangeboten vor Ort geebnet werden.

AIDS-Hilfe Essen e.V.: Kultursensible psychosoziale Beratung und Vernetzung für und von Migrant_innen in der Selbst- und Berufsfindungsphase

Es wird ein lebensortnahes Beratungsangebot (Anbindung z.B. an berufsbildende Schulen) für junge Migrant_innen aus Subsahara-Afrika zu generellen Lebensfragen entwickelt. In das Angebot werden Themen rund um HIV/STIs, sexuelle Gesundheit und sexuelle Lebensstile integriert, um neue Formen der Kommunikation in den Herkunftsfamilien zu fördern. Dadurch sollen HIV/Aids und STIs sowie mann-männliche Sexualkontakte enttabuisiert und entstigmatisiert werden, um eine nachhaltige Nutzung der Regelversorgungsangebote zu ermöglichen – insbesondere zu HIV/STIs und sexueller Gesundheit.

AIDS-Hilfe Essen e.V.: Enttabuisierung von mann-männlichen Sexualkontakten bei muslimischen Migrant_innen

Community-Partner_innen werden als Kooperationspartner_innen, Multiplikator_innen und Mediator_innen für die HIV/STI-Prävention gewonnen. Gemeinsames Ziel ist die Enttabuisierung der Homosexualität, indem zunächst

Schlüsselpersonen und Multiplikator_innen aus gesellschaftlichen und kulturell meinungsbildenden Einrichtungen zum Umdenken bewegt werden. Nur dann können sie neue Haltungen und Denkanstöße in die Bevölkerung mit Migrationshintergrund – insbesondere in die muslimischen Communities – transportieren und so langfristig ein Klima der Akzeptanz und Toleranz schaffen.

Lore-Agnes-Haus – AWO Bezirksverband Niederrhein e.V.: Interkultureller Wandercours zur sexuellen Gesundheit für junge Migrant_innen unterschiedlicher Herkunft

Der Mitmach-Parcours setzt auf den Spannungsbogen von Lernen und Spaß, auf Kommunikation und Aktion. Der Parcours bietet die Möglichkeit, sich interaktiv zu den Themen Liebe, Verhütung, sexuell übertragbare Infektionen und Schwangerschaft zu informieren. Die sprachlichen Schwierigkeiten werden durch Anschauungs- oder Anfassmaterialien und durch das mehrsprachige Team überwunden.

Fach- und Beratungsstelle Nachtfalter – Caritasverband für die Stadt Essen e.V.: Integrations- und Ausstiegshilfen für Sexarbeiterinnen mit Zuwanderungsgeschichte unter Beteiligung von Sprach- und Kulturmittlerinnen

Ziel ist, durch den frühzeitigen Einsatz und die enge Verzahnung von sozialen und gesundheitsbezogenen Hilfeangeboten die Ausbreitung von STIs in der Prostitutionsszene einzudämmen, den Einsatz von Schwangerschaftsverhütungsmitteln zu fördern und unerwünschte Schwangerschaften zu verhindern.

Darüber hinaus sollen lebensweltnahe Hilfen zur Etablierung in der Prostitution sowie zum Ausstieg entwickelt und umgesetzt werden. Ebenso sollen Rückkehrmöglichkeiten in die Heimatländer eröffnet werden.

Was haben wir gelernt?

Zunächst waren alle Beteiligten skeptisch, ob sich die Mühe lohnen würde. Jedoch hat sich gezeigt: Die Förderung aller Maßnahmen (Gesamtvolumen ca. 316.000 Euro) erfolgte auch aufgrund des abgestimmten Vorgehens zwischen den Beteiligten. Wichtig war, dass die Projekte sich gegenseitig ergänzen: Zum einen werden Synergieeffekte wirksam. Zum anderen greifen sie wie ein Puzzle ineinander und bilden nach und nach ein Ganzes. Die Kooperation bringt allen Beteiligten mehr Ressourcen, mehr Fachlichkeit, genauere Zielgruppenorientierung, weniger Energieaufwand in der eigenen Einrichtung und in der externen Kooperation, regelmäßigen Fachaustausch u. a. m.

Wichtig war auch, dass alle beteiligten Einrichtungen sich mit den Themen interkulturelle Öffnung und Teilhabe auf verschiedenen Organisationsebenen intensiv auseinandergesetzt haben. So sind in allen Maßnahmen Personen mit Migrationshintergrund an den Planungs-, Entscheidungs- und Umsetzungsprozessen beteiligt, bis hin zur Gesamtplanung im Arbeitskreis Sexuelle Gesundheit und Migration. Die gemeinsame Arbeit an einem ‚Gesamtkonzept‘ gewinnt immer mehr an Bedeutung und birgt viel Potenzial für die Weiterentwicklung der vorhandenen Strukturen.

Das Thema Konkurrenz existiert weiterhin, aber es ist ein anderer Umgang möglich: Nicht „Wie gewinne ich den Konkurrenzkampf?“, sondern „Wie und wo kann ich auf Konkurrenz verzichten?“ und „Wie können wir uns gegenseitig stärken?“. Diese Haltung ermöglicht auch offenere, transparentere und spannende Diskussionen und Abstimmungsprozesse zu Inhalten, Bedarfen, Personengruppen, Vorgehensweisen usw. ■



**RAHMENTEXTE:
GRUNDLAGEN DER
PRÄVENTIONSARBEIT**

Informationen zur HIV-Epidemiologie bei in Deutschland lebenden Migrant_innen

Claudia Santos-Hövenner, Robert Koch-Institut (RKI)

Erfassung von HIV-Melddaten in Deutschland

In Deutschland existiert seit 1987 die gesetzliche Meldepflicht für HIV, auf deren Grundlage alle HIV-Neudiagnosen anonym an das Robert Koch-Institut (RKI) gemeldet werden. Sobald einem Labor ein bestätigtes HIV-Testergebnis vorliegt, füllt es einen Meldebogen aus und schickt ihn an das RKI. Ebenso wird der_ die behandelnde Arzt/ Ärzt_in aufgefordert, einige Angaben zum_ zur Patienten/Patient_in zu machen. Die HIV-Melddaten liefern uns einen guten Überblick über Personen, die ein positives Testergebnis erhalten haben. Allerdings können sie uns keine Auskunft darüber geben, wie viele Menschen insgesamt in Deutschland mit HIV infiziert sind, da keine Personen erfasst werden, die sich bisher nicht haben testen lassen, die nichts von ihrer HIV-Infektion wissen, die eine bereits bekannte HIV-Infektion haben und sich noch nicht in Deutschland haben testen lassen, sowie Personen, die keinen Zugang zu Testangeboten haben.

Auf dem Meldebogen werden Informationen zu Geschlecht, Alter, Herkunftsland (Land, in dem eine Person den größten Teil ihres Lebens ver-

Kontakt

Claudia Santos-Hövenner
Robert Koch-Institut Berlin, Abteilung für
Infektionsepidemiologie
Fachgebiet für HIV/AIDS und andere sexuell
oder durch Blut übertragene Infektionen
Tel.: 030 18754-3198
E-Mail: Santos-HoevernerC@rki.de

bracht hat), wahrscheinlichem Infektionsland und vermutlichem Übertragungsweg sowie klinische Parameter abgefragt. In der Berichterstattung werden Herkunftsländer zu Regionen zusammengefasst; so wird z. B. jemand, der aus Russland kommt, der Region Europa zugeordnet, und eine Person aus Ghana erscheint in der Region Subsahara-Afrika.

Bei den Übertragungswegen unterscheiden wir in Männer, die Sex mit Männern (MSM) haben, heterosexuelle Kontakte, injizierende Drogengebraucher_innen und andere Risiken (z. B. perinatale Übertragung). Bis 2011 wurde der Übertragungsweg „Hochprävalenzland (HPL)“ ausgewiesen. Dieser umfasste alle Personen, die aus einem Land mit hohem HIV-Vorkommen stam-

men (HIV-Prävalenz > 1% in der allgemeinen Bevölkerung der Altersgruppe 15-45 Jahre) und sich auf heterosexuellem Weg mit HIV infiziert haben. Im Jahr 2011 wurde diese Kategorie aus der Berichterstattung entfernt, weil Herkunft kein Risiko darstellt und weil sich Menschen aus Hochprävalenzländern auch in Deutschland mit HIV infizieren (vgl. RKI 2012b: 255-273; Rice et al. 2012) (→ S. 72). Zudem gibt es in der Gruppe vermutlicher heterosexueller Übertragungen seit Jahren einen Anstieg nicht-deutscher Personen aus europäischen Ländern. Das zeigt, dass die Unterscheidung in heterosexuelle Kontakte und HPL in keiner Weise den komplexen Zusammenhang zwischen Migration und HIV-Übertragung widerspiegelt. Für die Berichterstattung ist es wichtiger, wo sich eine Person mit HIV infiziert hat, um die primärpräventiven Bedarfe von Migrant_innen in Deutschland darstellen zu können (Auswertung nach Infektionsort).

In den folgenden Auswertungen nutzen wir den Begriff „Migrant_innen“, wenn bei gemeldeten HIV-Diagnosen ein anderes Herkunftsland als Deutschland angegeben wurde.

Ausgewählte Ergebnisse aus den HIV-Meldedaten nach Herkunftsregion

Im Zeitraum von 2002 bis 2014¹ wurden in Deutschland 34.729 HIV-Erstdiagnosen an das RKI übermittelt. Unter allen Fällen waren über ein Viertel Migrant_innen, bei 14 % der Fälle lagen keine Angaben zum Herkunftsland vor. Unter den Migrant_innen sind vor allem europäische und afrikanische Herkunftsländer relevant. Der Anteil von Neudiagnostizierten mit Herkunftsregionen Europa und Afrika ist in den letzten Jahren angestiegen (→ Abb. 1) (vgl. RKI 2010: 39-44; RKI 2012a: 19-21; RKI 2014: 213-230; RKI 2012b: 28; RKI 2011: 179-198).

Bei den vermuteten Infektionsrisiken liegt der größte Anteil der Neudiagnosen bei MSM (53 %), gefolgt von heterosexuellen Kontakten (HET)

¹ Wir beziehen uns auf den Zeitraum 2002-2014, weil 2001 das Infektionsschutzgesetz als Grundlage für die Meldungen eingeführt wurde und sich die Berichterstattung anschließend geändert hat.

Abb. 1: HIV-Erstdiagnosen mit anderem Herkunftsland als Deutschland von 2002-2014 nach Herkunftsregion (WHO-Region)

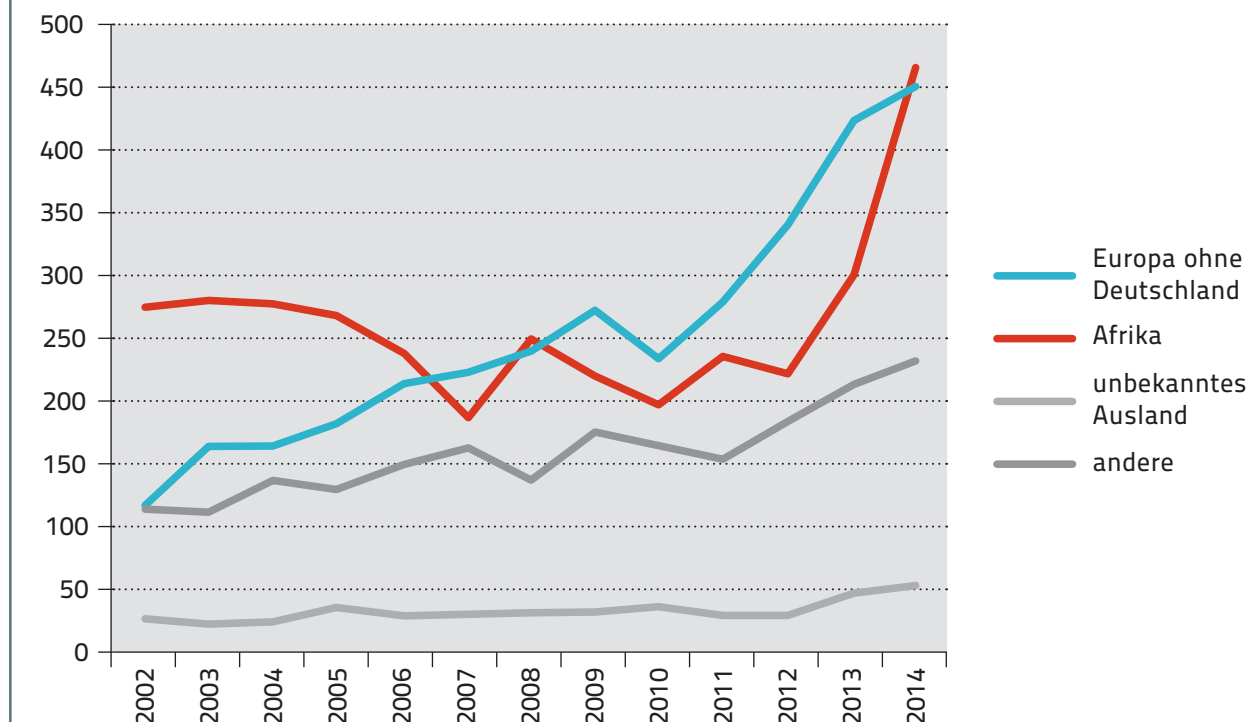


Abb. 2: HIV-Erstdiagnosen unter MSM nach Herkunftsregion (WHO-Kategorien) (n = 18.536)

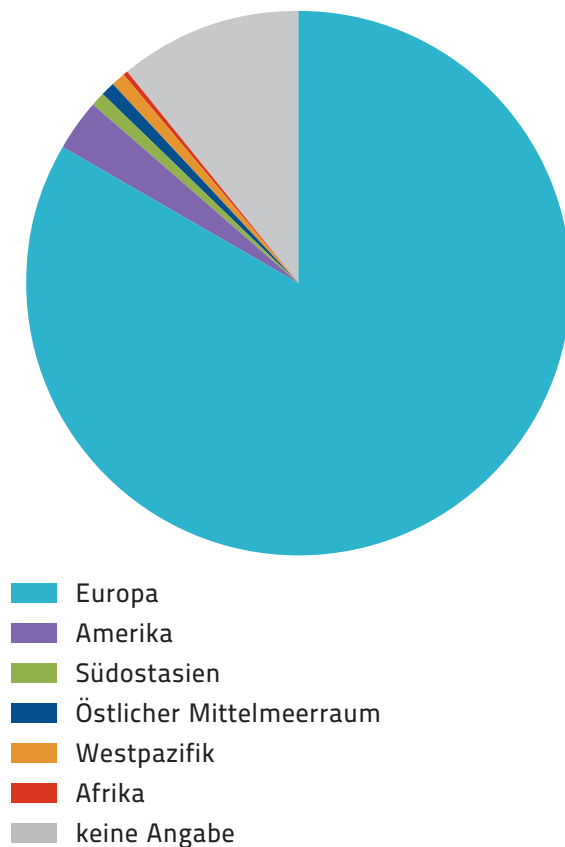
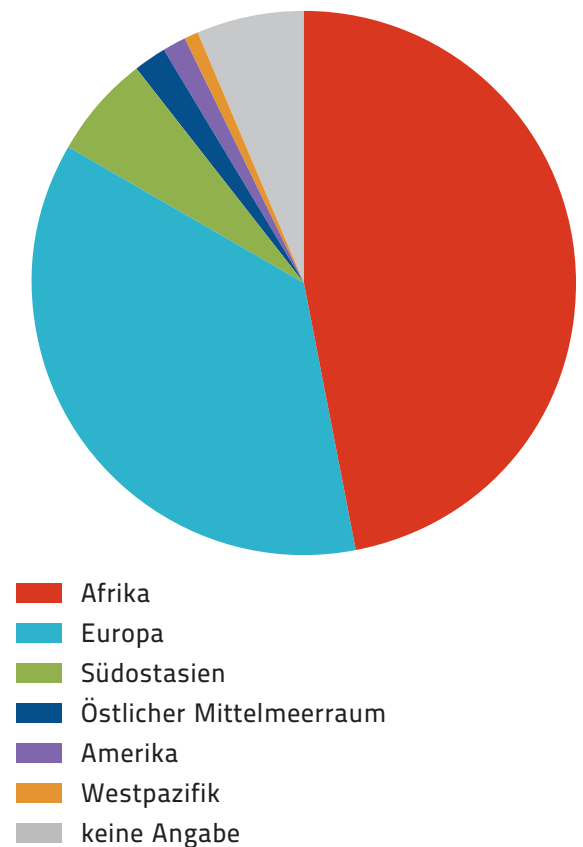


Abb. 3: HIV-Erstdiagnosen unter HET nach Herkunftsregion (WHO-Kategorien) (n = 6.911)



(20%), intravenösen Drogengebraucher_innen (4%) und Übertragung von der Mutter auf das Kind während der Geburt (1%). MSM kommen zum Großteil (83%) aus Europa bzw. Deutschland (76%) (→ **Abb. 2**). Bei Personen mit vermutlich heterosexueller Übertragung geben die meisten Personen Herkunftsländer der (Subsahara-)Afrika-Region (46%) und Westeuropa (v.a. Deutschland) (34%) an (→ **Abb. 3**). Bei heterosexueller Übertragung gilt für alle Herkunftsregionen, dass mehr Frauen unter den Neudiagnostizierten sind als Männer. Bei Drogengebraucher_innen spielen neben Deutschland (51%) vor allem osteuropäische Länder wie Russland (11%) eine Rolle als Herkunftsland. Übertragungen von der Mutter auf das Kind im Rahmen der Geburt fanden vor allem bei Kindern mit Herkunftsregion Europa (alle aus Deutschland) oder Afrika (vor allem Länder der Subsahara-Region) statt (vgl. RKI

2010: 39-44; RKI 2012a: 19-21; RKI 2014: 213-230; RKI 2012b: 28; RKI 2011: 179-198).

Migrant_innen finden sich also in jeder Zielgruppe, am häufigsten bei heterosexuellen Kontakten.

Betrachten wir die Herkunftsregionen nach vermutetem Infektionsort, sehen wir, dass sich der Großteil aller HIV-Neudiagnostizierten aus Europa (88%) wahrscheinlich in der jeweiligen Herkunftsregion mit HIV infiziert hat. Unter afrikanischen Migrant_innen haben sich 71% vermutlich in Afrika mit HIV infiziert. Allerdings ist hier zu bedenken, dass dieses Ergebnis auf Angaben der meldenden Labore oder Ärzt_innen beruht. Eine Studie aus Großbritannien zeigt, dass diese Angaben die Anzahl der Personen, die sich im Ziel-land infiziert haben, unterschätzen (vgl. Rice et al. 2012).

Einschränkungen der HIV-Meldedaten und weiterführende Studien mit Migrant_innen am RKI

Die HIV-Meldedaten geben uns nur sehr eingeschränkte Informationen über soziodemografische Merkmale oder das Verhalten der gemeldeten Fälle. Zudem erfassen wir nur die bereits Diagnostizierten und haben daher keine Angaben über die Nichtinfizierten und deren Präventionsbedarfe. Um diese besser abschätzen zu können, empfehlen die Weltgesundheitsorganisation und die europäische Gesundheitsbehörde, bei Migrant_innen auch Studien zu Wissen, Verhalten und Einstellungen in Bezug auf HIV durchzuführen (vgl. UNAIDS 2011; ECDC 2009).

Momentan führt das RKI eine Studie bei in Deutschland lebenden Migrant_innen aus der Subsahara-Region durch, die in sechs verschiedenen urbanen Zentren stattfindet und unter kontinuierlicher Einbeziehung der „Zielgruppe“ geplant und durchgeführt wird (vgl. Santos-Hövener et al. 2014) (www.rki.de/missa). Durch die Studie sollen die Präventionsbedarfe dieser Gruppe ermittelt werden, um Empfehlungen für die praktische Präventionsarbeit zu entwickeln und umzusetzen. Migrant_innen aus Subsahara-Afrika werden als erste Migrant_innengruppe betrachtet, weil sie überproportional häufig von HIV betroffen sind.

Die Kombination verschiedener epidemiologischer Studien mit den Informationen aus den HIV-Meldedaten werden uns in Zukunft helfen, ein umfassenderes Bild der HIV-Epidemie sowie der Präventionsbedarfe bei in Deutschland lebenden Migrant_innen zu zeichnen. Unbedingt notwendig ist hier die Einbeziehung von Personen aus den jeweiligen Migrant_innen-Communities, um einen Lebensweltbezug herzustellen und die Komplexität der epidemiologischen Situation darstellen zu können. ■

Quellen

ECDC (2009): Technical Report: Mapping of HIV/STI behavioural surveillance in Europe. Stockholm: ECDC.

Rice B.D. et al. (2012): A new method to assign country of HIV infection among heterosexuals born abroad and diagnosed with HIV. *Aids*, 26 (15), S. 1961-1966.

RKI (2010): HIV bei Migranten in Deutschland. *Epidemiologisches Bulletin*, 2010 (5), S. 39-44.

RKI (2011): HIV-Infektionen und AIDS-Erkrankungen in Deutschland: Bericht zur Entwicklung im Jahr 2010 aus dem Robert Koch-Institut. *Epidemiologisches Bulletin*, 2011 (21), S. 179-198.

RKI (2012a): HIV bei Migranten in Deutschland. *Epidemiologisches Bulletin*, 2012 (3), S. 19-21.

RKI (2012b): HIV-Infektionen und AIDS-Erkrankungen in Deutschland: Bericht zur Entwicklung im Jahr 2011 aus dem Robert Koch-Institut. *Epidemiologisches Bulletin*, 2012 (28), S. 255-273.

RKI (2014): HIV-Infektionen und AIDS-Erkrankungen in Deutschland: Bericht zur Entwicklung im Jahr 2013 aus dem Robert Koch-Institut. *Epidemiologisches Bulletin*, 2014 (26), S. 213-230.

Santos-Hövener C. et al. (2014): Konzeption einer Studie zu sexueller Gesundheit bei in Deutschland lebenden Afrikanern. *Prävention und Gesundheitsförderung*, 9, S. 1-8.

UNAIDS (2011): Guidelines on surveillance among populations most at risk for HIV. Geneva: WHO.

Strukturelle Prävention – ein bewährtes Konzept

Antje Sanogo, Münchner Aids-Hilfe e.V.,

Tanja Gangarova, Deutsche AIDS-Hilfe e.V.

Im Rahmen unserer Arbeit erleben wir täglich hautnah, dass bestimmte Migrant_innen-Communities sozialer und struktureller Diskriminierung sowie Rassismus ausgesetzt sind. Fehlender oder unsicherer Aufenthaltsstatus, fehlende Krankenversicherung sowie durch die Zielgesellschaft erfahrene Diskriminierung und Stigmatisierung sind die Barrieren für den Zugang zu HIV-Prävention, die Migrant_innen am häufigsten erleben. Menschen ohne Papiere haben in Deutschland z.B. keinen gleichberechtigten Zugang zur medizinischen Versorgung. Die Folge: Viele HIV-positive Migrant_innen gehen aus Angst vor Abschiebung erst dann zu einem Arzt oder einer Ärztin, wenn bereits opportunistische Erkrankungen der HIV-Infektion aufgetreten sind. Dadurch werden die Chancen auf einen guten Behandlungserfolg deutlich reduziert. Menschen aus den neuen EU-Ländern (Bulgarien und Rumänien) dürfen sich zwar legal in Deutschland aufhalten, besitzen aber oft keine Krankenversicherung. Auch wenn der Arbeitsmarkt in Deutschland für diese Gruppen seit 2014 offen ist, bleibt er für viele unerreichbar – besonders betroffen sind die Roma-Communities, die überproportional von Stigmatisierung nicht nur in Deutschland, sondern auch in ihren Herkunftsländern betroffen sind. Solche Lebenssituationen

und Bedingungen sind nicht förderlich für den Schutz vor HIV und den Umgang mit einer Infektion. Präventionsangebote und Maßnahmen, die den gesellschaftlichen Rahmen von individuellem Verhalten nicht berücksichtigen, können schnell ins Leere laufen (→ **Rahmentext S. 84**).

Strukturelle Prävention als Grundlage der Aidshilfe-Arbeit

Die Arbeit unseres Verbandes orientiert sich an der Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung von 1986, der das Lebensweisenkonzept der Weltgesundheitsorganisation (WHO) zugrunde liegt (vgl. WHO 1986). Dieses Konzept sieht vor, individuelles Verhalten und gesellschaftliche Verhältnisse zu beeinflussen, dabei unsere Communities zu beteiligen und zu stärken sowie Präventionsebenen (Primär-, Sekundär und Tertiärprävention) so zu verschränken, dass Gesundheit lebensweltnah gefördert wird (→ **Abb. 1, S. 74**).

Die strukturelle Prävention nimmt also das Verhalten Einzelner ebenso in den Blick wie die Verhältnisse (Strukturen), in denen sie leben. Denn das, was ein Mensch für seine Gesundheit und die

Abb. 1: Dimensionen der Strukturellen Prävention

Einheit von Verhaltens- und Verhältnisprävention
Einheit von Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention
Einheit von Gesundheitsförderung und Selbsthilfe
Einheit von Emanzipation und Prävention

Gesundheit anderer tun will und kann, hängt von seinem Umfeld und von den gesellschaftlichen Strukturen ab, in denen er lebt. Diskriminierung, Ausgrenzung und/oder Kriminalisierung behindern gesundheitsbewusstes Verhalten. Wie gehen wir damit um? Wir greifen dort ein, wo die strukturellen und sozialen Verhältnisse Menschen daran hindern, ihre Rechte – auch das Recht auf Gesundheit – wahrzunehmen. Wir richten unsere Angebote an den Lebenswelten von Einzelnen und Gruppen aus und engagieren uns für eine Versorgung, die den Bedürfnissen unserer Zielgruppen bzw. Communities entspricht.

Für die praktische Arbeit heißt das: Es gibt sowohl Angebote, die sich an einzelne Personen richten (u.a. Beratung, Bereitstellung von Informationen, aufsuchende Arbeit), als auch Maßnahmen, die auf einer kollektiven Ebene angesiedelt sind und die die gesellschaftlichen Strukturen beeinflussen, die zu erhöhten HIV-Risiken beitragen. Die lokalen Aidshilfen und unser Dachverband (DAH) engagieren sich deshalb traditionell stark für Männer, die Sex mit Männern haben (MSM), sowie für die Rechte von Sexarbeiter_innen und drogenkonsumierenden Menschen. Wir führen Antidiskriminierungskampagnen durch (Kampagnen zur Entkriminalisierung von Drogengebrauch, Kampagnen gegen Homophobie), machen Lobbyarbeit usw.

Strukturelle HIV-Prävention mit & für Migrant_innen

Das Aidshilfe-Konzept der „strukturellen Prävention“ ist daher auch in der HIV-Prävention für & mit Migrant_innen konsequent anzuwenden. Die eingangs beschriebenen strukturell beding-

ten Zugangsbarrieren zum medizinischen Versorgungssystem können nicht nur durch Einzelfallhilfe beseitigt werden. Vielmehr muss sich Aidshilfe, wenn sie ihrem Konzept der strukturellen Prävention treu bleiben will, politisch für die Beseitigung der Benachteiligung von Migrant_innen einsetzen. Dies bedeutet, sich in den (bundesweiten) Netzwerken der Migrationsarbeit zu engagieren und sich an aktuellen Diskursen und Aktionen zu beteiligen. Außerdem muss Aidshilfe die besonderen Bedürfnisse und Interessen von HIV-positiven Migrant_innen in diese Netzwerke einbringen und dafür sorgen, dass HIV-positive Migrant_innen ihre Interessen dort selbst vertreten können.

Die konsequente Umsetzung des Konzepts der strukturellen Prävention bedeutet auch, dass in der Migrationsarbeit der Aidshilfen die rechtliche und soziale Benachteiligung ebenso berücksichtigt wird wie die individuellen und kollektiven Ressourcen von Migrant_innen. Dazu müssen auch innerhalb des Verbandes strukturelle und soziale Barrieren abgebaut werden. Es müssen Rahmenbedingungen geschaffen werden, die es Migrant_innen ermöglichen, ihre Bedarfe zu formulieren, ihre Kompetenzen und Ressourcen einzubringen und Arbeitsprozesse auf allen Präventionsebenen mitzubestimmen. Das Zauberwort heißt also auch im Migrationsbereich: strukturelle Prävention! ■

Quellen

Drewes J., Sweers H. (Hrsg.) (2010): Strukturelle Prävention und Gesundheitsförderung im Kontext von HIV (AIDS-Forum DAH, Bd. 57). Berlin: Deutsche AIDS-Hilfe e.V.

Weltgesundheitsorganisation (WHO) (1986): Ottawa Charta zur Gesundheitsförderung (englisches Original: Ottawa Charter for Health Promotion, WHO/HPR/HEP/95.1; WHO autorisierte Übersetzung: Hildebrandt/Kickbusch auf der Basis von Entwürfen aus der DDR und von Badura sowie Milz). Genf: WHO.

Von „interkultureller Öffnung“ zu „Diversity“

Tanja Gangarova, Deutsche AIDS-Hilfe e.V.

In der täglichen Präventionsarbeit erleben wir, dass sich die Communities und die Klient_innen, mit denen wir arbeiten, in vielerlei Hinsicht unterscheiden und kontinuierlich verändern. Nehmen wir z. B. die sogenannte Zielgruppe der Migrant_innen: Migrant_innen unterscheiden sich nicht nur in Bezug auf kulturellen Hintergrund, Geschlecht, Alter, Sprache, Religion, körperliche und geistige Fähigkeiten usw., sondern auch in Bezug auf die HIV-Risiken (z. B. Drogengebrauch, Sexarbeit). Aber auch unser Verband und die Zusammensetzung unserer Teams sind bunt und wandeln sich ständig. Der Diversity-Ansatz stellt für uns eine Möglichkeit dar, den Umgang mit der vorhandenen Vielfalt – nach innen und nach außen – produktiv und wertschätzend zu gestalten und Präventionsmaßnahmen so zu entwickeln, dass sie allen Menschen den gleichen Zugang zu Information, Beratung und Behandlung ermöglichen.

Was bedeutet Diversity? Was macht dieses Konzept aus? Was bedeutet dies für die HIV-Prävention mit Migrant_innen? Mit diesen Fragen beschäftigt sich der vorliegende Beitrag.

Was bedeutet „Diversity“?

Der Begriff „Diversity“ bedeutet wörtlich übersetzt „Vielfalt“, „Heterogenität“, „Unterschiedlichkeit“. Diversity als Konzept steht für die Wertschätzung und Förderung der menschlichen Vielfalt als gesellschaftliches Potenzial. Diversity-Ansätze heben sich von solchen Konzepten ab, die Unterschiede als Problem definieren, das es zu lösen gilt. Unterschiede werden im Gegenteil als förderungswürdige Bereicherung beschrieben. Für die Präventionsarbeit mit benachteiligten und ausgegrenzten Communities bedeutet Diversity einen Perspektivwechsel von einem problemorientierten hin zu einem ressourcenorientierten Blick. Ferner zielen Diversity-Konzepte auf die Verwirklichung einer diskriminierungsfreien und inklusiven Menschenrechtskultur.

Entstehungsgeschichte des Diversity-Konzepts

Seine politische Bedeutung gewann das Konzept durch die US-amerikanische Human-Rights-Bewegung der 1960er-Jahre (vgl. Vedder 2009: 118f.), die sich vor allem gegen rassistische Diskrimi-

nierung sowie gegen Diskriminierung aufgrund des Geschlechts und der sexuellen Orientierung richtete und eine gleichberechtigte Teilhabe an der Gesellschaft forderte. In der Folge wurde das US-amerikanische Antidiskriminierungsrecht erweitert. Dadurch wurden Unternehmen stärker zur Nichtdiskriminierung aufgefordert. Vor dem Hintergrund dieser erhöhten gesellschaftlichen Sensibilisierung für Chancengleichheit und angesichts der rechtlichen Anforderungen wurden Diversity-Ansätze zunächst im Bereich des Personalmanagements entwickelt. Während sich Unternehmen um die Gestaltung eines diskriminierungsfreien Arbeitsumfeldes bemühten, zeigte die Organisationsentwicklung, dass die gezielte Förderung von Heterogenität großes ökonomisches Potenzial birgt: Vielfältige Teams sorgen für eine produktivere Gesamtatmosphäre und erbringen bessere Leistungen. Vielfalt wurde als besondere Chance und als Wettbewerbsvorteil begriffen. Ein in diesem Sinne verstandenes Diversity-Management ist mittlerweile auch in vielen deutschen Konzernen weit verbreitet. In der Literatur wird diese ökonomisch begründete Perspektive auf Diversity als „Business-Perspektive“ bezeichnet (vgl. Krell/Sieben 2011: 164).

Als gesellschaftspolitisches Konzept („Equity-Perspektive“) steht der Diversity-Ansatz hingegen für ein wertschätzendes Verständnis gesellschaftlicher Vielfalt. Unterschiedliche und vielfältige Erfahrungen, Identitäten und Lebensweisen werden als Ressource gesehen, die neue Perspektiven eröffnen und Kompetenzen begründen kann. Diese Ressource soll nicht für wirtschaftliche Gewinne genutzt werden, sondern steht im Dienst der Chancengleichheit.

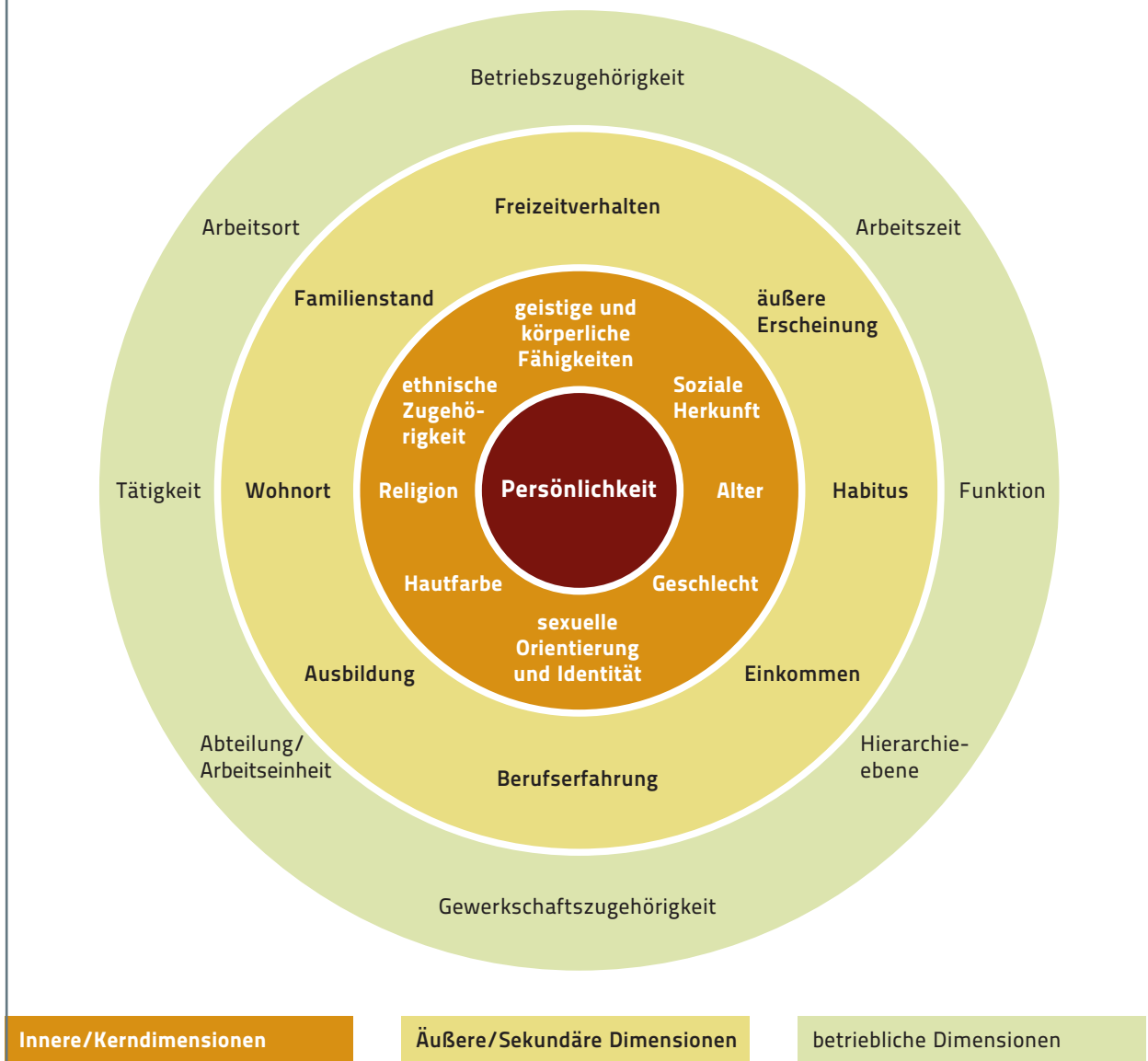
Diversity-Dimensionen

Zur Veranschaulichung von Diversity wird häufig das Modell der „Dimensionen der Vielfalt“ genutzt (→ **Abb. 1**). Unterschiede und Gemeinsamkeiten von Menschen lassen sich bei diesem Modell in verschiedene Ebenen (Dimensionen) einteilen. Als Diversity-Kerndimensionen gelten Geschlecht, Alter, ethnische Herkunft, Religion und Weltanschauung, Hautfarbe, sexuelle Identität und Orientierung, soziale Herkunft sowie Behinderung.

Diese Kerndimensionen bestimmen wesentlich die Identität eines Menschen. Diskriminierungen, die an diese Merkmale anknüpfen, verletzen die Würde der Menschen im besonderen Maße. Hier zeigt der Diversity-Ansatz Überschneidungen mit dem deutschen AGG (Allgemeines Gleichbehandlungsgesetz), geht aber mit der Dimension „soziale Herkunft“ noch einen Schritt weiter. Das Modell umfasst weitere, über die Kerndimensionen hinausgehende Merkmale, die als äußere oder sekundäre Diversity-Dimensionen bezeichnet werden. Diese Dimensionen berücksichtigen Merkmale, die unsere soziale Situation und gesellschaftliche Stellung betreffen (z. B. Familienstand) und ebenfalls zu Benachteiligungen führen können.

Alle Dimensionen beziehen sich aufeinander und sind miteinander verwoben. Jedes Individuum ist Mitglied vieler sozialer Gruppen und weist eine Vielfalt von sichtbaren und unsichtbaren identitätsstiftenden Zugehörigkeiten und Merkmalen auf (Mehrfachzugehörigkeit). Diversity-Ansätze grenzen sich von Konzepten ab, die jeweils nur eine spezifische soziale Kategorie bzw. Dimension in den Fokus nehmen, zum Beispiel Migration („Interkulturelle Öffnung“) oder Geschlecht („Gender Mainstreaming“). Kein Mensch ist z. B. nur Frau, Migrantin, alt oder Muslimin, sondern wird durch das Zusammenspiel der verschiedenen Dimensionen charakterisiert. Diversity-Ansätze beschäftigen sich mit der Mehrdimensionalität vielfältiger und verknüpfter Identitäten

Abb. 1: Dimensionen der Vielfalt: nach Gardenschwartz / Rowe (2003) und Loden / Rosener (1991)



und verbinden individuelle Handlungsmöglichkeiten mit den Machtstrukturen der Gesellschaft.

Die drei Ebenen der Diversity-Kompetenz

Der Erwerb von Diversity-Kompetenz umfasst verschiedene soziale und kommunikative Kompetenzen und ist durch drei Lernebenen gekennzeichnet: Wissen, Haltung und Handeln (vgl. Amstutz/Müller 2013). Auf der kognitiven Ebene geht es um die Vermittlung von Grundlagenwissen, z.B. zu den einzelnen Diversity-Dimensio-

nen. Auf der Haltungsebene spielt die Reflexion der eigenen Einstellungen, Werte, Prägungen, gesellschaftlichen Positionierung und der damit verknüpften Bilder von den „Anderen“ eine wichtige Rolle. Zu einem Diversity-orientierten Umgang gehört darüber hinaus auch ein Bewusstsein für die gesellschaftlichen Machtstrukturen und Chancenungleichheiten. Die dritte Ebene ist die der Handlungskompetenz und umfasst sozial-kommunikative und kooperative Fähigkeiten in transkulturellen oder asymmetrischen Situationen (z. B. in Bezug auf Macht) sowie die Fähigkeit, die Ziele des Diversity-Ansatzes im eigenen Tätigkeitsfeld umzusetzen.

Diversity und Antidiskriminierung

Der Diversity-Ansatz geht davon aus, dass Diskriminierung den Austausch zwischen Menschen und deren Entfaltung und Partizipation verhindert. Der Abbau von Diskriminierung und die Förderung von Vielfalt sind daher eng verknüpft. Bildungsmaßnahmen spielen dabei eine Schlüsselrolle. Ein Diversity-Training kann auf zweierlei Art als Antidiskriminierungsarbeit verstanden werden. Zum einen wird den Teilnehmenden das eigene Diskriminierungspotenzial bewusst gemacht, damit sie selbst nicht diskriminieren (Prävention). Zum anderen werden sie geschult, Diskriminierung wahrzunehmen und ihr entgegenzuwirken (Intervention). Diversity-Trainings alleine können aber keine Transformationen in Richtung einer gerechten Gesellschaft bewirken.

Diskriminierung bezieht sich nicht nur auf atmosphärisches Wohlbefinden, sondern auch auf den Zugang zu Ressourcen – etwa zum Arbeitsmarkt, zu Wohnraum, zur Gesundheitsversorgung, zu Entscheidungsmacht usw. Antidiskriminierungsarbeit bewegt sich daher im Spannungsfeld zwischen individuellen Handlungsmöglichkeiten und gesellschaftlichen Strukturen. Sie wird in einem Kontext durchgeführt, in dem ein Großteil der Menschen keinen Zugang zum politischen Repräsentationssystem hat – z. B. aufgrund ihrer Staatsangehörigkeit. Auch wenn Menschen für Diskriminierung sensibilisiert werden, lässt sich nicht ableiten, ob und wie sich die Sensibilisierung im Verhalten niederschlägt und wie dies dazu beitragen kann, strukturelle Diskriminierungen abzubauen (vgl. Kalpaka 2003). Über dieses Spannungsverhältnis zwischen der individuellen und der strukturellen Ebene sind weitere Auseinandersetzungen nötig.

Zum Abbau von Diskriminierung gehört auch das Empowerment benachteiligter Gruppen. Diskriminierung ist immer an die Frage von gesellschaftlicher Teilhabe geknüpft. Empowerment und Powersharing (→ [Glossar, S. 91](#)) sollen des-

halb als wichtige Bestandteile neben Prävention und Intervention einbezogen werden. Ein Prüfstein des Diversity-Ansatzes ist der tatsächliche Machtzugewinn seitens bisher benachteiligter Bevölkerungsgruppen (vgl. Rosenbach 2011: 233).

Die Anerkennung von Differenzen birgt immer die Gefahr, diese festzuschreiben und so Ausschlussmechanismen zu reproduzieren. Darin besteht eine der größten Herausforderungen bei der praktischen Umsetzung von Diversity: die Anerkennung von Unterschieden, ohne diese festzuschreiben und dadurch Ausgrenzung zu befördern.

Diversity und HIV-Prävention mit & für Migrant_innen

Der Diversity-Ansatz ermöglicht es uns, den Umgang mit Vielfalt produktiv und wertschätzend zu gestalten und Präventionsmaßnahmen so zu entwickeln, dass sie Unterschiede und sich daraus ergebende sprachliche, kulturelle, rechtliche und andere Bedarfe und Beteiligungsmöglichkeiten berücksichtigen.

Was heißt das konkret für die Präventionsarbeit für & mit Migrant_innen? Da sich Migrant_innen in jeder Zielgruppe oder Community finden, ist Migration als zielgruppenübergreifendes Thema zu etablieren und von jedem Fachbereich mitzudenken. Dort, wo es notwendig ist, werden spezielle Angebote für Migrant_innen entwickelt (z. B. für Flüchtlinge, Menschen ohne Papiere bzw. Versicherung, für Migrant_innen, die sich keiner unserer Zielgruppen zugehörig fühlen usw.). Die erforderlichen Maßnahmen fangen bei der Personal- und Organisationsentwicklung an und reichen über die Produktion von Medien bis hin zu weiteren Tätigkeiten der Öffentlichkeitsarbeit. Diese notwendigen Maßnahmen sind im vorliegenden Arbeitsbuch als Standards formuliert worden – z. B.: „Bei allen Stellenausschreibungen werden Menschen mit Migrationserfahrungen und Lebensweltnähe gezielt beworben und bei

gleicher Qualifikation bevorzugt“, „der Erwerb bzw. die Auffrischung von Fremdsprachen aller Mitarbeiter_innen wird gefördert (auch Deutsch als Fremdsprache)“, „die Medien aller Bereiche werden in verschiedenen Sprachen und Formaten angeboten und mit der Beteiligung von Migrant_innen entwickelt“ (→ **Qualitätsstandards, S. 12**).

Das Diversity-Konzept beschäftigt sich nicht nur mit der Mehrdimensionalität vielfältiger und verknüpfter Identitäten (kein Mensch ist nur ein Mann, Migrant, jung oder Muslim, Drogengebraucher oder Stricher), sondern verbindet auch individuelle Handlungsmöglichkeiten mit den Machtstrukturen der Gesellschaft. Daher ist der Diversity-Ansatz eine sinnvolle Weiterführung der bereits in Gang gesetzten Prozesse der „interkulturellen Öffnung“ (→ **Glossar, S. 91**) in unserem Verband und steht im Einklang mit unserem Konzept der strukturellen Prävention (→ **Rahmentext S. 73**). Die Verschränkung dieser Ansätze kann einen weiteren Beitrag zum Abbau sozialer und rechtlicher Diskriminierung leisten. Sie kann helfen, unsere Communities stärker an der Prävention zu beteiligen, ihre Ressourcen zu stärken (Empowerment) und damit ihre Gesundheit zu fördern. ■

Quellen

Amstutz N., Müller C. (2013): Diversity Management. In: Steiger Th., Lippmann E. (Hrsg.): Handbuch Angewandte Psychologie für Führungskräfte. Berlin/Heidelberg: Springer-Verlag, S. 359-380.

Castro Varela M., Dhawan N. (Hrsg.) (2011): Soziale (Un)Gerechtigkeit – Kritische Perspektiven auf Diversity, Intersektionalität und Antidiskriminierung. Berlin: LIT-Verlag.

Gardenswartz L., Rowe A. (1994): Managing Diversity: A Complete Desk Reference and Planning Guide. New York: McGraw-Hill.

Kalpaka A. (2003): Stolpersteine und Edelsteine in der interkulturellen und antirassistischen Bildungsarbeit. In: Stender W., Rode G., Weber Th. (Hrsg.): Interkulturelle und antirassistische Bildungsarbeit. Frankfurt/Main: Brandes & Apsel, S. 11-24.

Krell G., Sieben B. (2011): Diversity Management: Chancengleichheit für alle und auch Wettbewerbsfaktor. In: Krell G. (Hrsg.): Chancengleichheit durch Personalpolitik. Gleichstellung von Frauen und Männern in Unternehmen und Verwaltungen. Rechtliche Regelungen – Problematisierungen – Lösungen. Wiesbaden: Gabler-Verlag, S. 155-174.

Loden M., Rosener J. (1991): Workforce America!: Managing Employee Diversity as a Vital Resource. New York: McGraw Hill.

Rosenstreich G. (2011): Antidiskriminierung und/als/trotz... Diversity Training. In: Castro Varela M., Dhawan N. (Hrsg.): Soziale (Un)Gerechtigkeit – Kritische Perspektiven auf Diversity, Intersektionalität und Antidiskriminierung. Berlin: LIT-Verlag, S. 230-244.

Vedder G. (2009): Diversity Management: Grundlagen und Entwicklung im internationalen Vergleich. In: Andresen S., Koreuber M., Lüdke D. (Hrsg.): Gender und Diversity: Albtraum oder Traumpaar?. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 111-132.

Vedder G., Steinmetz B. (Hrsg.) (2007): Diversity Management und Antidiskriminierung. Weimar: Bertuch Verlag.

Partizipative Qualitätsentwicklung und Partizipation

Tanja Gangarova, Karl Lemmen, Deutsche AIDS-Hilfe e.V.

Hintergrund

Qualitätsentwicklung wird heute von Zuwendungsgebern ganz selbstverständlich bei allen Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention eingefordert. Eine große Gefahr dabei ist, dass sich die Prävention an den Methoden der Qualitätssicherung zu orientieren hat, statt andersherum. Deshalb sind wir gefordert, explizit solche Strategien zu entwickeln und einzusetzen, die einen nachweislichen Beitrag zur Qualitätssicherung unserer Präventionsarbeit leisten. Dass der Prozess der Formulierung verbindlicher Anforderungen in Gesundheitsförderung und Prävention noch nicht abgeschlossen ist, gibt uns die Chance, uns an der Entwicklung von Strategien und Verfahren zu beteiligen. Dies gilt insbesondere für die lebensweltorientierte Prävention bei sozial benachteiligten Menschen – wie z.B. Migrant_innen-Communities. Die erforderlichen niedrigschwiligen Interventionen sind in ihren komplexen Wirkungsweisen kaum mit klassischen Evaluationsinstrumenten zu erfassen. Ein weiteres Kennzeichen des Feldes ist die Vielfalt an Trägern und Organisationsformen, die gewährleisten soll, dass die heterogenen und dynamischen Zielgruppen in verschiedenen Settings erreicht werden (vgl. Kilian et al. 2004). Der An-

satz der Partizipativen Qualitätsentwicklung (PQ), der in einem Forschungsprojekt des Wissenschaftszentrums Berlin für Sozialforschung (WZB) und der Deutschen AIDS-Hilfe e.V. (DAH) entstanden ist, trägt der Dynamik des Feldes und dem Anspruch der Partizipation von Zielgruppen Rechnung. Dieser Ansatz stellt ein einfaches Set an unterschiedlichen partizipativen Methoden zur Verfügung (→ www.pq-hiv.de/methodenkoffer).

Partizipative Qualitätsentwicklung (PQ)

„Partizipative Qualitätsentwicklung bedeutet eine ständige Verbesserung von Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention durch eine gleichberechtigte Zusammenarbeit zwischen Projekt, Zielgruppe, Geldgeber/inne/n und ggf. anderen wichtigen Akteur/inn/en. Ein Merkmal dieser Zusammenarbeit ist eine möglichst starke Teilnahme und Teilhabe (Partizipation) der Projektmitarbeiter/innen und der Zielgruppen an den vier Phasen der Entwicklung von Maßnahmen: Bedarfsbestimmung, Interventionsplanung, Durchführung und Evaluation/Auswertung“ (Wright/Block/von Unger/Kilian 2010: 15).

Das Besondere daran ist die Partizipation der Zielgruppen als fester Bestandteil aller Qualitätssicherungsmaßnahmen. Dies unterscheidet die PQ von anderen Ansätzen der Qualitätsentwicklung, die die Beteiligung von Zielgruppen an der Prävention anerkennen, aber ihre Beteiligung an der Qualitätsentwicklung nicht vorsehen (vgl. Ruckstuhl 2009), oder die zwar die Wichtigkeit von Partizipation bei der Qualitätsentwicklung betonen, aber die Partizipation der Praktiker_innen meinen, nicht die der Zielgruppen (vgl. König 2000).

Partizipative Qualitätsentwicklung lebt vom lokalen Wissen aller Beteiligten (Projektmitarbeiter_innen, Einrichtung vor Ort und Zielgruppe) und unterstützt sie dabei, dieses Wissen zu nutzen, zu reflektieren und zu erweitern.

Praktische Umsetzung

Der Ansatz der PQ wendet sich in erster Linie an Praktiker_innen vor Ort, die für die Konzeption und Umsetzung präventiver Maßnahmen zuständig sind. Ihnen wird eine Vielfalt an bewährten partizipativen Methoden zur Verfügung gestellt, die sie einsetzen können, um die Qualität ihrer Arbeit weiterzuentwickeln und ihre eigenen Fragen dazu zu beantworten. Welche Methoden wie angewendet werden, entscheiden die Praktiker_innen selbst, die eng mit den Zielgruppen arbeiten – sie werden nicht „von oben“ vorgegeben. Die Praktiker_innen verbessern ihre Arbeit jedoch nicht allein, sondern beteiligen Vertreter_innen der jeweiligen Zielgruppen möglichst stark an diesem Prozess. Dadurch werden Empowerment und Kompetenzentwicklung sowohl bei den Zielgruppenvertreter_innen als auch bei den Praktiker_innen gefördert. Im Mittelpunkt der PQ stehen die Lernprozesse, die bei allen Beteiligten stattfinden. Um die Praktiker_innen bei der Auswahl und Anwendung der Methoden zu unterstützen, werden verschiedene Hilfestellungen angeboten (Einführungs- und Methodenworkshops, Kurzinformationen, fachliche Begleitung vor Ort usw.).

Im Hinblick auf die Nachweisbarkeit des Erfolgs von Interventionen liegt der Schwerpunkt der Partizipativen Qualitätsentwicklung auf lokaler, praxisbasierter Evidenz. Der zentrale Stellenwert von lokalem Wissen, Zusammenarbeit und lokaler Anwendung charakterisiert die Partizipative Qualitätsentwicklung.

Die PQ steht damit in der Tradition der Aktionsforschung, die international in den Gesundheitswissenschaften vor allem unter dem Begriff Community-Based Participatory Research (CBPR) bekannt ist.

Die bisherigen Erfahrungen aus dem Feld der HIV-Prävention für und mit benachteiligten Communities zeigen, dass partizipativ ausgerichtete Ansätze und Methoden zur Qualitätsentwicklung eine systematische Berücksichtigung der Besonderheiten der Arbeit mit diesen Gruppen ermöglichen und dadurch zur Verbesserung der Interventionen führen.

Zum Verständnis von Partizipation

Partizipation bedeutet im Zusammenhang mit PQ, Menschen an Entscheidungsprozessen zu beteiligen. Es geht nicht nur um Teilnahme, sondern auch um Teilhabe mit Entscheidungsmacht.

Im Rahmen des Forschungsprojekts des WZB und der DAH wurde ein Stufenmodell der Partizipation entwickelt, das als Basis der Präventionsarbeit der DAH nicht nur im Bereich Migration dient. Mit diesem Modell können verschiedene Stufen der Teilnahme und Teilhabe unterscheiden werden (→Abb. 1). Das Modell ist an anderer Stelle ausführlicher beschrieben (vgl. Wright/von Unger/Block 2010: 42). Hier wird es kurz vorgestellt, um deutlich zu machen, dass Partizipation erst da anfängt, wo Personen mit Entscheidungsmacht beteiligt sind. Das Modell beinhaltet zwei untere Stufen, die keine Partizipation darstellen, drei Vorstufen, drei Stufen der Partizipation und eine Stufe der Selbstorganisation, die über Partizipation hinausgeht.

Abb. 1: Stufen der Partizipation: nach Wright, Block & Unger 2010



Stufe 1 (Instrumentalisierung): Die Belange der Zielgruppe spielen keine Rolle. Entscheidungen werden außerhalb der Zielgruppe getroffen, und die Interessen dieser Entscheidungsträger_innen stehen im Mittelpunkt. Zielgruppenmitglieder nehmen eventuell an Veranstaltungen teil, ohne deren Ziel und Zweck zu kennen.

Stufe 2 (Anweisung): Die Lage der Zielgruppe wird wahrgenommen, aber das Problem wird ausschließlich aus der Sicht der Entscheidungsträger_innen (z. B. Fachkräfte) definiert. Die Meinung der Zielgruppe wird nicht berücksichtigt. Die Kommunikation ist direktiv.

Stufe 3 (Information): Die Entscheidungsträger_innen teilen der Zielgruppe mit, welche Probleme die Gruppe hat. Sie erklären und begründen dies und empfehlen verschiedene Handlungsmöglichkeiten. Dabei versuchen sie die Sichtweise der Zielgruppe zu berücksichtigen, um die Akzeptanz der Botschaften zu erhöhen.

Stufe 4 (Anhörung): Die Entscheidungsträger_innen interessieren sich für die Sichtweise der Community und befragen sie. Mitglieder der Community werden angehört, haben aber keine Macht, mitzuentcheiden.

Stufe 5 (Einbeziehung): Die Einrichtung lässt sich von ausgewählten Personen aus der Zielgruppe beraten. Die Beratungen haben jedoch keinen verbindlichen Einfluss auf den Entscheidungsprozess.

Stufe 6 (Mitbestimmung): Die Entscheidungsträger_innen halten Rücksprache mit Vertreter_innen der Zielgruppe, um wesentliche Aspekte einer Maßnahme mit ihnen abzustimmen. Es kann zu Verhandlungen zwischen der Zielgruppenvertretung und den Entscheidungsträger_innen zu wichtigen Fragen kommen. Die Zielgruppenmitglieder haben ein Mitspracherecht.

Stufe 7 (Teilweise Entscheidungskompetenz): Vertreter_innen der Zielgruppe sind am Entscheidungsprozess beteiligt und haben die Möglichkeit, einzelne Aspekte selbstständig zu gestalten.

Stufe 8 (Entscheidungsmacht): Alle wesentlichen Aspekte werden von Zielgruppen-Vertreter_innen selbst bestimmt. Es gibt eine partnerschaftliche Zusammenarbeit zwischen allen Beteiligten.

Stufe 9 (Selbstorganisation): Die Verantwortung für eine Maßnahme liegt komplett in den Händen der Zielgruppe (von Unger/Gangarova 2011: 39-41).

Dieses Modell ermöglicht es, partizipative Prozesse in der Präventionsarbeit auf Projektebene näher zu beschreiben. Partizipation ist keine Entweder/Oder-Option, sondern ein Entwicklungsprozess, der je nach den Praxisbedingungen im Projekt und den Lebensbedingungen der Zielgruppe unterschiedlich realisierbar ist. Die Aufgabe besteht darin, die passende Stufe der Partizipation zu finden, die den Bedingungen und den beteiligten Personen entspricht. Ein ebenso großer Schwerpunkt liegt auf einer hohen Beteiligung der Projektmitarbeiter_innen, weil diese häufig die größte Nähe zur Zielgruppe haben, über lokales Wissen verfügen und wesentlich zum Erfolg von Interventionen beitragen. ■

Quellen

König J. (2000): Einführung in die Selbstevaluation. Ein Leitfaden zur Bewerbung der Praxis sozialer Arbeit. Freiburg: Lambertus.

Ruckstuhl B. (2009): Ein Gesamtrahmen für die Qualitätsentwicklung in Gesundheitsförderung und Prävention. In: Kolip P., Müller V. (Hrsg.): Qualität von Gesundheitsförderung und Prävention. Bern: Hans Huber, S. 75-96.

von Unger H., Gangarova T. (2011): PaKoMi Handbuch. HIV-Prävention für & mit Migrant/inn/en. Berlin: Deutsche AIDS-Hilfe.

Wright M.T., Block M., von Unger H., Kilian H. (2010): Partizipative Qualitätsentwicklung – eine Begriffsbestimmung. In: Wright M.T. (Hrsg.): Partizipative Qualitätsentwicklung in der Gesundheitsförderung und Prävention. Bern: Hans Huber, S. 13-32.

Wright M.T., von Unger H., Block M. (2010): Partizipation der Zielgruppe in der Gesundheitsförderung und Prävention. In: Wright M.T. (Hrsg.) Partizipative Qualitätsentwicklung in der Gesundheitsförderung und Prävention. Bern: Hans Huber, S. 35-52.

www.partizipative-qualitaetsentwicklung.de

Ausgrenzung per Gesetz – rechtliche Hindernisse für Migrant_innen beim Zugang zu medizinischer Versorgung in Deutschland

Antje Sanogo, Münchner Aids-Hilfe e.V.

Seit Jahrzehnten ist die deutsche Einwanderungs- und Migrationspolitik vor allem darauf gerichtet, die Zahl der Migrant_innen zu begrenzen. Dies hat zu einer besonderen aufenthalts- und sozialrechtlichen Gesetzgebung geführt, die Menschen mit Migrationshintergrund von bestimmten Leistungen und Rechten ausschließt oder den Zugang erschwert. Diese rechtliche Ausgrenzung wird vor allem durch Vorschriften des Aufenthalts-, des Asylverfahrens- und des Asylbewerberleistungsgesetzes verursacht. Besonders für Flüchtlinge, undokumentierte Migrant_innen und Bürger_innen aus einigen EU-Ländern be- oder verhindern gesetzliche Regelungen den Zugang zu medizinischer Versorgung.

Einige dieser rechtlichen Zugangsbarrieren werde ich im Folgenden darstellen.

Zugangsbarrieren für Flüchtlinge

Das Asylverfahrensgesetz und das Asylbewerberleistungsgesetz enthalten einige Vorschriften, die für Flüchtlinge, insbesondere für HIV-positive Flüchtlinge, zu Einschränkungen beim Zugang zu medizinischer Versorgung führen können.

Flüchtlinge haben Ansprüche auf Sozialleistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz, um ihren Lebensunterhalt zu sichern und die medizinische Versorgung zu gewährleisten. Im Krankheitsfall müssen Kosten für die medizinische Behandlung übernommen werden; jedoch ist die Versorgung auf die Behandlung von akuten Erkrankungen und Schmerzzuständen beschränkt. Bei chronischen Erkrankungen werden die Kosten für die notwendige Behandlung zur Linderung der Krankheitsfolgen übernommen. Im Falle einer HIV-Infektion bedeutet dies, dass z. B. die Kosten für Medikamente, Laboruntersuchungen und Arztbesuche alle drei Monate übernommen werden. Für darüber hinausgehende medizinische Behandlungen muss die Kostenübernahme im Einzelfall beim Sozialamt beantragt werden. Ausführliche Informationen zu sozialrechtlichen Ansprüchen von Flüchtlingen findet man auf der Homepage des Berliner Flüchtlingsrates.

Flüchtlinge sind während des Asylverfahrens verpflichtet, sich in bestimmten Bereichen aufzuhalten. Diese Bereiche dürfen sie ohne Genehmigung der zuständigen Ausländerbehörde nicht verlassen. Das wird im Asylverfahrensgesetz vorgeschrieben. Sind HIV-positive Flüchtlinge in ab-

gelegenen Orten untergebracht, müssen sie oft lange Reisewege und hohe Fahrtkosten in Kauf nehmen, um HIV-Schwerpunktärzt_innen und Beratungsstellen aufsuchen zu können. Außerdem müssen sie bei der Ausländerbehörde eine Genehmigung zum Verlassen ihres Aufenthaltsbereiches einholen. Ein Verlassen des Aufenthaltsbereiches ohne Genehmigung der Behörde kann zu strafrechtlichen Konsequenzen führen.

In Bayern werden Asylbewerber_innen systematisch ohne ihr Wissen und ihr Einverständnis auf HIV getestet. Dieses Vorgehen widerspricht allen nationalen und internationalen Empfehlungen zum HIV-Test, die ein informiertes Einverständnis der zu testenden Person als Voraussetzung für die Testdurchführung fordern. Eine solche Sonderbehandlung von Flüchtlingen ist menschenrechtlich äußerst bedenklich.

Zugangsbarrieren für undokumentierte Migrant_innen

Undokumentierte Migrant_innen sind Menschen, die keinen Aufenthaltstitel haben. Laut Aufenthaltsgesetz muss jede_r Ausländer_in einen Aufenthaltstitel besitzen. Ansonsten ist die Person zur Ausreise verpflichtet und kann abgeschoben werden.

Undokumentierte Migrant_innen haben zwar grundsätzlich Anspruch auf Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz. Allerdings schreibt das Aufenthaltsgesetz den Sozialbehörden vor, die Ausländerbehörde zu informieren, wenn sie im Rahmen ihrer Tätigkeit erfahren, dass sich jemand ohne Aufenthaltstitel in Deutschland aufhält. Faktisch kann also die Inanspruchnahme von Sozialleistungen dazu führen, dass man abgeschoben wird. Da es für undokumentierte Migrant_innen nicht möglich ist, eine Krankenversicherung abzuschließen, müssen sie im Krankheitsfall die Kosten für die medizinische Versorgung selbst tragen. Können sie das nicht, besteht die Gefahr, dass sie durch die

Krankenhäuser an die Sozialämter und von dort an die Ausländerbehörde gemeldet werden.

Um dem entgegenzuwirken, versuchen nicht-staatliche Initiativen mit Beratungs- und Versorgungsangeboten, eine medizinische Basisversorgung für undokumentierte Migrant_innen zu sichern. Für HIV-Positive kann eine kontinuierliche HIV-Therapie durch diese Angebote jedoch nicht geleistet werden. Wenn die HIV-Infektion medikamentös behandelt werden muss und kein Zugang zu HIV-Therapie im Herkunftsland besteht, kann ein Antrag auf Feststellung eines Abschiebungshindernisses erfolgreich sein und zur Erteilung einer Aufenthaltserlaubnis aus humanitären Gründen führen.

Wichtige Informationen zur medizinischen Versorgung von undokumentierten Migrant_innen gibt die Homepage der Medibüros. Rechtliche Informationen bietet die Homepage des Informationsverbundes Asyl.

Zugangsbarrieren für EU-Bürger_innen

Grundsätzlich dürfen sich EU-Staatsangehörige entsprechend den Freizügigkeitsregelungen der EU in Deutschland aufhalten. Wenn sie Arbeitnehmer_innen sind, dann haben sie, wie deutsche Staatsangehörige, Zugang zu allen sozialen Leistungen und zur Krankenversicherung. Sie dürfen nicht benachteiligt werden.

Die Freizügigkeitsregelungen erlauben jedoch, dass für EU-Bürger_innen aus neu beigetretenen Staaten der Zugang zum Arbeitsmarkt beschränkt wird. EU-Bürger_innen aus diesen Ländern benötigen für eine versicherungspflichtige Arbeitsstelle eine Arbeitserlaubnis. Nur ein selbstständiges Gewerbe dürfen sie ohne Einschränkungen ausüben. Bis 2014 betraf diese Einschränkung EU-Bürger_innen aus Rumänien und Bulgarien. Aktuell sind EU-Bürger_innen aus Kroatien betroffen.

Die Beschränkung des Zugangs zum Arbeitsmarkt führt dazu, dass Menschen aus den betroffenen Ländern häufig in prekären (schein-) selbstständigen Arbeitsverhältnissen tätig sind. Sie müssten sich in einer privaten Krankenkasse versichern, können dies jedoch in der Regel nicht finanzieren. Außerdem können EU-Bürger_innen in den ersten drei Monaten ihres Aufenthalts bzw. während der Arbeitssuche keine Leistungen nach dem SGB II in Anspruch nehmen. So bleiben sie ohne Absicherung im Krankheitsfall und haben damit keinen Zugang zu medizinischer Versorgung.

Damit HIV-Positive aus diesen EU-Ländern Zugang zu HIV-Therapie zu finden, müssen oft Einzelfalllösungen gesucht werden. Dafür ist eine gute Vernetzung mit Migrationsberatungsstellen notwendig. Informationen dazu erhält man z. B. auf der Homepage des Informationsverbundes Asyl und bei den großen Wohlfahrtsverbänden.

Zugangsbarrieren überwinden

Neben der Unterstützung von rechtlich benachteiligten Migrant_innen, die keinen Zugang zu HIV-Therapie haben, müssen die Aidshilfen sich an der politischen Arbeit zur Beseitigung dieser Zugangsbarrieren beteiligen. Denn es handelt sich hier um strukturell bedingte Zugangsbarrieren, die nicht nur durch Einzelfalllösungen überwunden werden können, sondern letztlich nur durch eine rechtliche Gleichstellung. ■

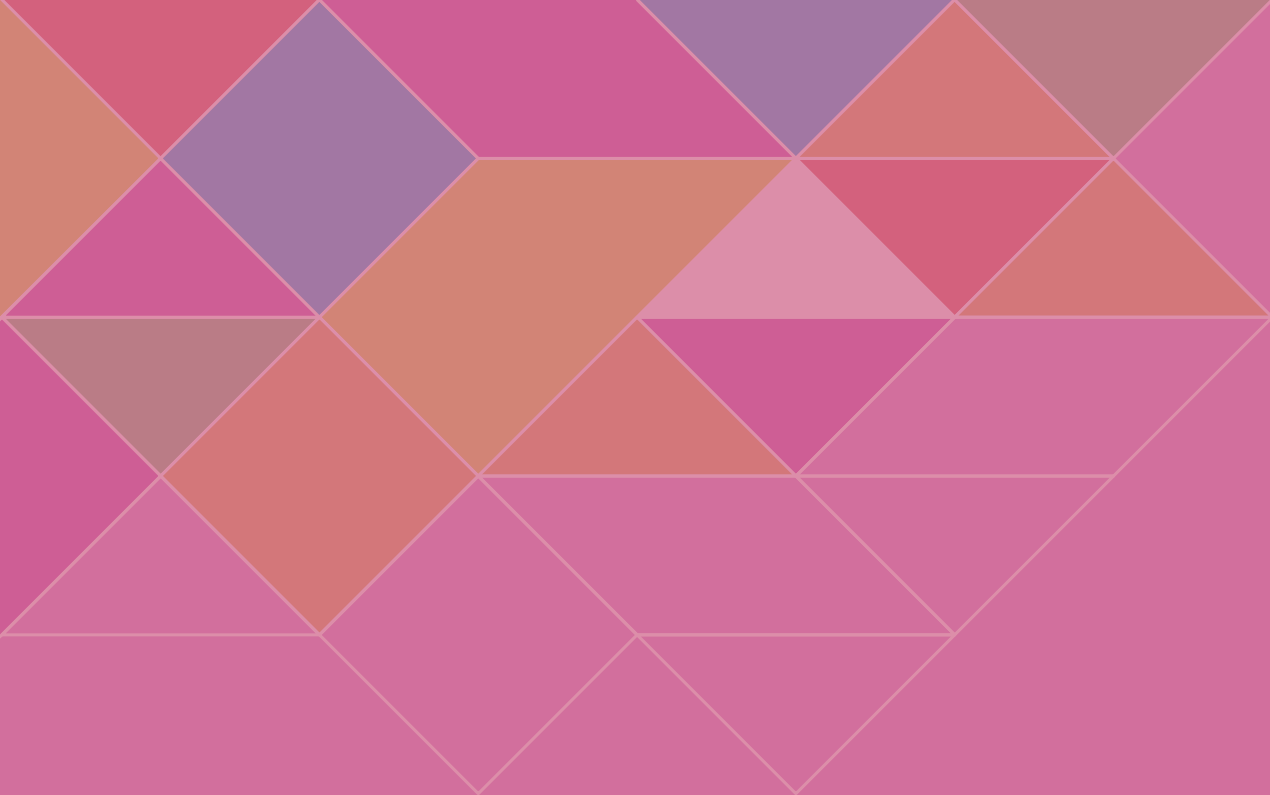
Weiterführende Links

www.migration.paritaet.org/start/publikationen/

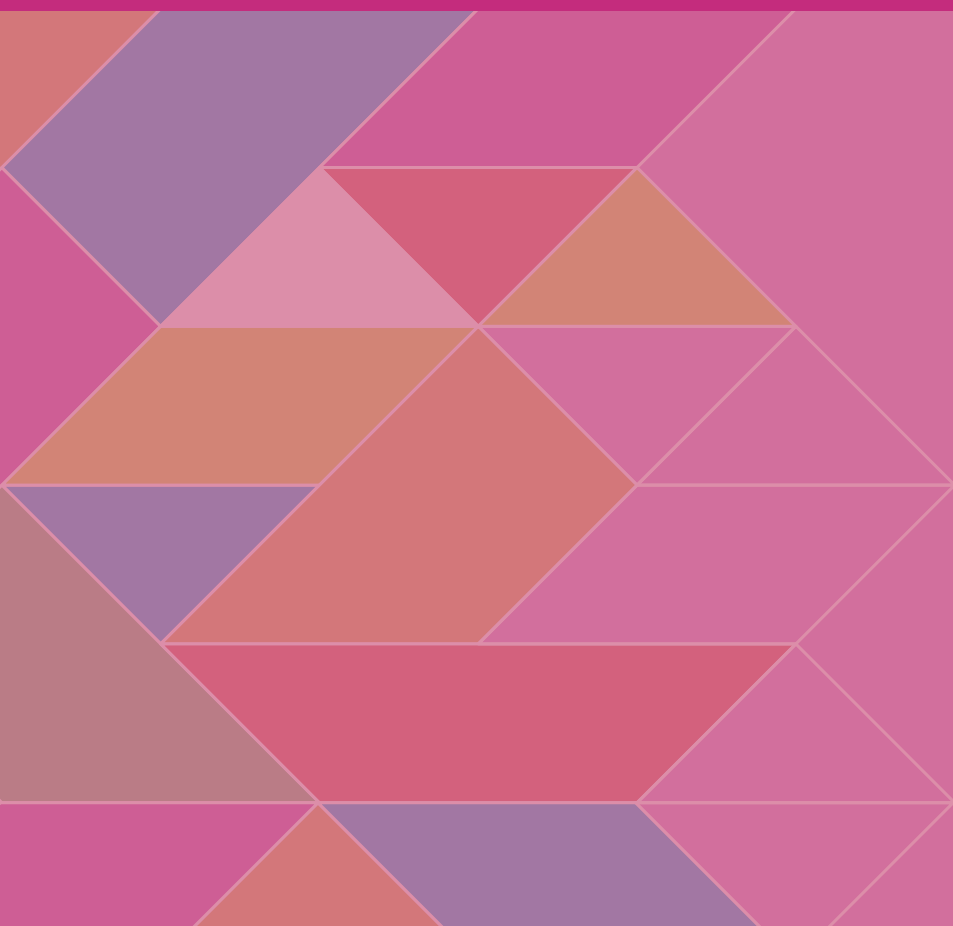
www.asyl.net

medibueros.m-bient.com/

www.fluechtlingsrat-berlin.de/gesetzgebung.php#Asy



ANHANG



Tipps zum Weiterlesen

Borde T., David M. (Hrsg.) (2003): Gut versorgt? Migrantinnen und Migranten im Gesundheits- und Sozialwesen. Frankfurt/Main: Mabuse-Verlag.

Borde T., David M., Papies-Winkler I. (Hrsg.) (2009): Lebenslage und gesundheitliche Versorgung von Menschen ohne Papiere. Frankfurt/Main: Mabuse-Verlag.

BORDERNETwork (2012): Crossing Borders, Building Bridges – A Practical Manual on Effective Models of Participatory based HIV Prevention in Migrants/Ethnic Minorities. Sofia: Health and Social Development Foundation.

DAH (2014): HIV- und STI-Tests – Informationen und Standards. Berlin: Deutsche AIDS-Hilfe e.V.

Drewes J., Sweers H. (Hrsg.) (2010): Strukturelle Prävention und Gesundheitsförderung im Kontext von HIV (AIDS-FORUM DAH, Bd. 57). Berlin: Deutsche AIDS-Hilfe e.V.

Gräser S. et al. (2013): MAQUA-HIV-Manual zur Qualitätssicherung in der HIV-Prävention für und mit MigrantInnen – Theorie und Praxismanual. Bremen: Niebank-Rusch-Verlag.

Schue M., Miriam M., Czycholl D. (2013): Zugänge finden, Türen öffnen – transkulturelle Sucht-

hilfe. Praktische Erfahrungen aus dem Modellprogramm transVer. Lengerich: Pabst Science Publishers.

Santos-Hövenner C. (2013): HIV-STI-Surveillance bei und mit Migrant/innen aus Subsahara Afrika. HIV&More, 2013 (2): S. 52-53

Santos-Hövenner C. (2014): Migrantinnen und Migranten in der Forschung erreichen: Forschung zu sexueller Gesundheit mit Afrikanerinnen und Afrikanern. In: Dokumentation Kongress Armut und Gesundheit 2014, 13.-14.3.2014. Berlin: Gesundheit Berlin-Brandenburg e.V.

Santos-Hövenner C., von Unger H. (2012): Kultursensible HIV/STI-Prävention bei Sexarbeiterinnen mit Migrationshintergrund. Prävention und Gesundheitsförderung, 7 (2), S. 148-154.

von Unger H. (2012): Partizipative Gesundheitsforschung. Wer partizipiert woran? Forum Qualitative Sozialforschung, 13 (1), Art. 7, <http://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/view/1781>

von Unger H. (2012): Participatory health research with immigrant communities in Germany. International Journal of Action Research, 8 (3), S. 266-287.

Links

von Unger H. (2014): Partizipative Forschung. Einführung in die Forschungspraxis. Wiesbaden: VS Verlag.

von Unger H., Gangarova T. (2011): PaKoMi Handbuch. HIV-Prävention für & mit Migrant/inn/en. Berlin: Deutsche AIDS-Hilfe e.V. <http://www.hiv-migration.de/content/pakomi-handbuch-deutsch>.

von Unger H., Gangarova T. (2012): PaKoMi Handbook. HIV Prevention for & with Migrants. Berlin: Deutsche AIDS-Hilfe e.V. <http://www.hiv-migration.de/content/pakomi-handbook-english>.

von Unger H., Gangarova T., Ouedraogo O., Flohr C., Spennemann N., Wright M.T. (2013): Stärkung von Gemeinschaften: Partizipative Forschung zu HIV-Prävention mit Migrant/innen. Prävention und Gesundheitsförderung, 8 (3), S. 171-180.

von Unger H., Klumb S. (2010): HIV-Primärprävention für Migrant(inn)en als Aufgabe der Aids-hilfen: Ausgewählte Ergebnisse der PaKoMi-Befragung. In: Wiessner, P. (Hrsg.): Migration und HIV-Prävention (AIDS-FORUM DAH, Bd. 58). Berlin: Deutsche AIDS-Hilfe e.V., S. 57-70.

von Unger H., Klumb S., Gangarova T., Wright M.T. (2011): Herausforderungen der HIV-Prävention für Migranten. Ergebnisse einer Befragung der Aidshilfen. Prävention und Gesundheitsförderung, 6 (1), S. 19-26.

Wiessner P. (Hrsg.) (2010): Migration und HIV-Prävention (AIDS-FORUM DAH, Bd. 58). Berlin: Deutsche AIDS-Hilfe e.V.

Wright M.T. (Hrsg.) (2010): Partizipative Qualitätsentwicklung in der Gesundheitsförderung und Prävention. Bern: Hans Huber.

Wright M.T. (2013): Was ist Partizipative Gesundheitsforschung? Positionspapier der International Collaboration for Participatory Health Research. Prävention und Gesundheitsförderung, 8 (1), S. 122-131.

Wright M.T., Block M., Kilian H., Lemmen K. (2013): Förderung von Qualitätsentwicklung durch partizipative Gesundheitsforschung. Prävention und Gesundheitsförderung, 8 (3), S. 147-154.

Bundesministerium für Gesundheit:

www.bmg.de

Bundeszentrale für Gesundheitliche Aufklärung (BZgA):

www.bzga.de

Gesundheit Berlin:

www.partizipative-qualitaetsentwicklung.de

Deutsche AIDS-Hilfe e.V. (DAH):

www.aidshilfe.de

Deutsche AIDS-Hilfe e.V. (DAH) – Migration:

www.hiv-migration.de

Infodienst Migration der BZgA:

http://www.infodienst.bzga.de/bot_migration.html

Praxisdatenbank zur Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten (auch Good-Practice-Projekte):

www.gesundheitliche-chancengleichheit.de

Robert Koch-Institut (RKI):

www.rki.de

Quint-Essenz Qualitätsentwicklung in Gesundheitsförderung und Prävention:

www.quint-essenz.ch

Glossar

Community – ist eine Gemeinschaft, also eine Gruppe von Menschen, die etwas gemeinsam haben und sich miteinander verbunden fühlen.

Community Mapping – ist ein partizipatives Verfahren, mit dem die Merkmale, Ressourcen und Probleme von Communities bildlich umgesetzt werden können: Dazu wird eine Karte (engl. map) einer Gemeinschaft (engl. community) gezeichnet (mapping).

Empowerment – ist in der Gesundheitsförderung ein Prozess, der die Befähigung und Stärkung von Einzelnen oder Gruppen zur Gestaltung ihrer Lebensbedingungen und eine größere Selbstbestimmung über die eigene Gesundheit zum Ziel hat.

Gender Gap – ist in der Linguistik die meist durch einen Unterstrich gefüllte Lücke (engl. gap), die bei Schreibweisen wie Migrant_innen zwischen der maskulinen Wortform und der femininen Endung zu sehen ist. Der Gender Gap soll ein Mittel der sprachlichen Darstellung aller sozialen Geschlechter und Geschlechtsidentitäten, auch jener abseits des gesellschaftlich vorherrschenden Zweigeschlechtersystems, sein.

Inklusion – beschreibt eine Gesellschaft, in der jeder Mensch akzeptiert wird und gleichberechtigt und selbstbestimmt an dieser teilhaben kann – unabhängig von Geschlecht, Alter oder Herkunft, von Religionszugehörigkeit oder Bildung, von eventuellen Behinderungen oder sonstigen individuellen Merkmalen.

Interkulturelle Öffnung (IKÖ) – ist ein Prozess der Organisationsentwicklung, durch den Einrichtungen bzw. Organisationen sich auf die heutige, von Migration geprägte Gesellschaft einstellen. Das Ziel dabei ist, Migrant_innen die Teilhabe an gesellschaftlichen, wirtschaftlichen und politischen Prozessen zu ermöglichen.

Intervision – ist eine kollegiale Beratung in psychosozialen Berufen. Beruflich Gleichgestellte wie z. B. Mitarbeiter_innen der Aidshilfen suchen gemeinsam nach Lösungen für ein Problem. Eine Person bringt ein Thema ein, die anderen unterstützen sie bei der Lösungsfindung.

MSO – Migrant_innenselbstorganisation

MSM – Männer, die Sex mit Männern haben

Multiplikator_innen – sind in der Gesundheitsförderung alle Personen oder Gruppen, die professionell oder ehrenamtlich im Rahmen von Projekten und Maßnahmen auf die Stärkung der Gesundheit bei den Zielgruppen bzw. Communities hinwirken.

Partizipation – bedeutet, Menschen zu beteiligen und ihnen die Möglichkeit zu geben, mitzuentscheiden. Es geht nicht um Teilnahme, sondern um Teilhabe: mitreden, mitgestalten und mitbestimmen.

Peers – sind Menschen, die z.B. der gleichen Altersgruppe angehören, den gleichen sozialen und/oder kulturellen Hintergrund haben oder gleiche Vorlieben und Einstellungen teilen.

Photovoice – ist eine Methode der partizipativen Gesundheitsforschung, die visuelle Dokumentation (Fotografie) und Erzählung in einem reflektierenden Gruppenprozess verbindet. Mitglieder einer Gruppe oder Community machen Fotos von ihren Lebenswelten und werten diese gemeinsam aus, um Veränderungsprozesse anzustoßen.

Powersharing – bedeutet, Macht zu teilen oder Macht abzugeben.

Qualitätsstandard – ist das Mindestmaß an Qualität, das im Bereich der HIV-Prävention erreicht werden muss, um z.B. Migrant_innen einen gleichberechtigten Zugang zu Information, Beratung und Versorgung zu ermöglichen.

Schlüsselpersonen – sind Kontaktpersonen in den Communities, die eine Zusammenarbeit ermöglichen, also Türen öffnen können. Das können sowohl offizielle Vertreter_innen von Gruppen, Vereinen und MSO sein, als auch Personen ohne formale Funktion, die in ihren Communities gut vernetzt und angesehen sind.

Setting – bezeichnet ein überschaubares sozialräumliches System (wie Betrieb, Schule, Krankenhaus, Stadtteil etc.), in dem Menschen ihren Alltagstätigkeiten nachgehen. Setting-orientierte Interventionen richten sich an die strukturellen Bedingungen des Settings und an die involvierten Personengruppen.

SMART – SMART-Kriterien werden bei der Bestimmung der Ziele von Maßnahmen und Interventionen herangezogen. Mit ihrer Hilfe werden Ziele so formuliert, dass sie spezifisch, messbar, attraktiv, realistisch und terminierbar sind.

Supervision – ist eine Form der Beratung für Mitarbeiter_innen, z.B. in psychosozialen Berufen. Supervisionen werden von Supervisor_innen geleistet, die zumeist eine entsprechende Qualifikation oder Zusatzausbildung haben. Einzelpersonen, Gruppen und Organisationen lernen in der Supervision, ihr berufliches oder ehrenamtliches Handeln zu prüfen und zu verbessern.

Zielgruppen – sind diejenigen Gruppen oder Personen, auf die ein Angebot oder eine Strategie abzielt.

Quiz zur Selbsteinschätzung

Bitte kreise die Punkte in der jeweiligen Antwortspalte ein.
Die Auflösung findest du auf S. 94.

	ja	nein	weiß nicht	Frage trifft nicht zu
Mit unseren Angeboten erreichen wir auch Menschen mit Migrationshintergrund.	10	0	-10	0
Es gibt spezifische Angebote für Migrant_innen.	10	0	-10	0
Die Angebote für Migrant_innen sind Community-basiert und werden mit Vertreter_innen der Communities geplant und durchgeführt.	10	0	-10	0
Die Beteiligung der Community-Partner_innen wird angemessen entlohnt oder entschädigt.	10	0	-10	0
Die Angebote sind sprachlich und visuell passend.	10	0	-10	0
Der Abbau von Stigma spielt im Rahmen unserer Präventionsarbeit eine zentrale Rolle.	10	0	-10	0
Die Zusammenarbeit mit den Kooperationspartner_innen ist gleichberechtigt, z. B. werden die Ziele gemeinsam gesetzt.	10	0	-10	0
In unserer Einrichtung ist das Diversity-Konzept im Leitbild verankert.	10	0	-10	0
In der persönlichen Beratung von Migrant_innen ist die sprachliche Verständigung gesichert, z. B. durch den Einsatz von Sprach- oder Kulturmittler_innen bzw. Dolmetscher_innen.	10	0	-10	0
Der Erwerb von Fremdsprachen und die Auffrischung von Sprachkenntnissen der Mitarbeiter_innen werden gefördert (inkl. Deutsch als Fremdsprache).	10	0	-10	0
Alle Mitarbeiter_innen haben an mindestens einer Schulung zu migrationsbezogenen Themen (z. B. Diversity-Training) teilgenommen.	10	0	-10	0
Multiplikator_innen aus den Communities haben an einer Schulung teilgenommen.	10	0	-10	0
Die Arbeit von Multiplikator_innen wird honoriert.	10	0	-10	0
Multiplikator_innen erhalten Zugang zur Supervision bzw. Intervention.	10	0	-10	0
Die Multiplikator_innen haben Gelegenheit, weitere Fort- und Weiterbildungsangebote zu besuchen.	10	0	-10	0
Bitte zähle die Punkte zusammen:				

Auflösung

100 bis 150 Punkte

Hervorragend!

Deine Einrichtung engagiert sich sehr für die Gesundheit von Menschen mit Migrationshintergrund und die Öffnung der Einrichtung für diverse Gruppen. Eure Arbeit entspricht den wichtigsten Standards der HIV-Prävention für & mit Migrant_innen. Tolle Arbeit!

50 bis 90 Punkte

Echt gut.

Deine Einrichtung engagiert sich sehr für die Gesundheit von Menschen mit Migrationshintergrund, und eure Arbeit entspricht in vielen Punkten den Standards der HIV-Prävention für & mit Migrant_innen. Oft ist das Abweichen von den Standards lokalen Umständen bzw. der besonderen Arbeitsweise der Einrichtung geschuldet. Aber ihr macht grundsätzlich tolle Arbeit – weiter so!

10 bis 40 Punkte

Eure Arbeit entspricht

in einigen Punkten den Standards der HIV-Prävention für & mit Migrant_innen. Oft ist das Abweichen von den Standards lokalen Umständen geschuldet. Aber ihr seid definitiv auf dem richtigen Weg – weiter so!

0 Punkte

Eure Arbeit entspricht nicht

den Standards für die HIV-Prävention für & mit Migrant_innen. Entweder die lokalen Umstände sind so besonders oder eure Prioritäten liegen woanders. Da geht in jedem Fall mehr.

-10 bis -150 Punkte

Mach dich schlau!

Sprich mit den anderen im Team/in der Einrichtung. Und dann mach das Quiz noch mal.

