



PaKoMi Handbuch

HIV-Prävention für & mit Migrant/inn/en

WZB

Wissenschaftszentrum Berlin
für Sozialforschung



Hella von Unger | Tanja Gangarova

Impressum

Hella von Unger, Tanja Gangarova

PaKoMi Handbuch: HIV-Prävention für und mit Migrant/inn/en

Berlin, September 2011



Deutsche AIDS-Hilfe e. V.

Wilhelmstraße 138, 10963 Berlin

www.aidshilfe.de

Zeichnungen: Chris McBride

Lektorat: Anja Feldhorst, Berlin

Layout: Bernhard Koppmeyer, Berlin

Druck: schöne drucksachen GmbH, Bessemerstraße 76 a, 12103 Berlin

PaKoMi ist ein Projekt der Deutschen AIDS-Hilfe e. V. (DAH),

das vom Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB) begleitet wurde.

Die wissenschaftliche Begleitung wurde gefördert durch das Bundesministerium für Gesundheit (BMG).

WZB

Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung gGmbH

Forschungsgruppe Public Health

Reichpietschufer 50, 10785 Berlin

www.wzb.eu



PDF-Version zum Herunterladen und Informationen zum Projekt: www.pakomi.de

DAH-Bestellnummer (gedruckte Exemplare): 024002

Unter Mitwirkung von

Armand Awo
Elke Bosse
Kelly Calvacanti
Kirsten Cordes
Catherine M. Flohr
Lucy Gbem
Armelle Gbenoudon
Christian Hölbing
Jannis Karamanidis
Ruth Kalinga Kimolo-Lentsch
Silke Klumb
Sogah Koussova
Olja Krecar
Moussa Maiga
Clement Matweta
Semra Mestan
Tzeggereda Mihreteab
Harriet Mulenga
Helen Nintemann
Germaine Kundjo Ntad
Vivi-Lore Nzouatcham
Omer Idrissa Ouedraogo
Steve Magloire Fotso Ouoguep
Gerhard Peters
Gwladys Awo Plesch
Christina Poghosyan
Antje Sanogo
Stefan Schröder
Karin Schwickerath
Armel Yacouba Sorgho
Nozomi Spennemann
Ivelina Stoyanova
Chibiy Tchatchouang
Mara Wiebe
Michael T. Wright
Melike Yildiz
und anderen.

Einleitung 7

Wieso HIV-Prävention für und mit Migrant/inn/en?

Fallstricke im Diskurs

Wer macht HIV-Prävention in Deutschland?

Das PaKoMi-Projekt

Zum Handbuch

Infos zu den Autor/inn/en und beteiligten Personen

1. Vom Ich zum Wir: Community 17

Wer und was ist eine Community?

Was ist der Unterschied zwischen Community und Zielgruppe?

Was mache ich, wenn es keine Community gibt?

Wie können wir Communities aufbauen und stärken?

Community-Building in Osnabrück

Was ist eine Migrantenselbstorganisation (MSO)?

Worin bestehen die Stärken von MSO?

Arbeitshilfe

2. Zusammenarbeiten 25

Wieso ist es wichtig zusammenzuarbeiten?

Wie finde ich Partner/innen in den Communities?

Wie kann ich bei MSO Interesse an dem Thema HIV/Aids wecken?

Ist eine gute Zusammenarbeit von Aidshilfen und MSO möglich?

Wie können verschiedene Akteure und Akteurinnen gut zusammenarbeiten?

Wozu brauchen wir interkulturelle Kompetenz?

Arbeitshilfe

3. Partizipation 37

Was bedeutet Partizipation?

Stufenmodell der Partizipation

Was behindert die Partizipation von Migrant/inn/en in der HIV-Prävention?

Wie kann Partizipation gefördert werden?

Wie können wir Migrant/inn/en für eine aktive Mitarbeit gewinnen?

Wie können wir Migrant/inn/en einbinden, auch wenn es nur begrenzte Mittel gibt?

Wieso engagiere ich mich?!

Arbeitshilfe

4. HIV-Prävention mit Migrant/inn/en 47

Wie können wir HIV/Aids ansprechen?

Wie können wir HIV-Prävention „kultursensibel“ gestalten?

Wieso mache ich HIV-Prävention in meiner Community?

Wie mache ich HIV-Prävention in meiner Community?

Wie werde ich wahrgenommen, wenn ich mich für HIV-Prävention in meiner Community einsetze?

Kann man von einer Zielgruppe „Migrant/inn/en“ sprechen?

Braucht jede Community spezifische Angebote?

Woran erkennen wir, dass bestimmte Gruppen von Migrant/inn/en einen Bedarf haben?

Unsere Einrichtung arbeitet nach dem Konzept der Interkulturellen Öffnung – reicht das?

Wenn ich HIV-Prävention für Afrikaner/innen mache, bedeutet das automatisch, dass ich sie stigmatisiere?

Die Angst vor dem Stigma von HIV/Aids

Arbeitshilfe

5. Leben mit HIV/Aids 65

Wie geht es Migrant/inn/en mit HIV/Aids in Deutschland?
Wo finden Migrant/inn/en mit HIV/Aids Hilfe und Unterstützung?
Solidarität, Selbsthilfe und Empowerment
Welche Rolle spielen Menschen mit HIV/Aids in der Prävention?
Arbeitshilfe

6. Gemeinsam forschen 75

Was sind Peer Researcher?
Einblicke in die Lebenswelten durch Foto-Dokumentationen (Hamburg)
Afrikaner/innen befragen Afrikaner/innen zu HIV/Aids (Hamburg)
Experteninterviews mit Community-Leadern (Berlin)
Internet-Chats mit MSM (Berlin)
Geschichten erzählen – Story Dialogue (Berlin)
Bedarfserhebung zur Gründung eines Vereins (Osnabrück)
Community Mapping mit bulgarischen Strichern (Dortmund)
Kochen auf dem Strassenstrich (Dortmund)

7. Empfehlungen für die HIV-Prävention für und mit Migrant/inn/en 113

Vorbemerkung
An wen richten sich die Empfehlungen?
Übersicht über die Empfehlungen
Empfehlungen

8. Das PaKoMi-Video 125

Wie das Video entstand ...
Der Charme des Unprofessionellen
Was wird gesagt?
Modell der Zusammenarbeit
Tipps: Wie kann das Video genutzt werden?

9. Literatur und Links 137

Literatur
Zum Weiterlesen ...
Ausgewählte Präventions-Materialien
Nützliche Links (Internet)
Beteiligte Einrichtungen (Fallstudien)

Vorwort

Liebe Leserin, lieber Leser,

dieses Handbuch nimmt Sie mit in eine erfolgreiche Projektgeschichte und lädt ein, in vier Städten das Wachsen und Gedeihen von Partizipation und Kooperation in der HIV-Prävention mit Migrantinnen und Migranten zu erleben, kreative Methoden und neue Wege kennenzulernen, lebendige Stimmen der Beteiligten zu hören und so einen Eindruck dieses einmaligen Projektes zu erhalten.

Das PaKoMi-Projekt hat uns gezeigt, dass Partizipation und Kooperation funktionieren können – in unterschiedlicher Form und Intensität, manchmal mit einem steinigen Anfang. Es mussten Hürden überwunden, um Vertrauen gewonnen und Verständigung gesucht werden. Es geht – wenn Menschen aufeinander zugehen, wenn sie bereit sind, Fragen zu stellen und den Antworten zuzuhören, wenn Projekte ihre Türen öffnen und Menschen einladen, sich zu beteiligen, wenn Freiräume geschaffen werden für neue Wege und Perspektiven, wenn Bedürfnisse ernst genommen, Bedarfe festgestellt und gemeinsam Angebote entwickelt werden.

Dann entstehen Kreativität, Spaß, Neugier und Interesse, Wissen, gemeinsame Erfahrung und Reflexion, Verständigung und Verständnis, Lebendigkeit und Zusammengehörigkeit. Dann gibt es Lachen und Tränen, Aufbruch und Abschied. Dann können manche Unterschiede besser ausgehalten, Gemeinsamkeiten gefunden und Konflikte gelöst werden.

Nicht überall ist die Kooperation so gelungen, wie wir uns das gewünscht haben – Konkurrenz ist oft das größte Hindernis und nimmt in Zeiten von Mittelkürzungen in Kommunen und Ländern eher zu als ab. Doch gerade in der Zusammenarbeit mit Migrantinnen und Migranten werden alle Beteiligten gebraucht, ist kein Angebot zu viel und kein Akteur, keine Akteurin überflüssig – denn so vielfältig Menschen mit Migrationshintergrund in diesem Land sind, so vielfältige Angebote sollte es in der HIV-Prävention geben, damit wir dem Ziel, HIV-Prävention für alle zugänglich zu machen, ein Stück näher kommen.

Das Projekt ist auch ein Beispiel gelungener Zusammenarbeit zwischen Projektträgern in den Kommunen, dem Bundesverband Deutsche AIDS-Hilfe und der wissenschaftlichen Projektbegleitung durch das Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung: Es wurde nicht nur partizipativ HIV-Prävention entwickelt und erprobt, sondern auch partizipativ geforscht und ausgewertet.

Ein großes Dankeschön an alle Beteiligten des PaKoMi-Projekts, die mit viel Engagement und Herzblut großartige Arbeit geleistet haben, gewachsen sind an den Erfahrungen und so viel Entwicklung möglich gemacht haben. Und ein Dank an die Autorinnen und Autoren, die für uns alle das Projekt lebendig machen, uns teilhaben lassen an ihren Erfahrungen und uns einladen, uns auf den Weg zu machen – zu mehr Partizipation und Kooperation!

Viel Spaß beim Lesen, viel Nutzen und viel Geduld beim Ausprobieren!

Silke Klumb

Geschäftsführerin Deutsche AIDS-Hilfe

Einleitung

Zugewanderte Menschen sind nicht unbedingt weniger gesund als Einheimische, das Gegenteil kann sogar der Fall sein. Unter bestimmten Umständen haben Migrantinnen und Migranten allerdings erhöhte Risiken – und oft nicht den gleichen Zugang zum Gesundheitssystem, zu guter Information, Aufklärung und Versorgung wie Einheimische. Das trifft auch auf HIV/Aids zu. Allerdings müssen wir genauer hinsehen: in Deutschland gibt es verschiedene Migrantengruppen, deren Situation sich sehr unterscheidet und die von HIV/Aids unterschiedlich stark betroffen sind. Auch die Risiken, sich mit HIV zu infizieren, unterscheiden sich sehr. Dieses Handbuch soll dabei helfen, jeweils passende Angebote der HIV-Prävention für und mit Migrant/inn/en zu entwickeln.

Zuwanderung und kulturelle Vielfalt sind eine Bereicherung für Deutschland.

Alle Menschen haben ein Recht auf Gesundheit – unabhängig von ihrem Migrationshintergrund.

Wieso HIV-Prävention für und mit Migrant/inn/en?

Gesundheit ist ein Menschenrecht, unabhängig davon, ob die Menschen in dem Land leben, in dem sie geboren wurden.¹

Gleichbehandlung: Alle Menschen, die in Deutschland leben, sollen unabhängig von ihrem kulturellen Hintergrund den gleichen Zugang zu Information, Prävention, Beratung und Versorgung haben. Dies ist im Aktionsplan zur Umsetzung der HIV/Aids-Bekämpfungsstrategie der Bundesregierung vorgesehen.²

In der Realität werden Migrant/inn/en von den Botschaften und Angeboten der HIV-Prävention aus verschiedenen Gründen oft nicht so gut erreicht wie die Gesamtbevölkerung.³ Es besteht ein Handlungsbedarf.

Die Statistiken zeigen: In Deutschland betrifft ca. jede dritte neue HIV-Diagnose eine Person, die zugewandert ist. Da die Infektionen nicht nur aus den Herkunftsländern mitgebracht werden, sondern auch hierzulande stattfinden, müssen Angebote der HIV-Prävention besser auf die Bedürfnisse von Migrant/inn/en abgestimmt werden.⁴

Wie lässt sich die HIV-Prävention auf die Bedürfnisse von Migrant/inn/en abstimmen? Unser Vorschlag: indem man sie einbezieht, gemeinsam feststellt, welche Bedürfnisse bestehen, und zusammen Maßnahmen und Angebote der HIV-Prävention entwickelt, die den jeweiligen Bedürfnissen entsprechen. So vorzugehen heißt, partizipativ Prävention zu entwickeln – darum geht es in diesem Handbuch.

Will man gute HIV-Prävention für Migrant/inn/en machen, geht das nur gemeinsam mit ihnen – darum sprechen wir von HIV-Prävention **für und mit** Migrant/inn/en.

¹ UNAIDS 2001

² BMG 2007

³ ECDC 2009

⁴ Robert Koch Institut 2010

Fallstricke im Diskurs: Worauf sollte man achten?

Wenn man über HIV/Aids und Migrant/inn/en spricht, kann man – ohne es zu wollen – dazu beitragen, dass Migrant/inn/en als Überträger/innen des Virus und als Gefahr wahrgenommen werden. Vor dem Hintergrund bestehender Fremdenfeindlichkeit kann das zu noch mehr Rassismus, Diskriminierung und Ausgrenzung führen. Diese Befürchtung hat in der Vergangenheit dazu beigetragen, dass auch engagierte Personen nur sehr vorsichtig das Thema Migrant/inn/en und HIV/Aids bzw. HIV-Prävention für Migrant/inn/en thematisiert haben.⁵ Wir denken, dass es wichtig ist, darüber zu sprechen – allerdings mit einem Bewusstsein für die möglichen Fallstricke in der Diskussion.

Ein Stigma ist ein sozialer Makel. Eine stigmatisierte Eigenschaft oder Krankheit kann dem Ansehen schaden und zu Ausgrenzung führen. Mehrfachstigmatisierung bedeutet, dass eine Person mehrere Merkmale hat, die Vorurteile und Ausgrenzung mit sich bringen können (z. B. HIV-positiv *und* Migrant/in oder Migrant/in *und* Sexarbeiter/in).

Auf welche Fallstricke sollte man achten?

Migrant/inn/en sollten nicht als „Risiko-Gruppe“ oder Gefahr dargestellt werden.

Pauschalisierungen sind nicht hilfreich: Migrant/inn/en sind keine einheitliche Gruppe, sondern unterscheiden sich in vieler Hinsicht (z. B. Alter, Geschlecht, Herkunftsland, Sprache, Sexualität, Bildung, Beruf, Aufenthaltsstatus etc.). Diese Vielfalt ist immer mitzudenken!

Es kann zu Mehrfachstigmatisierung kommen, d. h. verschiedene Vorurteile wirken zusammen. Zum einen ist HIV/Aids stigmatisiert, deshalb werden Menschen, die mit HIV/Aids in Verbindung gebracht werden, teilweise abgewertet und gemieden. Zum anderen sind zugewanderte Personen als Migrant/inn/en Zielscheibe von Vorurteilen und Benachteiligung. In der Kombination kann das sehr nachteilig sein: Spricht man zum Beispiel über Afrikaner/innen und HIV/Aids, wirken Rassismus und HIV-Stigma zusammen. Spricht man über Roma, die in der Sexarbeit tätig sind, und HIV/Aids, hat man gleich mehrere heikle Themen auf dem Tisch: die Vorurteile und Diskriminierung von Roma (auch Antiziganismus genannt), die Vorurteile gegenüber Sexarbeit und Prostituierten, das Klischee von sexuell freizügigen „Zigeunern“ (das im Antiziganismus enthalten ist) – all dies kombiniert mit dem Stigma von HIV wird eine brisante Mischung, die das Sprechen über HIV erschwert.

Um den Einstieg in das Thema und die Diskussion zu erleichtern, wollen wir hier eine Übersicht über die verschiedenen Akteure und Akteurinnen der HIV-Prävention geben.



Wer macht HIV-Prävention in Deutschland?

In Deutschland gibt es verschiedene Einrichtungen, die HIV-Prävention machen. Am bekanntesten sind die Kampagnen der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), die u. a. mit Massenmedien wie Plakaten, Broschüren und Kinospots die Allgemeinbevölkerung informiert, für Solidarität mit betroffenen Menschen und für Safer Sex wirbt (z. B. „Gib Aids keine Chance“). Die Deutsche AIDS-Hilfe e. V. (DAH) ist für die HIV-Prävention für besonders betroffene Gruppen zuständig, z. B. schwule Männer und bestimmte Migrantengruppen:

„Bei der HIV-Prävention in Deutschland gibt es eine erfolgreiche Arbeitsteilung: Die staatliche Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) richtet ihre Maßnahmen (TV-/Kino-/Radiospots, Plakate, Anzeigen, Kampagnen in Printmedien und Internet usw.) an die gesamte Bevölkerung. Die nichtstaatliche Deutsche AIDS-Hilfe (DAH) entwickelt Maßnahmen und Angebote für die Gruppen, die besonderen gesundheitlichen Risiken durch HIV/Aids, Hepatitis und andere sexuell übertragbare Infektionen ausgesetzt sind. Dazu gehören z. B. Männer, die Sex mit Männern haben, Drogengebraucher/innen, Frauen in der Sexarbeit, Migrantinnen und Migranten aus Ländern, in denen HIV besonders weit verbreitet ist. Für diese Arbeitsteilung bekommen BZgA und DAH seit 1985 Mittel vom Staat. BZgA und DAH kooperieren in der HIV-Prävention mit vielen unterschiedlichen Fachorganisationen, Fachinstitutionen und Gruppen. Besonders wichtig für die Prävention sind z. B. Beratungsfachkräfte in Gesundheitsämtern, lokale Aidshilfen und andere Beratungsstellen vor Ort sowie Ärzte.“

Tanja

Die BZgA und die DAH sind also bundesweit zuständig – die meisten Broschüren, Medien und Info-Materialien werden von ihnen hergestellt. In den einzelnen Bundesländern gibt es zusätzlich unterschiedliche Einrichtungen, die HIV-Prävention koordinieren und durchführen.

Insgesamt 130 Organisationen sind in Deutschland Mitglied im Dachverband Deutsche AIDS-Hilfe: z. B. Aidshilfen, Präventionsprojekte, Drogenhilfen, Wohn- und Pflegeprojekte, aber auch Selbsthilfenetzwerke. Die Deutsche AIDS-Hilfe ist ein Fachverband für Prävention und zugleich eine Interessenvertretung von Menschen mit HIV und Aids.

Die Aidshilfen und Präventionsprojekte übernehmen in vielen Städten Aufgaben der personalkommunikativen HIV-Prävention – d. h. sie sprechen mit den Menschen, beraten, machen aufsuchende Arbeit und verteilen Informationen und Kondome. Die Aidshilfen sind aus der Selbsthilfe entstanden und bieten Unterstützung und Beratung für Menschen mit HIV/Aids. Sie engagieren sich vielerorts auch dafür, dass es weniger Übertragungen und HIV-Infektionen gibt (d. h. sie machen Primärprävention im Rahmen der Strukturellen Prävention).

Es gibt drei Ebenen der Prävention:
Primärprävention ist Krankheitsverhütung – d. h. das Risiko einer Übertragung/Infektion wird reduziert. Sekundärprävention ist die Früherkennung der Krankheit – z. B. kann man mithilfe eines HIV-Tests früh erkennen, wenn man infiziert ist. Tertiärprävention ist Vermeidung der Verschlechterung des Zustandes bereits erkrankter Menschen.

Das Konzept der „Strukturellen Prävention“, das die DAH entwickelt hat, sieht vor, die drei Ebenen der Prävention zu verknüpfen. Ziel ist es, individuelles Verhalten und gesellschaftliche Verhältnisse (Strukturen) zu beeinflussen, um HIV-Risiken zu reduzieren und die Zielgruppen und Communities – inklusive Personen mit HIV/Aids – zu stärken und zu beteiligen.

Die praktische Präventionsarbeit wird in den Aidshilfen und Präventionsprojekten häufig von Teams gemacht, die aus ehrenamtlichen und hauptamtlichen Mitarbeiter/innen bestehen. Darunter sind zunehmend auch Personen mit Migrationshintergrund. Hier ein Beispiel von der AIDS-Hilfe Hamburg:

„In Hamburg haben wir Afrikanerinnen und Afrikaner zu Gesundheitsbotschaftern (Multiplikatoren) geschult. Mit grundlegendem Wissen über HIV und Aids, Kondomen, mehrsprachigen Broschüren und Flyern ausgestattet, gehen sie in ihre Communities, um mit Menschen über HIV ins Gespräch zu kommen. Das können Treffen von Kulturvereinen sein, Familienfeste oder auch Fußballturniere. Bei Veranstaltungen in Kulturvereinen arbeiten die Gesundheitsbotschafter mit unterschiedlichen Methoden (z. B. dem Ampelspiel), um Wissen zu vermitteln und den Menschen die Möglichkeit zu geben, mithilfe von Bildern riskantes Verhalten einschätzen zu lernen. Nach den Einsätzen treffen sich die Gesundheitsbotschafter, um die Aktion auszuwerten. Zudem gibt es gemeinsame Treffen zur Fortbildung und Supervision.“

Mara und Omer

Ein weiterer wichtiger Akteur in den Ländern und Kommunen ist der Öffentliche Gesundheitsdienst (ÖGD) mit seinen Gesundheitsämtern und Informationsangeboten und der Möglichkeit zur anonymen HIV-Testung.

„Die Struktur und Aufgabenverteilung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD) ist in Deutschland auf Länderebene geregelt, d. h. in den einzelnen Bundesländern gibt es unterschiedliche Strukturen. In Berlin erstellten die Senatsverwaltung für Gesundheit und die Projekte freier Träger ein Rahmenkonzept, das festlegt, wer für die unterschiedlichen Zielgruppen in der HIV-Prävention zuständig ist.⁶ Die Zielgruppe der Zentren für sexuelle Gesundheit und Familienplanung (das sind die Einrichtungen des ÖGD in Berlin) ist die Allgemeinbevölkerung und insbesondere Menschen, die sozial nicht abgesichert und/oder sprachlich nicht integriert sind. Die Zentren sollen auch Angebote für spezielle Zielgruppen vorhalten wie z. B. Frauen in der Sexarbeit und Schüler/innen. Zwar werden Migrant/inn/en als Zielgruppe des ÖGD nicht ausdrücklich genannt, aber in dem Teil der Allgemeinbevölkerung, der sprachlich nicht integriert ist, gibt es einen hohen Anteil an Migrant/inn/en. Auch unter den Frauen in der Sexarbeit ist der Anteil an Migrantinnen hoch. Daher sind die Zentren für sexuelle Gesundheit und Familienplanung auch für die HIV-Prävention für Migrant/inn/en zuständig. Die einzelnen Zentren passen ihre Arbeit an die Bevölkerungsstruktur des Bezirkes an, in dem sie angesiedelt sind. Alle Zentren präsentieren Angebote auf Flyern in verschiedenen Sprachen und stellen, wenn es notwendig ist, Sprachmittler/innen für verschiedene Sprachen zur Verfügung. Präventionsveranstaltungen mit Sprachmittler/innen werden z. B. in Asylbewerberwohnheimen, Frauenhäusern, Wohneinrichtungen für nichtbegleitete jugendliche Flüchtlinge und Prostitutionseinrichtungen durchgeführt. HIV kann bei diesen Veranstaltungen in die allgemeine Gesundheitsförderung eingebettet sein, aber auch das einzige Thema der Veranstaltung. HIV-Prävention mit und für Migrant/inn/en im ÖGD findet also nicht nur bei der Arbeit in den Zentren, also bei der Beratung zum HIV-Test, zur Untersuchung auf STI (sexuell übertragbare Infektionen), und im Rahmen der Schwangerenbetreuung zu verschiedenen Verhütungsmitteln statt. Es sollte uns allen klar sein: Arbeit mit der Allgemeinbevölkerung ist auch immer Arbeit mit Migrant/inn/en!“

Gerd

⁶ „Rahmenkonzept zur Prävention von HIV/Aids, Hepatitis- und sexuell übertragbaren Infektionen sowie zur Versorgung von Menschen mit HIV/Aids und/oder chronischen Hepatitisinfektionen in Berlin“ der Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz Berlin vom Oktober 2010.

Neben der BZgA, der DAH, den Akteuren und Akteurinnen auf Länderebene, den Aidshilfen und dem ÖGD gibt es in vielen Städten Beratungsstellen, freie Träger und Einrichtungen der Arbeiterwohlfahrt oder der kirchlichen Verbände (wie Caritas, Malteser etc.), die Angebote der Gesundheitsförderung und HIV-Prävention durchführen. Das Zusammenspiel der lokalen Akteure und Akteurinnen ist in den Städten und Bundesländern jeweils unterschiedlich. Hier noch einmal das Beispiel Berlin:

„Bei der Hilfe und Unterstützung von Migrant/inn/en mit HIV/Aids spielen in Berlin – neben den Gesundheitsämtern – die Projekte der freien Träger eine große Rolle. In Berlin gibt es derzeit zwölf Projekte, die für die unterschiedlichen Zielgruppen mit erhöhter Gefährdung durch HIV-Infektionen sowie für Menschen mit HIV und Aids tätig sind und von der zuständigen Senatsverwaltung gefördert werden. Die Projekte sind zum großen Teil als Selbsthilfegruppen entstanden und sind im LABAHS (früher: Landesverband der Berliner Aids-selbsthilfegruppen, LABAS) organisiert, der Interessenvertretung und Fachverband zugleich ist. Zu den Zielgruppen gehören: Männer, die Sex mit Männern haben (MSM), Frauen in der Sexarbeit, Menschen aus Hochprävalenzländern (das sind Länder, in denen HIV weit verbreitet ist), Menschen mit riskantem Drogenkonsum sowie Menschen in Haft. Die Projekte bieten Primärprävention und Testung, aber auch Beratung, Betreuung und Begleitung von Menschen mit HIV und Aids. Sie sind untereinander und mit den Gesundheitsämtern gut vernetzt und ergänzen sich gegenseitig. Ein Projekt richtet sich speziell an Menschen aus Hochprävalenzländern, die anderen Projekte richten sich an Menschen der jeweiligen Zielgruppe unabhängig von ihrer Herkunft. Die Angebote haben dabei unterschiedliche interkulturelle Ausrichtungen, je nachdem wie hoch der Anteil der Migrant/inn/en unter der Klientel ist. Eine Arbeitsgruppe mit Projekten und Einrichtungen, darunter auch Gesundheitsämter, arbeitet in Berlin seit 2005 zum Thema Migration, um der besonderen Situationen der Migrant/inn/en über alle Zielgruppen hinweg Rechnung zu tragen.“

Nozomi

Die Zusammenarbeit und Vernetzung von Einrichtungen, die HIV-Prävention anbieten, und Einrichtungen und Gruppen, die andere Angebote für Migrant/inn/en machen (z. B. kulturelle Angebote, Integration, Sprachkurse, Bildung etc.), ist für die HIV-Prävention für und mit Migrant/inn/en sehr wichtig. Man kann sagen, dass die HIV-Prävention für und mit Migrant/inn/en folgende Aspekte beinhaltet:

die angemessene Berücksichtigung der ethnischen Vielfalt in allen Bevölkerungsgruppen und Zielgruppen der HIV-Prävention,

die angemessene Berücksichtigung der Vielfalt unter Migrant/inn/en im Hinblick auf Herkunftsregionen, Aufenthaltsstatus, Alter, Geschlecht, Bildungsgrad usw. sowie HIV-Risiken,

die Einbeziehung von Menschen mit Migrationshintergrund in die Entwicklung und Durchführung von HIV-Prävention (Partizipation),

die Zusammenarbeit von Anbietern der HIV-Prävention mit Personen, Gruppen und Einrichtungen, die mit Migrant/inn/en zu anderen Themen arbeiten (z. B. Migrantenselbstorganisationen, Beratungsstellen, Flüchtlingshilfe etc.) (Kooperation),

je nach Bedarf die gemeinsame Entwicklung von spezifischen Angeboten für besonders vulnerable Gruppen mit Migrationshintergrund.

Bei den Aidshilfen ist die Umsetzung dieser Aufgaben unterschiedlich weit fortgeschritten. Auf der einen Seite gibt es vielversprechende Entwicklungen und Erfolge,⁷ auf der anderen Seite zahlreiche Herausforderungen.⁸ Um die Einbindung von Migrant/inn/en in die HIV-Prävention zu fördern und die Zusammenarbeit verschiedener Anbieter in der HIV-Prävention für Migrant/inn/en zu verbessern, wurde das PaKoMi-Projekt durchgeführt.

⁷ DAH 1998; Wiessner 2010

⁸ von Unger, Klumb, Gangarova & Wright 2011

Das PaKoMi-Projekt

PaKoMi steht für Partizipation und Kooperation in der HIV-Prävention mit Migrant/inn/en.

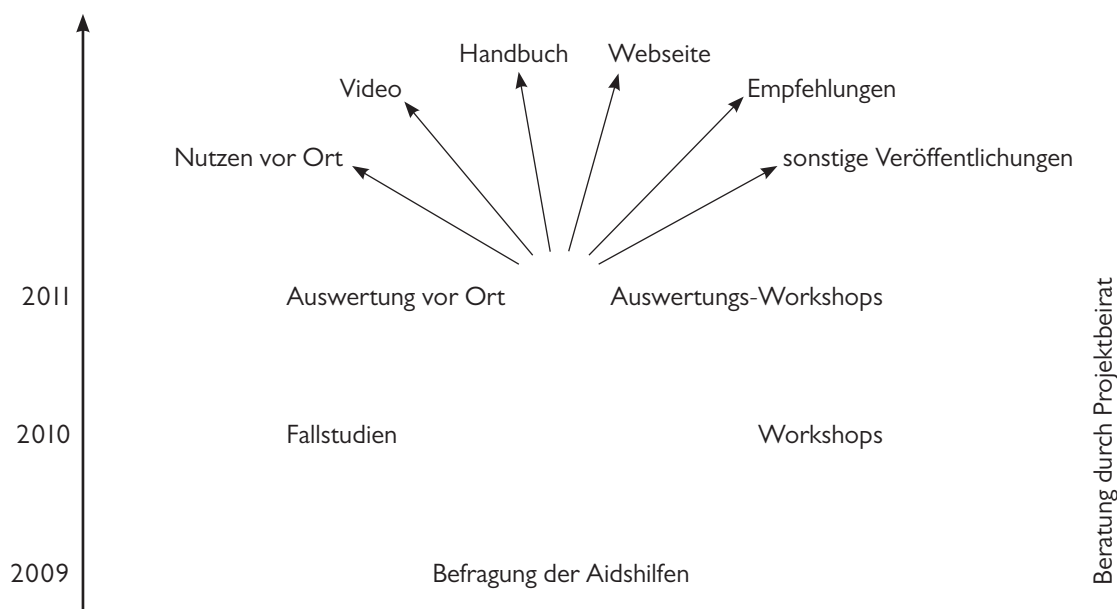
PaKoMi ist ein Projekt der Deutschen AIDS-Hilfe e. V., das vom Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB) wissenschaftlich begleitet und in Zusammenarbeit mit lokalen Partner/innen in Berlin, Hamburg, Dortmund und Osnabrück durchgeführt wurde. Die wissenschaftliche Begleitung durch die Forschungsgruppe Public Health am Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB) wurde durch das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) gefördert und lief über drei Jahre (2008-2011).

PaKoMi ist ein partizipatives Projekt, d. h. die Partner/innen arbeiten gleichberechtigt zusammen. Es ist außerdem ein partizipatives *Forschungsprojekt*, d. h. es wurde gemeinsam geforscht, um die Lebenswelten und Bedürfnisse von Migrant/inn/en besser zu verstehen. Ziel war es, HIV-Prävention für und mit Migrant/inn/en zu entwickeln und dabei die Teilhabe von Migrant/inn/en und die Zusammenarbeit verschiedener Anbieter zu untersuchen und zu stärken.

Das Projekt war in mehrere Komponenten aufgeteilt (siehe Abbildung 1): eine Befragung von 90 Aidshilfen, Fallstudien in vier Städten (Berlin, Hamburg, Dortmund, Osnabrück), eine Workshop-Reihe zur methodischen Weiterbildung (*Capacity-Building*), Auswertung der Fallstudien vor Ort, gemeinsame Auswertungs-Workshops in Berlin, eine Reihe von Projektergebnissen und einen Projektbeirat, der das Projekt begleitete und beriet. In dem Projektbeirat waren Lebensweltexpert/inn/en, Praktiker/innen und Wissenschaftler/innen vertreten.

Zu den Ergebnissen des PaKoMi-Projekts gehören neben diesem Handbuch verschiedene Produkte, u. a. eine Internetseite (www.pakomi.de), Empfehlungen für Politik, Praxis, Wissenschaft und Communities (Kapitel 7) und ein Video, das gemeinsam erstellt wurde (Kapitel 8). Weitere Informationen zum PaKoMi-Projekt finden sich in den Artikeln und Beiträgen, die bereits veröffentlicht wurden: zum Beispiel die Ergebnisse der Befragung der Aidshilfen⁹ und eine Beschreibung des Forschungsansatzes und des Studiendesigns.¹⁰

Abbildung 1: Übersicht über das PaKoMi-Projekt



⁹ von Unger, Klumb, Gangarova & Wright 2011

¹⁰ von Unger 2011

Zum Handbuch

Das PaKoMi-Handbuch soll Menschen mit und ohne Migrationshintergrund helfen, in der HIV-Prävention zusammenzuarbeiten. Es erklärt Begriffe, beschreibt Methoden und berichtet von Erfahrungen aus der Praxis. Es soll Praktiker/innen der HIV-Prävention helfen, sich dem Thema Migration und der Zusammenarbeit mit Migrant/inn/en zu öffnen, und es soll Personen und Communities mit Migrationshintergrund helfen, sich dem Thema HIV/Aids und der Zusammenarbeit mit Fachleuten der HIV-Prävention zu öffnen.

Wir zeigen, wie man zusammenarbeiten und gemeinsam forschen kann, um die Bedürfnisse der Zielgruppen oder Communities mit Migrationshintergrund besser zu verstehen. Denn nur wenn man die Lebenswelten, die Bedürfnisse und die Ressourcen der Communities kennt, kann man gute HIV-Prävention für und mit Migrant/inn/en entwickeln.

Das Handbuch beinhaltet viele Texte und Zitate von Personen, die im PaKoMi-Projekt mitgearbeitet haben. Uns war wichtig, die Vielfalt unserer Perspektiven zu zeigen. Das Handbuch ist ein Mosaik aus verschiedenen Sichtweisen, die sich ergänzen (und teilweise auch widersprechen): Mitglieder und Vertreter/innen von verschiedenen Migrant/innen-Communities kommen zu Wort, ebenso wie professionelle Praktiker/innen (z. B. Sozialarbeiter/innen bei Aidshilfen, Mitarbeiter/innen von Beratungsstellen und Gesundheitsämtern) und Wissenschaftler/innen.

Das Handbuch ist so aufgebaut, dass wir zunächst klären, was wir unter Community verstehen; Kapitel 2 ist der Zusammenarbeit im interkulturellen Kontext gewidmet; Kapitel 3 definiert unser Verständnis von Teilhabe (Partizipation); Kapitel 4 stellt dar, wie HIV-Prävention für und mit Migrant/inn/en aussehen kann; Kapitel 5 gibt einen Einblick in das Leben von Migrant/inn/en mit HIV/Aids; Kapitel 6 beschreibt am Beispiel der verschiedenen Projekte aus den PaKoMi-Fallstudien, wie man gemeinsam forschen kann; Kapitel 7 stellt die Empfehlungen für die Weiterentwicklung der HIV-Prävention für und mit Migrant/inn/en dar, die wir erarbeitet haben. In Kapitel 8 wird kurz erläutert, wie man mit dem PaKoMi-Video arbeiten kann, um vor Ort Teilhabe und Zusammenarbeit in der HIV-Prävention für und

mit Migrant/inn/en zu stärken. In Kapitel 9 finden sich Literaturquellen und weiterführende Literatur sowie Links, außerdem die Namen der Einrichtungen, die an den Fallstudien beteiligt waren.

In vielen Kapiteln ist am Ende eine Arbeitshilfe enthalten – das sind Fragen, die man nutzen kann, um bei sich vor Ort in eine Diskussion einzusteigen oder bestehende Diskussionen und Zusammenhänge zu bereichern. Die Form der Anrede ist dabei informell, d. h. Leser/innen werden in der zweiten Person Singular und Plural („du“ bzw. „ihr“) angesprochen. Dies ist kein Mangel an Höflichkeit oder Respekt, sondern Ausdruck des freundlichen und persönlichen Umgangs, den wir im PaKoMi-Projekt kultiviert haben. Über die persönliche Ansprache wollen wir auch die Leser/innen einladen, daran teilzuhaben. Aus dem gleichen Grund sind die Zitate im Text nur mit Vornamen ausgewiesen. Die Zitate geben persönliche Meinungen und Erfahrungen wieder. Einige Zitate wurden aus dem Englischen oder Französischen ins Deutsche übersetzt und sind so gekennzeichnet. Die Begriffe „Migrant/inn/en“ und „Menschen mit Migrationshintergrund“ werden in diesem Handbuch gleichbedeutend benutzt. Gemeint sind Zugewanderte der ersten und zweiten Generation, d. h. Personen, die selbst oder deren Eltern zugewandert sind. Im Hinblick auf die geschlechtergerechte Schreibweise haben wir uns für die Schrägstrich-Variante entschieden.

Wir hoffen, dass sich dieses Handbuch als hilfreich erweist – zur Reflexion und Diskussion, zum Krafttanken, wenn es schwierig wird, zum Ideenfinden und zur Erinnerung daran, dass es sich lohnt, wenn man aufeinander zugeht, Verständigung sucht und voneinander lernt.

Unser Dank gilt allen Personen, die an PaKoMi mitgewirkt haben – insbesondere denen, die Beiträge für dieses Handbuch verfasst haben (siehe unten). Chris McBride herzlichen Dank für seine Zeichnungen, die das Handbuch noch lebendiger werden lassen, Anja Feldhorst für das hilfreiche und flexible Lektorat, Bernhard Koppmeyer für die Gestaltung von Layout und Cover. Und ein Riesendank an das Redaktionsteam, das uns durch aufmerksames Lesen und konstruktives Feedback unterstützt hat, auch wenn die Texte oft erst am Abend vorher versandt wurden: Nozomi Spennemann, Stefan Schröder, Catherine Flohr, Antje Sanogo und Gerhard Peters.

Infos zu den Autor/inn/en und beteiligten Personen

Antje Sanogo, Diplom-Pädagogin, Mitarbeiterin der Münchner AIDS-Hilfe seit 2002, Arbeitsschwerpunkt HIV und Migration; unter anderem verantwortlich für die Konzeption und Durchführung von HIV-Prävention mit Migranten-Communities in München; Mitglied des Handbuch-Redaktionsteams im PaKoMi-Projekt.

Armand Awo, Benin; Mitarbeit in der PaKoMi-Fallstudie Hamburg.

Armel Yacouba Sorgho, Burkina Faso; Mitarbeit in der Fallstudie Hamburg.

Armelle Gbenoudon, Studentin, Benin; Mitarbeit in der Fallstudie Hamburg.

Catherine M. Flohr, Kenia, Krankenschwester, Beauftragte für die Malteser Migranten Medizin in Osnabrück; Community-Partnerin in der PaKoMi-Fallstudie Osnabrück; Mitglied des Handbuch-Redaktionsteams.

Chibiy Tchatchouang, 30, Kamerun, Pastor, Evangelist und Missionar, Prediger in afrikanischen christlichen Gemeinden in Hamburg, Diplomand in Kommunikations-Nachrichtentechnik an der Hochschule für Angewandte Wissenschaften (HAW) Hamburg, Gesundheitsbotschafter bei der AIDS-Hilfe Hamburg; Mitarbeit in der Fallstudie Hamburg.

Chief Nnamdi Ambrose Ojinnaka, Nigeria, 65 und Vater von 5 erwachsenen Kindern, engagiert sich seit vielen Jahren für Afrikaner/innen in Osnabrück, u. a. als Vorsitzender eines deutsch-afrikanischen Freundschaftsvereins; Mitarbeit in der Fallstudie Osnabrück.

Christian Hölbing, Rehabilitationspädagoge, 2004-2008 ehrenamtlich im Bereich HIV/Aids und STI tätig, 2008-2009 studentischer Mitarbeiter der aidshilfe dortmund e. V. im Bereich Drogenhilfe, seit 2009 Leiter des Projekts Neonlicht für männliche Prostituierte; Mitarbeit bei der PaKoMi-Fallstudie in Dortmund.

Clement Matweta, D. R. Kongo, Ingenieur und Elektroniker, arbeitet beim Sozialdienst Afrikanischer Migranten in Essen, Sprach- und Kulturmittler, Honorarkraft beim Jugendamt Essen, Gesundheitsmediator.

Elke Bosse, Dr. phil., wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für interkulturelle Kommunikation der Universität Hildesheim, interkulturelle Trainerin seit 1999, hat in Hamburg, Sao Paulo und Istanbul gelebt und gearbeitet.

Gerhard (Gerd) Peters, Diplom- Sozialarbeiter, Sexualpädagoge; arbeitet seit 1993 im Bereich sexuell übertragbare Krankheiten und HIV, seit 2008 im Zentrum für sexuelle Gesundheit und Familienplanung des Bezirksamts Charlottenburg-Wilmersdorf von Berlin; Beirat in der Steuerungsgruppe für die PaKoMi-Fallstudie Berlin.

Germaine Kundjo Ntad, 32, Studentin aus Kamerun, Mitarbeit in der PaKoMi-Fallstudie Hamburg.

Gwladys Awo Plesch, Diplom-Sozialpädagogin, Bildungsbegleiterin; arbeitet als Ausbildungsvermittlerin für Menschen mit Migrationsbiografien in Hamburg, Vorsitzende des Vereins LESSAN e. V.; Mitarbeit in der PaKoMi-Fallstudie Hamburg.

Harriet Mulenga, Sozialarbeiterin, psychosoziale Beraterin und HIV-Trainerin in Zambia, seit 2009 in Deutschland, engagiert sich seit 2002 in der HIV-Prävention.

Helen Nintemann, Kenia, Unternehmerin (Catering) und Mutter von 3 Kindern; Mitarbeit in der PaKoMi-Fallstudie Osnabrück.

Hella von Unger, Dr. phil., Diplom-Sozialwissenschaftlerin; forscht seit 1997 zu HIV/Aids in Deutschland und den USA; arbeitet seit 2006 am Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB) in der Forschungsgruppe Public Health; hat das PaKoMi-Projekt (mit Silke Klumb) initiiert, die wissenschaftliche Begleitung insgesamt geleitet und die Fallstudien in Hamburg, Osnabrück und Dortmund wissenschaftlich begleitet.

Ivelina Stoyanova, Bulgarien, Studentin;
Mitarbeit in der PaKoMi-Fallstudie Dortmund
(Teilprojekt Frauen).

Jannis Karamanidis, Diplom-Psychologe, M. A.
Public Health, Vor-Ort-Arbeiter bei manCheck
(Projekt der Schwulenberatung Berlin, das HIV-
Prävention anbietet für Männer, die Sex mit Männern
haben); hat an der Berliner Fallstudie mitgearbeitet.

Karin Schwickerath, B. A. Kultur und
Medienwissenschaften (Universiteit van Amsterdam),
angehende Sozialarbeiterin, Studienschwerpunkt
Soziale Kultur- und Bildungsarbeit mit Medien,
studentische Mitarbeiterin im PaKoMi-Projekt am
WZB, Koordination des PaKoMi-Videos.

Kelly Calvacanti, Brasilianerin, Diplom-
Psychologin (nicht anerkannt in Deutschland), lebt
seit 10 Jahren in Deutschland; leitete das Projekt
„Trennung und Begegnung“ mit Mädchen aus
Lateinamerika, engagiert sich für die Lebenssituation
HIV-positiver Migrant/inn/en, organisiert Info-
Veranstaltungen zu HIV/Aids und ist im Netzwerk
Afro-Leben plus aktiv. Sie ist Mutter eines 2-jährigen
Kindes und war Mitglied des PaKoMi-Projektbeirats.

Kirsten Cordes, Diplom-Psychologin bei der
Kommunikations- und Beratungsstelle für Prostituierte
(KOBBER) in Dortmund; Mitarbeit in der Fallstudie
Dortmund.

Kristina Poghosyan, Diplom-Psychologin, M. A.
Soziologie, seit 2010 hauptamtliche Mitarbeiterin bei
der AIDS-Hilfe Weimar und Ostthüringen.

Lucy Gbem, Studentin aus Nigeria, Mutter von
2 Kindern; Mitarbeit und gewählte Finanzministerin in
der Fallstudie Osnabrück.

Mara Wiebe, Diplom-Pädagogin und Mediatorin,
seit 2003 hauptamtliche Mitarbeiterin der AIDS-Hilfe
Hamburg; hat die PaKoMi-Fallstudie Hamburg (mit
Omer Ouedraogo) koordiniert.

Melike Yildiz, Kunsthistorikerin und Mutter von
2 Kindern; Sprecherin von BEKAM Berlin und Mitglied
im Projektbeirat.

Michael T. Wright, Prof. Dr. phil, LICSW, MS,
Psychotherapeut, Klinischer Sozialarbeiter und
Gesundheitswissenschaftler, seit 2009 Professor
für Methoden empirischer Sozialforschung und
Mitglied des Instituts für Soziale Gesundheit an
der Katholischen Hochschule für Sozialwesen
Berlin, arbeitet seit über 20 Jahren zu den Themen
Partizipation, Kooperation und Gesundheit in den
USA und in Deutschland; hat die Berliner Fallstudie im
PaKoMi-Projekt wissenschaftlich begleitet.

Moussa Maiga, Burkina Faso, Mitglied der
afrikanischen muslimischen Gemeinde in Hamburg
(Tawba); Mitarbeit in der PaKoMi-Fallstudie
Hamburg.

Nozomi Spennemann, Diplom- Politologin, M. A.
Sozialmanagement, 1994-2002 Migrationssozial- und
Migrationsjugendarbeit, seit 2004 Netzwerkstelle HIV/
Aids und Migration beim Verband für interkulturelle
Arbeit (VIA), Regionalverband Berlin/Brandenburg
e. V.; Koordinatorin der PaKoMi-Fallstudie Berlin,
Mitglied des Handbuch-Redaktionsteams.

Olja Krecar, Studentin, in Mazedonien geboren
und aufgewachsen, seit 5 Jahren in Deutschland,
Sprachmittlerin bei der Kommunikations- und
Beratungsstelle für Prostituierte (KOBBER) in
Dortmund; Mitarbeit in der Fallstudie Dortmund.

Omer Idrissa Ouedraogo, M. A. Psychologie an
der Universität von Ouagadougou (Burkina Faso)
und M. A. Soziale Arbeit an der HAW Hamburg,
Mitarbeiter der AIDS-Hilfe Hamburg, Mitglied
des Burkinischen Kulturvereins in Hamburg und
Vorsitzender des Vereins ABED e. V. (Hilfe für Kinder
und Jugendliche in Burkina Faso), lebt seit 2007 in
Deutschland; Koordinator der Fallstudie Hamburg (mit
Mara Wiebe).

Ruth Kalinga Kimolo-Lentsch, Kenia, lebt seit
14 Jahren in Deutschland, hat 3 Kinder und macht
seit vielen Jahren HIV-Prävention in Osnabrück;
Community-Partnerin in der PaKoMi-Fallstudie
Osnabrück.

Semra Mestan, M. A. Soziologie an der Uni Münster, Studienschwerpunkt Arbeitsmigration und Minderheitenpolitik in Europa. Seit 2009 ehrenamtliche Sprachmittlerin bei der Kommunikations und Beratungsstelle für Prostituierte (KOBBER) in Dortmund. Sozialarbeiterin bei Madonna e. V., Bochum. Mitarbeit in der Fallstudie Dortmund.

Silke Klumb, Geschäftsführerin der Deutschen AIDS-Hilfe e. V. (DAH); hat das PaKoMi-Projekt mit initiiert.

Sogah Koussova, Togo;
Mitarbeit in der PaKoMi-Fallstudie Hamburg.

Stefan Schröder, Diplom-Sozialpädagoge, seit 1993 im Bereich HIV/Aids und STI tätig (in Hamburg und Kenia). Seit 2009 Mitarbeiter bei HILFE-FÜR-JUNGS e. V., subway (Anlaufstelle für Jungs, die unterwegs sind und anschaffen gehen in Berlin); Mitarbeit bei der PaKoMi-Fallstudie Berlin, Mitglied des Handbuch-Redaktionsteams.

Steve Magloire Fotso Ouogueb, Student in BA Marketing an der HAW Hamburg, ehrenamtlicher Mitarbeiter bei der AIDS-Hilfe Hamburg e. V., Schlüsselperson für die Community International Baptist Church Hamburg und den kamerunischen Verein, Mitglied von Café Afrika; Peer Researcher für die PaKoMi-Fallstudie Hamburg; lebt seit Mai 2007 in Deutschland.

Sylvie Tsague, Kamerun;
Mitarbeit in der PaKoMi-Fallstudie Hamburg.

Tanja Gangarova, in Bulgarien geboren und aufgewachsen, lebt seit 1998 in Deutschland, M. A. Geographie, Leitung des Migrationsbereichs der Deutschen AIDS-Hilfe e. V. (DAH); fachliche Begleitung, Organisation und Koordination des PaKoMi-Projektes.

Tzeggereda Mihreteab, Gesundheitsdolmetscherin und Fachkraft für Aids-Prävention, arbeitet seit 2009 als Mitarbeiterin der Münchner Aids-Hilfe an HIV-Präventionskonzepten und -projekten mit afrikanischen Gemeinschaften in München, engagiert sich seit mehr als 15 Jahren für die Verbesserung des Zugangs von afrikanischen Migrant/inn/en zu Gesundheitsversorgung.

Alle weiteren Personen, die in diesem Handbuch mit Vornamen zitiert werden, haben an den Workshops oder Fallstudien des PaKoMi-Projekts teilgenommen. In wenigen Fällen wurden Pseudonyme (d. h. ausgedachte Namen) verwendet, um die Privatsphäre der Personen zu schützen.

Community spielt in der HIV-Prävention, in der partizipativen Forschung und auch im PaKoMi-Projekt eine zentrale Rolle.

Wer und was ist eine Community?

Im Deutschen gibt es verschiedene Übersetzungen des englischen Begriffs *Community*:

z. B. Gemeinschaft, Gemeinde, Kommune, Nachbarschaft, Interessenkreis, Gruppe von Personen mit gemeinsamen Interessen, Stadtgemeinde und Dorfgemeinde.¹ Vereinfacht bedeutet Community Gemeinschaft.

Man kann z. B. ein Gemeinschaftsgefühl entwickeln, wenn man am selben Ort wohnt oder aus der gleichen Region kommt, die gleichen Interessen

hat, dem gleichen Verein angehört oder eine andere „gemeinsame Sache“ hat.

Eine Community ist eine Gemeinschaft, d. h. eine Gruppe von Menschen, die etwas gemeinsam haben und sich miteinander verbunden fühlen.

Communities sind nicht unbedingt nach ethnischer Zugehörigkeit

organisiert. Personen mit Migrations-

hintergrund gehören auch Gemeinschaften an, bei denen Beruf, Sprache, Religion oder ein anderes Merkmal oder Interesse wichtiger ist. Communities bilden sich nicht automatisch, nur weil man z. B. im gleichen Haus wohnt oder die gleiche Nationalität hat: Erst wenn es soziale Netze und Treffpunkte gibt und sich die Menschen als Teil einer Gemeinschaft fühlen, bilden sie eine Community. Das kann übrigens auch im Internet passieren (Online-Community). Häufig bildet sich ein Gemeinschaftsgefühl durch Engagement für eine gemeinsame Sache, politische Aktionen, kulturelle Initiativen oder gemeinsame Feiern und Feste.

Beispiele für Communities

Menschen mit HIV/Aids können sich gegenseitig unterstützen und eine *Community* bilden. Schwule Männer, die Szene-Treffpunkte besuchen oder sich für die Menschenrechte von homosexuellen Männern einsetzen, können sich als Teil einer Community verstehen. Auch Gemeinschaften von Migrant/inn/en werden als Communities bezeichnet. Schaut man genauer hin, wird allerdings oft deutlich, dass es in der Regel nicht *eine* Community, wie z. B. *die* afrikanische Community oder *die* türkische Community gibt, sondern viele Untergruppen. In Hamburg gibt es z. B. verschiedene afrikanische Communities, und PaKoMi Osnabrück hat gezeigt, dass sich die befragten Afrikaner/innen nicht automatisch einer afrikanischen Community oder überhaupt einer Community zugehörig fühlen (siehe unten). Teilnehmer/innen an einem PaKoMi-Workshop haben ganz unterschiedliche Communities genannt, denen sie sich zugehörig fühlen: Kirchengemeinde, Mütterzentrum, Online-Community, Künstler-Community, schwul-lesbische Community, Studenten-Community, Community von Menschen mit HIV/Aids, PaKoMi-Community, Hundebesitzer-Community, afrikanische Community, nigerianische/kamerunische/vietnamesische/beninische Community usw.

„Eine Community ist für mich eine Gemeinde oder eine Gruppe von Individuen, in der die Mitglieder dieselben Interessen und Bedürfnisse haben und gemeinsame Ziele verfolgen. Oder anders gesagt, eine Community ist eine Gemeinschaft, in der die Mitglieder ähnliche Kulturen oder Religionen pflegen. Ich gehöre zur burkinischen Community in Hamburg und zur Café-Afrika-Community.“

Omer

Der Community-Begriff wird manchmal kritisiert, weil er ungenau ist, die Realität beschönigt und den Eindruck erweckt, alle Mitglieder einer Community seien gleich oder hätten die gleichen Interessen.² Neuere Konzepte von Community sagen allerdings klar, dass es in jeder Community Vielfalt gibt und Personen mehreren Communities angehören (können).³ Ein weiterer Kritikpunkt ist, dass sich der englischsprachige Begriff nur bedingt auf deutsche Verhältnisse übertragen lässt. Trotz seiner Schwächen finden wir den Begriff aber hilfreich, denn er beschreibt Menschen in ihren lebensweltlichen Bezügen und den Gemeinschaften, denen sie sich selbst zugehörig fühlen. Dadurch eröffnet er eine Möglichkeit, die Realität und Perspektive von Community-Partner/inne/n ernst zu nehmen und von ihrem Wissen als Lebenswelt-Expert/inn/en zu lernen.

„... meine Beobachtung als Teil einer Gruppe von Migranten, die überwiegend afrikanischer Herkunft sind, ist, dass sich die Mitglieder stark über ihre afrikanische Herkunft definieren, obwohl sie aus sehr unterschiedlichen Ländern Afrikas stammen. Für mich als Afrobrasilianerin ist diese Art der Identifikation mit der Gruppe nicht möglich, obwohl ich Teil von ihr bin. Teilweise wurde auch schon mehr oder weniger offen meine ‚berechtigte Mitgliedschaft‘ in der Gruppe angezweifelt. Andererseits gibt es auch Gemeinsamkeiten, die mich mit der Gruppe verbinden, zum Beispiel der Migrationshintergrund. Das Beispiel dieser afrikanisch geprägten Community steht für das, was in neueren konzeptuellen Ansätzen als multidimensionale Community bezeichnet wird, also eine Gemeinschaft, in der ein unterschiedliches Selbstverständnis vorhanden ist, auch wenn gemeinsame Interessen bestehen. Was aber kann Community für eine Frau sein, die heterosexuell orientiert und Mutter ist, einen Migrationshintergrund hat und HIV-positiv? Ist sie automatisch Teil der fraglichen Communities? Oder muss sie für ihre unterschiedlichen Interessen in unterschiedlichen Gruppen bzw. Communities kämpfen? Tatsächlich wird sich ein Mensch immer in verschiedenen Communities wiederfinden, deren Teil er oder sie je nach Lebenssituation entweder zeitgleich und parallel oder nacheinander ist.“

Kelly

² Labonte 2005

³ MacQueen et al. 2001; Walter 2007

Was ist der Unterschied zwischen Community und Zielgruppe?

Eine Community ist nicht das Gleiche wie eine Zielgruppe. In der HIV-Prävention bedeutet Zielgruppe eine Gruppe von Menschen, bei denen ein Handlungsbedarf besteht und die von bestimmten Angeboten erreicht werden sollen. **Zielgruppen werden von professionellen Praktikern und Praktikerinnen definiert.** Dabei steht häufig ein Problem im Mittelpunkt (wie z. B. HIV-Risiken oder ein anderer Bedarf). **Communities definieren sich selbst.** Dabei können zwar auch gemeinsame Probleme eine Rolle spielen (wie z. B. Diskriminierungserfahrungen), aber in der Regel haben Communities auch ihre Stärken und Ressourcen im Blick. Communities sind weiter gefasst als Zielgruppen: inbegriffen sind Einrichtungen und Personen aus den Lebenswelten der Zielgruppen, wie z. B. die Eltern, Freunde und Bekannte, die im Unterschied zu der jeweiligen Zielgruppe keine HIV-Risiken haben müssen (siehe Abbildung 2).

„In der Gesundheitsförderung und Prävention lernt man, an Zielgruppen zu denken. Das soll uns helfen, Maßnahmen für Menschen zu entwickeln, die am ehesten von Gesundheitsproblemen betroffen sind. Ganze Förderprogramme orientieren sich an Zielgruppendefinitionen, wie alleinerziehende Mütter oder Vorschulkinder. PaKoMi macht deutlich, dass die Partizipation von Menschen aus den Zielgruppen möglich ist, wenn wir sie als Mitglieder von selbstdefinierten Communities wahrnehmen und mit diesen Communities zusammenarbeiten. Epidemiologische Kategorien zeigen uns, wo wir hinschauen sollen. Gesundheitsförderung und Prävention bekommen jedoch erst Sinn, wenn sie einen unmittelbaren Bezug zu den Lebenswelten der Menschen aufweisen. Communities machen das möglich.“

Michael

In der Berliner PaKoMi-Fallstudie wurde der Unterschied zwischen Zielgruppe und Community sehr deutlich: Die Zielgruppe, die von den beteiligten Praktiker/innen definiert wurde (Männer, die Sex mit Männern haben, sich aber nicht als „schwul“ verstehen), bildete keine Community – im Gegenteil. Diese Männer gehören nicht zu einer „schwulen Community“ und auch der Begriff „MSM“ (Männer, die Sex mit Männern haben) ist eine Zuschreibung (durch professionelle Praktiker/innen), die keine identitätsstiftende Funktion für die Männer selbst hat. In diesem Falle, ähnlich wie z. B. bei Personen, die sexuelle Gewalt erlebt haben, gibt es zwar einen Handlungs- und Forschungsbedarf, aber keine Community in diesem Sinne.⁴ Hier stellt sich die Frage, inwiefern diese Personen vielleicht andere Community-Bezüge haben, die genutzt werden können. Die folgenden Abbildungen zeigen zum einen, dass Zielgruppen Teil einer weiter gefassten Community sein können (Abbildung 2), und zum anderen, dass Personen aus einer Zielgruppe (z. B. MSM) unterschiedlichen Communities angehören können (Abbildung 3).

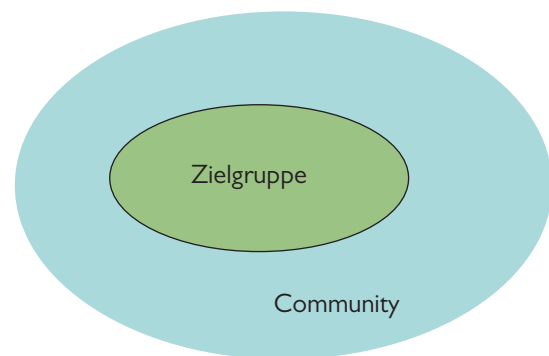


Abbildung 2:
Zielgruppe als Teil einer weiter gefassten Community

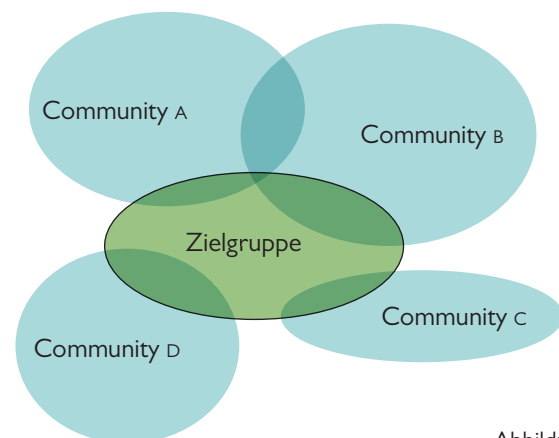


Abbildung 3:
Zielgruppe gehört verschiedenen Communities an

⁴ Campbell et al. 2004

Was mache ich, wenn es keine Community gibt?

„In der Berliner Fallstudie standen wir genau vor dieser Frage. Denn die Zielgruppe unserer Studie (schwer erreichbare MSM mit Migrationshintergrund) war keine Community. Klar, wenn es eine Community dieser Männer gäbe, wären sie womöglich nicht schwer erreichbar. So ging es in der Berliner Fallstudie vor allem darum herauszufinden, wie man Zugang zu diesen Männern bekommt. Zum einen haben wir durch innovative Methoden (Chat-Befragung, narratives Interview mit Strichern) Erkenntnisse über die MSM mit Migrationshintergrund gewinnen können. Zum anderen untersuchten wir Zugänge zu unserer ‚Zielgruppe‘ durch Einbeziehung von Migrantenselbstorganisationen (MSO). Auch wenn bestimmte MSM nicht in einer Community von schwulen Männern organisiert sind, ist jeder in eine oder mehrere Communities eingebunden. Eine herkunftsorientierte Community, wie sie als *türkische Community* oder *russische Community* von außen wahrgenommen wird, gibt es in der Tat nicht. Dafür ist die vermeintliche Community zu heterogen. Dennoch besteht kein Zweifel, dass MSO für viele Migrant/inn/en als Erstanlaufstellen fungieren und demzufolge durch sie viele Informationen weitervermittelt und verbreitet werden können. Die Berliner Fallstudie zeigte zudem, dass seitens der MSO durchaus Bereitschaft vorhanden ist, sich mit Themen wie HIV und Aids auseinanderzusetzen. Fazit: Es gibt immer Communities von Menschen, wo sie eingebunden sind, auch wenn sie nicht immer mit der ‚Zielgruppe‘ deckungsgleich sind. Der Erfolg einer HIV-Prävention gerade bei schwer erreichbaren Zielgruppen hängt davon ab, wie man diese Community bzw. Communities identifiziert, um möglichst nah an die Lebenswelten der zu erreichenden Personen zu gelangen.“

Nozomi

Wenn du denkst, dass es keine Community gibt, kann das also daran liegen, dass du die Personen vielleicht noch nicht gut genug kennst um zu wissen, welchen Gemeinschaften sie angehören. Um das herauszufinden, ist es hilfreich sie zu fragen. Man kann zum einen ganz direkt fragen („Gehörst du einer Community an?“) oder man fragt nach Personen, mit denen die Menschen regelmäßig Kontakt haben, und nach Treffpunkten, wo sie sie treffen.

Es ist allerdings auch möglich, dass es bei einer Gruppe tatsächlich keine oder nur sehr wenig Community im Sinne von Gemeinschaftsgefühl, gemeinsamer Sache und Treffpunkten (d. h. geteilten Lebenswelten) gibt. In solchen Fällen kann man überlegen, ob es eventuell woanders eine Community gibt oder ob man eine Community aufbauen möchte:

„Gibt es keine Community in meiner eigenen Stadt, kann ich mich vielleicht in den Nachbarorten umsehen oder selbst versuchen, eine Community zu gründen oder Kontakt zu anderen ähnlichen Gruppen aufbauen.“

Omer

Wie können wir Communities aufbauen und stärken?

Communities sind dynamisch: Sie reagieren auf äußere Einflüsse, bilden sich, um etwas zu erreichen, und können aufgebaut, organisiert und mobilisiert werden, d. h. sie werden gemacht (*Community-Building, Community-Organizing*).

„Man kann eine Community aufbauen, indem man gemeinsame Ziele formuliert und bei deren Umsetzung die Partizipation der Mitglieder an den Aktivitäten ermöglicht. Die Stärkung einer Community hängt meiner Ansicht nach von der Teilhabe und Teilnahme der Mitglieder in der Gruppe bzw. der Community ab.“

Omer

In der Literatur findet man folgende Tipps zum Community-Building:⁵

Konzentriert euch auf reale Anliegen.
(Focus on real work)

Haltet es einfach.
(Keep it simple)

Macht was!
(Act)

Sucht, was euch verbindet.
(Seek what unifies)

Tut etwas, wenn die Leute dazu bereit sind.
(Do it when people are ready)

Kreiert Räume, in denen sich Gemeinschaft bilden kann.
(Design spaces where Community can happen)

Findet und aktiviert informelle Anführer/innen.
(Find and activate informal leaders)

Lernt, gute Treffen auszurichten.
(Learn how to host good gatherings)

Gebt Menschen für ihre Beiträge Anerkennung.
(Acknowledge people's contributions)

Involviert die ganze Person.
(Involve the whole person)

Feiert! (Celebrate)

In der englischsprachigen Diskussion wird zwischen *Community-Building* (von innen heraus) und *Community-Development* (Unterstützung von außen) unterschieden. Oft geht beides Hand in Hand.

⁵ Walter 2007

Community-Building in Osnabrück

In den Fallstudien wurden die ersten Monate für die Identifikation und Einladung von möglichen Community-Partner/innen und für die Bildung von Arbeitsgruppen genutzt. Am besten lief es, wenn Personen aus den Communities weitere Community-Mitglieder einluden. In Osnabrück sprachen die beteiligten Afrikaner/innen andere Afrikaner/innen an (z. B. in Afroshops, Vereinen, Kirchen oder an der Uni) und luden sie ein. So wuchs die Arbeitsgruppe von anfangs drei Personen auf bis zu 15 aktive Mitglieder an.

Um die Community von Afrikaner/innen in Osnabrück besser zu verstehen, haben wir eine Karte erstellt – von den Treffpunkten von Afrikaner/innen in Osnabrück (*Community-Mapping*). Zusätzlich haben die Community-Partner/innen informelle Interviews durchgeführt um herauszufinden, welche Bedeutung Community für Afrikaner/innen in dem eher ländlichen oder kleinstädtischen Setting hat. Die Frage, wer und was Community ist, wurde in allen Fallstudien diskutiert. Diese Diskussionen warfen in der Regel mindestens ebenso viele Fragen auf, wie sie Antworten brachten. In der Osnabrücker Fallstudie wurde deutlich, dass es noch nicht viel Community gab. Daraufhin haben wir uns das Ziel gesetzt, Maßnahmen des Community-Building zu entwickeln: Eine afrikanische Community sollte aufgebaut und gestärkt werden. Die Gruppe führte Aktionen auf dem jährlichen Afrika-Markt am Rathaus durch, um die Idee bekannter zu machen und um mit Afrikaner/innen und Deutschen ins Gespräch zu kommen. Es gab einen schönen Stand mit leckerem Essen, Spiele (z. B. ein Glücksrad mit Fragen zu Afrika – siehe Abbildung 4), Flyer, T-Shirts mit dem Logo „Love health“ und „Join us!“ auf der Rückseite und ein Community-Board, auf das die Gäste schreiben und zeichnen konnten.

Außerdem wurde auf der Bühne getanzt und alle Anwesenden wurden eingeladen mitzutanzten (siehe Abbildung 5). Das machte viel Spaß und kam gut an. Für die Zukunft ist geplant, eine Migrantenselbstorganisation (MSO) zu gründen, mit der Afrikaner/innen sich und andere zu gesundheitlichen Themen informieren und unterstützen können.

„PaKoMi ist für mich wie ein Traum, der in Erfüllung gegangen ist. Ich wollte schon immer mit afrikanischen Migranten in Osnabrück was machen, und PaKoMi hat eine Tür für mich geöffnet. Jetzt gibt es diese Möglichkeit, das zu machen.“

Ruth

„Der vielleicht schönste Moment, an dem ich ganz real miterlebt habe, wie Community geschaffen werden kann, war auf dem Afrika-Markt in Osnabrück. Afrika-Märkte in Deutschland sind ja häufig ziemlich kommerzielle Veranstaltungen, die sich an ein kaufkräftiges deutsches Publikum richten. Ein bisschen so war es auch in Osnabrück. Zum Beispiel gab es ein Bühnenprogramm, bei dem ‚traditionelle‘ afrikanische Tänze zu Trommelmusik aufgeführt wurden, mit Strohröcken und Körperbemalung. Vor der Bühne sahen fast nur Deutsche zu. Aber zwischen den professionellen Performances gingen dann unsere afrikanischen Community-Partner auf die Bühne und tanzten zu moderner afrikanischer Popmusik – einfach so. Zuerst waren es nur zwei männliche Studenten, dann kamen auch die anderen Teilnehmer/innen von PaKoMi Osnabrück: Ruth, Manal, Helen, der Chief und andere. Der DJ forderte die Leute auf: ‚Seht ihr nicht, was hinten auf den T-Shirts steht? Join us! Also macht mit!‘ Mehr und mehr Menschen gingen auf die Bühne und tanzten mit: viele Afrikaner und Afrikanerinnen, kleine Kinder aus gemischten Ehen, Deutsche ... Joe hielt dann auch noch eine Ansprache und erklärte, was es mit der Gruppe auf sich hat. Das war ziemlich toll.“

Hella

„Ich bin interessiert, in Osnabrück mehr Kontakt zu Afrikanern aufzunehmen. Bis jetzt war es immer schwierig, Afrikaner zu bekommen oder zusammenzukriegen. Es sind viele Organisationen gegründet worden oder Vereine, aber sie sind nicht richtig durchgekommen. Und jetzt mit PaKoMi haben wir die Hoffnung, dass das möglich ist. Und deswegen wollen wir weiterarbeiten und sehen, ob wir nach PaKoMi einen Verein gründen können.“

Catherine



Abbildung 4:
Glücksrad am Stand auf dem Afrika-Markt (PaKoMi Osnabrück)

Abbildung 5:
Gemeinsam tanzen und Spaß haben (PaKoMi Osnabrück)



Was ist eine MSO?

Selbstorganisationen sind freiwillige Zusammenschlüsse von Personen, die gemeinsame Ziele verfolgen. Man spricht von Migrantenselbstorganisationen (MSO), wenn sich Personen mit Migrationshintergrund zu einer Gruppe zusammenfinden. MSO sind nicht nur formalisierte Beziehungen, z. B. in Form eingetragener Vereine, sondern auch informelle Beziehungen wie Gruppen, Projekte und Netzwerke.⁶ Viele MSO informieren, bieten Orientierung, Beratung, Unterstützung und sind Anlaufstelle bei Ausgrenzung und Diskriminierung. Sie vertreten die Interessen der Migrant/inn/en und sorgen für die Kommunikation mit der Mehrheitsgesellschaft. MSO können herkunftshomogen sein (die Mitglieder kommen aus derselben Herkunftsregion) oder herkunftsheterogen (die Mitglieder kommen aus verschiedenen Herkunftsregionen).⁷ Das heißt, auch interkulturelle Vereine und Organisationen können MSO sein. Aber der Begriff wird in der Regel so verstanden, dass die Gruppe oder der Verein von Migrant/inn/en gegründet wurde und die meisten Mitglieder einen Migrationshintergrund haben.

Worin bestehen die Stärken von MSOs?

MSO können selbst am besten sagen, wo es innerhalb ihrer Communities Bedarf für Gesundheitsförderung und Prävention gibt. Sie können den Kontakt zu ihren Mitgliedern herstellen und Ressourcen in den Communities mobilisieren. MSO haben – neben den individuellen Ressourcen bzw. Potentialen der zugehörigen Migrantinnen und Migranten – viel zu bieten, was auch für die Gesundheitsförderung und HIV-Prävention wichtig ist und genutzt werden kann. Dazu gehören⁸

soziale Netze, Kontakte und Beziehungen,

Ressourcen durch Gruppenzugehörigkeit
(z. B. Vertrauen, gute Verständigungsmöglichkeit),

Selbsthilfe-Potential,

Mobilisierungs- und Multiplikatoren-Potential und

Vermittler-und Brückenfunktionen.

Diese Potentiale und Funktionen von MSO sollen im Rahmen präventiver und gesundheitsfördernder Maßnahmen identifiziert, einbezogen und aktiv gefördert werden. Dazu müssen sich aber die Akteure und Akteurinnen der Prävention und Gesundheitsversorgung über die Situation, Funktion und Struktur der MSO in Deutschland informieren. Sie müssen herausfinden, wer die Kontaktpersonen (Schlüsselpersonen) sind und gemeinsam mit ihnen nach möglichen Wegen für Kooperationen suchen.

Arbeitshilfe

Welche Communities gibt es bei euch vor Ort?

Wo treffen sie sich?

Welche gewählten Vertreter/innen, weitere
angesehene Personen und Vereine oder
Migrantenselbstorganisationen (MSO) gibt es
in den Communities?

Wie könnte man diese Communities unterstützen
und stärken?

2. Zusammenarbeiten

Das PaKoMi-Projekt lebt von der Zusammenarbeit verschiedener Partner und Partnerinnen: dazu gehören Menschen aus den Zielgruppen und Communities, Vertreter/innen von Migrantenselbstorganisationen (MSO), Praktiker/innen der HIV-Prävention (z. B. Sozialarbeiter/innen bei Aidshilfen, Beratungsstellen und Gesundheitsämtern) und Wissenschaftler/innen.

Dieses Kapitel beschäftigt sich mit der Zusammenarbeit zwischen Anbietern von HIV-Prävention und Personen und Organisationen aus Migrant-Communities. Dabei geht es auch um die interkulturellen Aspekte der Zusammenarbeit. Mit Fragen der Macht, d. h. wie man gemeinsam Entscheidungen treffen kann, beschäftigt sich dann das Kapitel 3.

Wieso ist es wichtig zusammenzuarbeiten?

In der HIV-Prävention für und mit Migrant/inn/en spielt Zusammenarbeit eine zentrale Rolle. Verschiedene Personen und Einrichtungen bringen unterschiedliche Kenntnisse und Fähigkeiten mit, z. B. sind Menschen mit Migrationshintergrund Expert/inn/en ihrer Lebenswelten und haben lokales Wissen und sprachliche Kompetenzen. Sozialarbeiter/innen kennen sich mit Sozialleistungen und dem Sozialwesen gut aus. Aidshilfe-Mitarbeiter/innen wissen viel über HIV/Aids und das deutsche Gesundheitssystem. Einrichtungen aus dem Migrationsbereich kennen sich aus mit rechtlichen und politischen Fragen und so weiter. Arbeitet man zusammen, kann man die jeweiligen Stärken nutzen und kombinieren. Die Situation und Bedürfnisse von Migrant/inn/en sind teilweise sehr komplex, sodass die Kenntnisse und Fähigkeiten von Personen, Gruppen und Einrichtungen aus verschiedenen Bereichen (rechtlich, sozial, gesundheitlich etc.) gefragt sind. In diesem Handbuch legen wir einen Schwerpunkt auf die Zusammenarbeit von Einrichtungen und Anbietern der HIV-Prävention mit Migrantenselbstorganisationen (MSO) und Schlüsselpersonen in den Zielgruppen und Communities. Deren Wissen, Fähigkeiten und Kompetenzen werden nämlich häufig noch nicht optimal gesehen, genutzt und gefördert.

„Zusammenarbeit bedeutet für mich, gegenseitig zu lernen und ‚profitieren‘ zu können und interkulturelle Kompetenzen zu fördern. Man lernt sich besser kennen und baut die Vorurteile und Diskriminierungen ab. Wir Migrant/inn/en lernen von den Aidshilfen die von ihnen entwickelten Methoden, Ansätze und Strategien in der HIV-Prävention und gleichzeitig teilen wir mit ihnen unser Wissen, unsere Methoden und Erfahrungen – z. B. wie macht man HIV/Aids-Aufklärung in Burkina Faso und wie findet die Auseinandersetzung der verschiedenen ethnischen Gruppen über das Thema HIV/Aids statt.“

Wie finde ich Partner/innen in den Communities?

„In jeder Community gibt es Führer, Vertreter oder Vorsitzende. Das sind die Personen, die mehr von den Mitgliedern und ihrem Leben wissen, weil sie die beraten, begleiten, informieren oder ihnen dienen. Sie bilden damit die Tür zu der Community und besitzen den Schlüssel dazu. Daher heißt Kontakt zu einer Community aufnehmen: die Schlüsselpersonen zu treffen.“

Steve

„Um zu einer Community Kontakt aufzunehmen, sollte man die Gruppe erst kennenlernen; dies kann durch eine Schlüsselperson erfolgen oder durch die Teilnahme an einer offiziellen Veranstaltung der Gemeinschaft; danach kann man über eine Teilnahme oder Zugehörigkeit nachdenken. Wichtig ist, dass innerhalb der Community ein klares Thema und klare Ziele definiert sind.“

Omer

„Partner aus den Migranten-Communities zu finden, ist nicht einfach. Gerade in Großstädten gibt es viele Gruppen und Organisationen, die teilweise nicht öffentlich agieren, aber wichtige Funktionen in der Community erfüllen. Aufgrund der unsicheren Finanzierung kommt es dabei häufig zur Fluktuation des Personals, Adressenwechsel oder gar zur Schließung. Daher sollte man bei der Partnersuche zuerst auf die ‚Stabilität‘ einer Organisation achten. Viele kleinere Organisationen sind in Verbänden (z. B. im Paritätischen Wohlfahrtsverband mit vielen MSO als Mitglieder oder im Afrika-Rat und Migrationsrat Berlin-Brandenburg in Berlin) organisiert, sodass man im Idealfall über die Verbände entsprechende Partner vermittelt bekommt. Ein wichtiges Kriterium für Partner ist auch ihr Ansehen in der Community. Da kann man sich über die Presse, Angehörige der jeweiligen Community etc. erkundigen, bevor man in Kontakt tritt. Ob der gefundene Partner auch ein guter Partner wird, hängt dann schließlich davon ab, unter welchen Bedingungen und wie die partnerschaftliche Beziehung definiert wird.“

Nozomi

Wer und was ist eine Schlüsselperson?

Schlüsselpersonen sind Kontaktpersonen in den Communities, die eine Zusammenarbeit ermöglichen, d. h. Türen öffnen können. Das sind sowohl offizielle Vertreter/innen von Gruppen, Vereinen und MSO, als auch Personen ohne formale Funktion, die in ihren Communities gut vernetzt und angesehen sind.

Sich über die jeweilige Community zu informieren und aktiv auf sie zuzugehen (z. B. Veranstaltungen zu besuchen und per E-Mail/Telefon Kontakt zu Einrichtungen und ihren Vertreter/innen aufzunehmen), ist also ein erster Schritt. Ein zweiter Schritt kann sein, gemeinsam mit bereits bestehenden Kontakten (z. B. Schlüsselpersonen, Peers aus den Communities, ehren- oder hauptamtlichen Mitarbeiter/innen etc.) zu überlegen, welche möglichen weiteren Partner/innen es in der Community gibt. Hierzu kann man auch Community-Mapping-Verfahren anwenden (siehe Kapitel 6 Gemeinsam forschen). In der Literatur wird empfohlen, respektierte Mitglieder der Community einzubinden, die glaubhaft, sichtbar und gut in ihren Communities verankert sind – d. h. genau wie Nozomi vorschlägt: nicht nur mit offiziellen Vertreter/innen von Einrichtungen und Organisationen (z. B. MSO, Kirchen etc.) zusammenarbeiten, sondern auch mit respektierten Community-Mitgliedern, die keinen formalen Status haben.¹

¹ Israel et al. 1998

Wie kann ich bei MSO Interesse an dem Thema HIV/Aids wecken?

„HIV/Aids ist ein Thema, das bei der Fülle von Themen, die eine MSO beschäftigen, oft nicht oben auf der Skala der Wichtigkeit steht. Manche Organisationen haben sogar Angst, durch eine Auseinandersetzung mit dem Thema selbst stigmatisiert zu werden. Dennoch hat jeder Mensch ein Recht darauf, informiert zu werden. Unabhängig von möglichen Infektionsrisiken sollte jede/r wissen, wie die Übertragungswege sind, wie man sich davor schützen kann und wo Hilfe angeboten wird. Wenn man sich darüber einig ist, müsste auch das Interesse der MSO geweckt sein. Die Erfahrungen zeigen, dass man auf wenig Ablehnung stößt, wenn es um einmalige Infoveranstaltungen geht. Eine wichtige Frage dabei ist, wie man das Thema ‚schmackhaft‘ machen kann. Vielleicht gibt es andere gesundheitliche Themen, die in der Community eine wichtige Rolle spielen, in die das Thema HIV und Aids ‚verpackt‘ werden kann. Oder man spricht das Thema in Verbindung mit Schwangerschaft und HIV offen an. Wenn Familien und Kinder in der betreffenden Kultur eine wichtige Rolle spielen, kann es gut sein, dass das Thema große Resonanz findet. Es gibt sicher nicht eine Lösung für alle Menschen jeder Herkunft. Man müsste genau – am besten gemeinsam mit Vertreter/inne/n der MSO – schauen, im welchem Kontext mit welchem Schwerpunkt das Thema HIV und Aids am besten platziert werden kann.“

Nozomi

Eine kanadische Kollegin mit Migrationshintergrund hat uns erzählt, dass es ihr gelingt, bei Migranten-Communities Interesse am Thema zu wecken, indem sie darüber spricht, wie es Menschen mit HIV/Aids geht und dass Personen ganz konkret betroffen sind – auch in den Communities. Dabei gibt sie keine Namen preis, sondern lässt vor allem Zahlen sprechen. Die Anteilnahme an der Situation von Menschen aus der eigenen Community kann dann Offenheit schaffen. Für weitere Anregungen, wie man HIV/Aids ansprechen kann, siehe auch Kapitel 4.

„Um Interesse am Thema zu wecken, muss eine kontinuierliche Überzeugungs- und Sensibilisierungsarbeit geleistet werden. Sie wird leichter, wenn man profilierte Einzelpersonen (Schlüsselpersonen) innerhalb der Communities bzw. der MSO für das Thema gewinnt und die Kontakte kontinuierlich pflegt. Das zusätzliche Engagement bedeutet für die jeweiligen ehrenamtlichen und hauptamtlichen Schlüsselpersonen aus den MSO einen Mehraufwand. Um eine gute und nachhaltige Zusammenarbeit zu sichern, muss dieser Mehraufwand entschädigt werden. Sinnvoll wäre aus meiner Sicht auch, eine zertifizierte Qualifizierung von Schlüsselpersonen (zu HIV-relevanten Themen) anzubieten, die ihr Wissen und ihre Kompetenzen erweitert und als persönlicher Anreiz angesehen werden kann. Außerdem ist es sinnvoll, das Thema HIV/Aids in ein breiteres Konzept der Gesundheitsförderung einzubetten, denn dies kommt den Interessen der MSO und ihrer Communities entgegen und kann auch Zugänge zu Migranten-Communities schaffen, bei denen die Thematik HIV/Aids tabuisiert wird.“

Tanja

Ist eine gute Zusammenarbeit von Aidshilfen und Migrantenselbstorganisationen (MSO) möglich – oder eine Illusion?

Eine gute Zusammenarbeit ist in jedem Fall möglich – dafür gibt es viele Beispiele –, aber sie ist nicht immer einfach.

„Mir scheint (aus Sicht von Migrant/inn/en) eine Zusammenarbeit mit den Aidshilfen teilweise schwierig. Ich denke, dass unterschiedliche Akteure unterschiedliche Interessen haben. Die Zusammenarbeit kollidiert häufig mit Vorurteilen oder Intoleranz gegenüber ungewohnten Arbeitsweisen. Oftmals werden Migrant/inn/en als unprofessionell bezeichnet. Wenn es mit einer Zusammenarbeit klappen soll, ist es wichtig, eine Vorstellung und ein Konzept für eine konkrete Zusammenarbeit zu entwickeln – am besten schon hier mit afrikanischen und deutschen Hauptamtlichen auf Augenhöhe. Wir sollten uns gegenseitig respektvoll begegnen, mit dem gemeinsamen Ziel, die Aids-Pandemie zu bekämpfen und Diskriminierung gegenüber Menschen mit HIV/Aids abzubauen – unabhängig von ihrer Hautfarbe oder kulturellen Prägung. Jedoch kann von einer tendenziell armen Zielgruppe nicht erwartet werden, all diese Aufgaben ehrenamtlich durchzuführen. Auch die HIV/Aids-Präventionsarbeit muss an die Lebensumstände angepasst werden, damit Menschen, denen diese Arbeit am Herzen liegt, eine reelle Chance zur Teilhabe und Aktivität haben. Dies fordert also zumindest eine Aufwandsentschädigung für die aktiven Mitarbeiter/innen. Auf der Basis einer guten interkulturellen Zusammenarbeit wünsche ich mir außerdem eine größere Selbständigkeit der MSO im Rahmen der Aidsarbeit. Man muss schon ein gutes Konzept haben und strategisch vorgehen. Sehr oft finden die Projekte, die von uns Migrant/inn/en selbst entwickelt wurden, keine Aufmerksamkeit. Zuverlässige Partner zu finden, ist schwer. Auch Behörden sehen sich zuerst deutsche oder europäische Projekte an, bevor sie von Migrant/inn/en entwickelte Projekte untersuchen. Man nutzt uns aus oder spricht uns nur an, wenn man uns braucht.“

Ibra Zongo

„Als hauptamtlicher Aidshilfe-Mitarbeiter mit Migrationshintergrund kann ich das Interesse bei MSO wohl wecken, aber wie geht es weiter? Wie genau kann eine Kooperation und Zusammenarbeit aussehen? Was passiert, wenn die MSO ein langfristiges Konzept vorlegen möchte, aber keine ausreichenden Mittel zur Verfügung stehen? Die Frage, wer finanziert oder unterstützt oder wer braucht wen, stellt sich immer.“

Omer

„In den letzten Jahren haben die Aidshilfen und Gesundheitsämter die Erfahrung gemacht, dass die Bereitschaft, in der HIV-Prävention mitzuarbeiten, langsam wächst und Schlüsselpersonen aus Migranten-Communities gewonnen werden können – besonders wenn die Kontakte kontinuierlich gepflegt werden können und finanzielle Mittel vorhanden sind. Es ist allerdings ein Problem, wenn die Zusammenarbeit an einzelne Personen gebunden ist. Denn wenn diese in den Organisationen wechseln, bricht die Kooperation wieder zusammen.“

Tanja

„Es ist eine Tatsache, dass MSO und andere Projekte und Einrichtungen der Migrationsarbeit in der Regel nicht HIV-Prävention als Vereinszweck haben. Außerdem werden sie, wenn überhaupt, meist aus anderen Finanztopfen gefördert. Häufig gibt es zeitlich begrenzte Projektförderungen für Aufgaben in den Bereichen Integrationsförderung, Kinder, Jugend, Kultur etc. Aufgaben zum Thema Gesundheit werden nur selten gefördert. Um die Organisation, die oft aus ein paar Teilzeitkräften besteht, zu erhalten, müssen also immer neue Projekte erfunden und durchgeführt werden. Die Aidshilfen, die sich auf eine Zusammenarbeit mit MSO einlassen wollen, müssen zunächst die begrenzten Ressourcen der MSO kennen. Auch das ehrenamtliche Engagement, wie es hier in Deutschland üblich ist, ist bei Migrant/inn/en nicht so weit verbreitet. Viele kennen es gar nicht in dieser Form oder müssen erst mal mit ihrer finanziellen Situation klarkommen. Das bedeutet, die Aidshilfen brauchen viel Geduld. Wenn die Zusammenarbeit mit Aidshilfen aber für die MSO gewisse Vorteile verspricht, könnte es klappen. Ein Vorteil kann eine finanzielle Vergütung für die geleistete Arbeit sein. Aber auch immaterielle Dinge wie ein neues Profil oder neues Image, persönliche Beziehungen etc. können für die MSO Anreize darstellen.

Für die Zusammenarbeit gibt es wichtige Regeln, die zu beachten sind:

1. Zusammenarbeit auf Augenhöhe: Partizipation ist ein erklärtes Ziel der Integrationspolitik in Deutschland. Daher werden MSO immer häufiger als Projektpartner angesprochen. Oft ist die Partnerschaft aber nicht gleichberechtigt: Das Projekt steht schon fest und die vermeintliche Partizipation ist nur wichtig, um die Fördervorgaben zu erfüllen („Alibi“). MSO, die einmal eine solche negative Erfahrung gemacht haben, ziehen sich zurück.
2. Partizipation von Anfang an: Je frühzeitiger die MSO in das Vorhaben einbezogen werden, desto erfolgsversprechender ist die Zusammenarbeit; denn nur so können sie das Vorhaben als ihr eigenes begreifen.

3. So konkret wie möglich: ‚Lasst uns zusammenarbeiten, aber wie?‘ Mangels Erfahrungen oder weil man den MSO nichts zutraut, bleibt die Zusammenarbeit auf Lippenbekenntnisse beschränkt. Die Folge ist, dass sich die Beziehung nicht weiterentwickelt und irgendwann in Vergessenheit gerät. Wer eine Zusammenarbeit anstrebt, sollte sich daher mit konkreten Anliegen an die MSO wenden.
4. Zusammenarbeit zwischen Organisationen basiert auf Zusammenarbeit zwischen Menschen: Der Erfolg jeder Zusammenarbeit hängt davon ab, ob die Personen, die involviert sind, miteinander zurechtkommen oder nicht. Häufig werden MSO von engagierten Einzelpersonen ins Leben gerufen, die oft auch die Organisation alleine tragen. Wenn man zu dieser ‚Hauptperson‘ einer Organisation einen guten Draht gefunden hat, hat man auf der persönlichen Ebene schon mal einen Vorteil.“

Nozomi

Wie können verschiedene Akteure und Akteurinnen gut zusammenarbeiten?

Nicht nur Aidshilfen und MSO, sondern viele verschiedene Akteure, Akteurinnen und Einrichtungen müssen gut zusammenarbeiten, um die Gesundheit von Menschen mit Migrationshintergrund in Deutschland zu fördern und HIV-Risiken abzubauen. Die Zusammenarbeit verschiedener Partner/innen und Einrichtungen ist in den Fallstudien unterschiedlich gut gelungen. Teilweise lief es sehr gut, aber teilweise fehlten Ressourcen (denn Zusammenarbeit kostet auch Arbeitszeit), Interesse und die Bereitschaft zur Kooperation (z. B. wenn Einrichtungen und Träger in Konkurrenz um kommunale Gelder und Zuständigkeiten standen). In den PaKoMi-Workshops wurden Bedingungen für eine gute Zusammenarbeit diskutiert, die in die Entwicklung der Empfehlungen eingeflossen sind (siehe Kapitel 7). Dazu gehört die Schaffung von strukturellen Voraussetzungen für eine gute Zusammenarbeit wie z. B.:

interkulturelle Öffnung der Einrichtungen
und Regeldienste,

Bereitstellung von Ressourcen,

Klärung der Zuständigkeiten,

Schaffung von Anreizen für Kooperationen,

grundsätzliche Verbesserung der Teilhabe von
Migrant/inn/en am Arbeitsmarkt und anderen
gesellschaftlichen Bereichen,

Abbau von rechtlichen Benachteiligungen,

Stärkung von Migrantenselbstorganisationen
und Gemeinschaften.

Wichtig ist auch die bewusste Gestaltung der Kooperations-Beziehungen durch die Akteure und Akteurinnen: Teilnehmer/innen des PaKoMi-Projekts haben gute Erfahrungen in der interkulturellen Zusammenarbeit gemacht, wenn die beteiligten Personen anderen Menschen, Arbeits- und Denkweisen mit Offenheit begegnen und Vertrauen aufbauen konnten. Dies gelang in der Regel über längere Zeiträume und durch gemeinsame Aktivitäten, ein Bemühen um Transparenz (z. B. über Ressourcen und Entscheidungen), eine Verständigung über die Bedingungen und Regeln der Zusammenarbeit (z. B. Verbindlichkeit, Pünktlichkeit, Vertraulichkeit etc.) und einen konstruktiven Umgang mit Konflikten. In Kapitel 3 wird genauer beschrieben, wie Teilhabe in der Zusammenarbeit gestaltet werden kann und auf welcher Stufe bzw. wie gleichberechtigt MSO und andere Migrant/inn/en aus den Zielgruppen und Communities tatsächlich an Entscheidungsprozessen beteiligt werden.

Für die praktische Zusammenarbeit ist es außerdem hilfreich, konkrete Ziele zu setzen und zu verfolgen. Die SMART-Kriterien helfen bei der Formulierung von Zielen. SMARTe Ziele sind:

Spezifisch

Messbar

Attraktiv, ambitioniert, akzeptiert, angemessen

Realistisch

Terminiert, d. h. zeitlich begrenzt

Zum Beispiel könnte ein Ziel der Zusammenarbeit lauten, eine gemeinsame Aktion durchzuführen, um Beratungsangebote bei einer bestimmten Zielgruppe oder Community bekannter zu machen. Um sich auf ein Ziel zu verständigen, kann man die SMART-Kriterien als Fragen nutzen:

Ein Beispiel:

S: Was wollen wir genau erreichen – und bei wem?

M: Wie viele Personen wollen wir erreichen?
Wie können wir sie zählen?

A: Entspricht das Ziel wirklich den Interessen aller Beteiligten?

R: Ist es realistisch? Haben wir genug Zeit, Geld, helfende Hände usw. um das Ziel zu erreichen?

T: Wann wollen wir beginnen?
Wann genau oder bis wann wollen wir es erreichen?

Anschließend kann man zum Beispiel mit der Methode der Projektlogik² planen, was man braucht, um das Ziel zu erreichen, und was man sich langfristig davon verspricht. Im PaKoMi-Projekt wurden zum Beispiel die Kochabende auf dem Straßenstrich mit der Methode der Projektlogik geplant (siehe Kapitel 6).

² Zu SMART-Kriterien und Projektlogik siehe auch www.partizipative-qualitaetsentwicklung.de

Wozu brauchen wir interkulturelle Kompetenzen?

Eine Grundlage für gute Zusammenarbeit in der HIV-Prävention für und mit Migrant/inn/en sind interkulturelle Kompetenzen. Das sind Fähigkeiten, die es möglich machen, mit Personen aus unterschiedlichen Kulturen gut umzugehen. Manchmal spricht man auch von transkulturellen Kompetenzen – wenn man deutlich machen will, dass Kulturen flexibel und dynamisch sind, ineinander fließen und es oft kulturelle Mischformen gibt (siehe Kapitel 4).

Interkulturelle Kompetenzen beinhalten ein Verständnis von anderen Kulturen, aber auch ein Bewusstsein für die eigene kulturelle Prägung. Die gleichen Dinge können in verschiedenen Kulturen ganz unterschiedliche Bedeutungen haben. Catherine, eine Kenianerin, die in Deutschland lebt, beschreibt das an einem Beispiel:

„Für gewöhnlich wird in vielen Ländern Afrikas eine füllige Person als gesund und wohlhabend betrachtet, wohingegen bei einer eher schlanken Person als Ursache dieses Zustandes gerne Krankheit, Sorgen und Armut angenommen werden. Höchst erstaunlich ist es für eine Afrikanerin wie mich, die nach Deutschland kommt, lernen zu müssen, dass hier Schlankheit und Fülligkeit völlig anders bewertet werden: Schlanke Menschen achten auf ihre Gesundheit und können sich teurere, gesunde Ernährung leisten, während Fülligeren ein ungesunder Lebenswandel nachgesagt wird, mit billigerer, weniger gesunder Ernährung. Dieses Beispiel beleuchtet schlaglichtartig die Herausforderungen für Menschen, die sich in Kulturen bewegen, in denen sie nicht aufgewachsen sind. So muss ich beispielsweise vor einem Besuch in meinem Heimatland dafür sorgen, dass ich gut ernährt aussehe und Kleidung trage, die mich fülliger wirken lässt, damit sich meine Eltern nicht um meine Gesundheit und das wirtschaftliche Wohlergehen meiner Familie sorgen.“

Catherine

Interkulturelle Kompetenz heißt für Catherine also zum einen ein Bewusstsein dafür zu haben, was „schlank“ und „füllig“ in unterschiedlichen Ländern bedeuten kann, und zum anderen mit den entsprechenden Zuschreibungen umgehen zu können, wenn sie von einem in das andere Land reist.

Wenn wir über Kultur und „kulturelle Prägungen“ sprechen, gibt es jedoch ein Dilemma. Eine interkulturelle Trainerin drückt das so aus:

„Auf der einen Seite besteht die Gefahr der Diskriminierung, wenn man Handlungsweisen und Einstellungen mit kultureller Zugehörigkeit oder Herkunft in Verbindung bringt – auf der anderen Seite kann das Wissen um kulturelle Besonderheiten und das Nachdenken über die eigene Zugehörigkeit eine wichtige Ressource für Partizipation und Zusammenarbeit bilden.“

Elke

Das heißt es kann hilfreich sein, sich kultureller Gemeinsamkeiten und Unterschiede bewusst zu sein, aber man sollte sie nicht überbewerten. Denn manchmal geht es vielleicht gar nicht um „Kultur“, sondern um die Person und ihre Persönlichkeit, die spezifische Situation oder andere Dinge. Wenn kulturelle Faktoren überbewertet und Personen auf ihre (vermeintliche) Kultur reduziert werden, dann spricht man von **Kulturalisierung**. Ein Beispiel: Eine Italienerin kommt zu spät zu einem Arzttermin. Der Arzt meint, sie kommt zu spät, weil sie Italienerin ist und „die italienische Kultur ein anderes Zeitverständnis hat“. Das mag zwar sein, aber vielleicht übersieht er andere Gründe, wie z. B. dass die S-Bahn gestreikt hat. Ihr Zuspätkommen hat also vielleicht gar nichts mit ihrem Italienisch-Sein zu tun. D. h. wir sollten Personen niemals in eine „Kultur-Schublade“ stecken, sondern immer daran denken, dass es noch ganz andere Gründe und Einflüsse geben kann und Menschen niemals nur Mitglieder einer Kultur, sondern vieles mehr sind (*Diversity*).

„Interkulturelle Zusammenarbeit ist immer eine Gratwanderung, für die man bestimmte Kompetenzen benötigt.“

Elke

Die Entwicklung und der Einsatz interkultureller Kompetenz gehören zum Alltag von Migrant/inn/en, die sich mit kulturellen Unterschieden, Anpassungsdruck und Diskriminierungserfahrungen konfrontiert sehen können. Das wird deutlich in dem folgenden Beispiel eines Workshop-Teilnehmers:

„Die Geschichte, die ich erzähle, ist mir in Brüssel passiert. Das Potential, um den Konflikt zu steigern, war vorhanden, aber ich habe vermieden, dass wir noch tiefer in den Konflikt hineingeraten. Ich erzähle erst mal die Geschichte, dann werde ich erklären, wie ich damit umgegangen bin:

Ich stieg in die 1. Klasse des ICE am Hauptbahnhof in Brüssel ein, drin saß eine Dame.

Die Dame: ‚Entschuldigung mein Herr, Sie befinden sich in der 1. Klasse.‘

Ich: ‚Ja, ich habe es gemerkt. Warum sagen Sie mir das?‘

Die Dame: ‚Weil einer Ihrer Kollegen sich auch vertan hatte und von dem Zugbegleiter in die 2. Klasse geschickt wurde.‘

Ich: ‚Ich habe keinen Kollegen, ich reise allein!‘

Die Dame: ‚Ja gut, ich meine einen dunkelhäutigen Mann.‘

Ich: ‚Liebe Frau, sind alle hellhäutigen Menschen Ihre Kollegen?‘

Die Dame: ‚Nein, aber ...‘

Ich habe die Dame unterbrochen: ‚Also, zu Ihrer Information: Ich habe eine Fahrkarte 1. Klasse und fahre mit diesem ICE von Brüssel nach Köln.‘

Zufälligerweise war mein reservierter Platz genau der, der neben der Dame leer war. Das heißt, wir würden von Brüssel nach Köln als Nachbarn fahren, und die Fahrt dauerte ca. 2 Stunden. Als ich neben der Dame saß, habe ich mich gefragt, was nach unserer Auseinandersetzung nun passiert? Um die Situation zu entschärfen, habe ich mich freundlich bei ihr vorgestellt, sie sich bei mir auch. Wir waren begeistert, was jeder von uns macht. Sie hat sich bei mir wegen ihres Verhaltens entschuldigt und ich mich auch bei ihr.

In dieser Geschichte habe ich gelernt, dass wir die Energie, die wir in Konflikte stecken um sie zu steigern, auch nutzen können, um Konflikte zu entschärfen. Am Anfang der Geschichte habe ich in jeder Aussage der Dame ein Wort gefunden, an das ich anknüpfen konnte, um den Konflikt zu steigern, weil ich mich angegriffen fühlte. Um die Situation zu entschärfen und ein positives Ende zu ermöglichen, habe ich versucht herauszufinden, was wir gemeinsam haben und was uns ermöglichen könnte, ein neutrales Gespräch zu führen. Ich habe herausgefunden, dass wir beide in der 1. Klasse sitzen, wir fahren die gleiche Strecke, wir sprechen beide Deutsch und Französisch und wir sitzen nebeneinander. Ich habe eine Gemeinsamkeit gefunden, einen Schnittpunkt, um eine neue Gesprächsatmosphäre zu schaffen und um meine ‚Gegnerin‘ als ‚Gesprächspartnerin‘ zu betrachten. So ist es mir gelungen, die ‚negative‘ Energie in ‚positive‘ umzuwandeln. So konnte ich die Konfliktsituation produktiv nutzen.“

Clement

Clement beschreibt hier verschiedene interkulturelle Kompetenzen: die Suche nach einem *Common Ground* (Was haben wir gemeinsam?!), das Zurückstellen von vorschnellen negativen Reaktionen, die Bereitschaft, dem oder der anderen eine zweite Chance zu geben, selbst die Initiative zu ergreifen, und die Dinge nicht zu persönlich zu nehmen.

Auch in dem folgenden Beispiel von Ruth werden interkulturelle Kompetenzen deutlich:

„Ich lebe nun schon seit 14 Jahren in Deutschland, aber trotzdem kann ich mich nicht wirklich hinstellen und sagen ‚ich bin integriert‘. Bin ich integriert, wenn ich jeden Sonntag einen Braten mit Sauerkraut esse? Oder wenn ich im Sommer meinen Garten komplett ‚unkrautfrei‘ halte? Sind ‚Ordnung und Sauberkeit‘ ein Zeichen für die gelungene Integration oder nur für das Unvermögen der Deutschen, mit anderen Kulturen tolerant zusammenzuleben? Wir sind hier als Afrikaner gefordert, uns zu integrieren – aber wie geht das, wenn wir nicht die Unterstützung und Toleranz der Einheimischen bekommen? Viele Migrantinnen und Migranten in Deutschland versuchen, mit den Einheimischen zurechtzukommen, aber erhalten vielfach negatives Feedback – eigentlich kann man sagen, das einzige ‚Positive‘, was man manchmal zu hören bekommt, ist: ‚Oohh..., Sie sprechen aber gut deutsch‘ Was soll das?? Es wird so viel von Integration gesprochen und geschrieben, aber Afrikaner haben es schwerer als andere Volksgruppen, von den Deutschen akzeptiert zu werden. Da herrscht immer noch eine gewisse Voreingenommenheit, besonders wegen der Hautfarbe. Deutschland versucht nicht zu integrieren, sondern gleichzumachen. Deswegen bin ich froh, an PaKoMi teilhaben zu dürfen, weil ich die Hoffnung habe, dadurch meine ‚Schwestern & Brüder‘ in Deutschland unterstützen zu können, und konkrete ‚ÜBERLebenshilfe‘ bieten kann.

Beispiele für meine ersten ‚Schritte‘ in Deutschland:

Mein Sohn war, als er das erste Mal in seinem Leben ein Eis aß, zuerst ganz erschrocken, weil das kalte Eis ‚dampfte‘. Er versuchte, darauf zu pusten, weil er dachte, es sei sehr heiß.

Bis heute verstehe ich nicht, warum es in Europa so viel Staub gibt. Ich habe immer gedacht, hier in Europa ist es so sauber, dass es keinen Staub gibt. In Afrika hat man zwar manchmal nicht einmal Glasfenster, aber in den Räumen entsteht viel weniger Staub. Das ist für mich ein Rätsel.

Mein Schwiegervater macht gerne Witze – für mich war es zuerst ein großes Problem, wie ich mich verhalte, wenn er Witze mit anzüglichem Inhalt macht. In Afrika wäre so etwas unvorstellbar. In Afrika würden wir z. B. auch nicht mit Kleidung, die zu aufreizend ist (kurze Röcke, Shorts, Spaghetti-Träger, offenes Dekolleté), den Schwiegereltern begegnen.

Die Respektlosigkeit von Kindern gegenüber Erwachsenen bzw. die Ignoranz und das offensichtlich freche Verhalten gegenüber alten Menschen erstaunen und beschämen mich bis heute.

Für mich war es erstaunlich festzustellen, wie viele wenig gebildete Menschen in Europa leben (angesichts des Schulsystems hier), aber auch, wie hart die Menschen hier für ihren Lebensunterhalt arbeiten müssen. Die Vorstellung vom ‚Schlaraffenland‘, die durch Filme und das Fernsehen verbreitet wird, ist falsch. Aber die Realität ist für jemanden in Afrika nicht einfach vorstellbar.“

Ruth

In ihrem Beitrag stellt Ruth die gesellschaftliche Diskussion über Integration infrage und beschreibt vielfältige Herausforderungen, die ein Kulturwechsel mit sich bringen kann – auch das ist ein Beispiel für interkulturelle Kompetenz.

Ein weiteres Beispiel beschreibt Herausforderungen in einer interkulturellen Situationen im Gesundheitswesen:

„Wir haben einen neuen Praktikanten im Haus, ein gut aussehender Mann aus Norddeutschland. Kaum hat er unser Büro betreten, schüttelt er der Kollegin aus dem Afrikaprojekt freundlich die Hand und sagt, dass es ihm leid tue, wenn Menschen in Afrika nicht die notwendigen Medikamente gegen HIV bekommen, während Menschen hierzulande die Freiheit haben, aus eigenem Willen die Therapie zu vernachlässigen. Zum Schluss fügt er noch hinzu, wir Menschen seien doch alle gleich. Nach seinem Abgang frage ich meine Kollegin, welche Gemeinsamkeit sie zwischen sich und einem deutschen schwulen Mann sieht. Sie wisse auch

nicht. Wir denken und wissen wohl, dass Menschen unterschiedlich sind, je nachdem wo sie geboren sind, welche Hautfarbe sie haben, in was für einer Familie, Umgebung oder welchem Land sie aufwachsen und, und, und ... Wie viele Schritte und Bemühungen brauchte meine Kollegin mehr als der Praktikant, um hier im selben Büro zu arbeiten? Selbst vor dem Gesetz sind sie nicht immer gleich. Sie können sich auch in ihren Grundbedürfnissen unterscheiden. Wer vor dieser Tatsache die Augen verschließt, übersieht möglicherweise, dass die tollen Flyer und Broschüren, die jedoch eins zu eins aus dem Deutschen übersetzt worden sind, nicht immer die Migrant/inn/en ansprechen. Er würde womöglich auch nicht wissen, dass es Homosexualität in manchen Kulturen nicht geben darf und daher nicht (direkt) thematisiert werden kann. Das Bewusstsein nicht nur über die Vielfalt der Menschen, sondern auch über die eigenen Vorurteile sollte nicht fehlen. Denn wer die eigenen Vorurteile kennt, würde auf keinen Fall eine Afrikanerin sofort auf HIV und Aids ansprechen oder auf die Idee kommen, einen Stand der Aidshilfe mit afrikanischen Menschen und Essen zu ‚schmücken‘. Im Zweifelsfall fragen wir uns doch lieber selbst, wie wir uns in der Haut des Anderen fühlen würden. So kommen wir womöglich der interkulturellen Kompetenz ein Stück näher.“

Mitarbeiterin einer Aidshilfeeinrichtung mit Migrationshintergrund

Dieser Beitrag zeigt, wie frustrierend interkulturelle Kontakte sein können und dass Menschen mit Migrationshintergrund oft eine schlechtere Ausgangsposition haben, um Erfolg zu haben. Um andere besser zu verstehen, hilft es, weniger vorauszusetzen und mehr zu fragen und zuzuhören.

„Für die interkulturelle Zusammenarbeit ist es wichtig, wenn man solche Alltagserfahrungen macht, Raum für den zwischenmenschlichen Austausch zu schaffen. Dort können die Beteiligten ihre unterschiedlichen Zugehörigkeiten und Rollen, Fremdheits- und Diskriminierungserfahrungen ansprechen.“

Elke

Wie kann man so einen Austausch ermöglichen?

Eine Möglichkeit, sich dem Thema anzunähern, ist die Stellung einer Weltkarte. Das geht so: Man wählt einen Raum, in dem alle Personen stehen und sich frei bewegen können. Die Moderation bittet alle Anwesenden, ihren Geburtsort im Verhältnis zu den Geburtsorten der anderen Personen im Raum aufzustellen – wie in einer Weltkarte. Als Nächstes macht man das Gleiche zu den Fragen: „Wo seid ihr als Kinder aufgewachsen?“, „Wo wart ihr als Jugendliche?“, „Wo als junge Erwachsene?“, „Wo lebt ihr jetzt?“. Als wir so eine Weltkarte im PaKoMi-Workshop gemacht haben, ist uns aufgefallen, wie viel Bewegung es gab und dass eigentlich fast alle Anwesenden in irgendeiner Form über Migrationserfahrung verfügten.

Ein weiterer Tipp im Umgang mit interkulturellen Situationen, die eine Herausforderung sein können, ist die Übung: „Wie heißt das auf positiv?“. Bei interkulturellen Begegnungen ist es nämlich häufig so, dass wir für unsere eigenen Einstellungen und Handlungsweisen gute Gründe anführen können, die der anderen jedoch eher negativ beurteilen. Zum Beispiel im Umgang mit der Zeit: Ich mache vielleicht lieber eins nach dem anderen, habe eine eher lineare Vorstellung von der Zeit, bin ganz gut organisiert und pünktlich. Mein Gegenüber macht vielleicht gerne Sachen gleichzeitig, hat eine eher zirkuläre Vorstellung von Zeit, ist weniger organisiert und auch weniger pünktlich. Wir haben die Tendenz, über die andere Person jeweils negativ zu denken: Sie ist chaotisch und unzuverlässig bzw. starr und unflexibel. Wenn ich aber weiß, dass jede Eigenschaft Vor- und Nachteile hat, und ich mich frage: „Wie heißt das (was mich irritiert) auf positiv?“, dann komme ich vielleicht dazu, die positiven Dinge zu sehen – wie eine größere Gelassenheit und Flexibilität im einen bzw. Klarheit und Zuverlässigkeit im anderen Fall. Gleichzeitig kann ich mich auch fragen, wie andere mich wahrnehmen: Haben meine positiven Eigenschaften eventuell auch negative Seiten?!

Im Workshop haben wir auch gesammelt, was wir selbst unter interkultureller Kompetenz verstehen – dabei haben wir Wissen (Kopf), Handeln (Hand) und Einstellungen (Herz) unterschieden. Abbildung 6 zeigt, was für uns interkulturelle Kompetenz bedeutet.

Arbeitshilfe

Welche Schlüsselpersonen und Migrantenselbstorganisationen (MSO) gibt es in der Zielgruppe oder Community, mit der ihr zusammenarbeiten wollt?

Welche anderen Gruppen, Anbieter und Einrichtungen gibt es, die ihr mit ins Boot holen könntet?

Welche Ziele wollt ihr verfolgen? Könnt ihr euch mit allen Partner/innen auf ein konkretes (SMARTes) Ziel verständigen?

Wie wollt ihr mit Missverständnissen, Spannungen und Konflikten in der Zusammenarbeit umgehen?

Was würde die Zusammenarbeit erleichtern?

Welche Ressourcen gibt es – und was braucht ihr noch, um gut zusammenzuarbeiten?

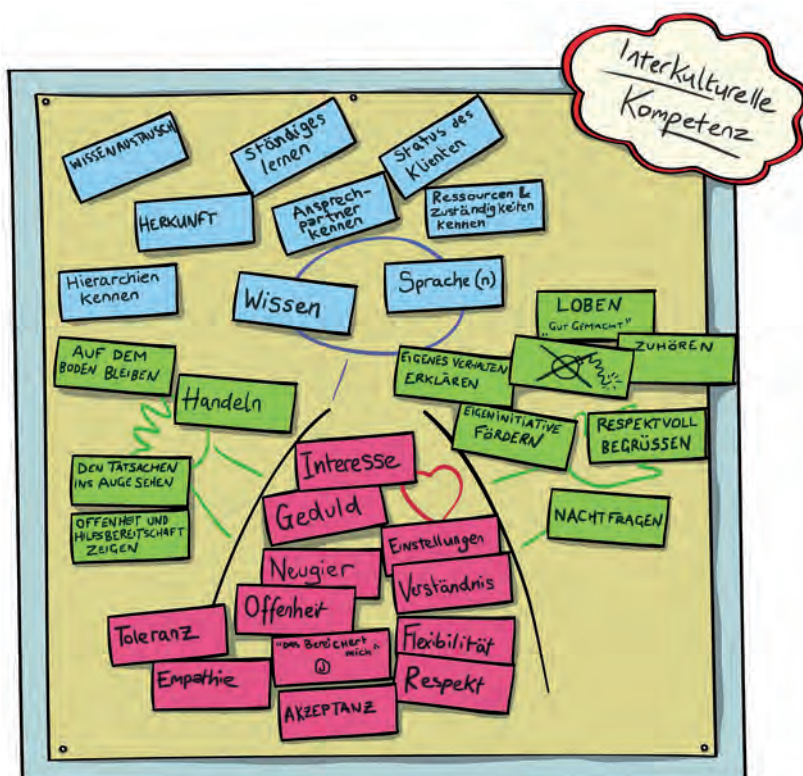


Abbildung 6:
Interkulturelle Kompetenz aus Sicht der Teilnehmerinnen eines PaKoMi-Workshops

3.

Partizipation

Was bedeutet Partizipation?

Partizipation bedeutet, Menschen zu beteiligen und ihnen die Möglichkeit zu geben mitzuentcheiden. Es geht also nicht nur um Teilnahme, sondern auch um Teilhabe: mitreden, mitgestalten und mitentscheiden. In PaKoMi haben wir konkret versucht, Menschen mit Migrationshintergrund stärker an der Entwicklung von HIV-Prävention und der dazugehörigen Forschung in den PaKoMi-Fallstudien zu beteiligen. Dabei war uns wichtig, auf Augenhöhe, d. h. gleichberechtigt, zusammenzuarbeiten.

„Für mich heißt Partizipation, eigene Bausteine zu dem Bau zu bringen. In jedem von uns stecken besondere Fähigkeiten. Wenn verschiedene Menschen sich zusammenschließen und diese vielfältigen Fähigkeiten für denselben Zweck und dasselbe Ziel einsetzen, können daraus effiziente und für alle nutzbare Ergebnisse entstehen. Eine wirkliche Partizipation ist eine aktive Teilnahme und Teilhabe der Teilnehmer. Dies bedeutet, alle Vorschläge, Beiträge, Meinungen, Ethiken, Visionen und Perspektiven werden erfasst und berücksichtigt. Menschen aus der Gesellschaft forschen hierbei auf Augenhöhe mit den Wissenschaftlern. Es werden also keine Theorie oder Hypothesen angewendet, sondern es wird mit Einfachheit und praktischen Erfahrungen gearbeitet.“

Steve

„Partizipation heißt für mich Teilhabe und Teilnahme, also mitbestimmen zu können und Betroffene von Anfang an bis zur Durchführung und manchmal bis zur Evaluation einzubinden. Wenn man die Partizipation von Migrant/inn/en erreichen will, muss man sich mit den kulturellen, moralischen und sozioökonomischen Umständen der Herkunftsgesellschaft der Community sowie deren Lebenssituation im Aufenthaltsland auseinandersetzen. Die Partizipation von Migrant/inn/en an der HIV-Prävention trägt meiner Ansicht nach zur besseren Bekämpfung von HIV und Aids in der Bundesrepublik bei. Sie stärkt und befähigt die involvierten Mitarbeiter/innen, fördert Community-Empowerment und führt zu nachhaltiger Arbeit. Partizipation soll vor allem zu einer Chancengleichheit von Menschen in der Gesellschaft führen. Da Partizipation ein gewisses Bildungsniveau verlangt, sollte man auch mehr Ressourcen (Geld, Zeit, Räumlichkeiten etc.) in die Gesundheitsförderung und HIV-Präventionsarbeit investieren.“

Omer

„Die gleichberechtigte Einbeziehung der Menschen aus unseren Zielgruppen und ihrer Netzwerke und Communities – zum Teil gehören wir selbst zu ihnen – in die Präventionsarbeit ist das, wofür die Deutsche AIDS-Hilfe steht und worauf unsere Präventionsarbeit aufbaut. Sie ist eine der wichtigen Quellen unserer Fachkompetenz. Dieser Ansatz prägt die Arbeitsweise der Aidshilfen mit den verschiedenen Zielgruppen seit Jahren. Die HIV-Primärprävention für Migrant/inn/en ist ein Arbeitsbereich, der sich im Vergleich zu anderen Bereichen der HIV-Prävention aus verschiedenen Gründen relativ spät entwickelt hat. Wie weit der Prozess fortgeschritten ist, Menschen mit Migrationshintergrund in die Präventionsarbeit einzubeziehen, ist bundesweit unterschiedlich. Auf der einen Seite gibt es vielversprechende Entwicklungen und Erfolge, auf der anderen Seite aber auch Herausforderungen. Umso wichtiger ist es, systematisch und partizipativ zu erfassen, wie es uns gelungen ist, auch in der Arbeit mit Migrant/inn/en Partizipation umzusetzen, und welche Faktoren hindernd bzw. fördernd sind. Zukünftig sollen bundesweit verbesserte Bedingungen bzw. Strukturen geschaffen werden, die es Migrant/inn/en ermöglichen, ihre Bedarfe zu formulieren, ihre Kompetenzen und Ressourcen einzubringen und Arbeitsprozesse mitzubestimmen. Dies ist für die Präventionsarbeit besonders wichtig, weil Migrant/inn/en eine extrem heterogene Gruppe sind. Nur wenn das sprachliche, lebensweltliche und kulturelle Wissen der Zielgruppen und Communities mit Migrationshintergrund in die Präventionsarbeit einfließt, können Präventionsmaßnahmen angemessener gestaltet werden. Die gleichberechtigte Beteiligung von Menschen mit Migrationshintergrund ermöglicht uns – als Dachverband – und unseren Mitgliedsorganisationen zugleich eine authentische Interessenvertretung.“

Tanja

Stufenmodell der Partizipation

Es gibt ein Stufenmodell, das für die Qualitätsentwicklung der Prävention und Gesundheitsförderung entwickelt wurde. Mit diesem Modell kann man verschiedene Stufen der Teilnahme und Teilhabe unterscheiden (Abbildung 7). Das Modell ist an anderer Stelle ausführlicher beschrieben.¹ 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 und drei Stufen der Partizipation und eine Stufe der Selbstorganisation, die über Partizipation hinausgeht.

Stufe 1: Instrumentalisierung

Die Belange der Community spielen keine Rolle und Entscheidungen werden außerhalb der Community getroffen. Die Interessen der Entscheidungsträger/innen stehen im Mittelpunkt. Community-Mitglieder sind nur „Dekoration“.

Beispiel: Jemand benutzt ein Foto von Migrant/inn/en, um Werbung für eine Aktion zu machen. Bei der Planung und Durchführung der Aktion haben die Migrant/inn/en allerdings keine Möglichkeit, mitzugestalten und mitzuentcheiden.

Diese Stufe beinhaltet keine Partizipation! Sie ist unethisch und wird von Community-Mitgliedern häufig als „Ausnutzung“ erlebt.

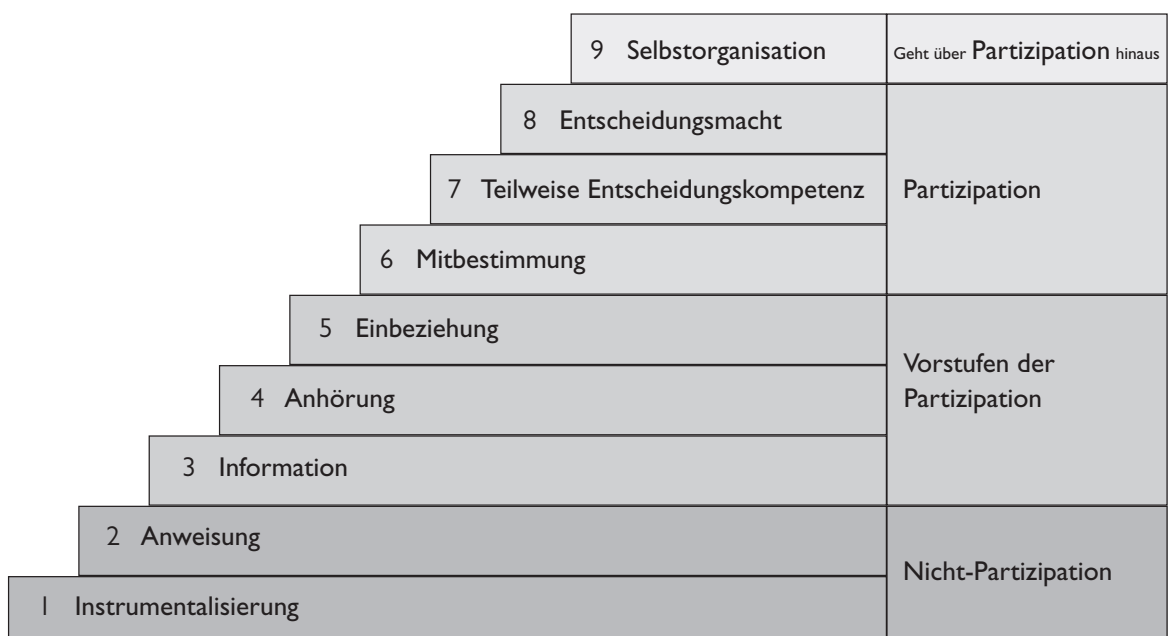
Stufe 2: Anweisung

Auch die zweite Stufe im Modell ist nicht partizipativ. Die Lage der Community wird wahrgenommen, aber das Problem wird ausschließlich aus der Sicht der Entscheidungsträger/innen (z. B. Fachkräfte) definiert. Die Meinung der Community wird nicht berücksichtigt. Die Kommunikation ist direktiv (d. h. in eine Richtung).

Beispiel: Jemand sagt dir, was du zu tun hast: „Morgen ist ein Straßenfest, da wollen wir Prävention machen – bau bitte den Stand auf und stell dich da hin!“

Es kann Situationen geben, bei denen Anweisungen von Fachkräften an Klient/inn/en und Community-Mitglieder angemessen sind (z. B. Krisensituationen). In den meisten Situationen wird diese Stufe allerdings von Community-Mitgliedern als bevormundend und wenig wertschätzend erlebt.

Abbildung 7
Stufenmodell der Partizipation¹



¹ Wright, Block & Unger 2010

Stufe 3: Information

Information ist eine Vorstufe von Partizipation. Die Entscheidungsträger/innen teilen der Community mit, welche Probleme die Gruppe hat. Sie erklären und begründen dies und empfehlen verschiedene Handlungsmöglichkeiten. Dabei versuchen sie die Sichtweise der Community zu berücksichtigen, um die Akzeptanz der Botschaften zu erhöhen.

Beispiel: Bei der Aktion mit dem Stand auf dem Straßenfest wirst du informiert, um was es geht, welche Materialien verteilt werden und wieso es wichtig ist, dass du dabei bist.

Information spielt als Vorstufe von Partizipation in der HIV-Prävention eine zentrale Rolle, z. B. in Form von Broschüren und anderem Aufklärungsmaterial.

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. Auch diese Vorstufe der Partizipation spielt in der HIV-Prävention eine zentrale Rolle, denn gute Angebote berücksichtigen die Sichtweisen der Zielgruppe oder Community. Viele Fachkräfte sind z. B. über den Klientenkontakt mit den Bedürfnissen und Sichtweisen von Community-Mitgliedern vertraut. Stufe 4 liegt allerdings nur vor, wenn sie sich die Mühe machen, die Community selbst zu fragen, was sie denkt oder braucht.

Beispiel: Du wirst mit einem Fragebogen befragt. In den PaKoMi-Fallstudien wurden über die beteiligten Community-Partner/innen hinaus weitere Community-Mitglieder mithilfe von Befragungen, Fokusgruppen und Interviews angehört.

Stufe 5: Einbeziehung

Die Entscheidungsträger/innen lassen sich von ausgewählten Personen aus der Community beraten.

Beispiel: Du wirst als Expertin angerufen und um Rat gefragt, was für eine Aktion gemacht werden soll und wo, hast aber kein Mitbestimmungsrecht.

Diese Vorstufe der Partizipation unterscheidet sich von Stufe 4 (Anhörung) dadurch, dass einzelne Personen gezielt um Rat gefragt werden. Diese Personen (z. B. Schlüsselpersonen) können zu verschiedenen Themen Stellung nehmen und Vorschläge machen, auch solche, die eventuell nicht vorgesehen waren. Es handelt sich jedoch nach wie vor um eine Vorstufe der Partizipation, wenn die Person nicht beeinflussen kann, was letztendlich entschieden wird.

Stufe 6: Mitbestimmung

Bei dieser Stufe handelt es sich um eine partizipative Form der Zusammenarbeit. Die Entscheidungsträger/innen halten Rücksprache mit der Community. Verhandlungen werden zwischen Vertreter/innen der Community und den Entscheidungsträger/innen geführt. Mitglieder der Community haben ein Mitspracherecht.

Beispiel: Du sitzt mit am Tisch, kannst mitreden und mitbestimmen, welche Aktion durchgeführt wird. Eventuell bist du allerdings die einzige Person mit Migrationshintergrund bzw. in der Minderzahl und kannst deine Position nicht durchsetzen.

Stufe 7: Teilweise Übertragung von Entscheidungskompetenz

Auf dieser Stufe der Partizipation sind Community-Mitglieder am Entscheidungsprozess beteiligt und haben dabei die Möglichkeit, bestimmte Aspekte relativ selbstständig zu gestalten. Diese Entscheidungskompetenz ist allerdings auf bestimmte Aspekte beschränkt.

Beispiel: Du kannst einen bestimmten Teil der Aktion (z. B. die Gestaltung eines Werbeposters) eigenständig entscheiden.

Stufe 8: Entscheidungsmacht

Alle wesentlichen Aspekte werden von Community-Mitgliedern selbst bestimmt. Es gibt eine partnerschaftliche Zusammenarbeit zwischen allen Beteiligten.

Beispiel: Deine Gruppe gestaltet eigenständig ein Angebot für Migrant/inn/en in der Einrichtung, wie z. B. Café Afrika in der Hamburger AIDS-Hilfe.

Stufe 9: Selbstorganisation

Die Verantwortung für eine Maßnahme oder ein Projekt liegt komplett in den Händen der Community.

Beispiel: Ihr gründet eine Migrantenselbstorganisation (MSO), wie dies zum Beispiel in der Fallstudie in Osnabrück vorgesehen ist.

Fazit:

Partizipation ist kein Entweder-oder, sondern ein Entwicklungsprozess.

Man kann Partizipation je nach den Praxisbedingungen im Projekt und den Lebensbedingungen der Community unterschiedlich realisieren.

Die Aufgabe besteht darin, die passende Stufe der Partizipation zu finden, die den Bedingungen und den beteiligten Personen entspricht.

Was behindert die Partizipation von Migrant/inn/en in der HIV-Prävention?

In den Fallstudien und Workshops von PaKoMi haben wir untersucht, was die Partizipation von Migrant/inn/en an der Entwicklung von HIV-Prävention behindert. Dabei haben wir Hindernisse auf vier Ebenen gefunden:

Gesellschaft: Die Teilhabe von Menschen mit Migrationshintergrund wird durch rechtliche Strukturen und Benachteiligungen, Fremdenfeindlichkeit und Rassismus und soziale Ungleichheit behindert. Solange Migrant/inn/en nicht gleichberechtigt an der Gesellschaft teilhaben, also den gleichen Zugang zum Arbeitsmarkt, zu Bildung usw. haben, sind ihre Möglichkeiten, sich an Gesundheitsförderung und HIV-Prävention zu beteiligen, eingeschränkt.

Einrichtungen des Gesundheitswesens, wie Aids-hilfen, Präventionsprojekte, Gesundheitsämter usw.: Fehlende Ressourcen behindern die Beteiligung von Migrant/inn/en. Ein Problem ist auch die zu geringe interkulturelle Öffnung der Einrichtungen: Es gibt nicht genügend hauptamtliche Mitarbeiter/innen, die selbst einen Migrationshintergrund haben, nicht genügend mehrsprachige Angebote und keine ausreichenden inter- und transkulturellen Kompetenzen.

Migranten-Communities: Zu den Hindernissen, die eine Beteiligung an HIV-Prävention behindern, gehören HIV-Stigma und Tabus, knappe Ressourcen, mangelndes Vertrauen untereinander und in die deutsche Gesellschaft und ihre Einrichtungen, andere Prioritäten (wie Familie, Arbeit etc.), schlechte Erfahrungen, teilweise wenig entwickelte Community-Strukturen, mangelndes Selbstvertrauen und Angst vor Ausschluss aus der eigenen Community.

Im Kontakt, d. h. im Miteinander der Zusammenarbeit: Hier sind die größten Hindernisse für Teilhabe Scheinpartizipation (wenn Migrant/inn/en nur mitmachen, aber nicht mitentscheiden dürfen), Kommunikationsschwierigkeiten, Misstrauen und gegenseitige Vorbehalte, zu wenig Wertschätzung und Anerkennung sowie Konflikte, die sich daraus ergeben.

Auch die 90 Aidshilfen, die wir zu Beginn des PaKoMi-Projekts per Fragebogen befragt haben, haben verschiedene Punkte genannt, die aus ihrer Sicht die HIV-Prävention für und mit Migrant/inn/en behindern. Dazu gehören u. a. kulturelle Unterschiede und Tabus, mangelnde Ressourcen, Sprachbarrieren, ein eingeschränkter Zugang zu den Communities und Probleme der Stigmatisierung.² Das Fazit der Befragung war klar: Um die bestehenden Herausforderungen zu meistern, müssen Menschen mit Migrationshintergrund aus den Communities verstärkt einbezogen werden.

Wie kann Partizipation gefördert werden?

Wenn wir uns die Hindernisse ansehen, wird klar, dass auf allen vier Ebenen (Gesellschaft, Einrichtungen des Gesundheitswesens, Migranten-Communities und Zusammenarbeit) Veränderungen notwendig sind, um Partizipation zu fördern. In den Empfehlungen, die wir entwickelt haben (siehe Kapitel 7), machen wir konkrete Vorschläge, was getan werden kann, um die Teilhabe von Menschen mit Migrationshintergrund an der HIV-Prävention zu ermöglichen bzw. zu verbessern. Die Empfehlungen richten sich an die Politik, die präventive Praxis, Migranten-Communities/MSO und an die Wissenschaft. Es geht u. a. darum:

gesellschaftliche Strukturen insgesamt zu öffnen
(wie Bildung und Arbeitsmarkt),

rechtliche Benachteiligungen abzubauen und
z. B. Bildungs- und Berufsabschlüsse aus den
Herkunftsländern anzuerkennen,

kulturelle Vielfalt wertzuschätzen,

Ressourcen für Partizipation zur Verfügung zu stellen,

die interkulturelle Öffnung der Einrichtungen
voranzutreiben,

mehr hauptamtliche Mitarbeiter/innen mit
Migrationshintergrund zu beschäftigen,

die Teilhabe von ehrenamtlichen Mitarbeiter/innen
auch finanziell zu ermöglichen (z. B. durch Honorare
und Aufwandsentschädigungen),

Migrantenselbstorganisationen (MSO) und die
Zusammenarbeit mit ihnen zu fördern,

Vernetzung und *Community-Building* von
Migrant/inn/en zu stärken,

Tabus und HIV-Stigma in den Communities abzubauen

inter- und transkulturelle Kompetenzen aufzubauen,

und vieles mehr (siehe Kapitel 7).

Wie können wir Migrant/inn/en für eine aktive Mitarbeit gewinnen?

„Für eine aktive Mitarbeit ist es nötig, eine Kommunikation zu ermöglichen. Dazu gehört zuerst die Sprache. Für viele von uns ist es schwierig, sich schnell, deutlich und knapp auszudrücken. Dies führt zu Missverständnissen, zu Ungeduld und erschwert die Mitarbeit. Eine gute Zusammenarbeit setzt also Sprachkenntnisse voraus. Eine andere Voraussetzung wäre die Akzeptanz verschiedener Meinungen, der Vielfältigkeit und der Unterschiede. Unter Migranten sollte eine effektive Kooperation stattfinden. Das heißt, der Wille zur gemeinsamen Zielerreichung steht im Vordergrund.“

Steve

„Man kann Migrant/inn/en für eine aktive Mitarbeit gewinnen, indem man das Interesse und das Bewusstsein für das Thema weckt. Migrant/inn/en sollten jedoch nicht als Dekoration ausgenutzt, sondern als selbstständige, eigenverantwortliche Akteure eingesetzt werden. Migrant/inn/en arbeiten oft ehrenamtlich (nicht nur in Deutschland, auch in und für die Herkunftsländer), aber diese Arbeit wird von der deutschen Gesellschaft häufig nicht anerkannt. Viele von uns sind in verschiedenen Vereinen (religiöse und nicht religiöse, kulturelle etc.) tätig und arbeiten für mehr Völkerverständigung, kulturellen Austausch etc., erhalten aber keine oder nur schwer eine Finanzierung. Die Ablehnung wird häufig mit unprofessioneller Arbeit oder undurchdachten Konzepten begründet. Die Aidshilfen sind sehr professionelle Akteure, aber teilweise laden sie Migrant/inn/en mehr zum Teilnehmen und weniger zur Mitgestaltung und Mitbestimmung ein. Dabei sollten aber die als ‚schwer erreichbar‘ geltenden Migrant/inn/en auch eine Rolle spielen und die vielfältigen Ressourcen genutzt werden, die sie mitbringen. Wir möchten nicht nur an Angeboten teilnehmen, sondern Angebote (mit)gestalten und mitbestimmen können.“

Es sollten aber nicht nur mehr Migrant/inn/en an der HIV-Prävention der Aidshilfen beteiligt werden. Auch die Gründung von Selbsthilfegruppen innerhalb der Migranten-Communities und Migrantenselbstorganisationen sollte finanziell und ideell unterstützt werden – das fördert mehr Verantwortung und schafft Unabhängigkeit. Parallel arbeiten heißt nicht, gegeneinander arbeiten. Da wir anders erzogen sind, ist es kein Wunder, wenn wir teilweise anders arbeiten. Wichtig ist, dass jede/r ihr/sein Ziel kennt. Ich glaube aber auch, dass es wichtig ist, Projekte mit Deutschen gemeinsam zu gestalten, also interkulturell oder transkulturell, um eine gegenseitige Bereicherung zu schaffen.

Als Mitarbeiter der Aidshilfe ist es manchmal schwer für mich, in der Debatte über die Ehrenamtlichkeit verstanden zu werden – sowohl bei den Aidshilfen als auch bei den Migranten-Communities. Ich bin für eine reale interkulturelle bzw. transkulturelle und partizipative Öffnung der Aidshilfe gegenüber den Migrant/inn/en. Dies kann vor allem durch die von Migrant/inn/en gegründeten Selbstorganisationen erfolgen. Allerdings soll diese Selbstorganisation von Migrant/inn/en unterstützt werden, sowohl inhaltlich, organisatorisch als auch finanziell. Dabei können die von Migrant/inn/en mitgebrachten Kompetenzen und Qualifizierungen für die Zusammenarbeit von großer Bedeutung sein. Wichtig ist aber eine gemeinsame Basisarbeit, denn da wir in Deutschland leben, braucht es auch Deutsche an unserer Seite.“

Omer

Wie können wir Migrant/inn/en langfristig in die Arbeit einbinden, auch wenn nur begrenzte Mittel dafür bereitstehen?

„Mittel für Aufwandsentschädigungen oder Honorare sind sicherlich sinnvoll, um ehrenamtliche Migrant/inn/en zu gewinnen und ihr Engagement anzuerkennen. Aber aus der Projektsicht erwarten wir, dass ihre Motivation nicht allein das Geld ist. Wir wissen, dass wir nicht in der Lage sind, für jede/n eine Stelle zu schaffen, und das sagen wir auch im Vorfeld, damit keine falsche Hoffnung geweckt wird. Wir geben Migrant/inn/en aber, soweit es geht, Chancen zur Fortbildung, vermitteln Kontakte für eine berufliche Perspektive und begleiten sie ein Stück ihres Lebens, damit ihre finanzielle Existenz abgesichert ist. Das kann für manche Migrant/inn/en ein Anreiz sein, längerfristig mitzuarbeiten. Eine Organisation, die Migrant/inn/en als Community ernsthaft wahrnehmen möchte, kommt aber nicht darum herum, auch hauptamtliche Mitarbeiter/innen mit Migrationshintergrund einzustellen!“

Nozomi

Wieso engagiere ich mich?!

„Wenn ich zu einer Community gehöre, trage ich auch die Verantwortung für diese Community.“

Weil mir die anderen Menschen wichtig sind.

Weil ich mich im Leben nicht nur auf mich konzentrieren will.

Weil ich es als ethische Pflicht verstehe, für die Gesellschaft und Community etwas mitzubringen.

Weil ich als Migrantin nicht nur als eine Belastung für die Gesellschaft bezeichnet werden will.

Weil ich weiß, dass wir Migranten die Ressourcen sind. Wir haben multilinguale Fähigkeiten, kulturelle Sensibilität und Toleranz, die aus eigener Migrationserfahrung, Ausbildung und Lebenserfahrung entstanden sind.

Weil ich ein Mensch, eine Frau, eine Mutter, ein Flüchtling bin, weiß ich, wie man mit Menschen mit ähnlichen Erfahrungen über schwierige Themen reden kann.

Weil ich mein trauriges Schicksal anderen Menschen ersparen möchte!!!“

Melike

„Ich engagiere mich, weil mir das Thema am Herzen liegt, weil es mein Job ist und weil ich ein Angehöriger einer Betroffenen bin. Viele meiner Familienmitglieder und Landsleute sind an Aids gestorben. Das Leben ist einfach zu wertvoll, um es von einer Krankheit zerstören zu lassen, vor der man sich schützen kann! Es ist aber auch anstrengend, sich zu diesem Thema zu engagieren. Ich mache etwas anderes, wenn es manchmal schwierig ist, z. B. lesen, schwimmen gehen oder mit Freunden oder meiner Familie spielen. Ich kann mir klarmachen, dass es ein großes Ganzes ist und nicht nur ich mit meiner persönlichen Situation zähle. Und ich kann mir die Erfolge der Arbeit vor Augen führen.“

Omer

„PaKoMi hat mein Verständnis von meiner Rolle als angehende Sozialarbeiterin entscheidend mit beeinflusst. Ich habe gelernt, flexibler zu sein in meinen Denkweisen und mich auf Prozesse einzulassen, deren Ergebnisse nicht klar vorhersagbar sind. PaKoMi hat mein Bewusstsein dafür geschärft, dass der eigene Blick auf die Welt immer nur ein kleiner Ausschnitt sein kann. Ich habe gelernt Menschen zuzuhören, die mir die Sicht auf einen anderen Ausschnitt der Welt ermöglichen und mich so für individuelle Lebenswelten sensibilisieren. Die Meinung von vielen Menschen nicht nur zu hören, sondern auch zu berücksichtigen, war während des Projekts eine echte Herausforderung und forderte von allen Beteiligten, die eigenen Denkmuster immer wieder kritisch zu überprüfen. Partizipation bedeutet deswegen für mich immer auch Arbeit an sich selbst. Die positive Energie und das Engagement der Teilnehmer/innen, die sich während des Projekts entwickelt haben, motivieren mich, in Zukunft so partizipativ, wie in den vorhandenen Strukturen möglich, zu agieren.“

Karin

„Ich möchte Hilfe für Migrantinnen und Migranten in Deutschland leisten, weil meine eigene Erfahrung mir zeigt, wie schwer es der deutschen Gesellschaft fällt, Ausländer voll zu akzeptieren. Das deutsche Recht und die deutsche Gesellschaft erschweren die Zuwanderung extrem bzw. machen sie gar nicht möglich. Wenn es nur noch um Geld geht, bleibt die Menschlichkeit auf der Strecke und soziale Kälte ist vorprogrammiert. Hier wird häufig mit sehr unterschiedlichem Maß gemessen. Wichtig wäre, das Verständnis für die unterschiedliche Sichtweise von sozialen Zusammenhängen bei den einzelnen Mitmenschen zu fördern und die jeweilige spezielle kulturelle Herkunft zu berücksichtigen. Zum Beispiel: Was soll man davon halten, wenn ein deutscher Mann eine Afrikanerin heiratet und diese dann mit fünf Kindern sitzen lässt, weil er mit den kulturellen Unterschieden nicht klarkommt. Anstatt dass das Jugendamt dieser Frau hilft und ihr z. B. stundenweise eine Haushaltshilfe anbietet, nimmt es ihr die Kinder weg. So treibt man Menschen in den Wahnsinn und macht, wie in diesem Beispiel, diese Frau zur Alkoholikerin.“

Ruth

„PaKo-Was?

Partizipation und Kooperation in der HIV-Prävention mit Migrantinnen und Migranten ... deine Fortbildungen haben immer so komische Namen. Wer denkt sich die eigentlich aus? Was ist denn jetzt so neu daran, dass man beim Sex Kondome nehmen soll, dass Migranten das noch nicht wissen? Es gibt doch schon so viele Broschüren in allen möglichen Sprachen! Was soll denn jetzt anders sein?’

Solche oder ähnliche Reaktionen bekam ich zu hören, als ich in meinem Kolleg/inn/en-, Freundes- und Bekanntenkreis erzählte, dass ich an der PaKoMi-Fortbildung teilnehmen wollte. Richtig: So wirklich geschmeidig ist der Name nicht. Richtig: Auch Migranten wissen, dass man sich durch Benutzung eines Kondoms beim Sex vor einer HIV-Infektion schützen kann. Richtig: Es gibt ganz viele Broschüren in unterschiedlichen Sprachen. Alles richtig – und doch verkehrt. PaKoMi zeigt auf, dass Partizipation und Kooperation in der HIV-Prävention, nicht nur mit Migrantinnen und Migranten, mehr ist – sehr viel mehr. Viel mehr als nur, dass Migranten in der HIV-Prävention arbeiten. Viel mehr als nur, dass mit Menschen nach Möglichkeit in ihrer eigenen Sprache gesprochen wird. Viel mehr als nur, dass man Menschen danach fragt, was sie brauchen. Viel mehr als nur, dass nicht jede Zielgruppe auch eine Community ist. Viel mehr als nur, dass nicht jeder Mensch der ihm von anderen zugeschriebenen Community angehört. Sehr viel mehr, als ich in einem kurzen Statement darlegen kann. Daher meine Empfehlung: MACH MIT!“

Gerd

Arbeitshilfe

In den PaKoMi-Fallstudien haben Menschen mit und ohne Migrationshintergrund zusammengearbeitet. Am Ende haben wir darüber gesprochen, wer auf welcher Stufe beteiligt war und ob wir die jeweilige Stufe für angemessen gehalten haben. Interessant war dabei, dass manchmal die Stufen unterschiedlich eingeschätzt wurden, d. h. eine Person dachte, eine andere könnte doch mitentscheiden, aber die andere Person selbst fand nicht, dass sie wirklich Entscheidungsmacht hatte. Das verdeutlicht, wie wichtig es ist, nicht nur als Einzelne zu reflektieren, wo wir stehen, sondern uns auch in der Gruppe darüber auszutauschen.

Auf welcher Stufe der Partizipation seid ihr an der
HIV-Prävention beteiligt?

Auf welcher Stufe sind (andere) Migrant/inn/en
beteiligt?

Haltet ihr diese Stufe für angemessen?

Was könnt ihr tun, um mehr Partizipation zu
ermöglichen?

4.

HIV-Prävention mit Migrant/inn/en

Wie können wir HIV/Aids ansprechen?

HIV/Aids ist ein sensibles Thema. Wie man es am besten anspricht, hängt von der Situation ab und von der Person, mit der man spricht. Kontext- und kultursensibel vorzugehen heißt Worte zu finden, die der Situation und der Person angemessen sind, mit einem Verständnis dafür, welche Bedeutungen HIV/Aids in diesem Kontext hat. Oft ist es ratsam, nicht „mit der Tür ins Haus zu fallen“, sondern erst einmal zuzuhören, was die andere Person interessiert. Kultursensibel bedeutet aber nicht, alles unhinterfragt hinzunehmen. Vielleicht gibt es Einstellungen und Tabus, die man verändern will, um den Umgang mit HIV/Aids zu erleichtern. Grundsätzlich macht man HIV-Prävention in den Communities am besten gemeinsam mit Personen aus den Zielgruppen und Communities. Auch die Unterstützung von Personen, die in den Communities ein hohes Ansehen haben, ist sehr hilfreich.

„Man kann HIV/Aids bei Migrant/inn/en ansprechen, indem man zielgruppenspezifische und kultursensible Angebote macht. Die Einbeziehung der Zielgruppe sollte gefördert werden, damit die Arbeit nachhaltig wirkt. Methoden und Strategien der HIV-Prävention für und mit Migrant/inn/en sind meiner Ansicht nach noch lückenhaft und ergänzungsbedürftig.“

Omer

Wie können wir HIV-Prävention „kultursensibel“ gestalten?

„Kultursensible Prävention bedeutet für mich, dass man auf den Kulturhintergrund der Zielgruppe eingeht und deren Lebenssituationen und Lebenswelten in der Prävention bedenken sollte. Wenn ich weiß, dass wir Afrikaner/innen in Hamburg bzw. in Deutschland stigmatisierende und diskriminierende Erfahrungen erleben und als HIV-Träger („Porteurs de virus“) beschimpft werden, muss man in der HIV-Prävention ‚nicht mit der Tür ins Haus fallen‘. Dennoch es ist auch schwierig, kultursensible HIV-Prävention zu leisten, egal wer es macht, ohne die Tabus zu brechen. Kann man HIV/Aids-Aufklärung machen, ohne über Sex zu reden, oder kann man die Frauenbeschneidung thematisieren, ohne Genitalorgane der Frauen namentlich auszusprechen? Ich verstehe unter kultursensibler Prävention die Rücksicht auf den kulturellen Hintergrund der Migrant/inn/en, die im Gesundheitssystem unterstützt werden sollen. Dies verlangt dennoch ein gewisses Maß an transkultureller Kompetenz, die eine intensive Auseinandersetzung mit den eigenen Wertvorstellungen voraussetzt. Transkulturelle Kompetenz beinhaltet die Bereitschaft, das vertraute Wissen, die eigenen Werte und die eigene Moral zu revidieren, und die Neugier, sowohl Fremdes als auch Eigenes besser verstehen und akzeptieren oder zumindest tolerieren zu können.“

Omer

„Bei der Entwicklung und Umsetzung von Präventionsangeboten für verschiedene Migrantengruppen ist es sehr wichtig, die Vielschichtigkeit und Dynamik der migrationspezifischen Einflüsse, aber auch die extrem große Unterschiedlichkeit der Migrant/inn/en in Deutschland und ihre vielfältigen Bedürfnisse zu berücksichtigen. Es gilt auch, die zahlreichen Ressourcen der Migrant/inn/en zu erkennen und bei der Konzeption und Umsetzung präventiver Maßnahmen einzubeziehen und zu fördern. Dazu eignet sich der transkulturelle Ansatz am besten. Die Basis für die Begriffe Kultur und Kultursensibilität ist meist ein statischer Kulturbegriff. Hier besteht die Gefahr, in Stereotypen zu denken und nur die Defizite der Menschen wahrzunehmen. Die Kompetenzen von Migrant/inn/en und ihren Netzwerken werden dabei häufig vernachlässigt. Der transkulturelle Ansatz geht davon aus, dass sich kulturelle Systeme ständig wandeln und keine in sich geschlossenen Kulturkreise existieren. Die Gemeinsamkeiten von Personen mit unterschiedlichem Migrationshintergrund stehen im Vordergrund, nicht deren Unterschiede. Für die Gesundheitsförderung bedeutet dies, dass Projekte und Modelle der HIV-Prävention so konzipiert sein sollten, dass sie den Bedürfnissen von Migrantengruppen entsprechen oder an diese angepasst werden können. Migrant/inn/en sollen also nicht nur mit speziellen Angeboten angesprochen werden, sondern in alle Angebote der HIV-Prävention mit einbezogen werden. Migrant/inn/en und ihre Organisationen kennen ihre Lebenswelten am besten. Sie können die Frage beantworten, ob die bestehenden Angebote der HIV-Prävention ihren Bedürfnissen entsprechen oder ob es weiterer Angebote und Maßnahmen bedarf, um gezielter auf ihre migrationspezifischen, sprachlichen, rechtlichen und kulturellen Bedürfnisse einzugehen.

Im Rahmen eines migrationsgerechten Ansatzes muss auch der Prozess der ‚interkulturellen Öffnung‘ vorangetrieben werden. Dazu gehört unter anderem die Stärkung der interkulturellen Kompetenzen von Mitarbeiter/innen der Aidshilfen und die verstärkte Einbeziehung bzw. Beschäftigung von Menschen mit Migrationshintergrund im haupt- und ehrenamtlichen Bereich. Stärkung der interkulturellen Kompetenz heißt vor allem, dass die Fähigkeiten zur kritischen Selbstreflexion gefördert werden. Die Mitarbeiter/innen

sollen kulturelle Aspekte der Lebenswelten der Zielgruppe mit einem reflexiven, differenzierten und dynamischen Verständnis von Kultur betrachten. Dann können bestimmte Praktiken, Bedeutungszuschreibungen und interkulturelle Unterschiede thematisiert werden, ohne sie festzuschreiben und zu ‚naturalisieren‘. Wenn ich meine eigene kulturelle Prägung hinterfrage, lassen sich Kulturalisierungen vermeiden. Wenn Kultur als dynamisch, also veränderbar begriffen wird, lässt sich nachvollziehen, wie sich Migrationsprozess und Kultur gegenseitig beeinflussen und was das für die Sexualität, den Drogengebrauch und die HIV-Risiken von Migrant/inn/en bedeutet.“

Tanja

Manchmal spricht man auch von „*migrations-sensibler*“ statt von „*kultursensibler*“ Prävention, z. B. wenn man den Zuwanderungsprozess stärker betonen und die rechtliche Situation von Migrant/inn/en ins Auge fassen will. Der Begriff „kultursensibel“ schärft demgegenüber die

Aufmerksamkeit dafür, welche *Bedeutungen* Sexualität, Geschlecht, HIV etc. in den jeweiligen Kulturen haben. Beide Begriffe ergänzen sich gut.

Wenn das Verhalten von Menschen mit Migrationshintergrund einseitig und vorschnell mit deren kultureller Herkunft ‚erklärt‘ wird, spricht man von Kulturalisierung. Eine kultursensible Herangehensweise hingegen sollte Kulturalisierungen vermeiden und das Zusammenspiel von kulturellen und anderen Faktoren, wie z. B. rechtlichen, sozialen und ökonomischen Einflüssen, berücksichtigen.

In dem Begriff „kultursensibel“ schwingt mit, dass man sensibel ist für die jeweilige Kultur. Aber heißt das auch, dass man sie akzeptieren muss, wie sie ist? Darf man über bestimmte Dinge nicht sprechen, weil sie tabuisiert sind? Kulturen verändern sich ständig und das heißt auch, dass sie verändert werden können. Man muss nur wissen wie. Allerdings sind größere Veränderungen nicht immer sofort möglich. In der Berliner Fallstudie wurde zum Beispiel diskutiert, in der HIV-Prävention für bestimmte Männer, die Sex mit Männern haben (MSM), Tabus nicht zu „brechen“ sondern zu umgehen und so zu versuchen, Information und Aufklärung zu ermöglichen.

„Bei der Berliner Fallstudie ging es vor allem um türkisch- und russischsprachige Männer, die Sex mit Männern (MSM) haben, jedoch nicht offen schwul leben bzw. sich nicht als schwul identifizieren. Das Teilprojekt von GLADT, eine Selbstorganisation von türkeistämmigen Schwulen, Lesben, Bi- und Transsexuellen, hat Expert/inn/en aus türkisch- und russischsprachigen Communities dazu befragt, wie die HIV/Aids-Prävention bei MSM funktionieren soll. Die Interviews ergaben, dass Sexualität ein Tabuthema ist und ethnisierte Vorstellungen von Geschlechterrollen vorherrschen: Männlichkeit wird mit Stärke, Durchsetzungskraft und Risikofreudigkeit verbunden und häufig auf einen bestimmten ethnischen Hintergrund bezogen („bei türkischen Männern“, „die Deutschen sind ...“). Sex mit Männern gilt als Verlust der Männlichkeit und ist daher ein großes Tabu, obwohl die Befragten erstaunlich viel zu MSM wussten. Man weiß davon, aber spricht nicht über das, was es nicht geben darf. Wie sollen dann die Präventionsbotschaften die MSM erreichen? Indem man das Tabu MSM in den Communities

bricht? Nein. Auch wenn angenommen wird, dass die geouteten MSM besser mit dem Thema zu erreichen sind, sollte eine kultursensible Prävention keinesfalls zum ‚Zwangsausouten‘ von MSM führen. Vielmehr empfehlen die befragten Expert/inn/en, MSM als Heterosexuelle an ‚normalen‘

Orten (U-Bahn, Straße, Kino etc.) anzusprechen. Genauso wichtig sei, Schlüsselpersonen, vor allem schwule Männer und MSM, die für das Thema sensibilisiert sind, als Multiplikatoren zu schulen. Denn Einzelsprache innerhalb der Migranten-Communities, z. B. über Vertrauenspersonen aus dem privaten Umfeld, MSO, religiösen Institutionen u. Ä. hat eine große Bedeutung. Diese Erkenntnisse legen nahe, dass wir in den Aidsprojekten umdenken müssen, wenn wir MSM mit Migrationshintergrund ansprechen wollen, die nicht schwul geoutet sind. Wir sollten sie im öffentlichen Raum nicht als schwul und auch nicht als MSM ansprechen, sondern als ein Teil der Allgemeinbevölkerung. Wie dabei die besonderen Risiken bei schwulem Sex zu vermitteln sind, wird eine Herausforderung werden.“

Nozomi

Wieso mache ich HIV-Prävention in meiner Community?

Verschiedene PaKoMi-Teilnehmer/innen afrikanischer Herkunft beschreiben die Gründe für ihr Engagement zum Thema HIV/Aids und für die HIV-Prävention so:

„HIV und Aids sind Themen, über die nicht gerne gesprochen wird. Dadurch glauben viele Leute, dass HIV sie nicht betrifft. Dabei wird aber oft vergessen, dass HIV mit uns und unter uns existiert. Darum mache ich diese Arbeit, um daran zu erinnern, dass HIV existiert, wo wir auch sind. Insgesamt möchte ich in meiner Community etwas verändern. Damit das möglich wird, ‚muss ich die Veränderung sein, nach der ich strebe‘.“

Ruth (*übersetzt aus dem Englischen*)

„Ich mache HIV-Prävention für und mit meiner Community, weil ich es wichtig finde. Ich möchte, dass sich die Mitglieder meiner Community besser über HIV/Aids und andere sexuell übertragbare Krankheiten informieren und davor schützen können, aber auch, dass sie sich solidarisch gegenüber Menschen mit HIV verhalten. Ich selbst weiß, wie schwierig es sein kann, in einem fremden Land Fuß zu fassen. Vor allem die mitgebrachten moralischen und kulturellen Barrieren und Tabus stehen der Prävention im Weg, nicht nur in Europa, sondern auch in Afrika selbst. Ich möchte, dass Zugangsbarrieren für Migrant/inn/en im deutschen Gesundheitssystem abgebaut werden und Chancengleichheit für alle ermöglicht wird.“

Omer

„Mein Interesse an HIV und Aids und daran, was es für afrikanische Migranten hier in Deutschland bedeutet, rührt von meinen Berührungspunkten mit dieser Erkrankung in meinem Heimatland Kenia her. Um zu begreifen, wie HIV und Aids von einem großen Teil der Bevölkerung in Afrika verstanden wird, ist es wichtig zu erkennen, dass Krankheit allgemein ganz anders als hier in Deutschland begriffen wird. Für den Ausbruch einer Erkrankung wird oft ein Zauber verantwortlich gemacht, als dessen Urheber alle möglichen Leute einschließlich verstorbener Vorfahren verdächtigt werden. In

solchen Fällen entscheidet die Familie darüber, den Kranken einem Zauberer vorzustellen, der, gegen entsprechende Bezahlung, komplizierte Riten zur Heilung und Abwehr des krankmachenden Zaubers durchführt. Diese Vorstellung findet sich quer durch alle Gesellschafts- und Bildungsschichten. Ich selbst war schon als Kind sehr skeptisch und habe mich gegen jegliche Traditionen und Aberglauben in unserer Familie gewandt, auch weil ich gesehen habe, dass dafür viel zu viel von dem wenigen Geld ausgegeben wurde, das wir hatten, ohne dass die Kranken dadurch geheilt worden wären. Später bin ich dann als Krankenschwester medizinisch ausgebildet worden und konnte meiner Familie besser helfen.

Die HIV-Infektion und Aids-Erkrankung breiteten sich in den 80er-Jahren des vergangenen Jahrhunderts in Ostafrika aus. Das war die Zeit, zu der ich meine Ausbildung als Krankenschwester machte. Diese neue Krankheit hieß im Volksmund ‚Slim-Disease‘ (auf Deutsch etwa Schlankheits-Erkrankung). Das beschrieb ziemlich genau, wie an dieser Erkrankung leidende Menschen aussahen: zunächst schlank und bei fortschreitender Erkrankung deutlich abgemagert. Zu dieser Zeit durfte in Kenia niemand – auch Ärzte und Krankenschwestern nicht – darüber sprechen: Die Regierung fürchtete um den Ruf Kenias als Touristen-Ziel. Im Nachbarland Uganda hingegen gingen medizinisches Personal und Politiker von vorneherein wesentlich offener mit den immer weiter wachsenden Erkenntnissen um die HIV-Infektion um. So konnten dort schon zehn Jahre früher als in Kenia Präventionsprogramme und Unterstützungsstrategien für Patienten mit AIDS ins Leben gerufen werden. An eine Behandlung, wie sie in Europa und Amerika auch zu dieser Zeit schon üblich war, war dort nicht zu denken. Wir konnten selbst in den 90er-Jahren die Patienten lediglich zu Ernährung, Hygiene und Pflege beraten, manche Komplikationen behandeln und die Angehörigen in ihrer sorgenden Pflege um die Kranken anleiten und unterstützen.

In den Armensiedlungen der kenianischen Hauptstadt Nairobi begegnete ich einem außergewöhnlichen Projekt, in dem den Kindern von oft alleinerziehenden, an Aids erkrankten Slumbewohnern beigebracht wurde, wie sie ihre kranken und siechen Eltern selber pflegen und ernähren können. Für diese kleinen ‚Kurse‘ trafen sich die

Kinder und Jugendlichen wöchentlich. So konnten sie sich gegenseitig unterstützen und stärken, ein paar Stunden Auszeit von ihrer alltäglichen Mühe erfahren und behutsam auf den bevorstehenden Tod ihrer Eltern vorbereitet werden. Erst seit kurzem sind in Ländern wie Uganda und Kenia die ARVs (Medikamente zur Unterdrückung der Virus-Aktivität) auch normalen Bewohnern zugänglich, weil Hilfs-Organisationen die kontrollierte kostenlose Verteilung übernommen haben.

Wer erkrankt an Aids? Ein weiterer, für mich sehr interessanter Aspekt dieser Erkrankung hier in Deutschland ist, dass über HIV und Aids im Wesentlichen nur im Zusammenhang mit so genannten Risikogruppen (z. B. Drogenabhängige, Migranten oder männliche Homosexuelle) geredet wird. Dies trifft für Kenia nicht zu: Die Erkrankung kommt in allen gesellschaftlichen Schichten vor: von Akademikern bis zu einfachen Bauern oder Tagelöhnern, bei Männern wie Frauen, auf dem Land wie in den großen Städten, bei arm und reich, und die Menschen merken das auch. Die Auswirkungen bei der armen, weniger gebildeten Bevölkerung sind allerdings schwerwiegender, da sie weniger leicht Zugang zu Tests, Beratung, Behandlung und guter Ernährung haben, z. B. weil es an Geld für den Transport zur nächsten Gesundheitseinrichtung fehlt. Ein Beispiel für diese unterschiedlichen Auswirkungen ist auch die Behandlung HIV-positiver Schwangerer: Beratung und freiwillige HIV-Tests im Rahmen der Schwangerschaftsuntersuchungen stehen in den Gesundheitseinrichtungen im Land allen zur Verfügung. Den Kaiserschnitt, der das Neugeborene mit großer Sicherheit vor der Infektion mit dem HI-Virus seiner Mutter schützt, können sich aber nur wenige leisten – eine Operation muss bar bezahlt werden, und die meisten haben keine Krankenversicherung.

Wochenenden mit mehr Beerdigungen als Hochzeiten: In meinem Heimatland Kenia finden am Wochenende viele Feierlichkeiten statt. Eine der wichtigsten ist die Hochzeit, zu der immer sehr viele Angehörige der großen Familien zusammenkommen. Auch bei Beerdigungen kommen viele Menschen zusammen – je bedeutender die verstorbene Person, desto mehr. Gegen Ende der 80er-Jahre merkten die Leute, dass sich die Zahl der Beerdigungen in einem Dorf oder in einer Gemeinschaft deutlich, auch im Vergleich zur

Anzahl der Hochzeiten, erhöhte. Daran merkten die Leute, dass ‚diese neue Krankheit‘ doch sehr ernste Auswirkungen auf ihre Gemeinschaft hat. Sie fingen an darüber zu reden und nach Rat zu suchen. Dies war die Zeit, in der auch in Kenia landesweit öffentliche Aufklärungs- und Präventions-Programme gestartet wurden und die Politiker zugaben, dass Kenia Probleme im Umgang mit HIV und Aids hat. Eins dieser Probleme ist, dass in vielen Familien die Elterngeneration an Aids verstirbt und die Kinder als Waisen z. B. von den Großeltern versorgt werden müssen, eine Aufgabe, auf die sie traditionell wenig vorbereitet sind. Mit Unterstützung des Staates und vieler Spender aus Europa und den USA haben es die Kenianer aber geschafft, die überwältigende Mehrheit der Aids-Waisen innerhalb der großen Familien (Extended Families) zu betreuen und in normale Schulen gehen zu lassen. Nur in Situationen, in denen die Kinder auf sich allein gestellt sind, z. B. in den Armenvierteln von Nairobi, können Einrichtungen wie z. B. die Schule ‚WATOTO WETU‘ (Unsere Kinder) nötig sein, in denen Kinder, die sonst auf der Straße um ihren Lebensunterhalt kämpfen müssten, tagsüber Schulbildung, Ernährung und Betreuung erhalten.

Wie groß die Herausforderung auch heutzutage für die ca. 1,5 Millionen Menschen mit HIV und Aids in Kenia ist (Gesamtbevölkerung ca. 35 Millionen), sich gegen Diskriminierung und Stigmatisierung in der Gesellschaft zu wehren, zeigt der erst kürzlich von einer Ministerin geäußerte Vorschlag, diese Menschen wegzusperren, um der weiteren Verbreitung entgegenzuwirken. Solche Aussagen erhöhen natürlich nicht die Bereitschaft in der Bevölkerung sich testen zu lassen, sondern schüren nur noch mehr Ängste. Glücklicherweise gibt es auch vernünftige Leute, wie in diesen Fall z. B. die Gattin des Präsidenten, die solchen Ansichten öffentlich widersprechen.

Mit solchen Erfahrungen und Erlebnissen im Herzen macht mir die Mitarbeit in der PaKoMi-Gruppe hier in Osnabrück ganz besonders viel Freude. Ich kann mich in die Vorstellungswelt vieler Afrikaner hineinversetzen und kenne andererseits auch das deutsche Gesundheitssystem. Ich versuche so, afrikanische Migranten hier in Deutschland in den Bereichen Gesundheit und HIV-Prävention nachhaltig zu unterstützen.“

Eine bulgarische Teilnehmerin, die in der Dortmunder Fallstudie mitgearbeitet hat, beschreibt ihre Motivation so:

„In meiner Community hat sich der Bedarf an HIV-Prävention unmittelbar nach der EU-Erweiterung 2007 dramatisch bemerkbar gemacht durch Migration zwecks Sexarbeit. Die Mehrheit der bulgarischen Frauen auf dem Straßenstrich in Dortmund stammt aus den Minderheiten (Roma und bulgarische Türken), die teilweise stark vernachlässigt sind. Fast alle Sexarbeiterinnen aus Bulgarien sind getrieben von finanzieller Not. Beides ist in Bulgarien sehr häufig der Grund für einen vorzeitigen Schulabbruch, möglicherweise sogar vor der vom Gesetz vorgeschriebenen 8. Klasse (abgeschlossen mit 14-15 Jahren). Aber auch schon so wird in Bulgarien sexuelle Aufklärung in der Schule nicht gerade groß geschrieben. Die meisten Frauen stammen aus unteren sozialen Schichten und haben kein ausgeprägtes Körper- und Gesundheitsbewusstsein. Der Körper wird ein Instrument zur finanziellen Absicherung – der eigenen und der der Familie. Das alles hat dazu geführt, dass sich die Beratungsstelle KOBER Mitte 2007 an die Aidshilfe gewandt hat, überfordert von der aktuellen Situation: Den Frauen fehlte Basiswissen über Verhütung, viele wussten nichts über Kondome, es gab jeden Monat neue Schwangerschaften. Die Unterschiede zwischen Deutschland und Bulgarien im Umgang mit den Themen Sex, Verhütung und HIV-Prävention sind erheblich, und wenn Sex zum Beruf wird, ist Wissen über die Themen überlebenswichtig. Aufklärungsarbeit schafft Sicherheit – für die Frauen selbst, in gleichem Maße aber auch für die Freier und ihre sexuellen Partner, also für uns alle.“

Ivelina

Wie mache ich HIV-Prävention in meiner Community?

„Durch Infoveranstaltungen in den Communities während der Vereinssitzungen, Kulturveranstaltungen, bei Fußballturnieren, in den Discos und in den bei Migrant/inn/en beliebten Treffpunkten. Ich mache auch aufsuchende HIV-Präventionsarbeit, z. B. Führung von persönlichen Gesprächen mit Schlüsselpersonen in den Communities, Teilnahme an Kulturveranstaltungen, Workshops etc. Dabei treffe ich die Vertreter/innen von Gemeinden persönlich und kann über die Bedeutung des Themas HIV/Aids sowohl für die Einheimischen als auch die Migrant/inn/en sprechen und darauf aufmerksam machen. Außerdem gewinne und schule ich interessierte Afrikaner/innen, damit sie ihren sozialen Umgang mit Menschen mit HIV/Aids verbessern können.“

Omer

„Es sind jetzt ungefähr neun Jahre, die ich ehrenamtlich bei der AIDS-Hilfe Osnabrück arbeite. Ich habe mich entschieden, Kondome an meine afrikanischen Landsleute in meiner Community zu verteilen. Wenn ich Kondome verteile, zeige ich eine Art Verantwortungsgefühl, und wenn die Leute die Kondome annehmen, zeigen sie eine Art Akzeptanz dafür, dass ‚Gesundheit mit einem guten Leben zusammenhängt‘. Die Kondome zu verteilen war der einfachste Weg, mit einer guten Atmosphäre einen Zugang zu den Menschen zu bekommen. Wir haben sogar über HIV und AIDS gesprochen – aber nicht immer. Um eine Diskussion indirekt anzustoßen, habe ich zum Beispiel, wenn ich in einem afrikanischen Laden gegessen habe, Kondome auf den Tisch gelegt. Meistens hat das funktioniert und endete in einer großen Diskussion über HIV und AIDS. Meine Arbeit ging erfolgreich weiter, bis die Leute mir den Namen ‚Mama Kondom‘ gegeben haben. Aufgrund von Stigmatisierung war es keine leichte Entscheidung, für meine Community zu arbeiten und HIV-Prävention zu machen. Ich hatte Angst, meinen Namen und meine Freunde zu verlieren und ausgeschlossen zu werden in einem Land, in dem ich keine Wurzeln habe. Jeder soziale Kontakt, den ich schließe, ist sehr wichtig für mich – physisch und psychisch.“

Ruth (übersetzt aus dem Englischen)



Abbildung 8:
HIV-Prävention beim Fußballturnier

Abbildung 9:
Gespräche und Kondome im Afroshop



„Nachdem die Beratungsstelle KOBER die Aidshilfe um Mithilfe bei der Beratung der bulgarischen Sexarbeiterinnen gebeten hatte, habe ich als ehrenamtliche Mitarbeiterin gemeinsam mit einer hauptamtlichen Mitarbeiterin der Aidshilfe angefangen, offene Runden zu veranstalten, bei denen wir mit den Frauen über Symptome und Ablauf der wichtigsten Geschlechtskrankheiten, über Schwangerschaftsverhütung und HIV gesprochen haben, unterstützt durch Bilder. Das Interesse war groß, und die Frauen, die zu diesen Runden gekommen sind, waren offen und interessiert. Man kann und sollte das Interesse und das vorhandene Potential nutzen, um den Frauen verbesserte Arbeits- und Lebensbedingungen zu ermöglichen, indem man sie für die Gefahren der Sexarbeit sensibilisiert und ihnen einen verantwortungsvollen Umgang mit dem eigenen Körper nahelegt.“

Ivelina

Wie werde ich wahrgenommen, wenn ich mich für HIV-Prävention in meiner Community einsetze?

Ruth hatte ja schon erzählt, dass es schwierig sein kann, wenn man in der eigenen Community mit dem Thema HIV/Aids in Verbindung gebracht wird (wenn man z. B. als „Mama Kondom“ bezeichnet wird). Auch Omer erlebt gemischte Reaktionen auf seine HIV-Prävention in afrikanischen Communities in Hamburg, aber er wird durchaus auch respektiert, gerade weil er sich traut, dieses sensible Thema anzusprechen:

„Die Wahrnehmung in den Communities ist sehr unterschiedlich. Ich werde sowohl positiv als auch negativ wahrgenommen; beides liegt am Thema, das von vielen Migrant/inn/en tabuisiert wird. Keiner redet darüber oder möchte darüber reden. Mittlerweile habe ich mich damit abgefunden, selbst wenn ich mit Abwehrreaktionen konfrontiert bin. Meine beruflichen Erfahrungen zeigen, wie interessiert einige afrikanische Schlüsselpersonen der religiösen und nicht-religiösen Gemeinden an HIV-Prävention sind und welchen Respekt einige zollen, wenn man bereit ist, sich mit diesem schwierigen Thema auseinanderzusetzen.“

Omer

Kann man von einer Zielgruppe „Migrant/inn/en“ sprechen?

In der HIV-Prävention und Gesundheitsförderung ist es üblich, Zielgruppen zu definieren, die von bestimmten Angeboten oder Maßnahmen erreicht werden sollen. So kann man gezielter vorgehen und Maßnahmen auf die speziellen Bedürfnisse dieser Gruppe zuschneiden. Allerdings stellt sich die Frage, ob man von Migrant/inn/en als einer Zielgruppe der HIV-Prävention sprechen kann. Es gibt Gründe, die dafür sprechen, und solche, die dagegen sprechen. Da sich Migrant/inn/en in Deutschland in so vieler Hinsicht unterscheiden, ist es grundsätzlich problematisch von „den Migrant/inn/en“ als einer Gruppe zu sprechen.¹ Man sollte in jedem Fall überlegen, ob es nicht mehrere Gruppen oder Untergruppen gibt, und versuchen, diese möglichst genau zu bestimmen. Auch die Unterscheidung zwischen Zielgruppe und Community kann hilfreich sein (siehe Kapitel 1). Omer beschreibt eine Kombination: Auf der einen Seite ist es sinnvoll, von Migrant/inn/en als Zielgruppe zu sprechen, auf der anderen Seite muss man sich der Vielfalt unter Migrant/inn/en bewusst sein:

„Ich bin der Meinung, man kann von einer Zielgruppe ‚Migrant/inn/en‘ sprechen, deren Barrieren gleich sind oder sich stark ähneln. In der alltäglichen Arbeit aber sollte man differenzieren. Zumindest sollte es verschiedene Angebote für verschiedene Kultur- und Sprachzonen geben. Häufig mögen die Migrant/inn/en einander nicht. Die Erfahrungen zeigen, dass wir Afrikaner/innen von einigen Afghan/inn/en oder Türk/inn/en in Hamburg nicht akzeptiert und manchmal als Satan oder Neger beschimpft werden. Auch innerhalb einer Zielgruppe können Konflikte auftreten, wenn z. B. in den Heimatländern ethnische, religiöse oder bürgerrechtliche Auseinandersetzungen vorhanden sind. Es scheint sinnvoll, vor Beginn der Arbeit die Gruppenverträglichkeit für eine Zusammenarbeit abzutasten. Ich denke, man kann eher von Kooperationen unter migrantischen Gruppen ausgehen als von einer Zusammenarbeit. Das Thema und die Zielsetzungen der Angebote spielen meiner Meinung nach eine große Rolle. Also nicht Schafe und Hühner in einen Topf werfen, da die Menschen auf dieser Erde sehr heterogen sind und unterschiedliche Kulturen pflegen. Denn sie haben auch unterschiedliche Bedürfnisse und Lebensziele.“

Omer

„In Deutschland leben circa 16 Mio. Menschen mit Migrationshintergrund, das sind knapp 19,6% der Gesamtbevölkerung.² Dabei handelt es sich um eine sehr heterogene Gruppe, die sich nach Herkunftsland, Staatsangehörigkeit, Aufenthaltsstatus, Bildungsgrad, sozialer Lage und Migrationserfahrung unterscheidet. Auch in Bezug auf die HIV-Risiken gibt es beträchtliche Unterschiede – intravenöser Drogenkonsum, hetero- oder homosexuelle Kontakte, mitgebrachte Infektionen aus dem Heimatland. Wegen dieser Unterschiede unter Migrant/inn/en ist es aus meiner Sicht sehr schwierig, von ‚Migrant/inn/en‘ als einer Zielgruppe der HIV-Prävention zu sprechen. An der Stelle ist eine differenzierte Betrachtung gefragt, um feststellen zu können, welche Migrantengruppen erhöhte HIV-Risiken haben und ob sie besondere Angebote und Maßnahmen benötigen, die gezielter auf ihre migrationsspezifischen, sprachlichen, rechtlichen und kulturellen Bedürfnisse eingehen. Um diese Gruppen zu identifizieren und ihren Bedarf besser bestimmen zu können, müssen Migrant/inn/en verstärkt beteiligt werden.“

Tanja

¹ Narimani 1998; von Unger & Klumb 2010

² Statistisches Bundesamt 2010

Braucht jede Community von Migrant/inn/en spezifische Angebote der HIV-Prävention?

„Jeder Mensch hat das Recht, über HIV und Aids informiert zu werden! Egal ob sich eine Maßnahme an die Allgemeinbevölkerung oder an bestimmte Zielgruppen (MSM, Sexworkerinnen, Drogengebraucher/innen etc.) richtet, wenn die Maßnahmen der HIV-Prävention nicht greifen, muss überlegt werden, ob spezifische Angebote für bestimmte Gruppen bzw. Communities von Migrant/inn/en notwendig sind. Da jedoch der Migrationshintergrund nicht automatisch zu einem erhöhten Präventionsbedarf führt, sollte man in der jeweiligen Kommune, Stadt oder Region schauen, welche Herkunftsgruppen epidemiologisch besonders auffällig sind. Unabhängig von ihrer Herkunft könnten außerdem jene Migrant/inn/en einen besonderen Bedarf an Information und Aufklärung haben, die in Deutschland neu angekommen sind oder sich in der aufenthaltsrechtlichen Illegalität befinden und daher in das hiesige Hilfesystem (noch) nicht integriert sind. Damit solche Projekte auch realisierbar sind, empfiehlt es sich Prioritäten zu erarbeiten. Und das Rad muss auch nicht immer neu erfunden werden. Es gibt sicherlich Strukturen wie z. B. Sprachkurse, Frauentreff u. Ä., in die die Angebote der HIV-Prävention eingebettet werden können. Oft gibt es so genannte ‚Integrationslotsen‘, die die wichtigen Botschaften zur HIV-Prävention in die Community hineintragen können.“

Nozomi

Viele Menschen mit Migrationshintergrund werden von Angeboten der HIV-Prävention erreicht, die sich an die Allgemeinbevölkerung oder eine der von Nozomi aufgeführten Zielgruppen richten. Die Frage ist allerdings, ob dies auf alle Migrantengruppen gleichermaßen bzw. in einem ausreichenden Maße zutrifft und ob es nicht bestimmte Gruppen gibt, die eine besondere Ansprache und spezielle Angebote benötigen. Die Ergebnisse des PaKoMi-Projekts, bei dem exemplarisch an vier Standorten der Bedarf von unterschiedlichen Migrantengruppen und Communities festgestellt wurde, legen dies nahe. So hatten die Bulgar/inn/en, die in Dortmund in der Sexarbeit tätig waren, andere Bedürfnisse im Hinblick auf die HIV-Prävention als beispielsweise die afrikanischen Communities in der Fallstudie Hamburg. Den einen fehlt grundsätzliches Wissen über Körperfunktionen, HIV und sexuell übertragbare Krankheiten, die anderen benötigen gezielte Informationen über anonyme und kostenlose Testangebote in Hamburg sowie über die aufenthaltsrechtlichen Auswirkungen einer HIV-Diagnose. Die einen benötigen Informationen auf türkisch und bulgarisch, die anderen auf englisch und französisch. Schriftliche Materialien sind für die einen relativ unbrauchbar, weil die Alphabetisierungsrate niedrig ist, für die anderen durchaus geeignet, da der Bildungsstand entsprechend hoch ist. Schon dieser erste Vergleich verdeutlicht, wie unterschiedlich die Bedürfnisse von verschiedenen Migrantengruppen im Hinblick auf die HIV-Prävention sein können.

Woran erkennen wir, dass bestimmte Gruppen von Migrant/inn/en einen Bedarf haben?

„Schwere Frage, zumal ein erhöhter Bedarf an Präventionsmaßnahmen schwer an ethnischer Herkunft festzumachen ist. Vielmehr sind soziale Herkunft, Bildung oder der Grad der Integration wichtige Faktoren dafür, ob jemand gut informiert ist oder nicht. Und gerade Menschen, die sozial benachteiligt sind, melden selten von sich aus ihren Bedarf. Haben Migrant/inn/en, die zu den so genannten sozial Benachteiligten gehören, bestimmte sexuelle Kontakte, kann man von einem erhöhten Bedarf ausgehen. Aber was ist zu tun, wenn die Menschen nicht anzutreffen sind, wo man üblicherweise Menschen mit solchen sexuellen Kontakten trifft? In der Berliner Fallstudie ging es um solche Personen, die vermutlich aufgrund ihres schwulen Sex gefährdet, jedoch in der schwulen Szene nicht zu finden waren. Diese Personen konnten in der Fallstudie anonym nach ihrem Bedarf gefragt werden. Allerdings war die Befragung nur über einen ‚Mittler‘ möglich, der aus demselben Kulturkreis stammt, sich mit Lebenswelten der zu Befragenden gut auskennt und eine gewisse Sensibilität gegenüber der Gruppe besitzt.“

Nozomi

„Voraussetzung für das Erkennen eines Bedarfs ist immer der unmittelbare Kontakt zu einer Zielgruppe, in dem Fall die Migrant/inn/en. Eine Bedarfsermittlung kann recht unaufwendig geschehen, z. B. durch das Ansprechen von Verantwortlichen in den einzelnen Communities oder durch das Mitleben und Erleben innerhalb einer Gemeinde. Auch kann das Community-Mapping dabei sehr hilfreich sein. Wenn eine Community schnell wächst und neue Angebote braucht, dann muss ich die alten Angebote revidieren und evaluieren, um den Erfolg zu überprüfen. Ich kann alte Angebote erneuern oder verändern und so dem aktuellen Bedarf anpassen, oder ich versuche, mit den Mitgliedern und Teilnehmern neue Projekte ins Leben zu rufen. Entscheidend für den Erfolg neuer Angebote ist aber die Mitgestaltung durch einzelne Mitglieder der Communities. Speziell bei Migrant/inn/en sollte man daran denken, dass neue Wege

(Schulungen, interkulturelle und transkulturelle Kompetenzförderung, niedrigschwellige Angebote, Sensibilisierungsveranstaltungen, sichere Arbeitsplätze für Migrant/inn/en mit HIV/Aids, muttersprachliche Beratungsangebote, ‚Home based care‘, Kampf gegen drohende Abschiebung von Migrant/inn/en mit HIV/Aids, Verbesserung der rechtlichen Situation) für die kultursensible Prävention entscheidend sind, um die Verbreitung von HIV in dieser Gruppe zu reduzieren. Auch neue Wege sollten nicht ohne die Beteiligung der Betroffenen beschritten werden. Es sollten nicht nur kurzfristige Projekte entwickelt, sondern langfristig Aufklärungsprogramme in der HIV-Prävention unterstützt werden. Nicht jede Migrantengruppe braucht eine Präventionsarbeit gegen HIV/Aids. Der Bedarf muss ermittelt werden, durch eine genaue Prüfung, die auch den kulturellen und moralischen Hintergrund berücksichtigt. Gegebenenfalls genügt für eine effektivere Arbeit schon die Übersetzung von Aufklärungsmaterial.“

Omer

Der Ansatz der Partizipativen Qualitätsentwicklung³ ist hilfreich, um den Bedarf gemeinsam zu bestimmen. Grundsätzlich sollte man den Bedarf einer Gruppe konkret feststellen und dabei verschiedene Informationen berücksichtigen wie z. B. epidemiologische Daten (Statistiken des Robert Koch-Instituts), das Wissen und die Einschätzungen von Praktiker/innen (Fachleute der HIV-Prävention und andere) und von Lebensweltexpert/innen aus den Communities. Methoden zur Bedarfsbestimmung finden sich auch im Internet.⁴

³ Wright 2010

⁴ www.quint-essenz.ch
www.partizipative-qualitaetsentwicklung.de

Unsere Einrichtung arbeitet nach dem Konzept der Interkulturellen Öffnung (IKÖ) – reicht das?

Die Interkulturelle Öffnung (IKÖ) der Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialwesens ist ein Konzept, das darauf abzielt, Migrant/inn/en den gleichen Zugang zum Gesundheitssystem zu verschaffen und die gleiche Qualität der Gesundheitsversorgung wie Menschen ohne Migrationshintergrund. Die IKÖ umfasst entsprechende Zielformulierungen, Standards und Maßnahmen. Dazu gehören u. a.:

die Beschäftigung von hauptamtlichen Mitarbeiter/inne/n mit Migrationshintergrund,

die Bereitstellung von mehrsprachigen Angeboten (schriftlich und mündlich),

die Vernetzung und Zusammenarbeit von verschiedenen Anbietern und Diensten,

Diversity-Trainings und inter-/transkulturelle Schulungen der Mitarbeiter/innen.

In Kapitel 7 empfehlen wir, Prozesse der IKÖ konsequent weiter voranzutreiben, da die Realität oft der Idee

hinterherhinkt.

Außerdem sollte festgestellt werden, ob über die IKÖ der Einrichtungen hinaus weitere, spezielle Angebote für bestimmte

Migrantengruppen notwendig sind.

Diversity ist das englische Wort für Vielfalt. In der Prävention und Gesundheitsförderung bedeutet der Diversity-Ansatz, die Vielfalt innerhalb der Zielgruppe/n oder Bevölkerung im Hinblick auf Geschlecht, Alter, sexuelle Identität, Ethnizität/Migrationshintergrund etc. angemessen zu berücksichtigen. Die interkulturelle Öffnung der Einrichtungen ist dabei ein Baustein.

Kommunikationsprobleme zu bewältigen, Angebote anzupassen und ggf. ein neues Profil zu entwickeln.

Projekte in den Arbeitsbereichen, wo Migration nur eine untergeordnete Rolle spielt, spüren den ‚Zwang‘ zu wenig

verankert und es würde ein für die Migration zuständiger Mitarbeiter bzw. eine Mitarbeiterin benannt. Oder die Einrichtung arbeite nach dem Ansatz des Diversity zur Förderung der Vielfalt, so dass Migrant/inn/en neben allen anderen Diversity-Zielgruppen (Frauen/Männer, Alte/Junge, Menschen mit gleichgeschlechtlichen Lebensweisen, Behinderte u. a.) automatisch mitbedacht seien. Die Erfahrungen zeigen aber, dass der gute Wille allein für gleiche Zugangschancen von Migrant/inn/en nicht ausreicht. Auch der Diversity-Ansatz hat nach dem Integrationskonzept in Berlin seine Grenzen: Die Probleme und Bedarfslagen von Migrant/inn/en unterscheiden sich von denen der anderen Diversity-Zielgruppen so erheblich, dass Maßnahmen der Interkulturellen Öffnung auf eigenem Weg verfolgt werden müssen. Dazu müssen Mitarbeiter/innen interkulturell fortgebildet werden, es müssen bei Bedarf Sprachmittler/innen bereitgestellt und/oder Mitarbeiter/innen mit interkultureller Kompetenz bzw. mit Migrationshintergrund gezielt eingestellt werden. Bei ‚Zielgruppen‘, die überwiegend aus Migrant/inn/en bestehen, hat sich oftmals der Prozess der Interkulturellen Öffnung automatisch vollzogen. Die Mitarbeiter/innen waren mit der Entwicklung der Klientel mit Migrationshintergrund gezwungen,

und tun sich mit dem Prozess der Interkulturellen Öffnung schwer. Mehrsprachige Informationen reichen oft nicht aus, um Migrant/inn/en überzeugend anzusprechen. Ob für eine bessere Erreichbarkeit neue Angebote speziell für bestimmte Migrant/inn/en geschaffen werden müssen und vor allem wann sich solche Maßnahmen (im Kosten-Nutzen-Verhältnis) lohnen, sind schwierige Fragen, die wir in Berlin nach der Fallstudie diskutiert haben und die uns weiterhin begleiten werden.“

„Das Berliner Integrationskonzept (2007) bezeichnet mit ‚Interkulturelle Öffnung‘ gleiche Zugangschancen für Migrant/inn/en zu Behörden, Diensten und Einrichtungen, außerdem gleichwertige Versorgungsqualität für Migrant/inn/en wie für die Mehrheitsbevölkerung. Auch Träger der Aidsprojekte sind in Berlin durch den Zuwendungsvertrag zur Interkulturellen Öffnung verpflichtet. Aber wie gestaltet sich die Interkulturelle Öffnung in der Praxis? Oft ist zu hören, dass Angebote selbstverständlich Menschen aller Herkunft offenstehen. Die Einrichtung habe schließlich Interkulturelle Öffnung im Leitbild

Nozomi

„Ich persönlich halte es für nicht ausreichend, wenn eine Einrichtung sagt, sie arbeite nach dem Konzept der Interkulturellen Öffnung und ihre Angebote stünden allen Menschen offen. Meiner Meinung nach ist das häufig nur Propaganda, um die meisten Gelder zu bekommen. Wer leistet Interkulturelle Öffnung und mit wem? Für mich heißt Interkulturelle Öffnung, gemeinsam mit den Migrant/inn/en Konzepte zu entwickeln, durchzuführen und ggf. zu evaluieren. Partizipation ist ein unverzichtbarer Bestandteil der Interkulturellen Öffnungsarbeit. Lediglich übersetztes Infomaterial reicht nicht aus, um interkulturell arbeiten zu können. Man sollte für die Erreichbarkeit der Zielgruppe auch mehr persönliche Kontakte, aufsuchende Arbeit und Beratungen anbieten können. Das verlangt allerdings eine Vielfalt von Sprachen, mehr Ressourcen, interkulturelle und transkulturelle Kompetenzen. Außerdem ist ‚offen zu sein‘ eine Einladung zur Teilnahme, aber nicht zur Teilhabe, denn dann müsste es heißen: ‚Wir freuen uns auf dein Engagement‘.“

Omer

Wenn ich HIV-Prävention für Afrikaner/innen mache, bedeutet das automatisch, dass ich sie stigmatisiere und diskriminiere?

„HIV-Aufklärung für Afrikaner/innen bedeutet nicht automatisch, dass man sie stigmatisiert oder diskriminiert. Es kommt darauf an, auf welche Art und Weise, für wen und mit wem HIV-Aufklärung durchgeführt wird. Einige Afrikaner/innen wollen nichts mehr von HIV/Aids hören, da sie in Deutschland schon genug diskriminierende Erfahrungen erlebt haben, sich minderwertig fühlen oder so bezeichnet werden – wegen der Sprache, der Hautfarbe, der Kultur und des Bildungsniveaus. Dazu kommt die in Afrika häufigste Todesursache: Aids. Wir werden häufig als De-facto-HIV-Träger/innen bezeichnet. Und das vermindert die Bereitschaft der in Deutschland lebenden Afrikaner/innen, die schon durch die Migrationsprozesse und Erwartungen, aber auch durch ihre Fluchtgeschichte und Integrationsgeschichte hoch traumatisiert sind und leiden.“

Omer

Zwei PaKoMi-Teilnehmerinnen aus München haben die Erfahrung gemacht, dass ein zielgruppenspezifisches Angebot für Afrikaner/innen, das sie entwickeln wollten, durch afrikanische Community-Vertreter/innen infrage gestellt wurde. Die Community-Vertreter/innen fühlten sich durch die explizite Thematisierung von HIV/Aids in Verbindung mit Afrikaner/inne/n diskriminiert. Die beiden PaKoMi-Teilnehmerinnen mussten sich mit folgender Situation auseinandersetzen: Was ist, wenn wir partizipativ infrage gestellt werden?

„Wir, Tzeggereda Mihreteab (ehrenamtliche Mitarbeiterin der Münchner Aidshilfe) und Antje Sanogo (hauptamtliche Mitarbeiterin der Münchner Aidshilfe) arbeiten seit 2009 mit partizipativen Arbeitsansätzen an der Entwicklung einer Präventionsstrategie der Münchner Aids-Hilfe für und mit afrikanischen Communities in München. Wir sehen in der Umsetzung von partizipativen Arbeitsansätzen ein großes Potential, vor allem auch deshalb, weil wir infrage gestellt werden und über den üblichen Horizont hinausschauen müssen. Hier ein Beispiel, was wir aus der Konfrontation gelernt haben: Afrikaner und Afrikanerinnen werden in Deutschland, auch unabhängig von HIV/Aids, häufig als Überträger/innen von Infektionskrankheiten gesehen, wie an den Zeitungsausschnitten zu sehen ist.

Andererseits sind Afrikaner/innen nicht nur von Krankheiten wie HIV/Aids bedroht, sondern auch von rassistischer Diskriminierung im Gesundheitssystem. Dies kann zu falscher Diagnostik, schlechter Versorgungsqualität u. Ä. führen. Grundsätzlich werden Afrikanerinnen und Afrikanern aufgrund ihrer Hautfarbe häufig Intelligenz, Begabungen und Bildung abgesprochen bzw. infrage gestellt. Insbesondere Kinder werden so z. B. durch ihre Lehrer/innen benachteiligt.

Im Verlauf des Projekts stellten wir fest, dass diese Erfahrungen von Menschen afrikanischer Herkunft dazu führen können, dass sie dem Thema HIV/Aids skeptisch gegenüberstehen. Werden sie nur aufgrund ihrer afrikanischen Herkunft als Zielgruppe für HIV angesprochen, befürchten sie die Bestätigung und Verfestigung der Vorurteile in der deutschen Mehrheitsbevölkerung. Diese Situation erlebten wir während der Erarbeitung unserer Broschüre für Eltern, die ihnen helfen soll, Wissen über STI und HIV/Aids an ihre Kinder weiterzugeben. Im Entwurf der Broschüre wandten wir uns im Einführungstext ausdrücklich an Menschen afrikanischer Herkunft. Von den Angehörigen der afrikanischen Gemeinschaft, mit denen wir kooperiert haben, wurden wir sehr nachdrücklich darauf aufmerksam gemacht, dass es diskriminierend sei, Afrikaner/innen allein aufgrund ihrer Herkunft in Zusammenhang mit HIV/Aids zu bringen. So würden rassistische Vorurteile bedient, und die Menschen, die wir erreichen wollen, würden eher abgeschreckt.

Im Folgenden geben wir Auszüge aus dem E-Mail-Verkehr wieder:

„... Jede Medaille hat zwei Seiten und die Rückseite könnte so aussehen: Bedingt durch unsere Gesellschaft kann so eine Kampagne auch zur Folge haben, das dunkelhäutige Menschen, die es in unserer Gesellschaft ohnehin nicht einfach haben, grundsätzlich in Verbindung gebracht werden mit HIV/Aids. Wer so eine Kampagne nur oberflächlich betrachtet, könnte Ängste entwickeln. Die Menschen, die sich noch nicht entschlossen haben, wie/ob sie mit dunkelhäutigen Menschen umgehen wollen, tendieren nun zu einer intoleranten und beschränkten Meinung und meiden allgemein dunkelhäutige Menschen (und dies vermitteln sie ihren Kindern). Hier ist also bei der Umsetzung des Themas sehr viel Sensibilität gefragt. Gutes Gelingen“

„... Die Tatsache, dass in diesem Kontext ein Kollektiv, die afrikanische Gemeinschaft, in Bezug auf Aids singulär gesetzt wird, ist missverständlich und verstärkt die Reproduktion des stereotypen Bildes von Afrika als Paradigma von Aids, wovon Menschen aus Afrika und der Diaspora im besonderen Maße betroffen sind. Dieses Stigma wird ihnen aufgedrückt unabhängig davon, ob sie in Afrika oder in Europa leben: Aids = Betroffene = Afrika = Schuld an der weltweiten Verbreitung von Aids = Angst (Xenophobie) = Verstärker für Rassismus. Ein Hilfsangebot, das auf diesem Konstrukt aufbaut, unterstützt Menschen afrikanischer Herkunft nicht, noch weniger die Betroffenen selbst, die sich outen. Es schadet ihnen eher, weil sie in dieser Gesellschaft bereits als schwarze Menschen Diskriminierung erfahren und ihre Rechte schwer oder gar nicht einfordern können. Die Mehrheit der deutschen Gesellschaft erkennt ja ihren Status als ‚vollwertige‘ Bürger nicht an. D. h. es ist hier gar nicht der Schutzraum für schwarze Menschen gegeben, der sie auffangen kann. Umso weniger steht er ihnen als Aids-Erkrankte zur Verfügung. Welchen Vorteil bringt es ihnen dann, sich zu bekennen, wenn die Folge davon zunehmende Intoleranz ist und ihnen noch mehr Rassismus widerfährt ...“

„... Als wir uns getroffen haben, hatte ich auch gefunden, dass die Ansprache zu Afrikanern etwas einseitig wirkte – auch wenn man versucht, das

afrikanische Publikum zu erreichen –, da alle Eltern interessiert sein sollten ihren Nachwuchs aufzuklären. Die Tatsache, dass Tzeggereda aus Afrika kommt, ist sicher eine Hilfe für den Zugang zu Afrikanern, sollte aber Eltern aus anderen Erdteilen nicht abschrecken. Zu einer Aids/HIV-Veranstaltung würde ich persönlich eher hingehen und mich sicher besser dort fühlen, wenn das angesprochene Publikum neutral und gemischt wäre, als wenn nur Afrikaner angesprochen wären, als würde die Gefahr nur von ihnen ausgehen – und schließlich gibt es genug Mischpartnerschaften in Deutschland, die eventuell gemeinsam Veranstaltungen besuchen möchten ...‘

Wir sind auf diese Bedenken eingegangen. Unsere Elternbroschüre wendet sich im Ergebnis dieser Diskussion an Eltern, für die es problematisch ist, dass ihre Kinder in Deutschland so freizügig mit sexuellen Themen konfrontiert werden. Wir wollen ihnen anbieten darüber zu sprechen, was sie als Eltern wissen sollten, um ihre Kinder selbst aufzuklären und z. B. vor sexuell übertragbaren Infektionen zu schützen. Für unsere zukünftige Arbeit gewannen wir aus diesen Erfahrungen die Erkenntnis, dass es für erfolgreiche Präventionskonzepte und Kampagnen sehr wichtig ist, sich genau zu überlegen, wen man ansprechen will und wie. Es sollte also bei geplanten Kampagnen oder Konzepten der Münchner Aids-Hilfe immer überlegt werden: In welcher konkreten Lebenssituation wäre es wichtig, über HIV/Aids aufgeklärt zu sein? Es sollte nicht nur um die Herkunft, sondern auch um die

konkreten Lebenssituationen in Deutschland gehen. Es hat sich sehr deutlich gezeigt, dass unser Ansatz der partizipativen Arbeit mit den Communities tatsächlich ein wichtiger Schlüssel ist. Wir glauben, Konzepte oder Kampagnen zur HIV-Prävention, die von außen den Communities mehr oder weniger aufgedrückt werden, funktionieren nicht. (Das wissen wir als Aidshilfe übrigens bereits aus der Präventionsarbeit in der schwulen Szene.)

In diesem Sinne werden wir das angesprochene Thema: ‚Diskriminierung durch HIV; Afrikaner als Zielgruppe allein aufgrund der Herkunft?‘ weiter diskutieren. Dabei wird es auch eine wichtige Rolle spielen, wie wir die deutsche Mehrheitsgesellschaft über rassistische Mythen bezüglich HIV/Aids und Afrika aufklären können. Wir denken, dass das Stigmatisierungspotential von HIV ein sehr starkes Hindernis für HIV-Prävention mit Menschen afrikanischer Herkunft in Deutschland ist, vor allem in Verbindung mit dem alltäglichen Rassismus, dem schwarze Menschen ausgesetzt sind, und der andauernden Verweigerung, dies zu einer gesellschaftlichen Debatte zu machen. Deshalb ist es zunächst wichtig, diese Diskussion in Bezug auf HIV zuzulassen, die Argumente anzuhören und sich damit auseinanderzusetzen.“

Antje und Tzeggereda

Abbildung 10:

„Krank“, „gefährlich“ und „wild“: Berichterstattung über Afrika (Zeitungsausschnitte)



Apotheken-
umschau
10/2009



Wild: Die Savanne in Simbabwe

Afrika

Der Schwarze Kontinent ist die Brutstätte vieler gefährlicher Infektionskrankheiten. Gründe: das Klima, die Tierwelt und die Armut. Vor allem Tuberkulose, Malaria

und Aids sind weitverbreitet. Gegen diese und die meisten anderen durch Viren, Bakterien oder Parasiten verursachten Krankheiten gibt es dort keine Impfstoffe. Daher kann oft nur vorbeugendes Verhalten helfen,

etwa Insektenschutz oder das Benutzen von Kondomen beim Sex. Impfen lässt sich gegen verbreitete Krankheiten wie Gelbfieber oder Hepatitis A. Cholera- und Typhus-Vorbeugung ist für Epidemiegebiete sinnvoll.

Apotheken Umschau 13

Die Angst vor dem Stigma von HIV/Aids

In der Einleitung haben wir bereits darauf hingewiesen, dass HIV/Aids ein Stigma anhaftet. Ein Stigma ist ein sozialer Makel. Eine stigmatisierte Krankheit wie HIV/Aids kann dem Ansehen schaden und zu Ausgrenzung führen. Aus diesem Grund wollen viele Menschen nicht mit HIV/Aids in Verbindung gebracht werden und Menschen, die mit HIV/Aids leben, halten ihre Infektion teilweise geheim. Das Stigma von HIV/Aids als kulturelles Phänomen ist allerdings nicht in Stein gemeißelt. Es stellt in vielen Gesellschaften und Gemeinschaften ein großes Problem dar, kann aber verändert und abgebaut werden, insbesondere wenn es gelingt, Vorurteile und Ängste abzubauen.

In der Fallstudie in Hamburg haben wir uns auch mit dem Stigma von HIV/Aids auseinandergesetzt (siehe Kapitel 6). Mara, eine deutsche Praktikerin, beschreibt, was sie gelernt hat:

„Ich habe in meiner Arbeit mit Afrikanerinnen und Afrikanern gelernt, dass eine HIV-Infektion ein großes Tabu ist. Die Menschen sprechen nicht darüber, Familienmitglieder sterben eher an anderen Krankheiten als an Aids. Für mich war diese Einstellung nachvollziehbar, jedoch auch schwierig, denn wie konnten wir als Aidshilfe ein Forum schaffen, in dem Afrikaner/innen mit HIV einen Platz haben? Die Auswertung der Befragung war für mich dann sehr erstaunlich, denn dort geben 60% an, dass sie eine Person mit HIV ‚ohne Vorurteil akzeptieren‘ würden. 20% wissen nicht, wie sie sich verhalten würden, und nur 10% sagen, sie würden Abstand nehmen. Also doch keine Stigmatisierung? Oder nur von wenigen? Und reicht das aus, um das Thema HIV so zu tabuisieren? Ich fragte nach: Auch wenn man ein Mitglied der Familie mit HIV unterstützt, heißt das noch lange nicht, dass man Menschen, die nicht zur eigenen Familie gehören, informieren würde. Denn eine HIV-Infektion ist für viele Menschen und auch für eine Familie immer noch eine Schande. Das heißt also, dass ich, um meine Familie vor der Schande zu schützen, lieber schweige. Und weil das alle (oder die meisten) so machen, wird nicht über HIV gesprochen. Aber, so diskutierten wir weiter, diese Einstellung verändert sich. Die Menschen öffnen sich langsam, und das ist ermutigend. So lautete zum Beispiel eine Antwort auf die Frage ‚Wie würden Sie eine geliebte Person unterstützen?‘: *„Lui donner plus d’amour – Ich würde ihr noch mehr Liebe geben“*.“

Mara

Ein Sozialarbeiter, der in der Berliner Fallstudie mitgearbeitet hat, beschreibt seine Eindrücke so:

„Die meisten der Jungs sind sich des Risikos bewusst, sich mit HIV infizieren zu können. Als wir sie fragten: ‚Was wäre, wenn du HIV-positiv wärst?‘, antworteten ausnahmslos alle, dass sie das auf keinen Fall jemandem in ihrem Herkunftsland erzählen würden (*Ich hätte Angst, dass meine Familie dann nichts mehr mit mir zu tun haben will.*‘; *Mir würde dann sowieso niemand helfen.*‘). Einige der Jungs meinen zwar, dass HIV/Aids kein Tabu sei, *aber trotzdem spricht keiner darüber*‘. Die wenigsten Jungs kennen einen (offen lebenden) HIV-Positiven persönlich. Für sie ist das Thema zwar präsent, aber noch immer sind einige wenige der Meinung, dass man sehen kann, ob jemand infiziert ist. (*Ich mach mir keine Sorgen – das sieht man doch, wenn einer krank ist.*‘). Für uns ist es wichtig, einerseits so früh wie möglich Kontakt zu den Jungs aufzunehmen, die neu in der Szene sind, um sie rechtzeitig über die Risiken ihrer Arbeit aufzuklären. Andererseits müssen wir weiterhin dazu beitragen, das Stigma von HIV/Aids zu reduzieren. ‚Wie reagierst du, wenn einer deiner Bekannten dir erzählt, dass er sich mit HIV infiziert hat?‘ *Wenn das ein Kollege von mir wäre, wär das schwierig für mich*‘; *Ich würde mit so jemandem nichts zu tun haben wollen – ich weiß, dass mir im Alltag nichts passieren kann, aber richtig sicher sein kann man sich doch nicht, oder?*‘. Diejenigen, die sich infiziert haben, fühlen sich meist sehr allein gelassen. Sie haben zwar, wenn sie Glück haben, Menschen, denen sie sich anvertrauen können, aber das sind in den seltensten Fällen Familienmitglieder oder Freunde. *Ich würde auf keinen Fall mehr zu meiner Familie zurückgehen – ich könnte nur hier [in Berlin] darüber reden.*‘; *Bei uns im Dorf glauben alle, dass das nur Menschen kriegen, die unmoralisch leben.*‘. Es gibt in der mann-männlichen Prostitution leider immer noch zu wenig Betroffene, die den Mut haben, sich gegenüber ihren Landsleuten zu outen. Viele Jungs kommen ursprünglich aus derselben Gegend und die Angst, dass ihre Familie was erfahren könnte, sitzt zu tief. (*Ich würde so weiterleben wie bisher, damit keiner was merkt.*‘).

Stefan

Diese Eindrücke zeigen, dass das Stigma von HIV/Aids teilweise noch sehr groß ist – also die negative Bedeutung der Krankheit, die Schuldzuschreibung, die Ängste und die Abwertung der Menschen, die daran erkranken – auch in verschiedenen Migrantengruppen und Communities. Das Stigma erschwert das Sprechen über HIV/Aids, es behindert den Umgang mit der Erkrankung, belastet und verletzt Menschen, die mit HIV/Aids leben, und erschwert die HIV-Prävention. Die Fallstudie in Hamburg zeigt allerdings: Man sollte das Stigma nicht überschätzen und vor allem die Potentiale, Stigma abzubauen, nicht unterschätzen – insbesondere wenn es gelingt, die Ressourcen der Communities zu nutzen und Meinungsführer/innen einzubeziehen, die sich solidarisch verhalten und an denen andere sich orientieren. International gibt es z. B. für die Einbeziehung von religiösen Führungspersonen mittlerweile beeindruckende Beispiele und Vorbilder⁵ und erste Schritt in diese Richtung werden auch in Hamburg unternommen. In der Entwicklung von HIV-Prävention für und mit Migrant/inn/en stellen der Abbau von Stigma und die Mobilisierung der Unterstützungspotentiale der Gemeinschaften eine zentrale Aufgabe dar.

⁵ UNICEF 2003

Arbeitshilfe

Welche sozialen Treffpunkte und schon bestehenden Strukturen gibt es in eurer Community, die man für HIV-Prävention nutzen könnte?

Welche kreativen Strategien bieten sich an?

Wie können die Themen HIV/Aids und Schutz vor HIV in eurer Community angesprochen werden – und von wem?

Welche Rolle spielt das Stigma von HIV/Aids und wie könnte es abgebaut werden?

5.

Leben mit HIV/Aids

Wie geht es Migrant/inn/en mit HIV/Aids in Deutschland?

Es gibt einen wichtigen Unterschied zwischen HIV und Aids: HIV ist ein Virus bzw. die Infektion mit dem Virus, die man viele Jahre haben kann, ohne etwas zu merken. Aids ist der Name für den Zustand, wenn man krank ist.¹

Ganz unterschiedlich, da es so viele verschiedene Gruppen und Lebenssituationen mit HIV/Aids gibt. Am schwersten haben es Personen, deren Aufenthalt ungesichert ist, die schon krank sind und die keine Krankenversicherung haben. Ist der Aufenthalt gesichert, hat man eine gute Krankenversorgung und Unterstützung. Und wurde HIV/Aids früh erkannt, kann man auch mit HIV sehr gut und lange leben.

„Seit 10 Jahren lebe ich in Deutschland. Als ich hier ankam, konnte ich erst mal keine Krankenversicherung abschließen, weil ich schon HIV/Aids hatte. Regelmäßig meine Medikamente zu bekommen, war nicht einfach. In meiner Heimat hatte ich schon mit einer Behandlung angefangen und konnte nicht einfach damit aufhören. Damals, als ich hier herkam, dachte ich, dass ich leicht Zugang zu Medikamenten bekommen würde, leider war es aber nicht so. Ich habe oft geweint damals, denn ich hatte das Gefühl, dass ich etwas Kriminelles in meinem Leben gemacht hätte und deswegen diese Krankheit ertragen müsse. Aber dann habe ich Menschen getroffen, die mir geholfen haben, mein Leben auf die Reihe zu kriegen. Wenn ich heute an diese Zeit zurückdenke, kommt das Gefühl von damals immer noch hoch. Inzwischen habe ich die deutsche Staatsangehörigkeit (obwohl ich weiterhin als Migrantin gesehen werde) und ich habe meine Krankenversicherung. Damit habe ich Zugang zu allen neuen Medikamenten, die auf dem Markt sind, und ich kann mein Therapie fortsetzen. Das Wichtigste ist für mich meine Familie, mein gesundes Kind, und ein Leben in geistiger und sozialer Gesundheit! Aber ich kann (und ich möchte) trotzdem nicht vergessen, wie schwierig es für jemanden ist, der wie ich darum kämpfen muss, sich hier in Deutschland zu etablieren.“

Rose

¹ DAH & BZgA 2010

Es leben schätzungsweise 70.000 Menschen mit HIV/Aids in Deutschland. Wie viele Migrant/inn/en darunter sind, weiß man nicht genau, aber der Anteil liegt zwischen einem Viertel und einem Drittel (25-33%). Die betroffenen Migrant/inn/en kommen aus ganz unterschiedlichen Ländern: vor allem aus afrikanischen Ländern südlich der Sahara, aus Südostasien und aus zentral-, west- und osteuropäischen Ländern (wie der Türkei, Polen und Russland). Das Robert Koch Institut (RKI) veröffentlicht regelmäßig die neuesten Zahlen und Sonderausgaben zum Thema HIV bei Migrant/inn/en in Deutschland.²

„Wie gut oder schlecht Migrant/inn/en in Deutschland leben und medizinisch versorgt werden, hängt davon ab, ob sie Papiere haben oder nicht. Wer keine hat, bekommt hier keine legale Beschäftigung und hat daher keinen Anspruch auf soziale Leistungen und auch keinen Zugang zum Gesundheitssystem. Viele HIV-positive Migrant/inn/en gehen aus Angst vor Abschiebung erst dann zum Arzt, wenn sie bereits krank sind. Dadurch werden die Chancen auf einen Behandlungserfolg deutlich geringer. Bei Organisationen wie der Malteser Migranten Medizin oder dem MediBüro gibt es zwar Ärzte, die Menschen ohne Papiere anonym und kostenlos behandeln, wenn sie plötzlich krank werden, sich verletzt haben oder schwanger sind. Diese Angebote können aber nicht eine dauerhafte ärztliche Behandlung und Versorgung mit Medikamenten abdecken, die bei chronischen Erkrankungen – wie z. B. bei einer HIV-Infektion – notwendig sind. Problematisch ist auch die rechtliche Situation bei Flüchtlingen im Asylverfahren: sie dürfen zum Beispiel den Bezirk der für sie zuständigen Ausländerbehörde nur mit deren Genehmigung verlassen, um z. B. eine HIV-Praxis aufzusuchen. Der Zugang zur angemessenen Behandlung kann durch diese ‚Residenzpflicht‘ erschwert werden. Flüchtlinge sind zugleich verpflichtet, in einer Gemeinschaftsunterkunft zu leben, die keine Privatsphäre ermöglicht. Dazu kommt, dass die HIV-Infektion selten als Abschiebehindernis anerkannt wird, weil die Rechtsprechung davon ausgeht, dass medizinische Behandlungsmöglichkeiten in den Herkunftsländern vorhanden sind. Höchst bedenklich ist dabei, dass zur Begutachtung der individuellen Situation eines Flüchtlings nur die Auskünfte der Botschaft im Heimatland akzeptiert werden. Weder Gutachten von großen Organisationen wie Ärzte ohne Grenzen noch Stellungnahmen von NGOs vor Ort werden berücksichtigt.“

Das Leben HIV-positiver Migrant/inn/en in Deutschland ist vielfach geprägt von der Angst vor dem Bekanntwerden der HIV-Infektion und der Angst vor Diskriminierung in der eigenen Community. Das führt dazu, dass sie ihre HIV-Infektion verschweigen um sich zu schützen und dafür Isolation und Einsamkeit in Kauf nehmen. Der Arzt und die Aidshilfe sind häufig die Einzigen, die von der HIV-Infektion erfahren.“

Die Geschichten von Menschen mit HIV/Aids sind sehr unterschiedlich. Eine afrikanische Frau erzählt ihre Geschichte so:

„Ich lebe mit HIV/Aids. Für mich bedeutet das, eine positive Einstellung gegenüber dem Leben zu haben. Jeder, der davon betroffen ist, mag viele verschiedene Gefühle haben, aber das Beste ist einfach, an sich zu glauben. Auch wenn es eine Zeit dauert, bis du akzeptierst, was dir widerfahren ist. Wir sind alle Individuen, es ist also okay, dass wir unterschiedlich reagieren. Es ist nicht einfach, aber an einem bestimmten Punkt musst du einfach ein Level an Akzeptanz erreichen, da wir nicht die Macht haben zu ändern, was passiert ist. Aber wir haben die Macht, unseren Lebensstil zu verändern. In meinem Land, Sambia, haben wir ein sehr lustiges Sprichwort: ‚Ka laye banoko‘, übersetzt: ‚Geh und sag auf Wiedersehen zu deiner Mutter‘. Das bezieht sich darauf, dass du, wenn du in der Stadt lebst, immer noch Verwandte, Vater und Mutter, auf dem Dorf hast. Wenn du seit langer Zeit krank bist, wird es für deine Verwandten teuer für dich zu sorgen und sie holen dich zurück in ihr Dorf, weil sie glauben, dass die Beerdigung dort billiger ist. Das ist mir auch passiert, als meine Schwester mich nicht mehr versorgen konnte. Außerdem hatte sie Angst, die Krankheit auch zu bekommen. Ich wurde im Jahr 2000 HIV-positiv getestet und 2002 begann ich mit der medikamentösen Behandlung. Am Anfang war es hart: Du denkst immer, dass alle dich anstarren und dass jeder es weiß. Der Schlüssel ist eine positive Einstellung gegenüber dem Leben, unabhängig von deiner Situation – du musst immer positiv denken. Ich gehe schlafen und wache am Morgen auf, freue mich auf einen positiven, produktiven Tag. Ich lebe mein Leben so, wie die Tage kommen. Es ist nicht leicht, aber ich will immer auch an Menschen in schlechteren Situationen denken. HIV ist kontrollierbar, solange du weißt, was du tun musst: mit der medikamentösen Behandlung beginnen, falls du nicht schon in Behandlung bist. Oder falls nicht, versuche einfach eine positive Einstellung zu haben und die Ratschläge zu einem Leben mit HIV zu befolgen. Der Gedanke an den Tod mag da sein, aber denke daran, dass niemand hier ist, um ewig zu leben, und dass Menschen auch sterben, wenn sie nicht HIV-positiv sind. Der Tod ist überall. Ich habe gelernt, dass es darum geht, welche Entscheidungen du in deinem Leben triffst.

So war es schon immer und so wird es immer sein. Du kannst das Leben nicht kontrollieren, aber du kannst deine Entscheidungen kontrollieren. Denke daran, dass jede Entscheidung Konsequenzen hat und dass du immer darauf vorbereitet sein solltest, ihnen zu begegnen.“

Malaika (*übersetzt aus dem Englischen*)

Wie oben schon gesagt, sind zunehmend auch Menschen aus zentral- und osteuropäischen Ländern betroffen. Darunter sind auch junge Männer, die mit Sex Geld verdienen. Ein Sozialarbeiter beschreibt diese Gruppe so:

„Viele Neueinsteiger in die mann-männliche Prostitution in Berlin sind Roma. Sie steigen in die Sexarbeit ein, weil in ihren Herkunftsländern (z. B. Rumänien, Bulgarien) ihre sozioökonomische Lage schlecht ist und sie als ethnische Minderheit keine Perspektive haben. Die jungen Männer versuchen extremer Armut und Ausgrenzung zu entkommen, und es bleibt ihnen oft kaum eine andere Wahl, als Sex gegen Waren, Leistungen oder Bares zu tauschen bzw. zu verkaufen. Die meisten von ihnen wissen bei ihrer Einreise kaum etwas über HIV/Aids oder andere sexuell übertragbare Infektionen (STI). Geringe Schulbildung, zum Teil Analphabetismus und unzureichende Deutschkenntnisse erschweren eine erfolgreiche Gesundheitsförderung und HIV-Prävention. Immer noch glauben viele der Jungs, dass man sehen kann, wer HIV-positiv ist. Die Jungs gehen in Deutschland anschaffen, um Geld zu verdienen. Als EU-Bürger sind sie legal im Land und dürfen auch arbeiten. Viele Jungs haben eine Partnerin in ihrem Heimatland und führen ein Doppelleben. Die Trennung von ihrer Partnerin führt zu Einsamkeit, und die Jungs suchen Sex und Intimität auch außerhalb der Heimat. Außerdem können Anonymität und die fehlende soziale Kontrolle ihr Verhalten beeinflussen. Die Jungs verhalten sich in Deutschland anders als in ihren Heimatländern. Ein großes Problem ist, dass der Großteil der Jungs, die hier anschaffen gehen, trotz EU-Abkommen sowohl in Deutschland als auch in ihren Heimatländern ohne Krankenversicherungsschutz sind. Wir benötigen mehr zuverlässige Partnerprojekte für die Therapie und medizinische Behandlung der Jungs, die sich mit HIV infiziert haben. Die Behandlung ist sehr

langwierig und kostenintensiv, und sie haben in Deutschland keinen Anspruch darauf. Die meisten Jungs – auch die, die sich mit HIV infiziert haben – wollen mit ihrer Partnerin im Heimatland Kinder haben. Für sie kommt Kondomgebrauch nicht infrage – oft mit fatalen Folgen. Kaum einer der Jungs, die sich infiziert haben, spricht darüber. HIV wird nach wie vor mit Schwulsein assoziiert, was trotz (oder wegen?) ihres Anschaffens von den meisten Jungs abgelehnt wird. Sie fühlen sich alleingelassen und hilflos und wissen nicht, mit wem sie darüber reden können und wie sie mit ihrer Scham, ihrer Wut und Angst umgehen sollen. Für sie kommt eine Beratung bei der Aidshilfe oft nicht infrage, da HIV und Aids immer noch stigmatisiert sind. Unsere Einrichtung (subway) bietet diesen Jungs Hilfe an.“

Stefan

Eine Mitarbeiterin der Aidshilfe berichtet von ihren Erfahrungen und von einem Mann aus Osteuropa, der hier herausfand, dass er HIV-positiv ist:

„Ich kann nicht generell sagen, wie die Migranten mit HIV/Aids in Deutschland leben. Allerdings kann ein kurzer Bericht vielleicht veranschaulichen, wie die Erfahrung bzw. der Umgang mit HIV/Aids von Einzelnen erlebt wird: Ein Klient von mir erfuhr von seiner HIV-Infektion vor einigen Monaten, als eine Ärztin bei ihm eine Vollkontrolle machte, weil nach einer Operation seine Blutwerte nicht im ‚Normbereich‘ waren. Die Nachricht, sich mit HIV infiziert zu haben, war unerwartet und schockierend. Die erste Zeit war schwer. Die Diagnose löste viele Gefühle aus: Angst vor dem Tod und davor, eventuell seine Familienmitglieder infiziert zu haben, Trauer, Hilflosigkeit. Er wusste nicht, was er noch vom Leben zu erwarten hat. In der Folge hatte er viele depressive und schlaflose Nächte. Er wusste auch nicht, wo er sich Hilfe holen konnte.

Generell gewinne ich durch meine Arbeit bei der Aids-Hilfe immer wieder den Eindruck, dass Personen mit Migrationshintergrund wenig darüber informiert sind, an wen sie sich wenden können, wenn sie Fragen zu HIV/Aids haben und Hilfe brauchen. Dieser Klient hat auch heute noch Schwierigkeiten, mit seiner Erkrankung offen umzugehen. Er hat bisher niemandem aus

seinem Umfeld (Freunden, Bekannten, Nachbarn etc.) davon erzählt. Über seine Hepatitis kann er dagegen frei sprechen. Er sagt, wer von seiner HIV-Infektion erfährt, könne ihn auf keinen Fall für einen vernünftigen und klugen Menschen halten. Dieser gemäßigte Ausdruck versteckt eine große Angst vor Ausgrenzung, Ablehnung und Diskriminierung, die ihn immer wieder einholt. An diesem Punkt seines Lebens ist er nicht bereit, damit konfrontiert zu werden. Mit seiner Partnerin war er allerdings von Anfang an offen, und sie hielt zu ihm. Trotzdem wird innerhalb der Familie (er hat zwei Kinder) über HIV/Aids nicht gesprochen. Seine Lebenseinstellung hat sich geändert. Familie ist ihm viel wichtiger geworden. Neue eigene Pläne macht er nicht mehr. Wenn er sich vorher ein schönes Auto gewünscht hatte, will er sich heute nur um seine Kinder und seine Familie kümmern.

In Bezug auf das HIV-Stigma machen unsere Klienten unterschiedliche Erfahrungen. Eine Person mit Migrationshintergrund wurde von anderen geoutet und hat öfter Diskriminierung erlebt. Jedoch lebte diese nicht in einer eigenen Community, sondern in einer Gemeinschaftsunterkunft. Dagegen sagte ein deutscher Klient, dass er viel mehr Angst vor Ausgrenzung im persönlichen Umfeld gehabt hatte, als er dann tatsächlich Negatives erfuhr. Bei der Bekanntgabe seiner Erkrankung reagierte sein Umfeld überhaupt nicht so negativ und ablehnend, wie er befürchtet hatte.“

Kristina

Wo finden Migrant/inn/en mit HIV/Aids Hilfe und Unterstützung?

In vielen Städten gibt es verschiedene Einrichtungen und Ansprechpartner/innen, die Menschen mit HIV/Aids helfen. Wenn man sich über HIV informieren möchte oder wenn man HIV-positiv ist, geht man am besten zu einer Aidshilfe oder Aids-Beratungsstelle oder ruft dort an. Bei Gesundheitsämtern kann man sich anonym testen lassen und wird gegebenenfalls an die richtigen Stellen weitervermittelt. Es gibt gute Ärzte und Ärztinnen, die sich auf HIV/Aids spezialisiert haben, und Beratungsstellen, die helfen, diese Ärzte und Ärztinnen zu finden.

Aidshilfen sind keine staatlichen Organisationen. Sie helfen in vielen Angelegenheiten, z. B. wie man Organisationen findet, die Menschen ohne Papiere unterstützen. Aidshilfen bieten vertrauliche Beratungen an und unterstützen Selbsthilfegruppen von und für Menschen mit HIV/Aids. Wenn man HIV-positiv ist, merkt man bei der Aidshilfe: Man ist nicht allein!

„Die regionalen Aidshilfen und ihr Bundesverband (DAH) bemühen sich seit vielen Jahren, die Sorgen und Nöte von Migrant/inn/en durch spezielle Angebote zumindest zu lindern, auch wenn sie wissen, dass sie für viele, vor allem aufenthaltsrechtliche Probleme keine Lösungen bieten können. Bei der Unterstützung von Menschen mit HIV/Aids hat sich beim Verband der Aidshilfen seit den 1990er-Jahren viel verändert: Immer mehr HIV-positive Migrant/inn/en aus verschiedenen Kulturen suchen die Beratungs- und Selbsthilfeangebote von Aidshilfen auf, nutzen die Angebote für HIV-positive Menschen und wirken verstärkt bei der Planung und Umsetzung von weiteren Maßnahmen und Angeboten der Aidshilfen mit. Es ist für beide Seiten nicht einfach, eine vertrauensvolle Beziehung und eine Kommunikation auf Augenhöhe aufzubauen. Aber wenn es gelingt, sind große Erfolge möglich – für alle Beteiligten.

Aidshilfen beraten und betreuen Menschen mit HIV/Aids. Sie bemühen sich, bei allen Lebensbereichen und Problemlagen zu helfen, nicht nur bei HIV/Aids – von aufenthaltsrechtlichen Fragen über Probleme bei der Wohn- und Arbeitssituation bis hin zu ganz persönlichen Fragen des täglichen Lebens. Für viele HIV-positive Migrant/inn/en sind eine unsichere Aufenthaltssituation und die Unterbringung in Gemeinschaftsunterkünften wesentliche Themen in

der Beratung – sie nehmen häufig mehr Raum ein als HIV/Aids. Erst wenn der Aufenthalt gesichert ist, können die Krankheitsbewältigung und das Leben mit HIV/Aids mit einer Zukunftsperspektive belegt werden.

Die Deutsche AIDS-Hilfe (DAH) und lokale Aidshilfen leisten auch räumliche, logistische und finanzielle Unterstützung für die Selbsthilfektivitäten von Migrant/inn/en mit HIV/Aids. Dafür muss es ein gemeinsames Verständnis von Selbsthilfe geben: Viele Migrant/inn/en wünschen sich zunächst einen Schutzraum für Kontakte mit anderen HIV-Positiven abseits der eigenen Migranten-Communities. Solche Angebote ermöglichen es den Betroffenen, als Gruppe Selbstbewusstsein zu entwickeln, sich in der Öffentlichkeit darstellen zu können und ihre Interessen zunehmend selbst zu vertreten.

Mit den jährlichen bundesweiten Positiventreffen für positive Migrant/inn/en konnte die DAH einen Beitrag leisten, die soziale Isolation aufzubrechen, sodass die Teilnehmer/innen gegenseitige Unterstützung, Austausch und Vernetzung erleben können. Die 50 bis 70 Teilnehmer/innen treffen sich drei Tage in Tagungshäusern an geschützten Orten und lernen und arbeiten in Workshops zu Medizin und Behandlungsmöglichkeiten (ART), Sexualität und Partnerschaft, Stigma und Diskriminierung, sozialrechtlichen und asylrechtlichen Fragen. Die Erfahrungen der letzten Jahre haben gezeigt, dass dieses bundesweite Angebot weniger Angst erzeugt, dass die eigene HIV-Infektion bekannt wird, weil die Überregionalität anonym ist. Das Treffen bietet Zeit, um Vertrauen zu Organisator/inn/en, Referent/inn/en und den anderen Teilnehmer/innen aufzubauen und Fragen zu stellen, die im Beratungsalltag häufig nicht gestellt werden. Für die Einzelnen bedeutet das Treffen ein Ausbrechen aus der Isolation, Stärkung des Selbstbewusstseins und die Förderung der Kommunikation mit Ärzt/inn/en und Berater/innen. Und manche finden nach einem Treffen sogar den Mut, mit anderen HIV-positiven Migrant/inn/en in ihrem Wohnort Kontakt aufzunehmen. Die DAH bietet zukünftig im Rahmen dieser Treffen auch interaktive Workshops für Kinder. Informationen zu den verschiedenen Angeboten der DAH im Bereich Migration sowie die Nummer unserer Beratungsservices findet ihr auf unserer Internetseite.“

Es ist nicht immer leicht, den richtigen Arzt oder die richtige Ärztin zu finden. Eine HIV-positive Afrikanerin beschreibt ihre teils guten, teils schlechten Erfahrungen:

„Als HIV-positive Menschen machen wir meistens durch, was Menschen, die nicht HIV-infiziert sind, auch durchmachen in ihrem Leben, aber bei uns passiert alles so schnell. Ich habe mein Land verlassen, war plötzlich in einem total neuen kulturellen Umfeld mit anderen Traditionen und musste eine neue Sprache lernen. Ich habe einen guten Familienarzt hier in Deutschland gefunden, der ein ausgebildeter HIV-Spezialist ist und auch in Afrika gearbeitet hat. Mit ihm hatte ich nie irgendwelche Probleme. Aber es gibt auch andere Erfahrungen: Ich bin zu einem Zahnarzt gegangen, bei dem auch mein Mann bereits gewesen war. Als ich dort ankam, bekam ich die üblichen Formulare, um meine persönlichen Daten einzutragen. Ich habe angegeben, dass ich HIV-positiv bin und Medikamente nehme. Bevor ich mich versah, hielt die Krankenschwester mein Formular so unachtsam, dass andere Leute im Wartezimmer sehen konnten, was ich geschrieben hatte. Und als ob das nicht schon schlimm genug wäre, erzählte sie einem Bekannten von meinem Gesundheitszustand. Ich war verärgert und wollte sofort gehen, aber mein Mann sagte, dass das keine gute Lösung sei, sondern dass wir dem Zahnarzt sagen sollten, was passiert war. Der Zahnarzt hat die Frau später zu sich gerufen und mit ihr in meiner Gegenwart gesprochen. Sie hat sich entschuldigt. Seitdem bin ich nie wieder dorthin gegangen. Ich bin zu meinem HIV-Spezialisten gegangen und habe ihm erzählt, was passiert war. Er hat mich an einen anderen Zahnarzt überwiesen, mit dem sie zusammenarbeiten. Und dort lief alles gut, keine Fragen. Ein anderes Mal hatte ich Probleme mit der Haut und bin wieder zu meinem Arzt gegangen. Er hat mich an einen Hautarzt überwiesen, der mich ohne Probleme behandelt hat. Ich habe gelernt, immer erst meinen Arzt zu fragen, wenn ich ein Problem habe. Es viel besser, seit er mich an andere Ärzte überweist, mit denen er zusammenarbeitet.“

Ich habe noch eine schlechte Erfahrung gemacht. Ich war gerade seit drei Monaten in Deutschland und musste operiert werden. Den Papierkram hatten wir schon erledigt, und mein Arzt überwies mich zu einem Gynäkologen, der mich zu einer großen Klinik weiterleitete. Ich dachte, dass die Mitarbeiter in der Klinik meine Akte gesehen hätten, aber ich glaube, dass diese bestimmte Person entweder neugierig war oder sichergehen wollte. Als ich auf das Narkosemittel wartete, fragte er mich: ‚Sie haben HIV?‘ Du kannst dir sicher vorstellen, ich war neu und ich habe nicht wirklich verstanden, was er meinte. Für mich hörte es sich so an wie ‚Haben Sie Heuschnupfen?‘, und meine Antwort war: ‚Nein mir geht es gut.‘ Ich dachte, es wäre Routine, einen Patienten das zu fragen. Während ich wartete und darüber nachdachte, ging ich das deutsche Alphabet durch und realisierte plötzlich, dass er HIV und nicht Heuschnupfen meinte. Ich habe ihn sofort gerufen und gesagt: ‚Entschuldigung, meinten Sie HIV-positiv?‘ Er sah mich an und sagte: ‚Ja.‘ Ich sagte: ‚Entschuldigung, ich habe Sie nicht verstanden. Ja ich bin HIV-positiv.‘

Du kannst dir vorstellen, was mir nun durch den Kopf ging! Ich war kurz davor, operiert zu werden. Warum musste er mich das jetzt fragen? Ich dachte, dass dies bereits diskutiert worden war, als sie meinen Fall besprochen hatten. Als ich auf das Narkosemittel wartete, dachte ich, dass ich nicht mehr aufwachen würde. Ich machte mir Sorgen und hatte Angst. Ich meine, es sollte doch einen Weg geben, dass sie Bescheid wissen und nicht den Patienten fragen müssen, insbesondere wenn es am Tag zuvor mit einem anderen Arzt besprochen wurde.

Das sind einige der Ängste. Manchmal möchtest du deinen HIV-Status in einer ungewohnten Umgebung nicht offenlegen.

Was mir wirklich geholfen hat, war die Teilnahme an einem Seminar der Deutschen AIDS-Hilfe ‚Soziales System Deutschland‘. Dort habe ich gelernt, was ich während der Anmeldung nicht sagen muss, was warten kann, bis ich im Arztzimmer bin. Dort kann ich dem Arzt von Person zu Person meine Situation schildern, um den Prozess zu erleichtern. Information ist Macht!“

Malaika (übersetzt aus dem Englischen)

Solidarität, Selbsthilfe und Empowerment

Das Netzwerk Afro-Leben+ ist ein bundesweiter Zusammenschluss von HIV-positiven, vorwiegend afrikanischen Migrant/inn/en, das sich 2001 gegründet hat. Die Netzwerkmitglieder stehen als regionale Ansprechpartner/innen für Migrant/inn/en mit HIV/Aids zur Verfügung. Sie bieten Beratung und Unterstützung zu Themen rund um das Leben mit HIV/Aids in Deutschland an, machen Präventionsarbeit in den Communities und initiieren regionale Selbsthilfegruppen. Außerdem fördern sie durch die bundesweite Vernetzung den Austausch und die politische Zusammenarbeit zur Verbesserung der Lebenssituation HIV-positiver Migrant/inn/en.

„Die Deutsche AIDS-Hilfe (DAH) unterstützt die Aktivitäten des Netzwerkes Afro-Leben+ und hat zusammen mit den Netzwerkmitgliedern mehrere Präventionsmedien und politische Aktionen umgesetzt. Aktuell konzentriert sich die DAH bei ihrer Migrationsarbeit darauf, verstärkt Migrant/inn/en mit und ohne HIV/Aids sowie deren Netzwerke in die Präventionsarbeit einzubinden und deren Empowerment zu unterstützen. Ihre Kompetenzen und Ressourcen werden im Rahmen verschiedener Seminare und Fortbildungsangebote gefördert. Die DAH bietet z. B. seit Jahren Mediatorenschulungen für Migrant/inn/en mit und ohne HIV/Aids und unterstützt Migrant/inn/en bei der Umsetzung von Präventionsveranstaltungen in ihren Communities. Darüber hinaus entscheiden Migrant/inn/en im Rahmen des Möglichen bei allen Neuvorhaben der DAH mit (z. B. durch Mitarbeit an der Konzeption und Erstellung von Print- und audio-visuellen Medien, durch Konzeption und Umsetzung von Theaterauftritten usw.). Die DAH beteiligt sich auch an migrationspolitischen Diskussionen und fordert im Rahmen ihrer Aktivitäten (Postkartenserien, Theaterstücke usw.) den uneingeschränkten Zugang zu medizinischer Versorgung, Wohnraum und Sozialleistungen für alle Menschen mit HIV und Aids in Deutschland unabhängig von ihrer Herkunft.“

Tanja

Welche Rolle spielen Menschen mit HIV/Aids in der Prävention?

Personen mit HIV/Aids in die HIV-Prävention einzubinden, hat viele Vorteile: Ihre Erfahrung und ihr Leben mit HIV/Aids ermöglichen es anderen Menschen zu begreifen, dass der Virus real ist, dass sich auch ganz normale Menschen infizieren können, dass ein positives HIV-Testergebnis nicht das Ende bedeutet und dass Menschen mit HIV/Aids nicht allein sind.

„Menschen mit HIV/Aids spielen eine wichtige Rolle im Kampf gegen HIV und in der HIV-Prävention. Als Vorbilder können wir großen Einfluss haben, weil wir über unsere persönlichen Erfahrungen reden und nicht darüber, was wir irgendwo gelesen haben. Die meisten Menschen können sich mit uns identifizieren, sich in uns wiederfinden und realisieren, dass auch wir ganz normale Menschen sind, nichts Besonderes. Persönliche Erfahrungen zu teilen ist sehr wichtig, weil die Menschen dann echt Beispiele sehen können. Ich werde ein Beispiel von mir selbst geben: Ich habe einen Dokumentarfilm über mein Leben mit HIV gedreht. Er heißt ‚Tikambe‘, übersetzt: ‚Let’s talk about it‘, und hat zwei Auszeichnungen gewonnen: beim Chicago Filmfestival und beim New York Filmfestival. Der Film zeigt ziemlich realistisch meinen Gesundheitszustand, nachdem die AIDS-Symptome sichtbar wurden, und die verschiedenen Reaktionen meines sozialen Umfelds und meiner Familie. Es gab einen Wendepunkt mit dem Beginn der medikamentösen Behandlung. Als ich in einer besseren gesundheitlichen Verfassung war, konnte ich meiner Familie besser erklären, was ihre Reaktionen auf meinen Gesundheitszustand für mich bedeuteten. Ich habe meinen Film an verschiedenen Orten mit unterschiedlichen Zuschauern gezeigt, und die Rückmeldungen waren überwältigend positiv. Einige Kommentare lauteten: ‚Es ist so echt! Insbesondere, dass man die Person im Film auch als Person sieht. Wenn man normalerweise einen Film guckt, dann bleibt man mit vielen unbeantworteten Fragen zurück. Aber hier, bevor du dich versiehst, kommt die echte Person herein und du hast die Möglichkeit, Fragen zu stellen.“

Malaika

Wenn Menschen mit HIV/Aids offen über ihre Erfahrungen sprechen, kann dies für andere Menschen einen großen Unterschied machen:

„Ich habe sehr großen Respekt gegenüber Menschen, die offen über ihre Aids-Erkrankung oder ihre HIV-Infektion sprechen können. Für mich sind das Helden der HIV-Prävention. Ihr Mut und ihre Geschichten lassen sich schwer in Worte fassen. Dazu habe ich zwei Erfahrungen gemacht: Während eines Besuchs in meinem Heimatland Kenia im Jahre 2005 wurde ich eingeladen, an einer öffentlichen Gebets-Versammlung mit und für Kranke teilzunehmen. Auf einem großen Platz kamen etwa zwei- bis dreitausend Menschen unter freiem Himmel zusammen. Angeleitet von einem stimmungsvollen Chor sangen und tanzten die Menschen und drückten so ihre Lebensfreude aus. Dann kamen etwa 15 Menschen, junge und alte, Männer und Frauen, gut gekleidet und wohl genährt, auf die Bühne und berichteten vor der großen Menschenmenge von ihrer ganz persönlichen Geschichte mit HIV und AIDS. Den meisten der Vortragenden ging es darum klarzumachen, dass diese Krankheit tatsächlich existiert, sie und ihr Schicksal waren ein lebendiges Beispiel dafür. Anderen ging es darum zu erklären, warum sie bald sterben werden, und an Freunde, Verwandte und die ‚Community‘ zu appellieren, sich um das Wohlergehen der Hinterbliebenen – ihrer Ehepartner, Kinder oder auch Eltern – zu kümmern. Die Veranstaltung sollte auch dazu beitragen, dass junge Leute und kommende Generationen die Gefahr, die von dieser Krankheit ausgeht, ernst nehmen und ihr Leben danach ausrichten. Nach jedem Vortrag kniete die Versammlung auf dem staubigen Boden nieder und betete. Nach jedem Gebet machte sich erneut eine angespannte Stille breit und mit dem Ausdruck von Angst, Verzweiflung, Trauer oder Wut im Gesicht wendeten sich die Menschen dem nächsten Erzähler und seiner Geschichte zu. Ich verließ die Versammlung mit dem Gefühl von Trauer über die starke Verbreitung von HIV und AIDS in meinem Heimatland, aber auch mit der hoffnungsfrohen Erkenntnis, dass sich ein ganz eigenständiger Weg der Prävention und der Anteilnahme entwickelt.

Die zweite Erfahrung: Vorstellungsrunde in einem HIV/Aids-Workshop der DAH. Neben mir sitzt eine Frau, die sich vorstellt und aus freien Stücken erzählt, sie sei HIV-positiv. Während sie über sich redete, bekam ich eine Gänsehaut. In der Pause konnte ich sie dann ansprechen und meine Bewunderung ausdrücken, dass sie so mutig gewesen war, ihre Krankheit öffentlich zu machen.

„Wir müssen was über uns als HIV-Positive erzählen, weil man solche Erfahrungen nicht in einem Buch finden kann“, sagte sie mir. „Mit meinen Aktivitäten möchte ich dazu beitragen, dass die Krankheit und nicht die Kranken bekämpft werden.“

Eine andere Teilnehmerin der Runde erzählte, dass sie aus Angst, ihre Freunde und ihre Umwelt würden etwas erfahren, nur unter Leuten, denen sie vertraut, über ihre Erkrankung spricht.

Meine Schlussfolgerung: Menschen, die offen und stark genug sind, als HIV-Positive darüber zu sprechen, sollten verstärkt in der Prävention eingesetzt werden. Von ihrem Beispiel können wir viel lernen.“

Catherine

Für Menschen mit HIV/Aids kann diese Rolle jedoch auch Risiken haben: Es gibt nach wie vor Vorurteile und Gerede über Menschen mit HIV/Aids, und wenn man sich offen als HIV-positiv zu erkennen gibt, macht man sich verletzlich. Deswegen halten viele ihre HIV-Infektion geheim.

„Die Rolle der Menschen mit HIV/Aids in der HIV-Prävention ist von großer Bedeutung. Leider sind nur wenige in die HIV-Prävention involviert. Mein Eindruck ist, dass Menschen mit HIV/Aids und Migrationsbiographie in den Aidshilfen eher als Gäste gesehen werden denn als Mit-Gestalter/innen. Es fehlen Initiativen der Menschen selbst. Vor allem brauchen wir noch mehr kompetente hauptamtliche Mitarbeiter mit Migrationshintergrund, die eine partizipative Arbeit aufbauen und Vernetzung ermöglichen.“

Ibra Zongo

Menschen mit HIV/Aids sind nicht (allein) dafür verantwortlich, die Verbreitung des Virus zu stoppen! Sie sind genauso verantwortlich wie alle anderen Menschen auch. Die Verantwortung, sich und andere zu schützen, ist eine geteilte Verantwortung!

„Trotz HIV habe ich mich entschieden weiter zu leben, für ein Leben mit Qualität und in Würde. Ich trage jetzt kein Schuldgefühl mehr in mir. Ich trage Verantwortung für mich und für meine Mitmenschen. Aber jede und jeder, die/der mit mir in Beziehung tritt, trägt auch eine Verantwortung für sein eigenes Verhalten. Zusammen sind wir alle verantwortlich dafür, die Übertragung des Virus aufzuhalten. Über HIV/Aids zu informieren, ist für mich weit mehr, als nur über die praktischen Möglichkeiten der Prävention der Ansteckung zu informieren.“

Rose

Arbeitshilfe

Kennt ihr Menschen, die mit HIV/Aids leben?

Wie und wo finden Menschen mit HIV/Aids in eurer
Community Unterstützung? Was könnt ihr tun?

Wie wird in eurer Community über HIV/Aids
gesprochen?

Was könnt ihr tun, um es Menschen mit HIV/Aids
leichter zu machen, sich in der HIV-Prävention zu
engagieren?

6.

Gemeinsam forschen

In der Partizipativen Forschung arbeiten verschiedene Partner/innen gleichberechtigt zusammen. Man beginnt mit einem Forschungsthema, das für die Community selbst wichtig ist. Ziel ist es, Informationen zu gewinnen, Kompetenzen zu fördern und aktiv zu werden, um die Situation der Communities zu verbessern.

In PaKoMi haben wir gemeinsam geforscht, um die Lebenswelten und Bedürfnisse von Menschen mit Migrationshintergrund besser zu verstehen. Es gab Fallstudien mit unterschiedlichen Migrant*innen-Communities in vier Städten: in Berlin, Hamburg, Dortmund und Osnabrück. In jeder Fallstudie gab es mindestens ein Projekt, manchmal auch mehrere Projekte – hier stellen wir dar, wie wir vorgegangen sind. Weitere Informationen finden sich auf www.pakomi.de.

Unser Forschungsansatz ist partizipativ, das heißt Vertreter/innen aus den Zielgruppen und Communities mit Migrationshintergrund, Praktiker/innen (z. B. Mitarbeiter/innen von Aidshilfen, Präventionsprojekten, Beratungsstellen, Gesundheitsämtern etc.) und Wissenschaftler/innen haben zusammen geforscht. In Nordamerika nennt sich dieser Ansatz *Community-Based Participatory Research*.¹ Eine wichtige Rolle spielen dabei *Peer Researcher*.

„Partizipative Forschung ermöglicht es, voneinander zu lernen und die Zielgruppen und Communities besser zu verstehen. Diese Möglichkeit sollte auch in Deutschland viel mehr genutzt werden.“

Hella

¹ von Unger 2011

Was sind Peer Researcher?

Peer Researcher sind Menschen, die sich in den Lebenswelten auskennen, um die es geht, da sie ein Teil von ihnen sind. Sie haben praktische Erfahrung, soziale Kontakte, sprachliche Fähigkeiten, (inter-)kulturelle Kompetenzen und vieles mehr, was die Forschung bereichert. Peer Researcher können „auf Augenhöhe“ forschen, haben einen besseren Zugang zu den Communities und können die Community-Mitglieder oft auch besser verstehen als Forscher/innen, die von außen kommen.

Peer Researcher sind keine Wissenschaftler/innen, sondern Lebenswelt-Expert/inn/en. Um forschen zu können, brauchen sie eine Ausbildung und Unterstützung. In einem kanadischen Video beschreiben Peer Researcher (auf Englisch), welche Erfahrungen sie in Toronto als Peer Researcher in verschiedenen Studien gemacht haben.² Im PaKoMi-Video kommen Community-Partner/innen zu Wort, die in den Fallstudien Fragebögen entwickelt, Informationen gesammelt und Ergebnisse ausgewertet haben (siehe Kapitel 8).

In den PaKoMi-Fallstudien und Workshops haben wir verschiedene Personen mit Migrationshintergrund zu Peer Researchern ausgebildet. Wir haben erklärt, worum es bei der partizipativen Forschung geht und wie die Methoden funktionieren. Wir haben ethische Fragen diskutiert, z. B. wie wichtig Vertraulichkeit ist, dass Forschung keinen Schaden anrichten sollte und dass Menschen immer erst ausreichend informiert werden und einwilligen müssen, bevor sie befragt werden. Dann haben wir gemeinsam die Forschungsprojekte geplant und durchgeführt.

Für die Erledigung von Forschungsaufgaben gab es Honorare und Aufwandsentschädigungen. Peer Researcher sind sehr engagierte Menschen, die etwas lernen und bewegen wollen. Der Zuverdienst bzw. die Aufwandsentschädigung war allerdings notwendig, um die Mitarbeit zu ermöglichen, denn Forschung ist aufwendig. Die Peer Researcher haben viele Stunden Arbeit investiert: in die Ausbildung, Planung, Durchführung und Auswertung der gesammelten Informationen.

Einblicke in die Lebenswelten durch Foto-Dokumentationen (Hamburg)

In den Fallstudien wurden in den ersten Monaten Anbieter und Community-Partner/innen eingeladen. Es wurden Arbeitsgruppen gebildet, die zunächst gemeinsam die Situation vor Ort eingeschätzt haben. Bei dieser Bestandsaufnahme wurden die verschiedenen Expertisen zusammen geführt: Erfahrungen der Praktiker/innen (z. B. Mitarbeiter/innen der Aidshilfen und Beratungsstellen), das Wissen der Community-Vertreter/innen, Statistiken und wissenschaftliche Erkenntnisse. Die Community-Partner/innen sind Expert/inn/en ihrer Lebenswelten: Sie berichteten von ihren Communities – wie die Menschen leben und arbeiten, wo sie sich treffen und welche Gruppen es gibt. Sie zeigten Bilder, erzählten Geschichten mit Beispielen und recherchierten.

Die Fallstudie in Hamburg wurde durch die AIDS-Hilfe Hamburg e. V. (Mara Wiebe, Omer Ouedraogo) koordiniert und von Hella von Unger (WZB) wissenschaftlich begleitet. Zielgruppe war die afrikanische Community in Hamburg (französisch sprechend, urban).

In der partizipativen Bestandsaufnahme am Anfang wurde festgestellt, dass laut offizieller Statistik ca. 20.000 Afrikaner/innen in Hamburg leben. Sie kommen aus unterschiedlichen Ländern und gehören unterschiedlichen Communities in Hamburg an. Um einen Einblick in die verschiedenen Lebenswelten zu bekommen, wurden zu Beginn der Zusammenarbeit Antworten auf die Frage „Wie leben Afrikaner/innen in Hamburg?“ recherchiert. Die afrikanischen Community-Partner/innen haben recherchiert und berichtet – über afrikanische Kulturvereine und religiöse Gemeinschaften, über verschiedene Gruppen und Plätze, an denen sich Afrikaner/innen treffen (z. B. Afroshops, Discos, Arbeitsplätze, Universität etc.). Dazu haben sie teilweise Fotos benutzt.



Abbildung 11:
Foto-Dokumentation
über eine afrikanische muslimische Community

Wichtig: Wenn man Fotos von Menschen macht, muss man auf die Datenschutz- und Persönlichkeitsrechte der Personen achten. In der Regel sollten Personen vorher um Erlaubnis gefragt werden. Man kann Fotos auch digital bearbeiten, um Gesichter unkenntlich zu machen. Oder man macht die Fotos von vornherein so, dass keine Personen zu erkennen sind (d. h. man fotografiert nur Räume oder Personen von hinten, von sehr weit weg oder nur Details, wie Hände, ein Lächeln oder Schuhe, je nachdem was man zeigen will).

Im Fall dieser Foto-Dokumentation wurde der Imam der Moschee vorher um Erlaubnis gefragt und es wurden Räume und Gegenstände der muslimischen Gemeinde fotografiert, die eine Bedeutung haben und an denen man den Alltag der muslimischen Gemeinde gut erklären kann. Fragt man Schlüsselpersonen des jeweiligen Settings um Erlaubnis, gibt man ihnen auch eine Chance, sich einzubringen, Fragen zu stellen und sich zu engagieren. Das kann viele positive Auswirkungen haben. So hat zum Beispiel der Imam der afrikanischen muslimischen Community am Ende der Fallstudie Interesse signalisiert, sich auch weiterhin und verstärkt zum Thema HIV/Aids und Gesundheit zu engagieren.

„Was hat PaKoMi mir gebracht? Mehr Respekt, weil die Leute wissen, dass es Afrikaner gibt, die für ihre Leute kämpfen, zu diesem Thema und um die Gesundheit zu verbessern!“

Moussa

In der Fallstudie Hamburg wurden weitere Foto-Dokumentationen zu anderen Themen und Treffpunkten von Afrikanerinnen und Afrikanern in Hamburg gemacht, wie z. B. Afroshops und Discos. Anhand der Fotos wurden Geschichten erzählt und Lebenswelten dokumentiert. Man kann diese Methode auch so anwenden, dass verschiedene Personen zu dem gleichen Thema Fotos machen und erklären, was sie damit zeigen wollen.

Afrikaner/innen befragen **Afrikaner/innen zu HIV/Aids (Hamburg)**

In der Fallstudie Hamburg wollten die Community-Partner/innen nach den ersten Recherchen weitere Daten in systematischer Form erheben, um die Bedürfnisse von afrikanischen Migrant/inn/en in Hamburg im Hinblick auf die HIV-Prävention genauer einschätzen zu können. Sie haben eine Fragebogen-Befragung und Fokusgruppen durchgeführt.

Zwölf Personen – sechs Frauen und sechs Männer – aus afrikanischen Vereinen und Einrichtungen, die größtenteils geschulte Gesundheitsbotschafter/innen der Aidshilfe waren, wurden zu Peer Researchern ausgebildet. Diese Ausbildung wurde von der wissenschaftlichen Begleitung (Hella von Unger) konzipiert und durchgeführt und von zwei hauptamtlichen Mitarbeiter/inne/n der Aidshilfe (Mara Wiebe, Omer Ouedraogo) koordiniert. Diese 15 Personen haben im Rahmen der Fallstudie Hamburg gemeinsam eine Befragung geplant und durchgeführt. Zunächst wurde das Thema festgelegt und gefragt: Was wollen wir herausfinden? Es gab eine längere Diskussion, in der verschiedene Themen in Erwägung gezogen wurden, die in der partizipativen Bestandsaufnahme als relevant erkannt wurden (z. B. Zugang zum Gesundheitssystem allgemein). Die Community-Partner/innen haben sich

dafür entschieden, im Rahmen der PaKoMi-Fallstudie gezielt zum Thema HIV/Aids zu forschen. Gründe dafür waren unter anderem, dass HIV/Aids ein wichtiges Thema für viele Afrikaner/innen in Hamburg ist, ein Handlungsbedarf besteht (nicht nur, aber auch in der Primärprävention) und die Chancen hoch sind, auch tatsächlich Veränderungen bewirken zu können (z. B. im Hinblick auf Angebote der HIV-Prävention und den Abbau von HIV-Stigma in den Communities). Es wurden folgende Forschungsfragen gestellt: Wie gut sind Afrikaner/innen in Hamburg über HIV/Aids informiert? Was denken sie über Menschen mit HIV/Aids? Wie verhalten sie sich?

Ziele der Befragung:

Situation, Perspektiven und Bedürfnisse von Afrikaner/innen besser verstehen

HIV-Prävention verbessern

„Bewegung in die Communities bringen“

HIV-positive Menschen unterstützen und Stigma abbauen

Abbildung 12:
Ansprache und Information über die Befragung





Abbildung 13:
Telefoninterviews

Abbildung 14:
Dateneingabe am PC



Vorgehen

Es wurde ein Fragebogen entwickelt und in drei Sprachen übersetzt (Französisch, Englisch, Deutsch). Bei der Entwicklung der Fragen haben wir uns an einem britischen Vorbild orientiert.³ Die Wissensfragen wurden so formuliert, dass sie nicht verunsichern, sondern Informationen liefern bzw. bestätigen. Das heißt, es werden Aussagen gemacht, wie z. B. „Man kann nicht vom Äußeren darauf schließen, ob jemand HIV hat.“, und die Person wird gefragt, ob sie das schon wusste. Die Antwortoptionen waren: a) ich wusste das schon vorher, b) ich wusste das nicht, c) ich bin mir nicht sicher, ob das stimmt, d) ich verstehe das nicht. Die Fragebögen finden sich auf www.pakomi.de.

Dann wurden die Fragebögen und Flyer ausprobiert: In diesem Pretest wurde getestet, ob alles verständlich ist. Nach der letzten Überarbeitung fing die Datenerhebung an: Die Peer Researcher haben Afrikaner/innen angesprochen, informiert und gefragt, ob sie an der Befragung teilnehmen möchten (Rekrutierung). Sie haben Freunde, Freundinnen und Bekannte angesprochen, aber auch Personen, die sie nicht kannten, in den Gemeinden, in Afroshops, auf Straßenfesten, in Wettbüros und auf der Straße – überall da, wo man Afrikaner/innen in Hamburg trifft.

„Ich habe festgestellt, dass, wenn ich über HIV mit den Leuten rede, dann sind sie interessiert und möchten gerne mitmachen.“

Sogah (Video)

Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer konnten sich entscheiden, ob sie den Fragebogen selbst ausfüllen wollen oder gemeinsam mit dem Peer Researcher (das war z. B. eine gute Option für Personen, die Französisch, Englisch oder Deutsch sprechen, aber nicht so gut lesen und schreiben können). Manche wurden auch per Telefon befragt.

Die Daten wurden aufbereitet und gemeinsam ausgewertet. Dazu haben die Peer Researcher ein Computer-Programm benutzt (Grafstat 2). Das war viel Arbeit: Die Daten wurden in den Computer eingegeben, immer in Teams von zwei Personen, um Fehler zu vermeiden (Abbildung 14). Offene Fragen wurden notiert und gemeinsam entschieden. Mit dem Programm Grafstat lassen sich gut farbige Grafiken erstellen, die dabei helfen, die Ergebnisse leichter zu verstehen und zu diskutieren.

Zusätzlich zur Befragung wurden drei Fokusgruppen durchgeführt, um einzelne Themen zu vertiefen: eine Fokusgruppe mit französisch sprechenden afrikanischen Frauen zum Thema Schwangerschaft und HIV, eine Gruppe mit französisch sprechenden muslimischen Männern, und eine dritte gemischtgeschlechtliche, englisch sprechende Gruppe mit Mitgliedern einer christlichen Community.

Eine Fokusgruppe ist ein Gruppen-Interview zu einem bestimmten Thema. Es wird moderiert und dauert in der Regel 60-90 min.

Ergebnisse

Es haben 263 Afrikanerinnen und Afrikaner an der Befragung teilgenommen.

Zwei Drittel (67%) der Befragten sind männlich, ein Drittel (32%) ist weiblich, eine Person ist transgender.

Die Befragten sind relativ jung (81% sind zwischen 20-40 Jahre alt).

Herkunftsländer: Besonders häufig vertreten sind Personen aus Kamerun (21%), Togo (14%), Ghana (11%), Burkina Faso (10%), Benin (10%) und Nigeria (8%).

Religion: 59% sind christlich, 28% muslimisch, 10% gehören keiner Religion an.

Die Befragten sind gebildet: 70% haben mittlere Reife oder einen höheren Bildungsabschluss (37% haben einen Studienabschluss).

Die Hälfte (51%) der Fragebögen wurde auf Französisch ausgefüllt und jeweils ein Viertel auf Deutsch (25%) und Englisch (24%). Der Fragebogen wurde ungefähr in gleichen Anteilen von den Befragten selbstständig schriftlich (48%) oder gemeinsam mit einem Peer Researcher (47%), d. h. in einem mündlichen Gespräch, ausgefüllt. 12 Personen (5%) wurden telefonisch befragt.

Die Befragten sind **gut informiert** über folgende Themen:

HIV ist die Ursache von Aids (95% wussten das schon vorher).

HIV ist sexuell übertragbar (99% wussten es).

HIV und Aids gibt es auch in Deutschland (90% wussten es).

Man kann HIV haben, ohne es zu wissen (87% wussten es).

Nicht ganz so gut informiert waren die Befragten über folgende Themen:

Es gibt Medikamente, die Menschen mit HIV helfen, gesund zu bleiben (80% wussten es, 8% nicht sicher, 11% wussten es nicht).

HIV wird nicht durch Küssen und Händedruck übertragen (80% wussten es, 10% nicht sicher, 8% wussten es nicht).

Man kann nicht vom Äußeren darauf schließen, ob jemand HIV hat (76% wussten es, 9% nicht sicher, 14% wussten es nicht).

Die Mehrheit wusste nicht:

Wie viele Personen in Hamburg pro Jahr mit HIV diagnostiziert werden (205 Personen in 2009) (80% wussten es nicht).

In Hamburg kann man anonym und kostenlos einen HIV-Test machen (59% wussten es nicht).

Unsicherheiten gab es auch bei folgendem Thema:

HIV stellt keinen Abschiebungsgrund dar (58% wussten es, 23% wussten es nicht, 15% waren nicht sicher).

Interessant sind auch die Ergebnisse zu den Fragen zu HIV-Stigma und Tabu. Die Einschätzungen, ob HIV/Aids heute noch ein Tabu ist, gehen auseinander: Die Hälfte (50%) meint, HIV/Aids ist heute kein Tabu mehr, und fast ebenso viele (42%) denken, das Thema ist nach wie vor tabuisiert. Auf die Frage, wie sie sich gegenüber einer Person mit HIV verhalten, antworten die meisten (57%), sie würden die Person ohne Vorurteil akzeptieren. Allerdings sagen 21%, sie wissen es nicht, und 10% würden Abstand nehmen. Es wurde auch gefragt: „Stellen Sie sich vor, eine Person, die Sie lieben (z. B. ein Partner, eine Schwester, ein Sohn, ein Freund etc.) hat HIV/Aids. Wie würden Sie diese Person unterstützen?“ Die Antworten konnten frei formuliert werden und zeigen viele Formen der Unterstützung:

„Je vais l'aider en lui apportant des informations sur le SIDA.“

Ich werde ihm helfen, indem ich ihm Informationen über Aids gebe.

„Je vais soutenir la personne. Le SIDA n'est pas une fatalité.“

Ich werde die Person unterstützen. Aids ist kein unabwendbares Schicksal.

Sehr häufig wurden moralische Unterstützung („soutien moral“), Trost und Aufmunterung erwähnt, und dass man Zeit mit der Person verbringen würde.

„Entreprendre beaucoup de choses avec lui pour qu’il ne se sent seul.“

Viele Dinge mit ihm unternehmen, damit er sich nicht allein fühlt.

„Lui donner plus d’amour.“
Ihm noch mehr Liebe geben.

Es wurden auch ganz praktische Formen der Unterstützung erwähnt: finanzielle Hilfen sowie Orientierung und Begleitung im Gesundheitssystem.

„I will help him get medicine and I will tell him about CASA blanca.“

Ich werde ihm helfen, Medikamente zu bekommen und werde ihm von CASA blanca erzählen.
(CASA blanca ist das Centrum für AIDS und sexuell übertragbare Krankheiten in Hamburg-Altona und bietet Information, Beratung, Untersuchung und Behandlung)

„Ich schicke ihn/sie zum Aids-Hilfe-Zentrum.“
„L’orienter vers un centre de santé approprié.“

Ihn/sie an ein geeignetes Krankenhaus/Gesundheitszentrum verweisen.

Es wird also vielfältige Unterstützung zum Ausdruck gebracht. Dies ist jedoch teilweise auch gepaart mit ambivalenten Reaktionen und Angst:

„A franchement parler j’aurai peur de la personne et je me mefierai de ses gestes et actes mais je l’aiderai a trouver un centre d’aide comme le votre.“

Ehrlich gesagt, werde ich vor der Person Angst haben und auf seine Bewegungen und Handlungen achten, aber ich werde ihr helfen, ein Hilfe-Zentrum wie das Ihre zu finden.

Einige Personen sind unsicher, wie sie reagieren würden bzw. ob sie die geliebte Person mit HIV/Aids überhaupt unterstützen würden.

„Je ne peut rien faire.“
Ich kann nichts machen.

„I don’t know.“
Ich weiß nicht.

Schlussfolgerungen

Die Ergebnisse liefern viele Hinweise für die Verbesserung der HIV-Prävention vor Ort. Zum Beispiel zeigen sie, dass die befragten Afrikaner/innen über vieles gut informiert sind (z. B. die sexuelle Übertragbarkeit von HIV). Informationslücken bestehen allerdings (bei ca. 20% der Befragten) im Hinblick auf andere Übertragungswege und zu den medizinischen Behandlungsmöglichkeiten von HIV/Aids. Großer Informationsbedarf besteht bei den Testangeboten – die Mehrheit (59%) der befragten Afrikaner/innen wusste nicht, dass es in Hamburg kostenlose und anonyme HIV-Testangebote gibt. Das heißt, es besteht ein klarer Handlungsbedarf, Afrikanerinnen und Afrikaner besser zu informieren über:

die kostenlosen und anonymen Testangebote in Hamburg,

die aufenthaltsrechtlichen Auswirkungen eines positiven HIV-Testergebnisses.

Die Mehrzahl der befragten Afrikaner/innen wäre bereit, eine geliebte Person mit HIV/Aids zu unterstützen, und hat auch Ideen, wie sie sie unterstützen würde. Es werden zwar auch Unsicherheiten und negative Einstellungen sichtbar, die große Mehrheit spricht sich jedoch für Akzeptanz und gegen Vorurteile gegenüber Menschen mit HIV/Aids aus. Dieses Unterstützungspotential, das in den Communities schlummert, sollte viel stärker genutzt werden. Denn das Stigma, das HIV/Aids teilweise anhaftet, macht immer noch vielen Afrikanerinnen und Afrikanern Angst, die mit HIV/Aids leben. Häufig trauen sie sich nicht, ihre Infektion offen anzusprechen. Sie behalten das für sich, sind mit dem Wissen und ihren Sorgen sehr allein und gehen auch oft viel zu spät zum Arzt. Die Ergebnisse dieser Befragung zeigen deutlich, dass es ein großes Unterstützungspotential in afrikanischen Communities gibt, das weiter ausgebaut und gefördert werden sollte, damit HIV-positive Afrikaner/innen auch von ihren Landsleuten die Unterstützung bekommen, die sie brauchen, um gut mit der Erkrankung zu leben.

Ausblick

Im Juni 2011 fand eine Veranstaltung bei der Hamburger Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz statt. Die Behörde hatte dazu eingeladen, die Ergebnisse der Fallstudie zu präsentieren. Die Veranstaltung war sehr gut besucht, auch von anderen Anbietern, und vor allem von afrikanischen Community-Vertreter/innen. Die Peer Researcher stellten ihre Arbeit vor und waren sehr engagiert und voller Ideen und Tatendrang, weiter zu HIV/Aids zu arbeiten und auch darüber hinaus (Bildung, Gesundheitsförderung, Zusammenarbeit mit den Herkunftsländern etc.). Christliche und muslimische religiöse Führer waren anwesend und drückten ihr Interesse aus, HIV/Aids und andere Gesundheitsbelange in ihren Communities zu thematisieren. Die Behörde drückte ihre Wertschätzung aus sowie ihren Willen, die Community-Arbeit der Aidshilfe und der Gesundheitsbotschafter/innen und Peer Researcher längerfristig zu unterstützen, auch finanziell.

„Die partizipative Forschung in Hamburg ist eine Bereicherung für meine Arbeit. PaKoMi hilft mir, meine Arbeit reflektieren zu können, und verbessert die Kompetenz der involvierten ehrenamtlichen und hauptamtlichen Mitarbeiter/innen in der HIV-Prävention, aber auch im Umgang mit Migrant/innen. Der Ansatz, etwas mit Migrant/innen für Migrant/innen zu tun und deren Lebenshintergrund in Deutschland zu betrachten, hat mich begeistert.“

Omer

„PaKoMi ist eine ganz besondere Art der Zusammenarbeit, sie hat in und für Hamburg viel ermöglicht.“

Mara

„Ich habe gelernt, wie man eine Fokusgruppe macht und wie man einen Fragebogen entwickelt, um die Community zu befragen, wie man ein Projekt plant im Kampf gegen HIV/Aids und dabei Ziele setzt und Ressourcen plant. Ich habe das alles sehr gern gemacht, weil es Bewegung in unsere Communities bringt und unsere Präventionsarbeit unterstützt.“

Sorgho (*übersetzt aus dem Französischen*)

„Ich habe an der Fallstudie in Hamburg teilgenommen und viele Erfahrungen gesammelt. Mir ist bewusst geworden, dass viele Leute über HIV/Aids gut informiert sind, aber es gibt auch viele, die bisher keine Kenntnis über diese Krankheit haben. Aus diesen Grund wäre es sinnvoll, weiter daran zu arbeiten. Ich fand sehr gut, meiner Community durch PaKoMi behilflich zu sein: Durch die Veranstaltungen und Aufklärungsarbeit habe ich viele Informationen über HIV/Aids übermittelt. Viele fanden das interessant und hilfreich.“

Germaine

„Was hat PaKoMi gebracht? Für mich: Wissen und Qualifikation im Hinblick auf Forschungsmethoden und eine persönliche Entwicklung durch die Seminare und die partizipative Forschung. Für meine Community: eine Diskussion zum Thema ‚Sexualität und Verhütung in der christlichen Gemeinde‘. Für meine Universität: Sensibilisierung und Antworten auf Fragen von meinen Kommilitonen rund um sexuell übertragbare Erkrankungen, HIV und Aids.“

Steve

„Für mich ist wichtig, dass die Aufklärung auch bei Menschen aus Afrika oder aus Kamerun bzw. bei afrikanischen christlichen Hamburger Gemeinden besser und effektiver ankommt. Es gibt in afrikanischen christlichen Gemeinden viele Leute, die unter Depressionen leiden und aufgrund von Sprache oder Bildungsniveau keinen leichten Zugang zu professioneller Hilfe haben. Es wäre sinnvoll, wenn die Leiter dieser Gemeinden eine entsprechende Ausbildung zur Seelsorge o. Ä. bekommen könnten.“

Chibiy

„Migrant/innen sind in der Lage, Bewegung in ihre Communities zu bringen – und es besteht mehr Vertrauen, wenn Afrikaner Afrikanern helfen können.“

Armand

„Wenn wir mit dem, was wir gelernt haben, unseren Landsleuten hier in Hamburg jetzt helfen können, dann können wir auch schon denen in Afrika mindestens mündlich helfen, indem wir mit unseren Familien über das Thema nun mit Bewusstsein diskutieren und Hinweise geben können.“

Armelle

„Ich wünsche mir, dass wir ein Projekt in Richtung Prävention weiterentwickeln können.“

Moussa

„Das tut verdammt gut, an einem gelungenen Projekt teilgenommen zu haben. Danke! Und mehr davon, bitte!“

Vivi-Lore

„Ich wünsche mir für die Zeit nach PaKoMi ein nachhaltiges Aufbauprojekt, damit die Kompetenzen und Erkenntnisse transferiert werden können.“

Gwladys

„Wie kann man eine Initiative in Afrika zum Thema HIV-Prävention ergreifen?“

Sylvie

Experteninterviews mit Community-Leadern (Berlin)

In der Fallstudie in Berlin wurden neue Zugänge zu Männern mit Migrationshintergrund, die Sex mit Männern haben (MSM), erkundet.

Die Fallstudie wurde durch die Netzwerkstelle HIV/Aids und Migration beim Verband für interkulturelle Arbeit (VIA), Regionalverband Berlin/Brandenburg e. V. (Nozomi Spennemann) koordiniert und von Michael T. Wright (WZB) wissenschaftlich begleitet. In Zusammenarbeit mit ManCheck, Subway und GLADT e. V. wurden drei Teilprojekte durchgeführt. Es gab eine Steuerungsgruppe, die aus Mitarbeiter/innen dieser Einrichtungen, des Zentrums für sexuelle Gesundheit (GA Berlin Charlottenburg-Wilmersdorf), von VIA und WZB bestand.

Das Ziel der Berliner Fallstudie war es, neue Erkenntnisse über MSM mit Migrationshintergrund zu gewinnen. Dabei ging es um Männer, die Sex mit Männern haben, aber nicht offen schwul leben bzw. sich nicht als schwul verstehen. Diese Männer werden von den Präventionsbotschaften, die sich an schwule Männer richten, womöglich nicht erreicht und sind für die Aids-Projekte „schwerer erreichbar“. Die Fallstudie wollte herausfinden, ob diese Männer besondere HIV-Risiken haben, wie gut sie informiert sind, und auch, wie sie zu erreichen sind. Besonders schwierig in dieser Fallstudie war die Partizipation von Männern aus der Zielgruppe. Wer seine homo- oder bisexuellen Anteile nicht preis gibt, ist logischerweise schwer als MSM ansprechbar und ebenso schwer zu beteiligen. Es wurden daher verschiedene Wege ausprobiert.

Ein Weg wurde über Gays and Lesbians aus der Türkei (GLADT) realisiert. GLADT e. V. ist eine Selbstorganisation von Schwulen, Lesben, Bi- und Trans*Personen mit (vor allem türkischem) Migrationshintergrund. GLADT ist mit anderen Migrantenselbstorganisationen (MSO) gut vernetzt.

Das Teilprojekt von GLADT im PaKoMi-Projekt wollte herausfinden, welches Wissen es zu HIV/Aids in den türkisch- und russischsprachigen Communities gibt, welche Handlungsmöglichkeiten und -blockaden in den Communities existieren. Außerdem sollten gemeinsam mit Schlüsselpersonen Wege für eine intensivere Auseinandersetzung mit HIV/Aids in diesen Communities entwickelt werden, die sich an den Kenntnissen und Ressourcen der Personen und Organisationen orientieren.

Es wurden Schlüsselpersonen aus türkisch- und russischsprachigen Communities interviewt – diese beiden Gruppen stellen die größten Migrantengruppen in Berlin dar und es bestanden bereits Kontakte zwischen GLADT und Vertreter/innen dieser Communities.

Vorgehen

Unter den Mitgliedern und Mitarbeiter/innen von GLADT wurden Personen als Interviewer/innen ausgewählt, die sich mit den Lebenswelten der betreffenden MSM auskennen (Lebenweltexpert/innen). Mit ihren Erfahrungen und ihrem Wissen wurden die Leitfäden für die Interviews entwickelt.

In der ersten Projektphase (April bis Mai 2010) wurde über die Möglichkeiten recherchiert, MSO und Schlüsselpersonen der türkisch- und russischsprachigen Communities einzubeziehen. Dies erfolgte überwiegend über den Migrationsrat Berlin-Brandenburg (MRBB), einem Dachverband von über 70 MSO, in dem auch GLADT Mitglied ist. Darüber hinaus wurden bestehende Kontakte von GLADT aktiviert bzw. über die Empfehlungen von Kooperationspartner/innen neue Kontakte aufgebaut.

Mit einzelnen Schlüsselpersonen wurden Erstgespräche geführt. Dabei konnten weitere Schlüsselpersonen aus den türkisch- und russischsprachigen Communities als Interviewpartner/in und/oder als „Türöffner“ für die Community benannt und einige von ihnen auch gewonnen werden.

Es wurden zwei Gesprächsleitfäden mit dazugehörigen Protokoll-Leitfäden entwickelt, der eine war für die Schlüsselpersonen und der andere für die MSO gedacht. Themen für die Interviews waren unter anderem Fragen zum Verständnis von „Community“, Wissen und Informationen zu HIV/Aids, Zugänge und Barrieren zum bestehenden Hilfesystem und die Wahrnehmung von MSM. Der Leitfaden beinhaltete Fragen wie:

Welche Vorstellungen bestehen von der Rolle des Mannes und der Frau innerhalb der Community?

Welche Quellen nutzen Menschen in der Community, um sich über Sexualität zu informieren?

Kommen „inoffizielle“ sexuelle Kontakte vor, z. B. außereheliche Kontakte, Prostitution oder sexuelle Kontakte zwischen Männern?

Sind sexuell übertragbare Krankheiten ein Thema?

Inwiefern wird über HIV gesprochen?

Wie ist der persönliche Wissensstand?

Wie ist die Einschätzung zum Wissensstand bei Teilgruppen bzw. -organisationen innerhalb der Community?

Welche Zugänge zu Informationen über HIV/Aids sowie zu Hilfesystemen werden genutzt?

In der zweiten Projektphase (Juni bis September 2010) wurden die Experteninterviews mit Vertreter/inne/n der beiden Communities durchgeführt (siehe Abbildung 15). In 20 Interviews, die auf den entwickelten Leitfäden beruhten, wurden insgesamt 22 Personen aus Leitungsebenen, Mitarbeiter/innen und ehrenamtlich Engagierte von MSO und einzelne Schlüsselpersonen befragt. Die Gespräche wurden nicht aufgezeichnet, aber sofort protokolliert.

In der abschließenden dritten Phase (Oktober bis Dezember 2010) wurden die Ergebnisse der Interviews systematisiert und gemeinsam mit einem Teil der Befragten in einem Workshop ausgewertet. Das heißt, die befragten Schlüsselpersonen hatten die Gelegenheit, an der Interpretation der Ergebnisse mitzuwirken und mögliche Strategien, Maßnahmen und Schlussfolgerungen zu diskutieren, die sich daraus ergeben.

Ergebnisse

Es wurden insgesamt 22 Schlüsselpersonen interviewt. Die Ergebnisse zeigen nur wenige Unterschiede zwischen den russisch- und türkischsprachigen Gruppen. Themen wie Geschlecht, Sexualität und insbesondere sexuell übertragbare Krankheiten werden in beiden Gruppen in öffentlichen Gesprächen vermieden. HIV/Aids stellt in den beiden Communities eher ein medizinisches Thema dar. Informationsquellen sind weniger Broschüren, sondern vielmehr individuelle Gespräche mit Ärzt/inn/en und anderen Personen, die als Autorität wahrgenommen werden. In den Medien aus den Herkunftsländern gibt es nach Einschätzung der Expert/inn/en immer mehr Angebote zum Thema, wobei diese in erster Linie die medizinischen Aspekte behandeln.

Zu der zentralen Frage nach MSM wurde festgestellt, dass Befragte aus beiden Sprachgruppen erstaunlich viel zu MSM wissen. MSM/Bisexuelle bzw. „Männer, denen es nichts ausmacht, mit wem sie Sex haben“ nutzen nur wenig das Material für schwule Männer, da sie sich selbst nicht als „schwul“ oder „homosexuell“ bezeichnen. Safer Sex ist nicht selbstverständlich, da HIV/Aids nur abstrakt als Bedrohung wahrgenommen wird. Vor allem innerhalb der türkischsprachigen Community wird von einer Sorglosigkeit im Bezug auf die eigene Gesundheit berichtet („Wer so etwas macht, muss die Konsequenzen tragen“).

Abbildung 15: Interviews mit Schlüsselpersonen



Schlussfolgerungen

Aus den Befragungen und dem Workshop mit einem Teil der Befragten wurden Schlussfolgerungen gezogen. Grundsätzlich wird empfohlen, bei der Gestaltung von Präventionsmaßnahmen darauf zu achten, MSM als Heterosexuelle und an „normalen“, öffentlichen Orten (U-Bahn, TV, Kino etc.) anzusprechen. Im Einzelnen werden folgende Strategien empfohlen:

Einbettung, Kontextualisierung und „Umwege“-Kommunikation: HIV-Prävention sollte in den Rahmen einer allgemeinen Auseinandersetzung mit Gesundheit und Gesundheits-Vorsorge eingebettet sein, das gilt sowohl für das Thema als auch für den Anlass (als Vortrag im Rahmen einer größeren Veranstaltung, durch einen Stand unter anderen Ständen etc.).

Einzelansprache: Vertrauen scheint die Grundbedingung für die Kommunikation zu sein. Vertrauenspersonen können u. a. aus privaten Netzwerken, MSO, religiösen Institutionen oder Nachbarschaftszentren und Quartiersmanagements stammen. Für MSM können auch Personen wie Sexpartner, die sich als „schwul“ bezeichnen, oder Personal von schwulen Szene- und Cruising-Orten diese Funktion erfüllen.

Verantwortungsübernahme von Fachleuten: Personen, die als Autoritäten wahrgenommen werden (Vereinigungen von Ärzt/inn/en, politische Gruppierungen, Lobbyorganisationen, bekannte Künstler/innen, Sportler/innen etc.) können mit Unterstützung durch die MSO aufgefordert werden, sich zu qualifizieren oder eine ‚Patenschaft‘ für das Thema zu übernehmen.

Ethnische Medien aktivieren: Die türkischsprachigen Befragten schätzten ein, dass vor allem Tageszeitungen, die auch in Berlin/Deutschland gelesen werden, und Fernsehkanäle, die auch in Berlin/Deutschland gesehen werden, eine wichtige Funktion übernehmen können.

Material und Konzepte aus den Herkunftsländern nutzen: Vor allem die russischsprachigen Befragten regten an, Kampagnen und Material aus den Herkunftsländern (v. a. aus der Ukraine) auszuwerten und zu prüfen, ob sie sich auf die Situation in Berlin übertragen lassen. Für die türkischsprachigen MSM wurde als Beispiel eine Kampagne gegen häusliche Gewalt genannt, die von der Tageszeitung Hürriyet initiiert und begleitet wurde.

Auf Sprache und Bildsprache achten: Material und Kampagnen sollten mehrsprachig sein und keine nationalen Symbole (wie z. B. Flaggen) enthalten. Die Ansprache auf Russisch und Türkisch wird als inkludierender Weg eingeschätzt – nicht nur weil manche nicht so gut deutsch sprechen, sondern weil damit auch eine Form von Sichtbarkeit geschaffen wird. Eventuell können Piktogramme und Bilder den Zugang erleichtern. Jede Text-Information sollte auf einfache Sprache achten. Beispiele und Argumente sollten aus dem Alltag genommen werden („Ball flach halten“) und keine Angst erzeugen. Gängige Argumente können aufgegriffen werden („Das ist mein erstes Mal“, „ich will mal probieren“, „kein Geld für Prostituierte“ usw.).

Zur Aufmachung: Es sollte auf Reiz und Überraschungsmomente gesetzt werden – frei von Angst und Bescheidenheit. MSM, die sich nicht als schwul oder als MSM verstehen, sollten als „normale“ heterosexuelle Männer, also als Teil der Allgemeinbevölkerung, angesprochen werden. Exotisierung und Pauschalisierung sind nicht hilfreich, und die gesellschaftliche Dimension sollte immer mit bedacht werden („Zugangswege zu Unterstützung eröffnen statt Märchen aus 1001 Nacht erzählen“).

Entwicklungsprozess und Produkte: Das Entstehen einer Kampagne sollte bereits durch Mitglieder aus MSO begleitet oder sogar koordiniert werden. HIV-Prävention sollte als Prozess gedacht werden, in dem schrittweise vorgegangen wird (*try & error*). Es können herkömmliche Formen (Plakate, Flyer, Aufkleber, Fortbildungen/Workshops etc.), aber auch neue Formen erprobt werden (etwa telefonische Hotline bei einer MSO, Aktionen im öffentlichen Raum oder Aktionen in/mit den Medien).

Qualifizierung für MSO: MSO haben viele brachliegende Ressourcen für die HIV-Prävention (Kontakte, Vertrauen etc.). Sie werden als Dienstleister/in, Beratungsstelle und Austauschforum etc. ohnehin genutzt („Wenn du erst einmal ein kleines Problem gemeinsam gelöst hast, kommen sie auch mit größeren Problemen zu dir“) und sollten zu kompetenten (Erst-)Anlaufstellen für das Thema qualifiziert werden. Dazu kann es notwendig sein, Einzelpersonen zu stärken und ihnen Fachwissen und Argumentationsstrategien an die Hand zu geben („Es reicht nicht, Plakate aufzuhängen, wenn wir nicht wissen, was wir machen sollen, wenn die Leute nach dem Integrationskurs tatsächlich zu uns kommen.“). Es ist notwendig, dass die MSO in die entsprechenden Netzwerke kommen, um kontinuierlich an dem Thema arbeiten zu können („Aktionismus hilft uns nicht!“).

Ausblick

Die Beteiligung von GLADT an der Fallstudie und die Ergebnisse der Befragung deuten darauf hin, dass die Kooperation mit Selbstorganisationen von Migrant/inn/en keine Illusion ist. Wichtig ist, dass man richtige Formate für eine Zusammenarbeit findet. MSO können nicht die Aids-Projekte ersetzen. Viel mehr geht es darum, dass sie sich gegenseitig mit ihren Kompetenzen, Ressourcen und Netzwerken ergänzen. So können die Projekte im Aids-Bereich zum Beispiel die Schulung der Schlüsselpersonen der Communities übernehmen. Umgekehrt sind bestehende Netzwerke der MSO für die aufsuchende Arbeit der Aids-Projekte sicherlich eine Bereicherung.

In Berlin beginnt Mitte 2011 ein Prozess der Weiterentwicklung der HIV-Prävention, der von der zuständigen Senatsverwaltung gesteuert wird. Inwiefern es gelingt, die Empfehlungen aus dieser Studie umzusetzen, hängt von dem Willen der beteiligten Organisationen und von den Rahmenbedingungen ab.

„[Bei GLADT sind wir] mit wichtigen MSOs bezüglich der Thematik intensiv zusammengekommen und hatten einen regen Austausch. Eine wichtige Grundlage für eine Aktivierung weiterer Gruppen bzw. Personen. Außerdem konnten wir durch die Befragung wichtige neue Erkenntnisse gewinnen. Der partizipative Ansatz wurde vom Anfang bis zum Schluss mit großer Sorgfalt berücksichtigt. Im Rahmen unserer Workshops mit MSOs wurden klare Ziele gesetzt: eine gemeinsame Problemartikulation und daran anknüpfend auch eine gemeinsame Willenserklärung.“

Tülin

„Es ist offensichtlich geworden, dass die Beteiligung von Migrant/inn/en neue Sichtweisen auf die Prävention bringt, die den Trägern der HIV-Prävention nicht bekannt waren. Bei uns in Berlin waren es vor allem die Aussagen der MSO in der Teilstudie von GLADT, die neue Möglichkeiten für HIV-Prävention unter Berücksichtigung der Lebensrealitäten von MSM mit Migrationshintergrund aufzeigten.“

Michael

„In Berlin wurden in der ‚AG HIV-Prävention mit Migrant/inn/en‘ in der Vergangenheit oft die MSM mit Migrationshintergrund thematisiert, die für Präventionsmaßnahmen schwer erreichbar sind. Keiner wusste jedoch, ob und inwiefern sie vulnerabel sind, woher sie genau kommen, wie sie zu erreichen sind usw. Die Fallstudie bot die Chance, diese Fragen unter wissenschaftlicher Begleitung zu klären und zugleich die Partizipation, die bisher im Berliner Hilfesystem unterentwickelt war, zu fördern.“

Nozomi

Internet-Chats mit MSM (Berlin)

Das zweite Teilprojekt der Berliner Fallstudie wurde von manCheck durchgeführt. manCheck ist ein Projekt der Schwulenberatung Berlin gGmbH, das HIV-Prävention macht für Männer, die Sex mit Männern haben (MSM). Um Kontakt mit türkisch und russisch sprechenden MSM aufzunehmen, die sich selbst nicht als schwul verstehen, wurde ein neuer Zugang ausprobiert: das Internet. Zwei Peer Researcher haben auf Türkisch und Russisch über 50 Männer in Internet-Chats befragt. Dabei wurden sie von einem hauptamtlichen Mitarbeiter von manCheck (Jannis Karamanidis) und einem Wissenschaftler (Michael T. Wright) begleitet.

manCheck ist ein primärpräventives Gesundheitsprojekt für Männer, die Sex mit Männern haben (MSM). Die Arbeit von manCheck findet vor Ort statt, in erster Linie in der schwulen Szene, aber auch an anderen Orten, an denen sich MSM treffen. Die MSM werden über die Infektionsrisiken von HIV und anderen sexuell übertragbaren Krankheiten sowie über Schutzmöglichkeiten informiert. MSM mit Migrationshintergrund, die sich an diesen Orten aufhalten, werden wie MSM deutscher Herkunft mit Informationen versorgt. MSM (mit und ohne Migrationshintergrund), die nicht in diesen Zusammenhängen anzutreffen sind, werden von der Vor-Ort-Arbeit von manCheck allerdings kaum erreicht.

Es ist nicht klar, ob diese MSM von den Präventionsangeboten und -botschaften für schwule Männer erreicht werden. Vermutlich befinden sich insbesondere unter MSM mit Migrationshintergrund Männer, die nicht offen schwul leben oder sich nicht als schwul bezeichnen, da Homosexualität in manchen Kulturen immer noch stark tabuisiert ist. Außerdem weiß man bisher zu wenig über Risiko- und Schutzverhalten, Wissensstand und Bedarf von diesen Männern. Damit man gezielte und passende Angebote entwickeln und die benötigten Inhalte vermitteln kann, muss der präventive Bedarf dieser MSM ermittelt werden.

Ziele

Daher wollte manCheck mit einem Internet-basierten Teilprojekt im Rahmen der Berliner Fallstudie den möglichen Bedarf bei MSM mit Migrationshintergrund erforschen. Langfristig sollen MSM mit Migrationshintergrund, die von dem bestehenden Angebot bisher kaum angesprochen wurden, besser erreicht werden. In dem Teilprojekt von manCheck ging es konkret darum herauszufinden, wie der Wissensstand über HIV/Aids, das Schutzverhalten und der Bedarf an Informationen, Präventionsmaßnahmen und Hilfsangeboten sind.

Abbildung 16: Peer Researcher befragt MSM im Internet



Vorgehen

Wie bereits erwähnt, bestand die Herausforderung, Männer aus der Zielgruppe zur aktiven Teilhabe an der Studie zu gewinnen. Dies hat sich als schwierig erwiesen, erstens weil sich diese MSM zu ihrem Sexualverhalten nicht bekennen wollen oder können und zweitens weil sie sich nicht unbedingt als Teil einer solchen Zielgruppe fühlen – die Gruppenzugehörigkeit ist eine Fremdzuschreibung, d. h. sie erfolgt durch Außenstehende –, die betreffenden Männer selbst betrachten sich nicht als „MSM, die versteckt ihre Homosexualität leben“.

Es wurden zwei Männer gefunden, die selbst zwar offen schwul leben, sich aber mit der Lebenswelt von MSM, die nicht offen schwul leben, gut auskennen. Sie wurden als Peer Researcher eingesetzt. Beide Männer haben einen Migrationshintergrund – der eine kommt aus der Türkei und der andere aus der Ukraine. Sie sprechen als Muttersprachen Türkisch bzw. Ukrainisch und Russisch, kennen sich mit den entsprechenden Kulturen gut aus und können mit dem Lebensstil und der besonderen Form der Sexualität der Befragten angemessen umgehen.

In einer ersten Phase führten die Interviewer eine Vorrecherche über die Lebenswelten türkisch- bzw. russischsprachiger MSM durch, um die Untersuchung vorzubereiten. Es sollten passende Zugangswege für die geplante Befragung gefunden werden. Unter anderem stellte sich heraus, dass Kontaktbörsen im Internet für schwule Männer, aber auch solche für die Allgemeinbevölkerung sehr häufig von MSM mit Migrationshintergrund benutzt werden, um mit anderen Männern in Kontakt zu kommen. Beide Interviewer fanden für ihre Teilzielgruppe jeweils mindestens ein Internetportal, das hauptsächlich von der entsprechenden Herkunftsgruppe (von türkischstämmigen und von russischsprachigen Personen) benutzt wird und das, obwohl es offiziell auf die heterosexuelle Allgemeinbevölkerung ausgerichtet ist, oft auch von Männern genutzt wird, die nach sexuellen Kontakten mit anderen Männern suchen. Die meisten dieser MSM leben nicht offen schwul oder verstehen sich nicht als schwul. Genau aus diesem Grund, weil eben die „schwer erreichbare“ Zielgruppe – MSM mit Migrationshintergrund, die nicht offen schwul leben – in diesem Umfeld anzutreffen ist, haben wir uns entschieden, die Befragung auf zwei dieser Internetportale durchzuführen. Außerdem ist die Hemmschwelle für MSM, die sich nicht zeigen wollen und für die Diskretion sehr wichtig ist, bei einem Internetportal sehr niedrig.

In einer zweiten Phase wurde die Befragung inhaltlich und technisch vorbereitet. Die Fragen sollten folgende Aspekte ermitteln: Wissensstand, Schutzverhalten, Verbesserung der Prävention und Informationsbedarf. Die Fragen wurden gemeinsam mit den Interviewern erarbeitet:

Was wissen die Männer, die du hier kennengelernt hast, über sexuell übertragbare Krankheiten (Geschlechtskrankheiten) und HIV/Aids?

Was machen die Männer, um sich zu schützen?

[Bevor der Pretest durchgeführt worden war:] Wie kann es besser werden? Was braucht man (sonst noch), um sich und andere zu schützen? Was ist wichtig, damit es so weiter bleibt? Was kann man noch besser machen? Was ist wichtig dabei, damit sie sich weiterhin schützen? (Mehrere Alternativen. Der Interviewer konnte eine auswählen.)

[Nachdem der Pretest durchgeführt worden war:] Hast du Erfahrungen mit Sex ohne Kondome? Ist es mal vorgekommen, dass du dich nicht geschützt hast/dass du Sex ohne Kondome hattest? Bei negativer Antwort: Ende der Befragung. Bei positiver Antwort: Was ist denn passiert? Was war die Situation? Warum hat es nicht geklappt? Was hätte dir in so einer Situation geholfen?

Die ersten beiden Fragen beziehen sich auf Bekannte bzw. andere Männer, um zu vermeiden, dass eine direkte, persönliche Frage die Teilnehmer abschreckt. Es bestand allerdings die Hoffnung, dass die Teilnehmer auch über sich erzählen würden. Die Interviewer haben die Fragen vom Deutschen ins Türkische und ins Russische übersetzt. Es wurden Pretest-Interviews durchgeführt, dokumentiert und ausgewertet. Dabei stellte sich heraus, dass die Frage 3 nach der Verbesserung der Prävention bzw. nach dem Informationsbedarf für die befragten Männer nicht verständlich genug war. Deswegen musste sie geändert werden (Frage 4).

Nach diesem Schritt begannen Anfang des Sommers 2010 die zwei virtuellen Befragungen. Die Befragten wurden zum Beginn des Gesprächs über das Forschungsvorhaben informiert. Bei einem weiteren Informationsbedarf wurden sie an die DAH (bzw. GLADT für türkischsprachige Informationen) verwiesen. Die Anwerbung der möglichen Befragungsteilnehmer erfolgte auf den zwei Portalen auf unterschiedliche Weise: Im türkischsprachigen Portal war der Peer Researcher online präsent und wartete darauf, dass er von Männern angeschrieben wurde. Wenn dies

geschah, informierte er sie, dass er nicht wegen Sexsuche online war, sondern wegen des Forschungsvorhabens. Im russischsprachigen Portal schrieb der Peer Researcher die Männer an: „Ich habe einige Fragen zu einem ernsten Thema“, gefolgt von einer Info zum Forschungsvorhaben. Bei der Aufklärung über das Forschungsvorhaben wurden der Auftraggeber und der Auftrag genannt. Die Befragten wurden informiert, dass ihre Anonymität gewährleistet wird. Für Nachfragen zu PaKoMi wurde eine Emailadresse gegeben.

Die Befragungen wurden Ende September 2010 abgeschlossen. Im Herbst wurden die Interviews mit einer Inhaltsanalyse ausgewertet. Auch in der Auswertungsphase wurde auf die Partizipation der zwei Interviewer und ihr Interpretationsvermögen, das auf ihre Lebensweltnähe zur Zielgruppe beruht, großer Wert gelegt. Die Antworten wurden besprochen und die türkischen Antworten wurden in Kategorien sortiert. Bei der Kategorienbildung wurde darauf geachtet, dass sich die Kategorien tatsächlich aus den Daten – die die Lebensrealitäten der Männer darstellen – ergeben und nicht aus unseren Vorstellungen und Verständnis. Die Kategorien waren:

konsequent mit Kondom

weitere Schutzmaßnahmen

keine sexuellen Erfahrungen mit Männern

Sex ohne Schutz

Risiko unklar

Haltung: Homosexualität als Schicksal

Vorschläge zur Verbesserung der Prävention

In einem zweiten Schritt wurde die Inhaltsanalyse verdichtet, das heißt, wir haben nach Erkenntnissen gesucht, die wir aus den einzelnen Kategorien gewinnen konnten.

Ergebnisse

Der türkischsprachige Interviewer war insgesamt 50 Stunden und 38 Minuten auf dem Internetportal, wo die türkischsprachige Befragung stattgefunden hat, präsent. In dieser Zeit hatte der Interviewer insgesamt 153 virtuelle Kontakte mit Männern. Von denen haben 102 die Befragung gleich am Anfang abgelehnt. Es gab 51 Interviews. Der Großteil der Befragten waren Berliner und die meisten Interviews wurden in türkischer Sprache geführt. Der russischsprachige Interviewer verbrachte auf dem Internetportal, wo die russischsprachige Befragung stattgefunden hat, 3 Stunden und 38 Minuten. In dieser Zeit wurden 17 Männer befragt. Nur zwei russischsprachige Teilnehmer kamen aus Berlin, der Rest wohnte in anderen großen oder mittelgroßen deutschen Städten. Alle Interviews wurden in russischer Sprache geführt.

Die Antworten der befragten Männer zeigen, dass sie sich mit dem Thema HIV und sexuell übertragbare Krankheiten auseinandergesetzt haben. Über die Hälfte der Befragten ergreift Schutzmaßnahmen, um sich vor dem Virus zu schützen. Viele Befragungsteilnehmer erwähnten, dass sie durchgängig Kondome benutzen bzw. Safer Sex praktizieren, um sich zu schützen. Darüber hinaus gab es auch viele Teilnehmer, die neben oder alternativ zum Kondom weitere (teilweise vermeintliche) Schutzstrategien nannten, wie z. B. auf ein gesundes Aussehen oder Sauberkeit des Partners achten. Nur wenige Männer berichteten von Erfahrungen mit Sex ohne Kondome, und alle von ihnen betonten, dass es ein einmaliges Erlebnis war. Dies könnte bedeuten, dass eventuell ein so genannter Selektionseffekt vorliegt: Männer, die mehrere Risikokontakte hatten, wurden womöglich durch die Befragung nicht angesprochen bzw. haben diese abgelehnt. Bei einigen Teilnehmern wurde deutlich, dass sie noch keine oder nur wenig Erfahrung mit gleichgeschlechtlichem Sex hatten, sie jedoch auf der Suche nach solchen Erfahrungen waren. Generell entstand der Eindruck, dass viele dieser MSM ein ziemlich eingeschränktes Sexualleben führen, was eventuell auf eine übermäßige Angst vor HIV oder auf Konflikte mit dem eigenen sexuellen Begehren für Männer zurückzuführen ist. Nicht selten wurden auch schicksalsorientierte/fatalistische Einstellungen gegenüber (Homo-)Sexualität und HIV-Risiken erkennbar; diese MSM schienen gesundheitliche Risiken, die durch ihre Sexualkontakte mit anderen Männern entstehen, als etwas Unvermeidbares wahrzunehmen. Eher wenige Männer haben konkret

geäußert, wie ihrer Meinung nach die HIV-Prävention verbessert werden könnte. Diese Vorschläge bezogen sich alle auf den Informationsweg, nämlich Seminare und Infoveranstaltungen, Medien und Aufklärung in den Schulen, Infoladen, und nur einer sprach von restriktiven Maßnahmen.

Der Informationsgehalt aus den Antworten der russischsprachigen Befragungsteilnehmer war geringer. Wie viel diese Männer über HIV/Aids wissen, kann man anhand ihrer Antworten kaum sagen. Auch die russischsprachigen MSM nannten oft Kondome als ihre gängige Schutzmaßnahme. Manche nannten zusätzliche Maßnahmen, wie z. B. Impfungen, Körperhygiene und die Postexpositionsprophylaxe (PEP) (das ist die vorbeugende Einnahme von antiretroviralen Medikamenten kurz nach einer Situation, in der eventuell eine Infektion stattgefunden hat). Einige von ihnen haben erzählt, dass ungeschützter Sex auch mal vorkommt, und es gab drei Teilnehmer, die angaben, dass sie sich nie schützen.

Fazit

In dem Teilprojekt von manCheck wurde ein neuer, niedrigschwelliger Zugangsweg zu MSM, nämlich über „virtuelle Kontaktbörsen für die Allgemeinbevölkerung“, erprobt. Der Versuch war einerseits ein Erfolg, da MSM mit Migrationshintergrund und ohne schwule Identität auf diesem Wege erreicht und zu ihrem Wissenstand, Schutzverhalten und präventiven Bedarf befragt wurden. Andererseits wurde in der Steuerungsgruppe der Fallstudie kritisch diskutiert, dass der Aufwand relativ hoch ist (ca. 1 Kontakt pro Arbeitsstunde), wobei ein Gegenargument war, dass diese Gruppe nur mit einem besonderen Aufwand erreicht werden kann. Es sollte geprüft werden, ob dieser Zugangsweg für zielgruppenspezifische Präventionsmaßnahmen geeignet ist. Gemeint sind Online-Präventionsangebote, wie z. B. die Online-Beratung der DAH und das Projekt „Health Support“ auf der Internet-Plattform Gayromeo.

Die Partizipation von zwei MSM mit Migrationshintergrund im ganzen Forschungsprozess war sehr vorteilhaft. Obwohl die zwei Interviewer eine schwule Identität haben, verfügen sie über viel Wissen über die Lebenswelt der Zielgruppe. Daher wäre es ratsam, wenn man MSM mit Migrationshintergrund ansprechen will, Präventionsmitarbeiter einzustellen, die Kenntnisse über die Lebenswelt und relevante kulturspezifische Aspekte haben – wie z. B. die fatalistischen Einstellungen gegenüber (Homo-)Sexualität und HIV-Risiken. Außerdem sollten sie ein hohes Maß an Lebensstilakzeptanz aufweisen und offen und ohne Wertung mit MSM ohne schwule Identität umgehen können. Je nach Bedarf sollten evtl. Muttersprachler eingesetzt werden. Ein Projekt bzw. eine Intervention sollte möglichst niedrigschwellig sein und Diskretion und Anonymität für die MSM gewährleisten und sich bei der Gestaltung der Interventionen an der Lebenswelt der MSM orientieren.

Die Antworten der Befragten zeigten, dass sich diese MSM schon mit der Thematik HIV und sexuell übertragbare Krankheiten auseinandergesetzt haben. Fast alle Befragten machen sich Gedanken zum eigenen Schutz und ergreifen Schutzmaßnahmen. Sorglosigkeit wurde nicht festgestellt. Es ist jedoch zu bemerken, dass evtl. MSM, die sich nicht schützen und für die HIV kein Thema ist, die Befragung abgelehnt haben (Selektionseffekt). Die interviewten Männer scheinen zu wissen, dass Kondome vor einer HIV-Infektion schützen, und die große Mehrheit verwendet Kondome auch in der Praxis. Viele nannten auch weitere Schutzstrategien, die jedoch zum Teil ineffektiv sind und einen Informationsbedarf erkennen lassen. Problematisch erscheint vor allem eine Art „Seroguessing“, das einige Befragte praktizieren und das auf dem Aussehen oder der Sauberkeit des Partners beruht. Problematisch ist ebenso, dass der Grundsatz der Eigenverantwortung bei manchen Männern offensichtlich nicht angekommen ist, denn sie erwarten von ihrem Sexpartner, dass er ihnen seinen Serostatus mitteilt, damit sie sich dann für oder gegen Safer Sex entscheiden können, abhängig davon, was er sagt.

Diese Ergebnisse zeigen, dass Präventionsbotschaften und -inhalte die Aspekte Verantwortung und Seroguessing stärker in den Mittelpunkt rücken sollten. Vorhandenes Safer Sex-Verhalten sollte gestärkt werden. Fatalistische, schicksalsorientierte Einstellungen sollten berücksichtigt und das Selbstwirksamkeitsgefühl der Zielgruppe gefördert werden. Da einige Befragte ihr Sexualleben ziemlich einschränken, ist zu überlegen, wie übermäßige Ängste abgebaut werden können.

MSM mit Migrationshintergrund verstehen sich in der Regel nicht als Community. Gleichzeitig sind vermutlich viele dieser MSM in den verschiedensten Communities vertreten (z. B. Herkunftsgemeinschaft oder Sportvereine). Bei einem Community-Ansatz sollten daher Aidshilfen und Migrantenselbstorganisationen (MSO) zusammenarbeiten. Bei jeder Form der Zusammenarbeit muss die Partizipation der kooperierenden MSO und Projekte in allen Prozessen gewährleistet werden. Noch günstiger wäre es, wenn die Initiative zum Aufbau solcher Projekte von den Migranten-Communities selbst käme und die kooperierenden Präventionsprojekte und Träger/innen eine unterstützende, begleitende Funktion übernehmen.

„Das Prinzip der Lebensstilakzeptanz wird in Deutschland seit Jahren erfolgreich bei der Präventionsarbeit für und mit schwulen und bisexuellen Männern, intravenös Drogengebrauchenden, Sexworker/innen und anderen Gruppen umgesetzt. Für MSM ohne schwule Identität werden gezielte Interventionen gebraucht, die diese tatsächlich in ihrer Lebenswelt adäquat ansprechen können. Und diese Interventionen, genau wie diejenigen für andere Zielgruppen, sollen lebensstilakzeptierend sein, vordergründig auf die HIV-Prävention abzielen, ohne zu skandalisieren und zu klientelisieren, ohne die betreffenden Männer zu bevormunden oder emanzipieren zu wollen.“

Jannis

„Für mich zeigte die virtuelle Befragung, wie leichtsinnig und nicht ernst die russischsprachigen Migranten das Thema HIV/Aids nehmen. Was ich gelernt habe? Man sollte nicht mit erhobenem Finger ankommen.“

Dmitrij

Serosorting bezeichnet eine Strategie des Risikomanagements, bei der MSM Sexpartner aussuchen, die den gleichen HIV-Status haben wie sie selbst. Seroguessing ist eine ähnliche Strategie, die allerdings nur auf Vermutungen basiert und daher wenig tauglich ist.

Geschichten erzählen – Story Dialogue (Berlin)

Das dritte Teilprojekt der Berliner Fallstudie fand mit subway statt – einer Einrichtung, die mit jungen Männern arbeitet, die anschaffen gehen, d. h. die mit mann-männlicher Sexarbeit Geld verdienen. Das Teilprojekt wurde von Stefan Schröder (Mitarbeiter von subway) durchgeführt und von Michael T. Wright (WZB) wissenschaftlich begleitet. In diesem Teilprojekt wurden einige der Jungs eingeladen, an einem narrativen Gruppengespräch teilzunehmen – d. h. sie wurden gebeten, Geschichten zu erzählen über ihre Arbeit und die Männer, die Sex von ihnen kaufen. Ein solcher Freier wurde exemplarisch im Umriss an die Wand gezeichnet, die Geschichten der Jungs wurden in Stichworten auf Zetteln notiert und in diesen Umriss gepinnt.

„Jungs“ ist ein in der Prostitutionsszene üblicher Begriff für männliche Jugendliche und junge Männer, die an öffentlichen Orten und in Kneipen anschaffen gehen. Dieser Begriff wurde von subway übernommen. Ein anderer Begriff ist „Stricher“.

„Jungen und junge

Männer, die unterwegs sind und anschaffen (Prostitution), sind oft von sexueller Ausbeutung und Gewalt betroffen und haben nur eingeschränkten Zugang zu gesundheitlicher und sozialer Versorgung. Sie sind die wesentliche Zielgruppe von subway. In diesem Teilprojekt ging es allerdings um die Kunden der Jungs – d. h. um Freier. Genauer gesagt um Freier mit Migrationshintergrund, die

für uns ‚schwer erreichbar‘ sind, weil sie szenefern sind. Unsere Vermutung war, dass diese Männer besondere Bedürfnisse im Hinblick auf HIV-Prävention haben könnten.“

Stefan

Die subway-Mitarbeiter sind regelmäßig in den Szenekneipen unterwegs und erreichen die Jungs gut. Sie kennen auch viele Kunden (Freier) der Jungs und werden von ihnen teilweise angesprochen. Nun wollten sie der Frage nachgehen, welchen Aufklärungsbedarf Freier haben, die nicht in Stricherkneipen anzutreffen sind. Diese Männer sind Einzelgänger, die in Pornokinos

und Parks Kontakt zu Jungs suchen. Die direkte Kontaktaufnahme zu ihnen ist bisher nicht möglich gewesen, auch nicht über das Internet. Eine gute Informationsquelle über

diese spezielle Zielgruppe sind die Jungs, die mit den Freiern in Kontakt sind. Vor allem die älteren Jungs sprechen offen über ihre Arbeit, aber wenig über die Unterschiede vor allem in der Kontaktaufnahme. Das Teilprojekt war ein Anlass, mehr über die Situation der Freier in Erfahrung zu bringen, um sie direkt oder indirekt besser aufklären zu können.

Abbildung 17:
Gruppengespräch mit Jungs (Story Dialogue)



Vorgehen

Im Rahmen des PaKoMi-Projekts wurde ein Gruppengespräch mit den Jungs nach einer narrativ-dialogischen Methode durchgeführt (Story Dialogue)⁴. Das heißt, die Jungs wurden gebeten, Geschichten mit Beispielen und Details aus ihrem Erfahrungsschatz zu erzählen.

Vier Jungs nahmen am Gespräch teil; einer ist deutscher Herkunft, drei haben einen Migrationshintergrund (Rumänien, Litauen und Kroatien). Sie sind zwischen 21 und 30 Jahre alt, schaffen seit mindestens 4 Jahren an und sind subway bereits seit mehreren Jahren bekannt. Die Jungs wurden zum Gespräch eingeladen, weil sie offen über ihre Erfahrungen beim Anschaffen reden und sich differenziert über ihre Erfahrungen ausdrücken. Sie verfügen über genügend Deutschkenntnisse, um an einem Gruppengespräch in deutscher Sprache teilnehmen zu können, und sie alle haben Kontakte zu Freiern, die sich nicht in der offenen Prostitutionsszene aufhalten.

Das Gespräch dauerte ca. 100 Minuten und fand in einem separaten Raum in der Anlaufstelle von subway statt. Die Teilnehmer und die Gesprächsleiter saßen an einem runden Tisch und wurden mit Getränken versorgt. Entsprechend der Datenschutzpraxis und der Anonymitätsregelung von subway wurde das Gespräch nicht mit Tongerät aufgenommen. Es wurden folgende Fragen gestellt:

Wie kommt ihr in Kontakt zu den Männern?

Gehen Freier, die nicht in den Kneipen sind, anders mit euch um?

Wollen diese Männer Kondome benutzen?

Sind sie über HIV/Aids informiert?

Der Migrationshintergrund der Freier wurde im Gespräch auch angesprochen. Die Ergebnisse wurden – wie im Datenerhebungsprotokoll vorgesehen – mithilfe von Kärtchen auf dem „Freierbild“ festgehalten (siehe Abbildung 17). Anhand von ca. 12 Erzählungen über Erfahrungen mit Freiern mit Migrationshintergrund kamen 17 Kärtchen zusammen, die wie folgt gruppiert wurden:

Orte und Wege des Kennenlernens

Orte, wo die Sexualkontakte stattfinden

Merkmale des Sexualkontakts

Merkmale der Freier

⁴ Labonte 1999

Bei der Einführung wurde betont, dass die Jungs als Experten eingeladen wurden, weil sie die Freier mit Migrationshintergrund besser kennen als die Sozialarbeiter von subway.

„Die Ansprache als Experten war für die Teilnehmer schmeichelnd, aber löste auch Gelächter aus, wahrscheinlich weil sie nie als Experten bezeichnet und angesprochen werden und sich nicht als solche wahrnehmen (,Was? Wir sind Experten?!‘). Die Leitfragen wurden von den Teilnehmern sofort verstanden, auch das Anliegen, Freier innerhalb und außerhalb der Szene zu differenzieren. Das Erzählen war zunächst etwas zögerlich, weil die Teilnehmer unsicher waren, wie viel und über welche Inhalte sie erzählen sollten. Als bei der Vorstellungsrunde die Anonymität erklärt wurde – auch dass jeder Teilnehmer sich bereit erklärt, nichts über das Gesagte in der Szene weiterzuerzählen – wurden einige Bedenken angesprochen, was die Bekanntmachung eigener Erfahrungen betrifft (,Jeder von uns arbeitet für sich. Er ist alleine.‘). Diese lösten sich jedoch im Laufe des Gesprächs auf, nachdem die ersten von ihren Erfahrungen berichteten und die Gesprächsleitung aktiv eingriff, um einen Rahmen für die Erzählungen anzubieten. Durch die Leitfragen und durch genaues Nachfragen konnten mehr Details in Erfahrung gebracht werden. Das Narrative erwies sich als lebensnah; die Teilnehmer untermauerten zunehmend ohne Aufforderung der Gesprächsleitung viele ihrer Aussage mit einem konkreten Beispiel. Das Gesprächsinteresse der Teilnehmer lag offensichtlich nicht bei unserer Fragestellung. Unsere Unterscheidung nach Migrationshintergrund/ohne Migrationshintergrund und szenenah/szenefern ist ihnen fremd und hat keine Bedeutung. Die Lust der Jungs am Erzählen war zu merken bei der Wiedergabe von ungewöhnlichen Situationen oder von Situationen, in denen der Erzähler ein besonderes Geschick gezeigt hat. Konkurrenz oder andere mögliche Störfaktoren in der Kommunikation waren während der Gruppendiskussion nicht zu bemerken.“

Stefan

Ergebnisse

Im Ergebnis kam heraus, dass laut den Jungs im Hinblick auf Safer Sex und HIV kaum Unterschiede bestehen zwischen Freiern mit und ohne Migrationshintergrund bzw. zwischen szenenahen und szenefernen Freiern. Es gab eine Ausnahme: Es mag sein, dass es bei russischen Freiern häufiger vorkommt, dass auf Kondome verzichtet wird und der Sex „härter“ (weniger zärtlich) ist.

Das Gespräch nach der narrativ-dialogischen Methode unterscheidet sich von anderen Gruppengesprächen, die sonst bei subway stattfinden. Es ist ungewöhnlich, dass Jungs zusammensitzen und konzentriert an einem Thema bleiben. Üblicherweise werden in Gesprächen über Freier und Sexwork lustige Episoden erzählt bzw. Geschichten, die den Jungen selbst gut dastehen lassen. Selten unterhalten sich Jungs untereinander über Sexpraktiken oder darüber, wie und wo sie Kontakt zu Männern aufnehmen. Jeder weiß, dass der andere anschafft, aber keiner redet darüber. Die Jungs sagten am Ende, dass ihnen das Gespräch großen Spaß gemacht habe und dass es gut sei, wenn sie offen über ihre Erlebnisse berichten und Fragen stellen können (was sie sonst nur in Einzelgesprächen tun). Es sei ein gutes Gefühl mitzubekommen, dass andere ganz ähnliche Erfahrungen gemacht haben.

Die narrativ-dialogische Methode hat sich also bewährt. Die Hypothese, die den Leitfragen zugrunde liegt (szenenferne Freier mit Migrationshintergrund zeigen Verhaltensweisen oder Einstellungen, die ein besonderes Risiko für eine HIV-Infektion darstellen), konnte allerdings nicht bestätigt werden. Eine mögliche Ausnahme sind Freier russischer Herkunft.

„Es wäre wünschenswert, Jungs zu finden, die Kontakte zu Freiern überwiegend über das Internet herstellen, mit der Annahme, dass die Reichweite ihrer Kontakte noch größer ist. Außerdem wäre es interessant, Jungs zu interviewen, die auch Freier russischer Herkunft haben, um die Aussagen des ersten Gruppengesprächs zu dieser Gruppe von Männern zu überprüfen.“

Stefan

Bedarfserhebung zur Gründung eines Vereins (Osnabrück)

Die Fallstudie in Osnabrück (Niedersachsen) wurde durch die AIDS-Hilfe Osnabrück (Kristina Hesse) koordiniert und von Hella von Unger (WZB) wissenschaftlich begleitet. Die Zielgruppe waren Afrikanerinnen und Afrikaner in Osnabrück und Umgebung (englisch sprechend, ländlich). Als Community-Partner/innen waren 12-15 afrikanische Migrantinnen und Migranten beteiligt, die teilweise als Studierende nur für kurze Zeit in Osnabrück ansässig sind, teilweise schon viele Jahre in Deutschland leben und mit deutschen Partner/innen verheiratet sind.

Zunächst wurden Recherchen und informelle Interviews durchgeführt, um zu sehen, wie viele Afrikaner/innen es in Osnabrück und Umgebung gibt. Wie geht es ihnen? Wo treffen sie sich? Fühlen sie sich einer Community zugehörig? Was brauchen sie im Zusammenhang mit Gesundheit? Was denken sie über HIV/Aids?

Die partizipative Bestandsaufnahme hat ergeben, dass es ca. 500 gemeldete Afrikaner/innen gibt, aber die afrikanische Community bislang sehr wenig entwickelt ist. Die Leute leben weit verstreut, es gibt wenig Treffpunkte und wenig „gemeinsame Sache“ unter Afrikaner/innen.

„Wir haben zwei Recherchen geführt, die erste war über Community. Wir wollten erstmal die Leute unterstützen in Osnabrück mit dem Thema Gesundheitsförderung, und wir sind zu ihnen gegangen und haben gefragt: ‚Was versteht ihr unter Community? Wo treffen sich eigentlich die Afrikaner oder die Migranten?‘ Durch diese Recherchen haben wir festgestellt, dass sich die Leute gerne treffen wollen und mehr über ihre eigenen Anliegen was machen wollen.“

Victor (Video)

Es wurde klar: Community-Building-Prozesse sind notwendig, um HIV-Prävention für und mit Afrikaner/innen entwickeln zu können. Im Rahmen der Fallstudie wurden daher mit 15 engagierten Afrikaner/innen die Love-health-Aktionen auf dem Afrika-Markt durchgeführt (siehe Kapitel 1 Community).

Darüber hinaus wurde eine Projektlogik entworfen, um die Gründung einer Migrantenselbstorganisation (Afro-Info) zu planen. Diese neue MSO sollte Information und Unterstützung von Afrikaner/innen für Afrikaner/innen bereitstellen, um den Zugang zum Gesundheitssystem zu erleichtern, Afrikaner/innen zusammenzubringen, Gesundheit zu fördern und zu bestimmten Themen zu informieren (inkl. HIV/Aids).

Ziel

Um das neue, Community-basierte Angebot datengestützt und bedarfsorientiert zu entwickeln, wurde eine Befragung durchgeführt.

Vorgehen

Mithilfe eines kurzen Fragebogens wurden Afrikaner/innen in Osnabrück in zwei Sprachen befragt: auf Deutsch und Englisch. Enthalten waren Fragen wie:

Was brauchen Sie, um Ihre Gesundheit zu verbessern?

Über welche Krankheit würden Sie gerne mehr erfahren?

Wir planen eine neue Initiative für Afrikaner in Osnabrück: ein Ort für Informationen und Unterstützung für Gesundheit und andere Themen. Denken Sie, dass dies eine gute Idee ist?

Würden Sie persönlich zu einem solchen Ort gehen, wo Information und Unterstützung von Afrikanern für Afrikaner bereitgestellt werden?

Haben Sie irgendwelche Wünsche oder Anregungen für diesen Ort?

Der Fragebogen wurde getestet und 78 Personen wurden anschließend damit befragt.

Ergebnisse

Die Befragung hat folgende Ergebnisse geliefert:

78 Afrikaner/innen haben teilgenommen
(65 % Männer, 35 % Frauen).

93 % halten die geplante Initiative für eine gute Idee.

90 % würden persönlich zu einem Ort gehen, wo
Information und Unterstützung von Afrikaner/inne/n
für Afrikaner/innen bereitgestellt wird.

54 % würden gern mehr über Depressionen erfahren,
44 % möchten mehr über HIV/Aids erfahren und
43 % brauchen Hilfe, einen guten Arzt/Ärztin zu finden.

Wünsche und Anregungen: Es sollte ein
zentraler, gut erreichbarer, kinderfreundlicher Ort
sein, mit Fortbildungsangeboten und Diskussions-
veranstaltungen, Informationen in verschiedenen
Sprachen und der Möglichkeit, andere Afrikaner/innen
zu treffen und kennenzulernen.

Fazit und Ausblick

Die Recherchen, die Erfahrungen mit den Love-
health-Aktionen auf dem Afrika-Markt und die
Ergebnisse der Befragung legen nahe, dass das geplante
Angebot den Bedürfnissen von Afrikaner/inne/n
in der Region Osnabrück entspricht. Daher ist
geplant, einen Verein zu gründen (Afro-Info), mit dem
afrikanische Migrant/inn/en sich selbst organisieren und
unterstützen beim Zugang zum Gesundheitssystem, mit
Informationen zu HIV/Aids und bei anderen Fragen.
Gesundheit wird dabei ein wichtiges Anliegen unter
vielen sein. HIV steht nicht im Zentrum, wird aber
auch nicht ausgeblendet. Dieser Verein kann einen
wesentlichen Beitrag zur Bildung einer afrikanischen
Community in Osnabrück und Umgebung leisten.

Die Ergebnisse der Fallstudie wurden unter anderem
im Juni 2011 bei einem Runden Tisch zum Thema
HIV/Aids beim Niedersächsischen Ministerium für
Soziales, Familie, Gesundheit und Integration in
Hannover vorgestellt. Die Community-Partner/innen
bemühen sich sowohl im Land Niedersachsen als auch
auf kommunaler Ebene um Unterstützung, um die
Ergebnisse der Fallstudie nachhaltig zu nutzen und einen
Verein zu gründen.

Abbildung 18:
Interviews zur Bedarfserhebung



„PaKoMi hat mir und uns gezeigt, welche Schritte wir gehen können, um uns selbstbestimmt zu organisieren und dadurch viel effektiver den Migrant/inn/en in jeder Art und Weise helfen zu können. PaKoMi hat mir neue Ideen gegeben, die ich in Zukunft umsetzen möchte. Mein Wunsch nach PaKoMi ist, einen afrikanischen Verein in Osnabrück zu gründen. Durch die Fallstudie haben wir realisiert, dass unsere Community eine selbstorganisierte Unterstützung braucht, das bedeutet ‚von Afrikanern für Afrikaner‘ – um z. B. den Umgang mit der deutschen Bürokratie zu erleichtern.“

Ruth

„PaKoMi ist ein Projekt, das versucht, die Verbindung zwischen Migration und HIV/Aids zu verstehen, Gesundheitsrisiken von Migrant/inn/en zu analysieren und – am Ende – präventive Angebote vorzuschlagen. (...) PaKoMi hat mir geholfen, freier über HIV/Aids zu sprechen und Fragen mit neuem Selbstbewusstsein zu beantworten. Es hat mich außerdem in die Lage versetzt, mehr Kontakte mit anderen Migrant/inn/en in Osnabrück zu haben.“

Lucy (*übersetzt aus dem Englischen*)

„Ich hoffe, dass unsere Botschaft bzw. die Neuigkeit über unsere Gruppe in der afrikanischen Community ihre Runde machen wird. Ich hoffe auch, dass ich neue Methoden kennenlernen werde, wie wir HIV-Prävention machen können.“

Dubiede (*übersetzt aus dem Englischen*)

„PaKoMi hat mir die Augen geöffnet und mir geholfen, liebenswerte afrikanische Landsleute kennenzulernen. (...) Was ich am besten fand: die Einstellung der Mitglieder unserer Gruppe zueinander: die Bereitschaft, anderen zu helfen, die benachteiligt sind, die Entschlossenheit, ein bemerkenswertes Ziel zu erreichen, ohne dafür eine materielle Entschädigung zu erwarten. Unsere PaKoMi-Aktivitäten kamen zu einem Höhepunkt auf dem Afrika-Markt in 2010. (...) Wie geht es weiter? Vergesst nicht, was ihr gelernt habt. Seid entschlossen!“

Chief Nnamdi Ambrose Ojinnaka
(*übersetzt aus dem Englischen*)

„Durch die Forschung hat sich mein Verständnis der Situation von Migrant/inn/en im Gesundheitssystem in Osnabrück und Deutschland erweitert. (...) Ich denke wir brauchen eine afrikanische Community in Osnabrück für alle Afrikaner/innen aus dem gesamten Kontinent. So etwas hat es bisher noch nicht gegeben.“

Helen

„PaKoMi ist ein Zuhause in der Fremde. (...) Was ich mir für die Zukunft wünsche? Dass afrikanische Migrant/inn/en unabhängig zusammenarbeiten, um bei anderen Migrant/inn/en ein Bewusstsein zu schaffen für HIV und Aids, wie man sich davor schützt und wie man damit umgeht, wenn man es hat.“

Angela (*übersetzt aus dem Englischen*)

„PaKoMi hat vielleicht eine andere Bedeutung, aber für mich steht PaKoMi für eine nette, kleine afrikanische Gruppe, die sich für eine gute Sache trifft. Das Beste war der Afrika-Markt.“

M.

„Die Beteiligung von Migrant/inn/en an der HIV-Prävention ist sinnvoll, weil wir leichteren Zugang zu unseren Landsleuten haben. Wir können Brücken bauen zu anderen Migrant/inn/en hier in Deutschland und zu Menschen in unseren Heimatländern. Wir kennen die Kultur besser und die Tabus im Hinblick auf Gesundheit und HIV.“

Catherine (*übersetzt aus dem Englischen*)

Community-Mapping mit bulgarischen Strichern (Dortmund)

PaKoMi Dortmund hat sich mit bulgarischen Frauen und Männern beschäftigt, die in der Sexarbeit tätig sind. Die Fallstudie wurde von der AIDS-Hilfe Dortmund e.V. (Christian Hölbing, Projekt Neonlicht) und der Kommunikations- und Beratungsstelle für Prostituierte des Sozialdienstes katholischer Frauen e.V. (KOBBER) (Kirsten Cordes) koordiniert und von Hella von Unger (WZB) wissenschaftlich begleitet. Die Zielgruppe sind bulgarische Frauen und Männer, die in Dortmund in der Sexarbeit tätig sind: die Frauen auf dem Straßenstrich in der Ravensberger Straße, die Männer als Stricher in der lokalen Kneipenszene. Als Community-Partner/innen waren zwei männliche bulgarische Stricher, zwei bulgarische Studentinnen und die Sprachmittlerin von KOBBER beteiligt.

Die partizipative Bestandsaufnahme mit Recherchen, informellen Interviews und Gruppengesprächen hat ergeben, dass für beide Gruppen (weibliche und männliche bulgarische Prostituierte) jeweils Setting-angemessene, zielgruppenspezifische Maßnahmen der strukturellen HIV-Prävention entwickelt werden müssen. Im Rahmen der Fallstudie wurden zwei Teilprojekte durchgeführt:

ein *Community-Mapping* mit bulgarischen Strichern („Jungs“),

Entwicklung und Erprobung eines Konzepts für Kochabende mit bulgarischen Frauen auf dem Straßenstrich.

Hier wird das Teilprojekt mit den Jungs dargestellt.

Ausgangssituation vor Ort

Das Stricherprojekt Neonlicht macht aufsuchende Arbeit (Streetwork) mit Strichern und Callboys, die in Dortmund mit Sex Geld verdienen (mann-männliche Prostitution). Rund 70% der Stricher hatten 2009 einen Migrationshintergrund. Der Großteil dieser Männer war zwischen 18-25 Jahren und stammte aus Osteuropa, insbesondere Bulgarien. Hierbei handelte es sich vornehmlich um Männer aus einer türkisch sprechenden bulgarischen Minderheit, teilweise mit Roma-Hintergrund. Diese Gruppe stellte das Präventionsprojekt vor große Herausforderungen: Es gab sprachliche und kulturelle Barrieren und die Vermutung, dass die Jungs sozial stark benachteiligt und durch die Sexarbeit wahrscheinlich hohen HIV-Risiken ausgesetzt sind. Die Stricherstudie „östliches Ruhrgebiet“⁴ hatte gezeigt, dass Stricher allgemein einem hohen Risiko von Infektionen ausgesetzt sind und dass rund 40% im Kontakt mit Stammkunden gegen einen Aufpreis das Kondom weglassen.

„Die Erfahrungen im Streetwork zeigten über die Studie hinaus, dass insbesondere bulgarische Stricher oft kaum Kenntnisse über Kondomverwendung hatten. Da diese Gruppe eine ziemlich geschlossene Community zu sein schien, halfen auch die herkömmlichen Informationsflyer der schwulen Prävention nur bedingt weiter. Dies liegt einerseits an der Barriere, dass viele aus der Zielgruppe weder schreiben noch lesen können, andererseits aber auch an der Selbstdefinition, was schwul, hetero oder bisexuell ist, bzw. dass diese noch nicht eindeutig für sie bestimmt ist.“

Christian

Der Projektmitarbeiter nahm zunächst Kontakt zu zwei männlichen, bulgarischen Peers auf, die ebenfalls der Prostitution nachgehen. Es wurden informelle Gespräche in Stricherkneipen durchgeführt, um Vertrauen aufzubauen und sich kennenzulernen. Der Mitarbeiter hat Zeit mit den Jungs verbracht und einen der Peers einen Tag lang begleitet (*Shadowing*). Anschließend wurden Fokusgruppengespräche durchgeführt, um die Bedarfe und Wünsche der bulgarischen Stricher in Dortmund zu beleuchten. Diese Schritte haben folgende Ergebnisse gebracht:

Die bulgarischen Stricher leben vorwiegend in zwei

⁴ SPI 2008

Stadtteilen und relativ abgeschirmt von anderen Gruppen (etwa deutschen Strichern oder anderen Migrantengruppen).

Ihre Wohn- und Lebensbedingungen sind extrem schlecht (bis zu zehn Jungs teilen sich ein Zimmer, ein Bad wird von bis zu 60 Menschen benutzt, geheizt wird teilweise mit Ofenplatten).

Nur wenige Jungs können lesen und schreiben; in den Kernfamilien wird türkisch und/oder romanesk gesprochen; bulgarisch wird außerhalb der Familie gesprochen; Deutschkenntnisse sind bei den meisten nur minimal bzw. in Ansätzen vorhanden.

Die meisten Jungs haben eine schlechte geografische Orientierung in Dortmund, Straßennamen sind nur selten bekannt. Einige der Bulgaren, die seit längerer Zeit in Dortmund wohnen, begleiten neue Jungs zum Einwohnermeldeamt und bekommen für diese Dienste kleine Geldbeträge.

Anbindungen an soziale und gesundheitliche Hilfe-einrichtungen in Dortmund sind nicht oder kaum vorhanden.

Kenntnisse über HIV und andere sexuell übertragbare Erkrankungen sind sehr gering.

Über Risiken und Gefahren im Kontext von Prostitution (z. B. Gewalt, Kunden, die nicht zahlen wollen, die kein Kondom benutzen wollen, etc.) wird wenig gesprochen.

Es gibt jedoch auch Ressourcen, wie Hilfsbereitschaft, Überlebenskünste, enge soziale Kontakte untereinander und eine Aufgeschlossenheit dem Projektmitarbeiter von Neonlicht gegenüber.

Auf der Basis dieser Erkenntnisse wurde beschlossen, ein Community Mapping mit den bulgarischen Jungs durchzuführen, um die Jungs in ihrer Orientierung in Dortmund zu unterstützen, ihre Lebens- und Arbeitswelt besser zu verstehen und eine Grundlage dafür zu schaffen, Angebote der HIV-Prävention besser auf ihre Bedürfnisse abzustimmen.

Vorgehen

Die Methode des Community-Mapping ist ein partizipatives Verfahren, mit dem man die Merkmale, Ressourcen und Probleme von Communities bildlich umsetzen kann: Man zeichnet eine Karte (engl. *mapping*) einer Gemeinschaft (engl. *community*). Das Community-Mapping eignet sich auch für Gruppen, die wenig Lese- und Schreibkompetenzen haben.

Im Zeitraum von Juni bis Dezember 2010 wurde das Community-Mapping zum Thema „Dortmund, hier lebe ich“ geplant und durchgeführt. Die Jungs haben ihre Lebens- und Arbeitswelt in Dortmund veranschaulicht und sich gegenseitig in der Stadt orientiert und über Hilfsangebote informiert. Für die Durchführung des Community-Mappings wurden zwei Peers aus der bulgarischen Stricherszene gewonnen. Es wurde ein Flyer entworfen, der mithilfe von Zeichnungen erklärt, worum es geht (siehe www.pakomi.de) und welche Arbeitsschritte auf den verschiedenen Treffen durchgeführt werden.

„Wir haben die Methode in Comics abgebildet. Und die Jungs, die darauf abgebildet sind, kommen den Jungs sehr nahe, so dass sie sich selber auf diesen Bildern sehen konnten. Und das war ein absoluter Renner. Ich habe diese Zettel ausgeteilt, da haben die sich zusammengesetzt, haben gelacht und geschaut und gesagt: ‚Ach der da mit der Brille, das bist doch du und der mit dem Block in der Hand, der alles notiert ...‘ Also es war ganz klar, wer macht welche Rolle und dass diese zwei Peers die Moderation übernehmen, ich im Hintergrund bleibe und eigentlich nur den Raum aufschließe, vielleicht ein bisschen Kaffee koche, mir Notizen mache und mit den beiden Peers zusammenarbeite. Letztendlich die Arbeit mit der Community haben sie gemacht.“

Christian (Video)

Das Community-Mapping umfasste mehrere Treffen und Arbeitsschritte. Die Peers wurden geschult und haben alles gemeinsam mit dem Neonlicht-Mitarbeiter vorbereitet. Sie haben die Rekrutierung übernommen, d. h. Jungs informiert und eingeladen, an dem ersten Mapping-Treffen teilzunehmen.



Abbildung 19:
Community Mapping: I. Treffen

Abbildung 20:
Community Mapping: Zwischentreffen





Abbildung 21:
Community Mapping: 2.Treffen

Abbildung 22:
Community Mapping: Nachbereitung



Das erste Treffen dauerte knapp 1,5 Stunden. Die Jungs zeichneten einen Stadtplan mit den für sie wichtigen Plätzen in Dortmund („Welche Plätze kennen wir? Wenn jemand neu ist, welche Plätze sollte er kennen?!“) und einer Legende, die die Zeichen erklärt. Ein Peer (Azis) übernahm die Moderation, der andere (Nikolai) die Dokumentation. Während der Treffen wurden die Aussagen und Diskussionen der Jungs festgehalten und der Prozess mithilfe von Fotos dokumentiert. Auf Wunsch der Jungs wurden die Gesichter auf den Fotos unkenntlich gemacht.

Nach dem Treffen gab es ein Zwischentreffen der beiden Peers mit dem Projektmitarbeiter. Auf diesem Zwischentreffen wurde die gezeichnete Landkarte und Legende besprochen und ins Reine gezeichnet. Das erste Treffen wurde reflektiert, d. h. es wurde überlegt, was gut und was nicht gut gelaufen ist. Für das nächste Treffen wurde geplant, dass es Essen und Getränke geben sollte.

Das zweite Treffen zum Mapping in großer Runde fand kurz darauf statt. Die Aufgabe bestand darin, die Landkarte noch einmal zu besprechen und um weitere Punkte zu ergänzen. Unter den Teilnehmern waren auch zwei neue Männer, die erst vor wenigen Wochen in Dortmund eingetroffen waren. Einige der Jungs haben sich ihrer angenommen, um ihnen Informationen zu Dortmund zu geben. Insgesamt nahmen neun Jungs teil, einer mehr als bei dem ersten Treffen. Das zweite Treffen war lockerer und motivierter als das erste: Die Jungs kannten den Prozess schon, arbeiteten aufmerksamer mit, beteiligten sich aktiv am Zeichnen und äußerten konstruktive Kritik, wenn sie sich z. B. nicht einig waren, welches Zeichen verwendet werden sollte oder wo etwas liegt. Auch dieses Treffen dauerte ca. 1,5 Stunden. Am Ende waren sich alle Jungs einig und auch ein bisschen stolz darauf, dass sie gemeinsam doch mehr wussten, als sie dachten. Ihnen wurde aber auch klar, dass sie mehr über die Dortmunder Innenstadt wissen wollten, wo sie lediglich einen Friseur, Western Union und ein paar Läden kannten, wo sie hin und wieder Bekleidung kaufen.

Abschließend gab es ein Nachbereitungstreffen der beiden Peers mit dem Projektmitarbeiter. Der Prozess und die Ergebnisse wurden besprochen und Notizen ergänzt.

Ergebnisse

Das Community-Mapping hat den Jungs eine Gelegenheit gegeben, sich auszutauschen und in der Stadt zu orientieren. Die Methode wurde gut angenommen und umgesetzt. Es wurde deutlich, dass sie sich nur sehr eingeschränkt bewegen (in bestimmten Gebieten, auf bestimmten Wegen) und viele Plätze und Einrichtungen in Dortmund noch nicht kennen (z. B. Innenstadt, Anbieter von sozialen Diensten, Gesundheitsamt etc.). Das Mapping hat bei ihnen Interesse geweckt, mehr kennenzulernen. Gleichzeitig war es eine Bestätigung, dass sie doch schon einige Plätze kannten, wie z. B. Stricherkneipen, Kinos, Parks, den schwulen Gesundheitsladen Pudelwohl (wo das Treffen stattfand), Internetcafes, Western Union, Apotheken, das Klinikum Nord und einiges mehr. In dieser Hinsicht wurde ihr Selbstbewusstsein gestärkt.

Die beiden Peers waren positiv überrascht, dass ihnen das Vertrauen von PaKoMi entgegengebracht wurde, die Gruppe zu leiten. Die Leitung einer Gruppe war für sie eine große Herausforderung, sie fanden jedoch, dass man es „einfach mal versuchen“ muss. Eine komplette Leitung – ohne Begleitung durch den Projektmitarbeiter – konnten sie sich allerdings nicht vorstellen „Das schaffen wir nicht allein ... vielleicht in ein oder zwei Jahren?“

Für den Projektmitarbeiter war das Mapping ein wertvoller Einblick in die Lebenswelt der Jungs in Dortmund. Er konnte dadurch genauer nachvollziehen, welche Plätze sie kannten und welche nicht. Dies gab ihm die Gelegenheit, gezieltere Informationen zu geben über Plätze, die den bewegungs- und Handlungsspielraum der Jungs erweitern (wie z. B. Informations- und Hilfsangebote, praktische Informationen, gesundheitliche Dienste, kulturelle Angebote etc.). Gleichzeitig hat der Prozess der Zusammenarbeit „einen Stein ins Rollen gebracht“: Es wurde Vertrauen aufgebaut und die Jungs kommen nun mit Fragen auf ihn zu.

„Diese Gruppe wird nun besser erreicht als vorher.

Darüber hinaus ist die Bereitschaft Hilfe in Anspruch zu nehmen gestiegen. Trotz alledem muss an der besseren Erreichbarkeit noch sehr viel getan werden. Momentan sind lediglich Grundsteine dafür gelegt worden.“

Christian

Ausblick

Leider kann die vielversprechende Entwicklung nicht weitergeführt werden, da sich die Rahmenbedingungen der Sexarbeit für Stricher und der HIV-Prävention in diesem Umfeld während der Auswertung der Fallstudie grundlegend geändert haben. Am 16.5.2011 ist in Dortmund eine neue Sperrgebietsverordnung in Kraft getreten, die die Nutzung und Verwertung der Ergebnisse grundsätzlich erschwert. Diese neue Verordnung erklärt das gesamte Stadtgebiet zum Sperrbezirk und verbietet damit die Prostitution an öffentlichen Orten (siehe auch S. 111 Teilprojekt Frauen). Die Konsequenzen für die HIV-Prävention sind sehr problematisch. Die Politiker/innen versprechen sich von der Verordnung, die öffentliche Prostitution zu unterbinden. Dies ist jedoch nicht der Fall. Öffentliche Prostitution findet weiter statt, allerdings ist die Arbeit der Jungs in Stricherkneipen und Parks nun illegalisiert. Ihre Arbeitssituation hat sich verschlechtert: Sie verdienen weniger, nehmen größere Risiken in Kauf und haben eine schlechtere Verhandlungsposition für Safer Sex. Ihr Arbeitsgebiet verlagert sich und dehnt sich aus, und sie werden für den Neonlicht-Mitarbeiter und seine gesundheitlichen und präventiven Angebote schwerer erreichbar.

Kochen auf dem Straßenstrich (Dortmund)

Das zweite Teilprojekt in Dortmund beschäftigte sich mit bulgarischen Frauen, die auf dem Straßenstrich arbeiten. Dieses Teilprojekt wurde von der Kommunikations- und Beratungsstelle für Prostituierte des Sozialdienstes katholischer Frauen e.V. (KOBBER) (Kirsten Cordes) koordiniert und von Hella von Unger (WZB) wissenschaftlich begleitet. An der Umsetzung waren drei Studentinnen mit Migrationshintergrund und bulgarischen und türkischen Sprachkompetenzen (Semra, Olja, Ivelina) als Sprachmittlerinnen, Multiplikatorinnen und Peer Researcher maßgeblich beteiligt. Im Verlauf der Fallstudie wurde ein Konzept für Kochabende auf dem Straßenstrich als Maßnahme der Gesundheitsförderung und Strukturellen HIV-Prävention entwickelt und erprobt. Im Anschluss wurde eine Befragung der Prostituierten durchgeführt.

„PaKoMi ist für mich eine einmalige Erfahrung und ein großer Schritt in meiner persönlichen und zukünftigen beruflichen Entwicklung.“

Semra

Bestandsaufnahme

Zu Beginn der Fallstudie haben die Sozialarbeiterinnen von KOBBER ihre Arbeit geschildert: Sie beschrieben die Arbeitsbedingungen und ihre Arbeit auf dem Straßenstrich an der Ravensberger Straße in der Dortmunder Nordstadt und stellten die Präventionsaktionen mit den Mitarbeiterinnen der Aidshilfe im Beratungs-Container von KOBBER vor. Sie führten Recherchen durch und interviewten bulgarische Prostituierte informell. Dabei wurde klar, dass die Frauen sehr mobil sind: Viele haben Kinder und Familie in Bulgarien und kommen nach Deutschland zum Arbeiten. Sie verbringen im Laufe eines Jahres mehrere Monate in Dortmund und mehrere Monate in Bulgarien bei ihren Kindern und Familien. Die Gruppe der bulgarischen Frauen ist seit der EU-Osterweiterung angewachsen. Sie leben in sehr eingeschränkten Wohnverhältnissen in Dortmund, die allerdings im Vergleich zu der Wohnsituation in der Region in Bulgarien (Plovdiv), aus der die meisten stammen, immer noch gut ist. Wie die bulgarischen Jungs (siehe oben) gehören auch die Frauen überwiegend sozial benachteiligten, türkisch und romanisch sprechenden Minderheiten in Bulgarien an. Viele der Frauen können weder lesen noch schreiben. Die Frauen leben und arbeiten legal in Deutschland, aber kaum eine hat einen Krankenversicherungsschutz. Es werden häufig Abtreibungen vorgenommen. Die Ernährung der Frauen ist sehr mangelhaft, es gibt so gut wie keine Freizeitaktivitäten. Das Leben in Deutschland besteht aus Arbeit. Intensive Freundschaften existieren selten, die Frauen stehen (in der Arbeitswelt) eher in Konkurrenz zueinander. Die Einnahmen werden zu den Familien in die Heimat geschickt. Es scheint kaum Kontakt zu den deutschen Frauen auf dem Straßenstrich zu geben, teilweise kommt es zu Streit und Handgreiflichkeiten. Die bulgarischen Frauen bleiben unter sich, ebenso wie die deutschen. Die Kommunikation mit der Beratungsstelle KOBBER ist eingeschränkt, hat sich aber seit der Einstellung einer bulgarisch sprechenden Honorarkraft sehr verbessert. Bei den HIV-Aufklärungs-Aktionen im Container, zu denen KOBBER die Aidshilfe eingeladen hat, wurde deutlich, dass die Frauen sehr wenig über weibliche Anatomie und sexuell übertragbare Krankheiten wissen.

„Wir haben dringenden Handlungsbedarf festgestellt. Den Frauen fehlten Kenntnisse über den eigenen Körper und ein Bewusstsein für die Notwendigkeit von Schutz- und Vorsorgemaßnahmen.“

Ivelina

Ziele

Kennenlernen der Zielgruppe

Partizipative und kooperative Zusammenarbeit mit der Zielgruppe

Gesundheitsbewusstsein schaffen/fördern und Gesundheit stärken

HIV-Prävention für und mit den Frauen entwickeln

Vorgehen: Kochabende im Container

Um die bulgarischen Frauen, ihr Gesundheitsverständnis und ihre Bedürfnisse besser kennenzulernen und gleichzeitig stärker partizipativ mit ihnen zu arbeiten, wurde eine neue Maßnahme der Gesundheitsförderung und strukturellen HIV-Prävention für Prostituierte entwickelt: Kochabende im Container am Straßenstrich.

Die Idee dazu entstand, weil sich die Frauen schlecht ernähren und es eine voll funktionsfähige Küche und einen großen Esstisch in dem Container von KOBBER am Straßenstrich gibt. Bei einer Recherche der internationalen Literatur fanden die Sozialarbeiterinnen heraus, dass Kochen als Maßnahme der Gesundheitsförderung insbesondere für Frauen und auch im interkulturellen Kontext bereits erfolgreich erprobt wurde – allerdings bislang noch nicht mit Sexarbeiterinnen.

Um die Maßnahme zu planen, wurde eine Projektlogik entwickelt: Für die Planungsphase wurden die Ressourcen ermittelt: Container mit Küche, Sprachmittlerinnen, Kochkompetenzen etc. Dann wurden Vorbereitungen getroffen: Einkaufen, Ankündigen etc. Der Kochabend selbst, also die Umsetzungsphase, umfasste das gemeinsame Kochen, Essen und Aufräumen. Bei den Ergebnissen wurden zwei Aspekte diskutiert: die unmittelbare Wirkungen der Maßnahme und eine geplante Breitenwirkung. Zu den unmittelbaren Wirkungen gehörten:

miteinander ins Gespräch kommen,
auch über ihre Gesundheit,

sich besser kennenlernen,

Vertrauen aufbauen,

gesund und warm essen,

den Container partizipativer nutzen etc.

Die geplante Breitenwirkung umfasst:

die Gesundheit der Zielgruppe langfristig fördern,

Partizipation und Gemeinschaft im Container und auf dem Straßenstrich stärken und

strukturelle HIV-Prävention betreiben.

Von April bis Oktober 2010 wurden vier Kochabende durchgeführt (siehe Abbildung 23). Dabei wurden ausgewogene warme Mahlzeiten zubereitet. Es nahmen jeweils verschiedene Frauen teil. Die Kochabende waren offen für alle Sexarbeiterinnen, unabhängig von ihrem Migrationshintergrund, denn es sollten ja auch Kontakte unter den Frauen gefördert werden. Für ihre Mitarbeit bei dem 2-3-stündigen Kochevent mit Zubereitung, Kochen, Aufdecken und Aufräumen haben die Frauen eine Aufwandsentschädigung von 10 Euro bekommen.

Die Kochabende wurden mit Fotos und Notizen dokumentiert und ausgewertet. Negative Erfahrungen wurden bei der Organisation, Vorbereitung, Technik und Teilnahme der Frauen, die teilweise das Kochen unterbrachen, wenn draußen der Stammfreier vorbei fuhr, gemacht. Positiv war das Engagement einiger Frauen, die mit Freude teilgenommen haben, der Erfolg der Zubereitung der Speisen, die wohltuende Wirkung des Essens sowie die Gespräche und die Erfahrung, sich mal von einer anderen Seite kennenzulernen und näher zu kommen. Es kam zu freundlichen Kontakten unter Frauen, die sonst nicht miteinander sprechen bzw. in Konkurrenz zueinander stehen.

„Von Hilflosigkeit über Skepsis zu positiver Überraschung: Als Anfang 2008 immer mehr Frauen aus den neuen EU-Ländern, insbesondere aus Bulgarien, auf dem Dortmunder Straßenstrich auftauchten, fühlte ich mich zunächst irgendwie so hilflos. Ich bin ein Mensch, der viel redet und gut zuhört, aber diese Fähigkeiten nutzten mir nichts, denn die Frauen sprachen praktisch kein Deutsch (und ich kein Bulgarisch). Sie signalisierten deutlich, dass sie mit uns nichts zu tun haben und unter sich bleiben wollten. Da gab es kein Lächeln zur Begrüßung, kein ‚Hallo‘ und kein ‚Danke‘. Nur ‚böse Blicke‘ – in meiner Wahrnehmung. Bei den ersten PaKoMi-Treffen war ich mehr als skeptisch. ‚Partizipation‘ und diese Zielgruppe, da schienen mir doch Welten dazwischen zu liegen. Durch unsere Sprachmittlerin Olja wusste ich mittlerweile, dass diese Frauen und ihre Lebenswelt mir noch viel ferner sind, als ich angenommen hatte. Andererseits war da aber auch Neugier, mehr zu erfahren über diese scheinbar so fremde Welt, in der man sich Zucker über den Kopf streut, um nicht schwanger zu werden. Hin- und hergerissen zwischen dieser Neugier und dem Gedanken ‚Das wird nie klappen‘, begab ich mich also in das Abenteuer PaKoMi. Heute erinnere ich mich an großartige Momente. Wenn vor Lachen die Mauern zwischen uns gefallen sind und da plötzlich nichts mehr übrig war von Fremdheit und Abwehr. Heute schaue ich zurück auf die letzten drei Jahre mit diesen Frauen und sehe, dass so viel passiert ist. Die Kochabende waren ein ganz wesentlicher Aspekt dieser Entwicklung. Wer einmal zusammen Pizza verhunzt hat und dann tapfer mit angebackenem Butterbrot Papier gegessen hat, der lächelt sich auch Monate später noch zur Begrüßung an. Es ist Kontakt passiert. Echter Kontakt. Cool, oder?“

Kirsten

„Es hat mir gefallen zuzusehen, wie entspannt die Frauen beim Kochen waren, zu hoffen, dass sie etwas von dem Event mitnehmen und eventuell ein besseres Bewusstsein für sich, den eigenen Körper und die eigene Gesundheit entwickeln können. Es hat mich gefreut, dass sie sich gewagt haben, Wünsche zu formulieren, und hoffentlich mehr Vertrauen zu der Beratungsstelle aufbauen – sei es auch so wenig wie zu wissen, dass sie nicht alleingelassen sind.“

Ivelina



Abbildung 23:
Kochabende im Container am Straßenstrich

Abbildung 24:
Interviews im Container am Straßenstrich



Befragung

Im Winter 2010/2011 wurde eine Befragung der Frauen durchgeführt, um das neue Angebot zu beurteilen und mehr über die Bedürfnisse der Frauen zu erfahren. Dafür wurde ein Fragebogen auf Bulgarisch, Deutsch und Türkisch entwickelt. Dieser Fragebogen wurde auf dem vierten Kochabend in allen drei Sprachen getestet (Pretest). Anschließend wurde der Fragebogen überarbeitet: Die Fragen und Antwortmöglichkeiten wurden stark vereinfacht und an die Realität der Frauen angepasst (zum Beispiel wurde gefragt ‚Was tust du, um nicht krank zu werden?‘ statt ‚Was tust du für deine Gesundheit?‘ – die ursprüngliche Frage war für viele bulgarische Frauen nicht nachvollziehbar, weil Gesundheit nach ihrem Verständnis nicht von ihrem Verhalten abhängt). Es wurden insgesamt 61 Frauen in dem Container befragt (siehe Abbildung 24). Sie haben eine Aufwandsentschädigung von 5 Euro für die Teilnahme an dem Interview erhalten. Die Daten wurden mithilfe der Software Grafstat 2 eingegeben und ausgewertet.

„Wir haben 61 Frauen interviewt. Wir wollten wissen, ob die Frauen schon mal bei den Kochabenden im Beratungscontainer mitgemacht haben oder ob sie davon schon mal gehört haben, was sie genau gemacht haben, wie es ihnen gefallen hat usw. Außerdem wollten wir wissen, was die Frauen für ihre Gesundheit tun, welche Themen sie interessieren und was sie sich von der Beratungsstelle KOBER noch wünschen. (...) Ich muss sagen, ich habe mir diese Arbeit einfacher vorgestellt, habe aber damit die Sache ein wenig unterschätzt. Die Probleme fingen schon bei den ersten Interviewkandidatinnen aus Bulgarien an. Die wussten nicht genau, was ich mit der Frage ‚Was tust du für deine Gesundheit?‘ meine. Obwohl es mehrere Antwortmöglichkeiten gab, war die Antwort, die ich oft hören musste: ‚Hauptsache Gott gibt mir Gesundheit!‘ Bei der Frage ‚Welche Themen interessieren dich?‘ gab es auch Schwierigkeiten. Besonders bei der Antwortmöglichkeit ‚Schwangerschaft‘ habe ich meistens ganz schnell und laut die Antwort bekommen: ‚NEEEEEIN, nicht schwanger!!‘, wo ich dann immer erklären musste, dass es nicht darum geht, ob sie in dem Moment schwanger ist oder nicht. Aber jedes Mal, wo ich das Wort Schwangerschaft ausgesprochen habe, haben einige der Frauen sehr laut reagiert.“

Ergebnisse

Unter den 61 Frauen, die an der Befragung teilgenommen haben, waren 58% Bulgarinnen, 35% Deutsche und 7% aus Rumänien oder anderen Ländern. 13% der Frauen haben an den Kochabenden teilgenommen (alle mit Spaß) und 70% hätten Lust zukünftig teilzunehmen. Auf die Frage ‚Was machst du, damit du nicht krank wirst?‘ wählten 98% die Antwortmöglichkeit ‚Ich benutze Kondome‘ und 88% ‚Ich esse Obst & Gemüse.‘ Auf die Frage ‚Welches Thema ist dir wichtig?‘ wählten 88% die mögliche Antwort ‚Sich nicht mit HIV/Aids anstecken‘ und 83% ‚Beim Sex keine Krankheiten kriegen‘. Andere Antwortmöglichkeiten waren ‚meine Rechte in Deutschland‘ (59%), ‚Arzt und Krankenhaus‘ (58%), ‚Steuern‘ (58%) sowie ‚Schwangerschaft‘ (53%). Auf die Frage ‚Gibt es etwas, das du dir von KOBER wünschst?‘ konnten die Antworten frei formuliert werden – darunter waren längere Öffnungszeiten des Containers, sicherere Verhältnisse auf der Straße, mehr Sauberkeit und ein breiteres Angebot im Container (wie eine größere Auswahl an Snacks, Kondomen und weitere Beratungsthemen).

Schlussbemerkung

Die Fallstudie Dortmund hat gezeigt, dass Kochabende eine vielversprechende Maßnahme der Gesundheitsförderung und Strukturellen HIV-Prävention sind. Die Teilnahme am Kochen steht zwar in Konkurrenz zu den Arbeitsinteressen der Frauen, aber das Angebot wurde trotzdem teilweise gut angenommen. Die positiven Wirkungen lagen weniger bei Ernährungsberatung oder direkter Verhaltensprävention, sondern vielmehr in der Verhältnisprävention: Die Kochabende haben Gemeinschaft ermöglicht, und die Frauen lernten sich untereinander kennen und erfuhren Wertschätzung. Der Austausch und die Kommunikation haben sich verbessert und es wurde Vertrauen aufgebaut, auch bei den Projektmitarbeiterinnen.

Die Befragung hat gezeigt, dass der Schutz vor HIV/Aids den Frauen wichtig ist. Zwar haben die Frauen zum Teil wahrscheinlich so geantwortet, wie sie glaubten, dass es von den Sozialarbeiterinnen gewünscht wurde. Das heißt, das tatsächliche Schutzverhalten ist vermutlich nicht so ausgeprägt wie die Motivation oder Einstellung sich zu schützen. Trotzdem ist es eine wichtige Rückmeldung, dass das Thema für die Frauen eine Bedeutung hat. Die Verständigungsprobleme, die beim Pretest deutlich wurden, sind nicht rein sprachlich, sondern zeigen, dass es große Unterschiede zwischen den Lebenswelten gibt. Die besondere rechtliche und sozioökonomische Situation der Frauen (Arbeitsmigration, soziale Marginalisierung, Analphabetismus und fehlende gesundheitliche Versorgung) sowie der kulturelle Hintergrund (z. B. Bedeutung von Gesundheit) müssen in der HIV-Prävention angemessen berücksichtigt werden. Durch die Fallstudie sind die Bedürfnisse der Frauen deutlicher geworden. Die Zielgruppe ist besonders stark marginalisiert, sodass die Grundsätze der Strukturellen HIV-Prävention umso wichtiger sind: die Zielgruppe und Community einzubeziehen und zu stärken, Benachteiligungen abzubauen und HIV-Risiken und Schutzverhalten nicht nur auf der individuellen Ebene, sondern auch den gesellschaftlichen Zusammenhang zu beeinflussen.

„Viele der Sexarbeiterinnen auf dem Strich kennen immer noch nicht alle sexuell übertragbaren Krankheiten, aber sie wissen, dass es sie gibt, weil wir (die Multiplikatorinnen) im Rahmen der PaKoMi-Aktionen (Kochen und Interviews) von den Gefahren gesprochen haben. Nicht gering zu schätzen sind auch die Glücksmomente der Frauen während der Kochaktionen im Container. Die kurze Zeit weg von der Straße, den Kunden und dem ganzen Arbeitstress tat einigen von ihnen sehr gut. Ich denke, dass PaKoMi etwas sehr Bedeutungsvolles geschafft hat, nämlich dass viele Sexarbeiterinnen überrascht die Frage stellen: ‚Warum fragen sie uns nach unser Gesundheit? Warum wollen sie, dass wir über Wohlbefinden und Gesundheit reden?‘ Diese Fragen können auch als ein Meilenstein bezeichnet werden, denn sie geben vielen Frauen Denkanstöße, die sich bis jetzt noch nie mit ihrer Gesundheit auseinandergesetzt haben.“

Ausblick: Nachhaltigkeit erschwert durch neue Sperrgebietsverordnung

Die Erkenntnisse aus der Fallstudie konnten bislang nicht umgesetzt und die Kochabende nicht kontinuierlich fortgeführt werden, da im Frühjahr 2011 der Straßenstrich und der Container von KOBER geschlossen wurden. Wie oben erwähnt ist am 16.5.2011 in Dortmund eine neue Sperrgebietsverordnung in Kraft getreten, die das gesamte Stadtgebiet zum Sperrbezirk und damit die Prostitution an öffentlichen Orten für rechtswidrig erklärt. Im Vorfeld war die öffentliche Diskussion in Dortmund schon seit längerer Zeit von einer Kontroverse um den Straßenstrich geprägt – und um die neue Gruppe der Bulgarinnen, die dort tätig wurden. In den letzten Monaten schürte die Berichterstattung in den Medien zunehmend eine Angst vor „Überfremdung“ und Ausländerfeindlichkeit. Es wurde nicht immer offen gesagt, aber Bilder der bulgarischen Armensiedlung bei Plovdiv, der bulgarischen Prostituierten auf dem Straßenstrich und der Roma in der Dortmunder Nordstadt bedienten auch antiziganistische Vorurteile (d. h. Vorurteile gegen Sinti und Roma). Dies wurde von politischem Aktionismus begleitet, der zu der neuen Verordnung und einem repressiven Vorgehen von Ordnungsamt und Polizei in der Nordstadt führte, wo offensiv gegen Prostituierte, junge Bulgarinnen und Frauen, die für Prostituierte gehalten werden, vorgegangen wird. Die Sexarbeit der Frauen wurde dadurch nicht unterbunden, aber in die Illegalität gedrängt. Ähnlich wie bei den Jungs (siehe S. 105) verschlechtern sich dadurch die Arbeits- und Lebensbedingungen der Frauen erheblich. Ihr Entscheidungs- und Handlungsfreiraum im Umgang mit Zuhältern und Freiern ist kleiner geworden, die gesundheitlichen Risiken, sich mit HIV oder einer anderen Erkrankung anzustecken, steigen. Diese Entwicklungen zeigen sehr klar, wie wichtig das Konzept der Strukturellen Prävention ist: Wenn Gruppen gesellschaftlich benachteiligt werden, reicht es nicht aus zu versuchen, individuelles Verhalten zu ändern. Um die strukturell hervorbrachte Verletzlichkeit abzubauen (die in diesem Fall gerade gesteigert wurde), müssen gesellschaftliche Verhältnisse geändert, Benachteiligungen abgebaut und die betroffenen Gruppen gestärkt und gefördert (nicht unterdrückt und ausgegrenzt) werden.

7.

Empfehlungen

für die Weiterentwicklung der HIV-Prävention für und mit Migrant/inn/en

Vorbemerkung

Alle Menschen, die in Deutschland leben, sollen unabhängig von ihrem kulturellen Hintergrund den gleichen Zugang zu Information, Prävention, Beratung und Versorgung haben – so lautet das Ziel der Bundesregierung, wie sie es 2007 im Aktionsplan zur Umsetzung der HIV/Aids-Bekämpfungsstrategie (S. 15) klar formuliert hat. Um dies zu erreichen, wurden verschiedene „Bausteine“ vorgeschlagen, darunter auch die Durchführung von Studien zu Einstellungen, Verhaltensweisen und Lebensbedingungen von Migrant/inn/en, um auf dieser Grundlage Aufklärungsmaterial zu entwickeln.

Im Jahr 2011 sind einige dieser Bausteine umgesetzt – zumindest in Teilen –, auch im Rahmen des PaKoMi-Projekts (Partizipation und Kooperation in der HIV-Prävention mit Migrantinnen und Migranten).¹ Das Ziel ist jedoch noch nicht erreicht – viele Menschen mit Migrationshintergrund haben immer noch nicht den gleichen Zugang zu Information, Prävention, Beratung und Versorgung wie Menschen ohne Migrationshintergrund. Es gibt nach wie vor sprachliche, rechtliche, strukturelle und kulturelle Barrieren.

Die Ergebnisse des PaKoMi-Projekts machen jedoch Mut: Sie zeigen, dass ein entscheidender Schlüssel zum Erfolg in der verbesserten Zusammenarbeit und vor allem in der gestärkten Teilhabe von Migrant/inn/en und Migrantenselbstorganisationen (MSO) an der Entwicklung, Durchführung und Erforschung von HIV-Prävention liegt. Das heißt, es geht darum, HIV-Prävention nicht nur für, sondern vor allem mit Migrant/inn/en zu machen. Sind Mitglieder aus den Zielgruppen und Communities „im Boot“, ist keine Gruppe mehr „schwer erreichbar“. Werden Lebensweltexpert/inn/en einbezogen, kann lokales, sprachliches und kulturelles Wissen einfließen. Das ist notwendig, um angemessene HIV-Prävention für und mit den verschiedenen Migrantengruppen zu entwickeln. Werden Communities unterstützt, organisieren sie sich selbst, mobilisieren ihre Ressourcen und artikulieren ihre Bedürfnisse, dann können viele davon lernen und profitieren – nicht nur im Rahmen der HIV-Prävention, sondern weit darüber hinaus.

Die vorliegenden Empfehlungen wurden im Rahmen des PaKoMi-Projekts entwickelt: Sie basieren auf den Ergebnissen des Forschungsprojekts und wurden in drei Auswertungsworkshops präzisiert, ergänzt und überprüft. Zwischen den Workshops wurden der Projektbeirat und zusätzliche Policy-Expert/inn/en einbezogen, um die Empfehlungen möglichst anschlussfähig zu machen. Die Empfehlungen sollen dabei helfen, Partizipation und Kooperation zu stärken und die HIV-Prävention für und mit Migrant/inn/en zu verbessern.

¹ PaKoMi ist ein Projekt der Deutschen AIDS-Hilfe, das vom Wissenschaftszentrum Berlin (WZB) begleitet und in Zusammenarbeit mit Partnern in vier Städten (Berlin,

Hamburg, Dortmund, Osnabrück) durchgeführt wurde. Die wissenschaftliche Begleitung wurde 2008-2011 gefördert vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG).

An wen richten sich die Empfehlungen?

Die Empfehlungen richten sich an die Akteure und Akteurinnen, die wesentlich zu der (Weiter-)Entwicklung der HIV-Prävention für und mit Migrant/inn/en beitragen können, z. B. in der Politik, der präventiven Praxis, in den Communities und in der Wissenschaft. Die Adressat/inn/en sind, geordnet nach Bereichen:

Politik

Bundesebene:

Bundesregierung (Ministerien für Gesundheit, Arbeit und Soziales, der Justiz, des Inneren u. a.)

weitere Akteure und Akteurinnen auf Bundesebene (z. B. Parteien, Politiker/innen, Bundestag u. a.)

Länderebene:

Länderegierungen und die entsprechenden Ministerien, Landespolitiker/innen

Kommunen:

Kommunalpolitiker/innen

Präventive Praxis

Bundesebene:

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)

Deutsche AIDS-Hilfe e.V.
(Dachverband der Aidshilfen)

weitere Akteure und Akteurinnen auf Bundesebene

Länderebene:

Landesvereinigungen, Landesgeschäftsstellen (Gesundheit, HIV/Aids)

weitere Akteure und Akteurinnen in den Ländern

Kommunen:

Aidshilfe-Organisationen, Präventionsprojekte

Gesundheitsämter, Beratungsstellen etc.

weitere Akteure und Akteurinnen in den Kommunen (Gesundheits- und Sozialwesen)

Communities

Migrantenselbstorganisationen (MSO)

Gemeinschaften, denen Migrant/inn/en angehören

religiöse Gemeinden, Vereine, Personen und Gruppen mit Migrationshintergrund

Wissenschaft

Universitäten, Hochschulen, Forschungsinstitute

Robert Koch Institut

Fachgesellschaften
(z. B. Deutsche AIDS-Gesellschaft)

Wissenschaftler/innen, Netzwerke und Verbände

Weitere Akteure und Akteurinnen

Stiftungen, Organisationen
(z. B. Deutsche AIDS-Stiftung etc.)

beratende Gremien
(z. B. Nationaler AIDS-Beirat etc.)

Übersicht über die Empfehlungen

1. Voraussetzungen schaffen:

Gleichberechtigung und Vielfalt fördern

gesellschaftliche Strukturen öffnen, um die volle Teilhabe von Migrant/inn/en zu ermöglichen

rechtliche Benachteiligungen abbauen

Bildungs- und Berufsabschlüsse aus den Herkunftsländern anerkennen

kulturelle Vielfalt wertschätzen

2. Partizipation ermöglichen: Beteiligung von Migrant/inn/en an der HIV-Prävention stärken

die Interkulturelle Öffnung der Einrichtungen vorantreiben

Ressourcen für Partizipation zur Verfügung stellen

gleichberechtigten Zugang zu Fortbildung und Supervision ermöglichen

Scheinpartizipation vermeiden

3. Gemeinschaften von Migrant/inn/en stärken (Community-Building)

Communities entwickeln und stärken, Selbstorganisation fördern

die Vernetzung von Migrant/inn/en fördern: lokal, bundesweit und international

Tabus, HIV/Aids-Stigma und Diskriminierung von Menschen mit HIV/Aids abbauen

4. Kooperationen auf kommunaler Ebene stärken

die Zusammenarbeit verbessern durch politische Steuerung

lokale Aktionspläne mit verbindlichen Kriterien für die HIV-Prävention bei Migrant/inn/en entwickeln

die Zusammenarbeit mit Migrantenselbstorganisationen (MSO) ausbauen

die Zusammenarbeit reflektiert und produktiv gestalten

5. Konzepte und Angebote der HIV-Prävention weiterentwickeln

HIV-Prävention in ein breites Konzept der Gesundheitsförderung einbetten

Verhalten und Verhältnisse beeinflussen (Strukturelle Prävention)

Vielfalt berücksichtigen (Diversity-Ansatz)

Gesundheitsberichterstattung differenzierter gestalten

6. Partizipative Forschung fördern

Partizipative Forschung auch in Deutschland stärker etablieren

alle Phasen des Forschungsprozesses gemeinsam gestalten

Teilhabe von Migrant/inn/en an Forschung ermöglichen

Schnittstellen zwischen Wissenschaft, Praxis und Communities institutionalisieren

(Selbst-)Reflexivität in der Wissenschaft mit und über Migrant/inn/en praktizieren

Empfehlungen

1. Voraussetzungen schaffen:

Gleichberechtigung und Vielfalt fördern

Gesellschaftliche Strukturen öffnen, um die volle Teilhabe von Migrant/inn/en zu ermöglichen

Die Teilhabe von Migrant/inn/en an der HIV-Prävention ist verbunden mit der Teilhabe von Migrant/inn/en an anderen Bereichen der Gesellschaft. Erst wenn die verschiedenen Migrantengruppen den gleichen Zugang zum Bildungssystem, zum Arbeitsmarkt, zu politischen Entscheidungen und anderen Bereichen des gesellschaftlichen Lebens haben wie Menschen ohne Migrationshintergrund, können sie auch die Gesundheitsversorgung und HIV-Prävention in vollem Umfang mitgestalten und bereichern. Die gesellschaftlichen Strukturen zu öffnen und Teilhabe zu ermöglichen bedeutet auch, die Fachkräfte für den professionellen Umgang mit der soziokulturellen Vielfalt und Verschiedenheit (*Diversity*) der Bevölkerung zu sensibilisieren. Damit ist auch die Interkulturelle Öffnung der Regeldienste verbunden (siehe unten).

Rechtliche Benachteiligungen abbauen

Es gilt, die Menschenrechte von Flüchtlingen und anderen Migrant/inn/en zu schützen und die rechtlichen Benachteiligungen abzubauen, die in Deutschland bestehen: z. B. Einschränkungen der Aufenthalts- und Arbeitserlaubnis, Einschränkungen der Mobilität durch Residenzpflicht im Asylverfahren, eingeschränkter Zugang zum Gesundheitssystem, insbesondere für Menschen ohne Papiere. HIV-positive Migrantinnen und Migranten ohne sicheren Aufenthaltsstatus gehen aus Angst vor einer Abschiebung oft erst dann zum Arzt, wenn bereits opportunistische Infektionen aufgetreten sind. Dies wirkt sich negativ auf die Behandlungsmöglichkeiten, die Lebensqualität und die HIV-Prävention aus. Ein unsicherer Aufenthaltsstatus kann zudem HIV-Vulnerabilität verstärken. Wenn Menschen zur Sicherung ihrer Existenz von sexuellen Beziehungen abhängig sind (z. B. Sexarbeit oder Ehe und Schwangerschaft, um ihren Aufenthalt zu sichern), steht Safer Sex nicht an erster Stelle bzw. kann nur eingeschränkt durchgesetzt werden.

HIV-Testungen ohne angemessene Beratung und Einwilligung der Betroffenen, wie sie z. B. in Bayern und Sachsen im Rahmen von Asylverfahren durchgeführt werden, verletzen die Persönlichkeitsrechte von Asylbewerber/innen und richten großen Schaden an (auch für die HIV-Prävention). Sie sollten abgeschafft werden.

Bildungs- und Berufsabschlüsse aus den Herkunftsländern anerkennen

In Deutschland werden viele Kompetenzen, Bildungs- und Berufsabschlüsse von Migrant/inn/en nicht anerkannt. Dadurch werden individuelle Karrieren verstellt und gesellschaftlich relevante Ressourcen und Kompetenzen vergeudet. Auch in der HIV-Prävention sind das Wissen und die Fähigkeiten von Migrant/inn/en bedeutungsvoll. Sie müssen erkannt, anerkannt und gefördert werden. Zum Beispiel sollte rechtlich geregelt sein, dass bei der Einstellung von hauptamtlichen Mitarbeiter/innen und bei der Vergabe von Werk- und Honorarverträgen die im Ausland erworbenen Qualifikationen (z. B. als Arzt/Ärztin, Pflegefachkraft, Psychologe/Psychologin, Sozialarbeiter/in) anerkannt werden.

Kulturelle Vielfalt wertschätzen

Migrant/inn/en werden in Deutschland durch politische Diskussionen und die Präsentation in den Medien oft einseitig und negativ dargestellt (z. B. als Gefahr oder Belastung für die deutsche Gesellschaft). Es sollte ausgewogener und differenzierter berichtet werden, mit mehr positiven Bildern von Migrant/inn/en. Grundsätzlich sollte kulturelle Vielfalt als Normalität und Gewinn für die deutsche Gesellschaft dargestellt werden – auch für den Arbeitsmarkt.

Einrichtungen, die Aufklärungsmaterialien herstellen (z. B. BZgA, DAH), sollten die kulturelle Vielfalt verstärkt berücksichtigen und ihre Maßnahmen und Medien darauf überprüfen, ob sich dort bei der Darstellung von Migrant/inn/en Klischees, Stereotype und Auslassungen finden. In der Prävention und Gesundheitsförderung sollte stärker mit positiven und inkludierenden Bildern von Migrant/inn/en gearbeitet werden. Zum Beispiel könnten mehr angesehene Personen des öffentlichen Lebens mit Migrationshintergrund (wie Politiker/innen, Fußballstars oder Musiker/innen) als Vorbilder für die HIV-Prävention gewonnen werden.

2. Beteiligung von Migrant/inn/en an der HIV-Prävention stärken

Die Interkulturelle Öffnung vorantreiben

Die Interkulturelle Öffnung (IKÖ) der Regeldienste, Aidshilfen und anderer Einrichtungen ist eine notwendige Grundlage für die Beteiligung (Partizipation) von Migrant/inn/en. In vielen Einrichtungen haben Prozesse der IKÖ bereits begonnen, aber es ist wichtig, dass sie konsequent weitergetrieben werden. Nur so erhalten Migrant/inn/en den gleichen Zugang zum Gesundheitssystem und die gleiche Qualität der Gesundheitsversorgung wie Menschen ohne Migrationshintergrund. Damit der Zugang zur Gesundheitsversorgung und die Qualität der Angebote sichergestellt sind, umfasst die IKÖ entsprechende Zielformulierungen, Standards und Maßnahmen. Dazu gehören z. B.

die Beschäftigung von hauptamtlichen Mitarbeiter/inne/n mit Migrationshintergrund,

angemessene Honorare und Aufwandsentschädigungen für die Mitarbeit von Migrant/inn/en auf ehrenamtlicher Basis, als Multiplikator/inn/en, Gesundheitsdolmetscher/innen, Sprach- und Kulturmittler/innen etc.,

die Bereitstellung von mehrsprachigen Angeboten (schriftlich und mündlich),

Vernetzung und Zusammenarbeit von Einrichtungen, Anbietern und MSO,

Diversity-Trainings und inter-/transkulturelle Schulungen der Mitarbeiter/innen sowie

die Anerkennung und Weiterentwicklung der Kompetenzen von Migrant/inn/en.

Ressourcen für Partizipation zur Verfügung stellen

Erfolgreiche HIV-Prävention *für* Migrant/inn/en ist auch Prävention mit Migrant/inn/en. Das PaKoMi-Projekt zeigt: Die Teilhabe von Migrant/inn/en – auch von stark marginalisierten Gruppen – ist möglich. Dazu müssen aber Ressourcen zur Verfügung gestellt werden.

Grundsätzlich sollten mehr Personen mit Migrationshintergrund hauptamtlich beschäftigt werden. Damit erhöhen sich die Chancen, dass weitere Migrant/inn/en auf verschiedenen Stufen der Partizipation beteiligt werden können. Bei Stellenausschreibungen sollten zu den Einstellungs-voraussetzungen nicht nur fachliche, sondern auch sprachliche und lebensweltliche Kompetenzen gehören, die bei Einstellungen angemessen berücksichtigt werden. Die sprachlichen und lebensweltlichen Fähigkeiten sind bei einigen Tätigkeiten im Bereich der HIV-Prävention mindestens ebenso wichtig wie formale Abschlüsse.

Migrantengruppen und Communities, die einen besonderen Bedarf bei der HIV-Prävention 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 man Migrant/inn/en aus diesen Communities auf ehrenamtlicher Basis einbezieht. Deshalb müssen Aufwandsentschädigungen (Fahrt-, Sach- und Verpflegungskosten) für die ehrenamtliche Arbeit ebenso gezahlt werden wie Honorare für die Erfüllung bestimmter Tätigkeiten (z. B. Veranstaltungen in den Communities, Seminare etc.). Die Zahlung von Aufwandsentschädigungen und Honoraren signalisiert Wertschätzung, ist aber in vielen Fällen eine schlichte Notwendigkeit, ohne die ein Engagement nicht möglich ist. Die Zahlung von Aufwandsentschädigungen und Honoraren muss transparent und nachvollziehbar sein.

Zuwendungsgeber/innen sollten von Zuwendungsnehmer/inne/n fordern, Personen mit Migrationshintergrund bzw. Angehörige ethnischer Minderheiten gezielt einzustellen, und dies auch ermöglichen. Ein Beispiel dafür, was Ressourcen bewirken können, zeigt die Fallstudie in Hamburg: Durch die Anstellung eines hauptamtlichen Mitarbeiters mit afrikanischem Migrationshintergrund bei der Aidshilfe wurde ein Quantensprung in der Partizipation von afrikanischen Migrant/inn/en an der HIV-Prävention möglich. Der Mitarbeiter wird anteilig aus Mitteln der Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz und der Aidshilfe finanziert. Durch seine Beschäftigung, seine Verankerung in einer ethnischen Community, sein aktives Zugehen auf andere afrikanische Communities und die enge Zusammenarbeit mit einer erfahrenen deutschen Kollegin in der Aidshilfe ist die Prävention für und mit afrikanischen Migrant/inn/en vor Ort wesentlich verbessert worden.

Gleichberechtigten Zugang zu Fortbildungen und Supervision ermöglichen

In der Praxis gibt es häufig das Problem, dass Migrant/inn/en als ehrenamtliche Mitarbeiter/innen oder geringfügig Beschäftigte (z. B. auf Honorarbasis beschäftigte Sprachmittler/innen) in die Arbeit eingebunden sind, aber keinen gleichberechtigten Zugang zu Fortbildungen und Supervision haben. Das heißt, gerade die Menschen, die die schwersten Schicksale miterleben, erhalten wegen ihres Status der Mitarbeit nur eingeschränkt Weiterbildung und Unterstützung. Dieses Problem gilt es sowohl lokal in den einzelnen Einrichtungen als auch überregional zu lösen, z. B. durch Fort- und Weiterbildungsangebote der DAH. Teilnehmer/innen im PaKoMi-Projekt haben einen Bedarf für eine überregionale „Tankstelle“ deutlich gemacht, wo sie durch gegenseitige Unterstützung, Vernetzung, Seminar-, Beratungs- und Mediationsangebote Kraft und Unterstützung für ihre oft schwere Arbeit finden.

Scheinpartizipation vermeiden

Werden Migrant/inn/en hauptamtlich, ehrenamtlich, auf Honorarbasis, als Kooperationspartner/innen, Schlüsselpersonen oder als Berater/innen in die HIV-Prävention einbezogen, muss gemeinsam mit ihnen die jeweils angemessene Stufe der Partizipation gefunden werden (siehe Stufenmodell, Kapitel 3). Scheinpartizipation, d. h. angebliche Beteiligung ohne Mitsprache- und Mitbestimmungsrecht, sollte unter allen Umständen vermieden werden! Im PaKoMi-Projekt wurde deutlich, dass Scheinpartizipation aus Sicht von Migrant/inn/en ein wesentliches Hemmnis für die Teilhabe an der HIV-Prävention ist: Häufig dürfen Migrant/inn/en nur an Projekten der Aidshilfen und anderer Einrichtungen teilnehmen, aber nicht mitentscheiden. Mitspracherecht und Entscheidungsmacht sind notwendige Bestandteile echter Partizipation. Daher die Empfehlung an Migrant/inn/en und MSO: Seid skeptisch, fragt nach, und im Falle von Scheinpartizipation, macht nicht mit!

3. Gemeinschaften von Migrant/inn/en stärken (Community-Building)

Communities entwickeln und stärken, Selbstorganisation fördern

Communities und Migrantenselbstorganisationen (MSO) sind wichtige Partnerinnen, um die Teilhabe von Migrant/inn/en an der deutschen Gesellschaft und der HIV-Prävention zu verbessern. Communities sind keine abgeschotteten Einheiten, sondern Gemeinschaften, die sich kontinuierlich weiterentwickeln, auch im Dialog mit der Gesellschaft und anderen Communities. Gemeinschaften können sich auf der Basis einer ethnischen Zugehörigkeit bilden, aber viele Migrant/inn/en gehören auch Gemeinschaften an, bei denen ein anderes Merkmal ausschlaggebend ist (z. B. Studium, Sport, Religion etc.). Die Selbstorganisation von Migrant/inn/en (zum Beispiel in Vereinen) ist wichtig, um Bedürfnisse zu identifizieren, Ressourcen zu mobilisieren und die eigene Situation zu verbessern. Communities sind nicht immer vorhanden, sondern müssen teilweise geschaffen werden. Die Gründung einer MSO kann Teil einer Strategie sein, um eine Community zu stärken.

Communities leben vom Engagement ihrer Mitglieder. Dies wird gefördert durch: Treffpunkte, gemeinsame Ziele und Aktionen, die Schulung von Ehrenamtler/innen, geschlechterbewusste Angebote und Aufwandsentschädigungen (auch in nicht-materieller Form, z. B. durch Kinderbetreuung), Aufbau von Vertrauen (Verständigung innerhalb der Community), Konflikttraining und, bei Bedarf, die Annahme von Hilfe und Unterstützung von außen (z. B. Mediation). Um handeln zu können, brauchen Communities Personen, die bestimmte Aufgaben und Verantwortung übernehmen, z. B. als Sprecher/innen tätig sind und Aufgaben in der sozialen Anwaltschaft und politisch/öffentlichen Vertretung übernehmen. Diese Personen sollten für einen begrenzten Zeitraum benannt oder gewählt werden.

**Die Vernetzung von Migrant/inn/en fördern:
lokal, bundesweit und international**

Es ist wichtig, verschiedene Formen von Vernetzung, Informations- und Erfahrungsaustausch zu ermöglichen, innerhalb und zwischen Communities. Es gibt verschiedene Projekte von Migrant/inn/en in Deutschland, die in der HIV-Prävention und Gesundheitsförderung aktiv sind. Diese sind allerdings nicht ausreichend bekannt und vernetzt. Die Vernetzung muss auf allen Ebenen gefördert werden: in den einzelnen Communities, zwischen Communities, auf kommunaler Ebene, auf Länderebene, bundesweit und auch international. Hier schlummert ein Potential, das noch nicht voll ausgeschöpft ist: Es können bestehende Ressourcen genutzt werden, die Mitglieder der Communities können voneinander lernen und sich gegenseitig unterstützen. Im PaKoMi-Projekt wurde gewünscht, dass sich die Afrikaner/innen im Bereich der HIV-Prävention bundesweit vernetzen (in Ergänzung zum bestehenden Selbsthilfe-Netzwerk Afro-leben+). Ein solches Netzwerk sollte gefördert werden, z. B. durch die Deutsche AIDS-Hilfe (DAH).

Zusätzlich empfiehlt sich eine internationale Vernetzung und Zusammenarbeit mit Akteur/inn/en auch aus afrikanischen Herkunftsländern. Die HIV-Prävention in Deutschland würde davon in vieler Hinsicht profitieren: Bestimmte Präventionsansätze sind in den Herkunftsländern weiter entwickelt (z. B. der Einsatz kulturell-kreativer Ausdrucksformen und das Engagement religiöser Führer/innen im Kampf gegen HIV/Aids); Präventionskonzepte, Materialien, Strategien und Maßnahmen könnten ausgetauscht werden und man muss effektive, kultursensible Ansätze nicht immer neu erfinden. Die Fallstudien in Hamburg und Osnabrück haben gezeigt, wie groß das Interesse unter afrikanischen Migrant/inn/en am Thema HIV/Aids ist, besonders wenn es nicht isoliert, sondern in Verbindung mit der Situation in ihren Heimatländern behandelt wird.

**Tabus, HIV/Aids-Stigma und Diskriminierung
von Menschen mit HIV/Aids abbauen**

In den Communities gibt es häufig Tabus und HIV-Stigma. Dies erschwert den Umgang mit der Erkrankung und behindert die HIV-Prävention. Migrant/inn/en, die mit HIV/Aids leben, trauen sich nur selten, in ihren Communities offen über ihren HIV-Status zu sprechen. Um dies zu ändern und das Sprechen über HIV/Aids zu erleichtern, sollten Kampagnen und Aktionen durchgeführt werden, die helfen, Stigma, Tabus und Diskriminierung abzubauen. Zum Beispiel ist es sehr hilfreich, wenn angesehene Schlüsselpersonen (wie z. B. Ärzte/Ärztinnen, Politiker/innen, Imame, Priester, Pfarrer/innen, Musiker/innen, Stars etc.) sich solidarisch zeigen und Menschen mit HIV/Aids sowie die HIV-Prävention unterstützen. Die Befragung im Rahmen der Fallstudie in Hamburg hat gezeigt, dass eine Mehrheit der dort befragten Afrikaner/innen eine Person mit HIV/Aids unterstützen würde. Dieses Potential muss aktiviert werden, zum Beispiel indem religiöse Führer/innen in den Kampf gegen das Stigma eingebunden werden.

4. Kooperationen auf kommunaler Ebene stärken

Die Zusammenarbeit verbessern durch politische Steuerung

In vielen Kommunen sind die Zuständigkeiten nicht eindeutig geklärt und es fehlen politische Steuerung und Anreize für eine Kooperation. Anbieter und Einrichtungen konkurrieren um Zuständigkeiten und begrenzte Ressourcen. Dadurch wird die Zusammenarbeit in der HIV-Prävention für und mit Migrant/inn/en behindert. Es müssen Anreize für Kooperationen geschaffen werden, z. B. finanzielle Mittel für Kooperationsprojekte und Vernetzung. Die politische und fachliche Steuerung durch die Fachbehörden, Fachämter oder Landesvereinigungen kann viel bewegen, wenn sie die Akteure und Akteurinnen an einen Tisch bringt und gemeinsam nach Lösungen sucht – auch ohne zusätzliche finanzielle Mittel.

Die AG HIV/Aids-Prävention mit Migrant/inn/en in Berlin oder der Arbeitskreis Migration und Gesundheit (AMIGES) in Hamburg zeigen, dass politisch gewollte und geförderte Netzwerke funktionieren. Für die verbindliche Kooperation mit MSO hat die Berliner Fallstudie gezeigt, dass Aufträge an MSO erteilt werden können, um bestimmte Aufgaben in den Communities zu übernehmen.

Lokale Aktionspläne mit verbindlichen Kriterien für die HIV-Prävention bei Migrant/inn/en entwickeln

In den Kommunen besteht oft keine Einigkeit darüber, wie die HIV-Prävention für und mit Migrant/inn/en gestaltet werden soll – ein gemeinsam entwickelter Aktionsplan mit verbindlichen und überprüfbaren Kriterien wäre hilfreich. Ein solcher Aktionsplan definiert die lokal passenden Ziele, Qualitätskriterien und Standards für die interkulturelle Öffnung und die HIV-Prävention für und mit Migrant/inn/en. Es kann beispielsweise festgelegt werden, dass der Anteil von Personen mit Migrationshintergrund unter dem Fachpersonal bzw. den Mitarbeiter/inne/n ungefähr so hoch sein soll, wie der Anteil von Migrant/inn/en unter der Bevölkerung im Einzugsgebiet bzw. der Zielgruppe. Es könnte auch geklärt werden, welche Formen der Mitarbeit von Migrant/inn/en es gibt (Ehrenamt, geringfügige Beschäftigung z. B. auf Honorarbasis, Teil- und Vollzeitbeschäftigung) und

wie diese jeweils entlohnt werden. An der Entwicklung solcher Aktionspläne sollten die verschiedenen Akteure und Akteurinnen und insbesondere Vertreter/innen von Migrant/inn-Communities beteiligt sein (mit Entscheidungsmacht). Die Initiative sollte von den Fachbehörden oder Landesvereinigungen ausgehen, sie sollten eine zentrale Rolle in der Koordination übernehmen. Auch bundesweit sollten Mindeststandards gemeinsam festgelegt werden.

Die Zusammenarbeit mit Migrantenselbstorganisationen (MSO) ausbauen

Kooperationen von Anbietern der HIV-Prävention (z. B. Aidshilfen, Präventionsprojekten, Gesundheitsämtern etc.) mit Migrantenselbstorganisationen (MSO), Schlüsselpersonen und Peers aus den Communities sind unbedingt notwendig. Sie verschaffen Zugang zu Communities und erlauben es, Ressourcen zu aktivieren und Expertisen zu bündeln, um wirksame Gesundheitsförderung und HIV-Prävention zu entwickeln. Solche Kooperationen sind auch für Migrant/inn/en und MSO vorteilhaft. Die Zusammenarbeit muss allerdings inhaltlich, organisatorisch und finanziell ermöglicht werden (durch aktives Aufeinanderzugehen, politische Steuerung, niedrigschwellige Angebote, Gesprächs- und Kooperationsbereitschaft auf allen Seiten und die Bereitstellung von Ressourcen).

Die Zusammenarbeit kann verschiedene Formen annehmen, wie z. B. die gemeinsame Planung und Durchführung von Veranstaltungen und Projekten, Austausch und Vernetzung, gegenseitige Beratung, Weiterleiten von Anfragen und Personen, Schulung/Qualifizierung von Schlüsselpersonen etc. Dabei sollten Aidshilfen und andere Einrichtungen der präventiven Praxis ihre Angebote der Kooperation nicht nur auf HIV/Aids beschränken, sondern breiter öffnen auch für andere Anliegen der Communities. Auch MSO sollten eigene Projekte und Initiativen entwickeln und den Aidshilfen und anderen Akteur/inn/en anbieten, darin mitzuarbeiten. In der Zusammenarbeit sollte darauf geachtet werden, dass die jeweils angemessene Stufe der Partizipation für alle Beteiligten gefunden wird.

5. Konzepte und Angebote der HIV-Prävention weiterentwickeln

Die Zusammenarbeit reflektiert und produktiv gestalten

In der Zusammenarbeit von Personen mit und ohne Migrationshintergrund sollte gemeinsam (auf Augenhöhe) entschieden werden, welche Form der Einbeziehung und welche Stufe der Partizipation von den Beteiligten jeweils gewünscht und als angemessen erachtet wird. In der Zusammenarbeit ist es außerdem hilfreich,

sich auf die Gemeinsamkeiten und gemeinsamen Ziele zu konzentrieren,

Offenheit für andere Arbeits- und Denkweisen zu kultivieren,

Ängste zu reflektieren und zu überwinden, z. B. vor „Unbekanntem/Fremdem“ und vor möglichen negativen Konsequenzen des Engagements,

Humor und Selbstironie zu nutzen (ohne auszulachen),

Vertrauen aufzubauen durch gemeinsame Aktivitäten,

Transparenz herzustellen und sich auf Regeln der Zusammenarbeit zu verständigen,

Konflikte produktiv zu nutzen, denn in vielen Fällen werden partizipative Prozesse von Konflikten begleitet, die, wenn sie offen angesprochen werden, eine Chance darstellen, Probleme zu verstehen und die Zusammenarbeit zu verbessern.

Die Zusammenarbeit wird gefördert, wenn die Beteiligten ein Bewusstsein für die eigene Position entwickeln (z. B. auch für die Privilegien als Deutsche/r, für die verschiedenen Positionen innerhalb von Communities etc.), Kulturalisierungen, Schubladendenken und Pauschalisierungen vermeiden, für soziokulturelle Aspekte der Sprache sensibilisieren (d. h. einfaches Deutsch, mehrsprachige Angebote und Übersetzungen, im Sprechen über HIV „nicht mit der Tür ins Haus fallen“) und vor allem: sich gegenseitig zuhören.

HIV-Prävention in ein breites Konzept der Gesundheitsförderung einbetten

Es empfiehlt sich, Angebote der HIV-Prävention für und mit Migrant/inn/en in ein breiteres Konzept der Gesundheitsförderung einzubetten. In der Regel ist HIV/Aids nicht das einzige oder wichtigste gesundheitliche Anliegen der Communities. Die Chance, Interesse zu wecken und ins Gespräch zu kommen, ist größer, wenn das Hauptanliegen ist, das Wohlbefinden von Migrant/inn/en zu fördern – zu HIV/Aids und darüber hinaus. Eine thematische Einbettung von Angeboten der HIV-Prävention in Angebote der Gesundheitsförderung, Frauengesundheit, Jugendgesundheit, Schwangerschaftsberatung und Informationen über den Zugang zum Gesundheitssystem kann hilfreich sein. In der praktischen, personalkommunikativen Präventionsarbeit sollten sensible Themen wie HIV/Aids in einer angemessenen Form angesprochen werden. Was angemessen ist, hängt von der Situation, dem Kontext und den beteiligten Personen ab. Wichtig ist dabei, eine Balance zu finden zwischen respektvoller Kommunikation und Überwinden von Tabus. Eine kultursensible Herangehensweise soll Schweigen und Stigmatisierung nicht verstärken, sondern im Gegenteil das Sprechen über HIV ermöglichen und HIV-bezogenes Stigma abbauen.

Verhalten und Verhältnisse beeinflussen (Strukturelle Prävention)

Der Ansatz der Strukturellen Prävention, der von der DAH entwickelt wurde, soll auch auf die Prävention für und mit Migrant/inn/en angewendet werden. Das heißt, dass sich Einrichtungen und ihre Dachverbände (wie die Deutsche AIDS-Hilfe) verstärkt für eine Veränderung der gesellschaftlichen Verhältnisse einsetzen müssen, die HIV-Risiken und Schutzverhalten beeinflussen. Präventionsangebote und Maßnahmen, die den gesellschaftlichen Rahmen von individuellem Verhalten nicht berücksichtigen, können schnell ins Leere laufen. Die Fallstudie in Dortmund hat gezeigt, wie strukturelle Bedingungen Vulnerabilität (d. h. Verletzbarkeit in Bezug auf HIV/Aids) erzeugen und verstärken können. In Dortmund wurde im Frühjahr 2011 das gesamte Stadtgebiet zum Sperrgebiet erklärt, d. h. Prostitution an öffentlichen

Plätzen wurde verboten. Diese Maßnahme resultierte aus einem politischen Klima und einer öffentlichen Diskussion, die von Vorbehalten gegenüber Prostitution und von Angst vor Überfremdung gekennzeichnet waren, insbesondere im Hinblick auf Personen aus Bulgarien, die seit der EU-Osterweiterung in den letzten Jahren vermehrt in der Sexarbeit in Dortmund tätig waren. Die Maßnahme und ihre Auswirkungen sind aus Sicht der HIV-Prävention überaus problematisch. Die öffentliche Prostitution wurde dadurch nicht unterbunden, sondern in die Illegalität gedrängt. Öffentliche Prostitution findet weiter statt, allerdings hat sich die Arbeitssituation der männlichen und weiblichen Prostituierten dramatisch verschlechtert: Sie verdienen weniger, nehmen größere Risiken in Kauf und haben eine schlechtere Verhandlungsposition für Safer Sex (z. B. steigen sie jetzt schneller in die Autos der Freier ein und verhandeln die Konditionen später). Ihr Entscheidungs- und Handlungsfreiraum im Umgang mit Freiern (und Zuhältern) ist kleiner geworden, das Risiko, sich mit HIV oder einer anderen Erkrankung anzustecken, ist gestiegen. Ihr Arbeitsgebiet dehnt sich aus und verlagert sich, und sie können durch gesundheitliche und präventive Angebote schwerer erreicht werden. Auch die vielversprechenden Ergebnisse der PaKoMi-Fallstudie (*Community-Mapping* und Kochabende, siehe Kapitel 6) können nicht nachhaltig umgesetzt werden. Dieses Beispiel zeigt sehr klar, wie wichtig das Konzept der Strukturellen Prävention ist: Wenn Gruppen gesellschaftlich benachteiligt werden, reicht der Versuch individuelles Verhalten zu ändern allein nicht aus. Um die strukturell hervorgebrachte Verletzbarkeit abzubauen (die in diesem Fall gerade gesteigert wurde), müssen gesellschaftliche Verhältnisse geändert, Benachteiligungen abgebaut und die betroffenen Gruppen gestärkt und einbezogen (nicht unterdrückt und ausgegrenzt) werden.

Vielfalt berücksichtigen (Diversity-Ansatz)

In der Prävention ist es notwendig, die Vielfalt (Diversity) der Bevölkerung nach Geschlecht, Alter, sexueller Identität, Ethnizität/Migrationshintergrund etc. in allen Zielgruppen und auch unter Migrant/inn/en angemessen zu berücksichtigen. Es gibt unter Migrant/inn/en große Unterschiede bei den sozio-ökonomischen Merkmalen (rechtlicher Status, Bildung, Einkommen etc.), Sprachen, Lebenswelten und HIV-Risiken. Das heißt, für die verschiedenen Migrantengruppen muss geklärt werden, welche Gruppe ggf. einen besonderen Bedarf hat. Gleich-

zeitig ist die ethnische und kulturelle Vielfalt der Bevölkerung (als ein Aspekt des Diversity-Ansatzes) in allen Bereichen der Präventionsarbeit zu berücksichtigen, also auch in der Prävention für die Allgemeinbevölkerung, Prävention bei Männern, die Sex mit Männern haben, Sexarbeiter/inne/n etc.

Gesundheitsberichterstattung differenzierter gestalten

Wir brauchen eine bessere Gesundheitsberichterstattung über Migrant/inn/en und ethnische Minderheiten in Deutschland, um präventive Maßnahmen und Angebote besser planen zu können. Dabei sollten die Kategorien mit Vorsicht gebildet werden und Definitionen geklärt und soweit möglich vereinheitlicht werden, damit die Ergebnisse vergleichbar sind. Da die verschiedenen Gruppen mit Migrationshintergrund sehr unterschiedlich sind, ist es hilfreich, nicht nur zwischen Personen mit und ohne Migrationshintergrund zu unterscheiden, sondern weitere Untergruppen zu bilden. Zum Beispiel sollten die neuesten HIV/Aids-Daten in der Berichterstattung des Robert Koch-Instituts routinemäßig (für alle Gruppen) nach Herkunfts- und Infektionsregionen ausgewertet werden, um auch Migrant/inn/en sichtbar zu machen, die nicht aus Hochprävalenzländern kommen.

6. Partizipative Forschung fördern

Partizipative Forschung auch in Deutschland stärker etablieren

Partizipative Forschung ermöglicht es, Expert/inn/en aus den Communities, der Praxis und der Wissenschaft zusammenzubringen, um Probleme besser zu verstehen und Lösungen zu entwickeln. PaKoMi hat gezeigt, dass sich eine solche Zusammenarbeit für alle Beteiligten lohnen kann. Durch Partizipative Forschung kann man die Lebenswelten besser verstehen, die Zielgruppen und Communities stärken und die HIV-Prävention auf ihre Bedürfnisse und Ressourcen zuschneiden. Der Ansatz eignet sich insbesondere für Fragen, in denen ein großer Handlungsbedarf besteht, und für die Zusammenarbeit mit marginalisierten Gruppen, die für andere Formen der Forschung schwerer erreichbar sind.

International ist Partizipative Forschung stärker verbreitet und wird besser gefördert als in Deutschland (z. B. unter den Begriffen *Community-Based Participatory Research* in den USA und *Integrated Knowledge Translation* in Kanada). Auch hierzulande sollten die Möglichkeiten Partizipativer Forschung stärker genutzt werden, insbesondere im Gesundheitsbereich. Partizipative Forschungsansätze sollten auch in der Wissenschaft verstärkt etabliert und eingesetzt werden. Zuwendungsgeber/innen sollten verstärkt partizipative Forschung finanzieren.

Alle Phasen des Forschungsprozesses gemeinsam gestalten

Zielgruppen, Communities und weitere Akteure und Akteurinnen des Gesundheitswesens sollten gleichberechtigt und so früh wie möglich, im besten Fall von Anfang an, am Forschungsprozess beteiligt werden. Das heißt von der Zielsetzung und Methodenwahl in der Planungsphase, über die Umsetzung und Auswertung bis zur Verwertung der Forschungsergebnisse sind Community- und Praxispartner/innen gleichberechtigt involviert. Allerdings braucht wirkliche Partizipation Zeit und muss ermöglicht und aufgebaut werden. Es ist hilfreich und praktikabel, Beteiligungen auf verschiedenen Stufen miteinander zu verbinden: So können z. B. gleichzeitig einzelne Community-Partner/innen auf einer hohen Stufe teilhaben und eine größere Anzahl von Community-Mitgliedern auf einer etwas niedrigeren Stufe, z. B. durch Befragungen,

beteiligt werden. In den Fallstudien wurde dadurch die Vielfalt der Perspektiven und Interessen innerhalb der Communities berücksichtigt und die Community-Vertreter/innen wurden in ihrer Vertretungsfunktion unterstützt. Partizipation ist ein dynamischer Prozess mit verschiedenen Schattierungen. Die Erwartungen an Teilhabe (und nicht nur Teilnahme) von Community- und Praxispartner/inn/en sollten nicht zu niedrig gehängt und so früh wie möglich realisiert werden. Fragen der Entscheidungsmacht und Beteiligung der einzelnen Partner/innen sollten in der Zusammenarbeit von Beginn an und kontinuierlich reflektiert und geklärt werden. In der praktischen Forschungs- und Entwicklungstätigkeit kann arbeitsteilig vorgegangen werden, wichtige Entscheidungen in allen Phasen der Zusammenarbeit sollten jedoch gemeinsam getroffen werden.

Teilhabe von Migrant/inn/en an Forschung ermöglichen

Es sollten mehr Menschen mit Migrationshintergrund in der Wissenschaft beschäftigt werden, auch in leitenden Funktionen. Um den Anteil von Menschen mit Migrationshintergrund zu erhöhen, sollten positive Maßnahmen zur Förderung von Migrant/inn/en in der Wissenschaft angeregt werden (z. B. Einführung einer Quote an Hochschulen). Außerdem ist es wichtig, im Ausland erworbene Studienleistungen und Abschlüsse anzuerkennen, Stipendien für Migrant/inn/en zu vergeben und die rechtlichen Benachteiligungen von Migrant/inn/en bei Stellenvergaben abzubauen.

Die Potentiale von *Peer Research* sollen wertgeschätzt und mehr Community-Mitglieder zu Peer Researchern ausgebildet werden (siehe Kapitel 6). Auch müssen Ressourcen, z. B. Stellen, Honorare und Aufwandsentschädigungen, zur Verfügung gestellt werden. In der Partizipativen Forschung geht es darum, in und mit Communities die Ursachen von Gesundheitsproblemen zu erforschen und Handlungsstrategien zu entwickeln. Die Befähigung/Ermächtigung (*Empowerment*) und Kompetenzentwicklung (*Capacity-Building*) der Beteiligten sind dabei zentral und müssen ermöglicht werden, zum Beispiel durch Schulungen, Mitbestimmung, Übertragung von Aufgaben etc.

Schnittstellen zwischen Wissenschaft, Praxis und Communities institutionalisieren

Um eine nachhaltige Nutzung der Potentiale von Partizipativer Forschung und Praxisentwicklung zu ermöglichen, wäre es hilfreich, eine Infrastruktur aufzubauen. Diese kann die Akteure und Akteurinnen aus den verschiedenen Bereichen bei partizipativen Forschungsvorhaben unterstützen und es ermöglichen, gemeinsame Projekte zu planen und durchzuführen. Oft finden die Partner/innen aus Communities, Praxis und Wissenschaft nur schwer zueinander, deshalb muss die Schnittstelle auf- bzw. ausgebaut werden. Hilfreich wäre eine Anlaufstelle, die Austausch und Dialog sowie eine gemeinsame Themenfindung und Zielsetzung ermöglicht, außerdem Dienstleistungen und Schulungen anbietet, z. B. Peer-Researcher-Schulungen für Community- und Praxispartner/innen, Schulungen zur inter-/transkulturellen Zusammenarbeit und Seminare für Wissenschaftler/innen. Diese brauchen für die Partizipative Forschung besondere soziale und kommunikative Kompetenzen wie Moderations-, Konfliktmanagement- und Mediationstechniken, Flexibilität und die Fähigkeit, Sachverhalte und Methoden so auszudrücken, dass sie auch für Nicht-Wissenschaftler/innen verständlich sind. Es sind Fortbildungen nötig, um diese Kompetenzen (weiter) zu entwickeln.

Eine solche Schnittstelle könnte auch Communities darin unterstützen, eigene Anliegen für Forschungsprojekte zu bestimmen. Im PaKoMi-Projekt haben die Community-Partner/innen Interesse an folgenden übergreifenden Themen artikuliert, die partizipativ erforscht werden sollten:

Migrant/inn/en in der Gesundheitsversorgung

Rassismus im Gesundheitssystem

Lebenswelten, Lebenslagen und gesundheitsbezogene Bedürfnisse von verschiedenen Migrantengruppen

HIV-Stigma und Tabus in den Communities

Strategien im Umgang mit HIV/Aids und anderen Krankheiten in den Communities

Evaluation von Peer-Ansätzen in der Prävention

Dabei soll sich nicht nur auf die Schwierigkeiten konzentriert werden, sondern es sollen auch Ressourcen und Erfolge untersucht werden.

Mehr (Selbst-)Reflexivität in der Wissenschaft mit und über Migrant/inn/en

Nicht nur in der partizipativen Forschung, sondern in der Forschung allgemein sollten Wissenschaftler/innen kritische Selbstreflexion betreiben: Wer forscht über wen? Wer wird gehört? Wer nicht? Wer wird mit welchen Forschungsansätzen erreicht und repräsentiert? Wer bleibt ausgeschlossen? Welchen Einfluss hat meine eigene Positionierung und Sichtweise auf die Forschung? Die Verstrickung in gesellschaftliche Machtverhältnisse (z. B. Rassismus) sollte reflektiert und kritisch hinterfragt werden. Wissenschaftler/innen sollten aktiv Feedback und Kritik einholen – auch von den Personen und Einrichtungen, über die bzw. mit denen sie forschen.

8.

Das PaKoMi-Video

Im Rahmen des PaKoMi-Projekts wurde ein Video (23 min.) erstellt, in dem die verschiedenen Partner und Partnerinnen erklären, was PaKoMi ist und was es für sie persönlich bedeutet. Das Video enthält deutsche, englische und französische Beiträge. Es gibt eine deutsche und eine englische Version. Das Video kann kostenlos auf der PaKoMi-Webseite www.pakomi.de eingesehen und heruntergeladen werden.

Das Video richtet sich an alle, die sich für Teilhabeprozesse und insbesondere die Zusammenarbeit mit Migrant/inn/en interessieren – in der HIV-Prävention, in der Forschung und darüber hinaus. Angesprochen sind vor allem Fachleute der HIV-Prävention und Gesundheitsförderung, Mitglieder und Vertreter/innen von Migranten-Communities und Migrantenselbstorganisationen (MSO) sowie Personen, die sich für partizipative Forschung interessieren, also Studierende und Wissenschaftler/innen.

Das Video will auf lebendige Art und Weise Projektergebnisse kommunizieren. Im Zentrum steht die Erfahrung und Erkenntnis, dass die Teilhabe von Migrant/inn/en an der HIV-Prävention und Forschung möglich und ein Gewinn ist. Dabei stehen weniger die konkreten Projektergebnisse im Zentrum, die in anderen Publikationen und auch in diesem Handbuch (Kapitel 6) ausführlich dargestellt werden, sondern die „weichen“ Ergebnisse – die Prozesse der Zusammenarbeit und ihr Nutzen aus der Perspektive der Beteiligten. Die Stärke von PaKoMi sind die verschiedenen Menschen und Einrichtungen, die zusammengearbeitet haben – sie bekommen durch das Video eine Stimme und ein Gesicht.

Partizipation ist immer ein Wagnis – man weiß nie, ob es funktioniert und was dabei herauskommt. Konflikte und Spannungen gehören in vielen Fällen dazu. Auch im PaKoMi-Projekt war die Zusammenarbeit nicht immer einfach. An manchen Stellen hat es „gekracht“: in den Fallstudien, in den Workshops, in der Kommunikation zwischen den Treffen – auch die Erstellung des Videos war nicht ganz konfliktfrei. Wir hatten letztendlich deshalb Erfolg, weil alle Partner und Partnerinnen immer wieder Schritte aufeinander zugegangen sind und sich aktiv um Verständigung, Verständnis und Kompromisse bemüht haben. Am Ende der fast 3-jährigen Zusammenarbeit sind wir uns einig: Die Mühe hat sich gelohnt. Mit dem Video wollen wir andere ermutigen, das Gleiche zu tun und das Wagnis der partizipativen Zusammenarbeit einzugehen.

Wie das Video entstand...

Die Idee zu dem Video kam ungefähr in der Mitte der Projektlaufzeit auf, im März 2010. Die Fallstudien und Workshops waren seit einigen Monaten angelaufen und das große Potential der Beteiligten und der Zusammenarbeit zeichnete sich bereits ab. Im Rahmen des Netzwerks für Partizipative Gesundheitsforschung war eine kanadische Kollegin (Brenda Roche, Wellesley Institute) zu Besuch am WZB und hielt einen Workshop zum Thema *Peer Research*. Dabei zeigte sie ein Video, in dem Peer Researcher aus Toronto erklären, was Peer Research ist.¹ Die Personen hatten an verschiedenen Projekten der Gesundheitsforschung mitgearbeitet, z. B. an Studien mit Obdachlosen, mit Flüchtlingen und mit Drogengebraucher/innen. Sie gehörten jeweils selbst zu der Community, um die es ging, waren zu Peer Researchern ausgebildet worden und berichteten nun rückblickend von ihren Erfahrungen. Das Video ist in englischer Sprache, teilweise schwer verständlich (insbesondere für Nicht-Muttersprachler/innen) und hat technische Schwächen. Nichtsdestotrotz waren wir begeistert – von der Idee, der Authentizität der Aussagen und der Vielfalt der vorgestellten Menschen und Lebenslagen. Und es entstand die Idee: Wir wollen auch ein Video machen!

Natürlich konnten wir (WZB und DAH) das nicht allein entscheiden, auch unsere Community- und Praxispartner/innen hatten ein Wörtchen mitzureden: Die Idee stieß bei ihnen auf Zustimmung, zuerst etwas verhalten, aber mit der Zeit wuchs die Begeisterung. Der Projektbeirat begrüßte die Idee, und auch die Teilnehmer/innen der Fallstudien und Workshops waren überwiegend aufgeschlossen. Am Anfang waren allerdings viele Personen unsicher, was das eigene Auftreten vor der Kamera anging – kaum jemand hatte damit Erfahrung. Auch die schriftliche Einverständniserklärung, mit der die Bildrechte übertragen wurden, wirkte auf viele verunsichernd.

Wir klärten die Aufgaben und Verantwortlichkeiten: Tanja Gangarova (DAH) stellte die Ressourcen zur Verfügung und traf letzte Entscheidungen in Absprache mit Hella von Unger (WZB); Karin Schwickerath (WZB) übernahm die Koordination des Videos und das Gros des Filmens. Für den Schnitt brauchten wir professionelle Unterstützung und vergaben einen Werkvertrag an Petra Sattler.

Die Community- und Praxispartner/innen wurden an dem gesamten Prozess beteiligt: an der Konzeptentwicklung (z. B. nahmen sie darauf Einfluss, dass sich das Video auch an die Communities richten soll), an den Filmaufnahmen und Interviews (sie konnten z. B. selbst entscheiden, welche Fragen sie stellen und beantworten wollten) bis hin zur Überarbeitung und zum Feinschnitt. Hier eine kurze Übersicht über die zeitliche Entwicklung:

- 05/2010 Vorstellung der Idee
(Workshop 3 Projektplanung)
- 09/2010 Erste Filmaufnahmen der Gruppe
bei der Brückenbau-Simulation
(Workshop 4 Interkulturelle Kommunikation
und Zusammenarbeit)
- 12/2010 Erste Interviewaufnahmen in Teams
und Kleingruppen
(Workshop 5 Peer Research – Forschung auf
Augenhöhe)
- 02/2011 Diskussion und Feedback zur ersten
Rohfassung (Grobschnitt),
weitere Interview-Aufnahmen
(Auswertungs-Workshop 1)
- 04/2011 Diskussion und Feedback
der ersten Version des Videos
(Auswertungs-Workshop 2)
- 05/2011 Vorstellung der Endfassung (dt.; eng.)
(Auswertungs-Workshop 3)

„Für mich persönlich war der gesamte Prozess der Videoproduktion, vom Konzeptentwurf über mehrere Feedbackschleifen bis hin zum Feinschnitt des Videos, auf vielen verschiedenen Ebenen sehr spannend und lehrreich. Partizipativ vom Anfang bis zum Ende am Video zu arbeiten, war manchmal eine echte Herausforderung. Es bedeutete oft, zwischen mehreren unterschiedlichen Positionen einen Kompromiss zu finden, der möglichst vielen Wünschen und Vorstellungen gerecht wird. Manchmal hat das viel Zeit und Geduld gekostet und die ständige Bereitschaft gefordert, das eigene Konzept wieder über den Haufen zu werfen und offenzubleiben für neue Anregungen. Aber nur dadurch, dass so viele Teilnehmer/innen ihre Meinungen, Ideen und Erfahrungen in den Feedbackschlaufen eingebracht und ihre Kommentare vor der Kamera abgegeben haben, wurde unser ursprüngliches Ziel für das Video erreicht: zu zeigen, dass Partizipation funktionieren kann!“

Karin

Der Charme des Unprofessionellen

Das Video war nicht geplant, sondern ist eine Verwertungsstrategie, die sich im Laufe des Projekts entwickelt hat. Die Ressourcen, die dafür zur Verfügung standen, waren sehr begrenzt. Wir mussten viel improvisieren und im Prozess dazulernen. Für die meisten Beteiligten war die Erstellung eines Videos eine neue Erfahrung. Wir mussten erst einmal lernen, wie wir die Kamera einstellen, nutzbares Material produzieren und vor laufender Kamera verständlich sprechen konnten, ohne wie verschreckte Kaninchen auszusehen. Als wir uns gemeinsam die erste Rohfassung ansahen, war die einhellige Meinung der Community-Partner/innen: „Das muss lockerer werden! Die freundliche, fröhliche Stimmung, die PaKoMi auszeichnet, muss besser rüberkommen!“ Mit dieser Maxime machten wir weitere Aufnahmen und arbeiteten mehr Fotos ein, auf denen auch lächelnde Gesichter zu sehen sind.

Wir benutzten eine private digitale Kamera, die allerdings ein ungewöhnliches Format (.mov) produziert. Das brachte zusätzliche technische Schwierigkeiten mit sich. Am Ende steht nun ein Produkt, das weit davon entfernt ist, professionellen Standards zu genügen. Aber es spiegelt wesentliche Aspekte von PaKoMi gut wider: die Vielfalt der Personen, die teilgenommen haben, die unterschiedlichen Zugänge zur Zusammenarbeit, die Lernprozesse auf den Workshops und in den Fallstudien vor Ort und vor allem: die intensive Form der Zusammenarbeit, die den Beteiligten oft viel Vergnügen bereitet hat. Wie so vieles in PaKoMi war auch die Erstellung des Videos eine Herausforderung und Lernerfahrung, die noch nicht abgeschlossen ist. Wenn man sich darauf einlässt, erscheinen auch die Schwächen, die das Video ohne Zweifel hat (fehlende Übersetzungen, uneinheitliche Untertitel, kleinere Längen etc.) in einem anderen Licht. Denn es kommt nicht nur auf das Endprodukt an, sondern auf den Prozess, der dahintersteht und dazu geführt hat. Und dieser zeichnet sich eben gerade durch die Entwicklung, das Lernen, das Unfertige aus. Mit mehr Zeit und Geld wäre das Produkt sicher noch besser geworden. Wir sind jedoch der Meinung, dass das Produkt auch in dieser Form schon weit genug gereift ist, um es einer Öffentlichkeit vorzustellen. Denn das Wesentliche – so hoffen wir zumindest – wird sichtbar.

Was wird gesagt?

Der folgende Text gibt die Inhalte des Videos wieder. Die englischen und französischen Beiträge wurden ins Deutsche übersetzt. Manche Zitate wurden sprachlich leicht überarbeitet, um die Lesbarkeit zu erhöhen. Wir sind möglichst dicht am tatsächlich Gesagten geblieben, um die Authentizität und die Lebendigkeit des gesprochenen Wortes zu erhalten. Daher haben wir diese Beiträge auch nicht im Hinblick auf die Gender-Schreibweise überarbeitet (d. h. wenn z. B. ‚Migranten‘ gesagt wurde, wurde dies nicht in ‚Migrant/inn/en‘ umgewandelt, auch wenn sowohl Frauen als auch Männer gemeint sind).

„PaKoMi ist für mich eine sehr interessante Plattform, besonders für Partizipation und Kooperation in der HIV-Prävention für und mit Migranten. Ich fühle mich da genau zu Hause. Und da ist auch eine große Vernetzung mit anderen Communities, das ist sehr interessant, ganz bunt.“

Steve Fotso Ouogroup (PaKoMi Hamburg)

„PaKoMi ist für mich wie ein Traum, der in Erfüllung gegangen ist. Ich wollte schon immer etwas mit afrikanischen Migranten in Osnabrück machen, und PaKoMi hat eine Tür für mich geöffnet.“

Ruth Kalinga Kimolo-Lentsch (PaKoMi Osnabrück)

PaKoMi: Partizipation, Kooperation, Migration
Voneinander lernen für die HIV-Prävention

Jede dritte neue HIV-Diagnose in Deutschland betrifft eine Person, die zugewandert ist. Um HIV-Prävention gemeinsam mit Migranten zu entwickeln, brauchen wir auch partizipative Forschung. PaKoMi ist ein Projekt der Deutschen AIDS-Hilfe, das vom Wissenschaftszentrum Berlin begleitet wird. Beteiligt sind Einrichtungen, die HIV-Prävention anbieten, sowie Partner aus afrikanischen, türkischen, bulgarischen und russischen Communities.
(Sprecherin aus dem Off: Karin Schwickerath)

„PaKoMi steht für Partizipation und Kooperation in der HIV-Prävention mit Migranten und Migrantinnen in Deutschland. Unser Projekt PaKoMi hat das Ziel, die partizipative Entwicklung von HIV-Prävention mit Menschen mit Migrationshintergrund aus vulnerablen Gruppen zu fördern und wissenschaftlich zu untersuchen.“

Tanja Gangarova (DAH)

Bilder von Teilnehmer/innen von PaKoMi-Workshop 4 beim „interkulturellen Brückenbau“

„Die Idee von PaKoMi ist ganz einfach, es arbeiten verschiedene Personen zusammen und bringen ihre jeweilige Expertise ein. Das sind vor allem die Personen aus den Zielgruppen und Communities mit Migrationshintergrund, die professionellen Praktiker der HIV-Prävention und wir Wissenschaftler – wir arbeiten zusammen, erkunden die Lebenswelten und Bedürfnisse der Migranten, stärken die Teilhabe der Migranten und entwickeln HIV-Prävention gemeinsam.“

Hella von Unger (WZB)

„... und das ist, was mich sehr fasziniert hat, weil es den Ursprung bildet für das, wofür die DAH ja steht und wofür die gesamte Arbeit im HIV/Aids-Bereich steht, nämlich nicht für Menschen und über Menschen, sondern mit Menschen zusammen Prävention in allen Dimensionen zu gestalten.“

Silke Klumb (DAH)

„Besonders für mich an PaKoMi ist, dass wir als Menschen mit Migrationshintergrund ... wir betrachten uns als Ressource, mit unseren multilingualen Fähigkeiten. Man kann die nutzen für die Prävention für unsere eigene Community, das ist mir wichtig. Es ist mir wichtig, dass wir auch unsere Werte erkennen und das für einen guten Zweck verwenden.“

Melike Yildiz (PaKoMi-Projektbeirat)

„Dabei werden die Fähigkeiten und Kompetenzen der Zielgruppen und der Communities noch während des Prozesses aktiviert und aktiv gefördert und ihre lebensweltliche, sprachliche, aber auch kulturelle Expertise fließen direkt in die Arbeit ein.“

Tanja Gangarova (DAH)

„Das besondere an PaKoMi ist, dass es partizipative Gesundheitsforschung ist, wo wirklich Menschen vor Ort beteiligt sind – und nicht nur die Praktiker und Praktikerinnen, sondern Menschen richtig aus den Communities, die sich mit dem Thema beschäftigen. Das ist in Deutschland nicht üblich, obwohl es viele gute Beispiele gibt international. Das war wirklich eine Möglichkeit zu zeigen, dass in Deutschland so was möglich ist und dass Studien dieser Art wirklich einen Ertrag haben für die Weiterentwicklung der Prävention, in diesem Fall der HIV-Prävention“

Michael T. Wright (WZB)

„Ich glaube schon, dass viele Menschen in meiner Generation, aber leider eben auch viele Menschen, die viel jünger sind, in Deutschland so ein Bild haben von: ‚Wer gebildet ist und wer irgendwas zu sagen hat, ist deutsch.‘ Und plötzlich sind da Menschen aus allen möglichen Ländern, die genauso viel zu sagen haben und die vielleicht sogar mehr sagen können, weil sie mit dem, was sie tun, auf einer ganz anderen Ebene sind, mit den Leuten, mit denen sie arbeiten. Also dass da gleich ein ganz anderer Zugang ist: Wenn ich türkischer Herkunft bin, habe ich vielleicht einen anderen Zugang zu türkischen Migranten in Deutschland, als ich als rein Deutscher das habe.“

Stefan Schröder (PaKoMi Berlin)

„PaKoMi? Unter dieser Abkürzung PaKoMi verstehe ich Partizipative Forschung. Das erlaubt uns, die Partizipation von Teilnehmern noch mal zu fördern. Und PaKoMi ist für mich auch ein Konzept, wo die Leute die Möglichkeit haben, ihre Teilhabe auch zu haben und Entscheidungen zu treffen. Und das ist sehr interessant.“

Omer Ouedraogo (PaKoMi Hamburg)

Es gab Fallstudien in vier Städten. Am Anfang wurden die Partner eingeladen, das waren Aidshilfen, Beratungsstellen, Gesundheitsämter und Personen aus den Zielgruppen und Communities mit Migrationshintergrund.

(Sprecherin aus dem Off: Karin Schwickerath)

Warum habt ihr an PaKoMi teilgenommen?

„Ich wurde von Fred eingeladen und ich war sehr unsicher, was ich zu erwarten hatte. Aber als ich dort war, habe ich sofort gedacht: Okay, das hier ist, wo ich hingehören möchte ...“

Victor Oteku (PaKoMi Osnabrück)

(übersetzt aus dem Englischen)

„Ich habe teilgenommen, weil ich das Konzept auch interessant fand und immer noch finde. Ich habe teilgenommen, weil ich mit den Mitarbeitern in Hamburg in unserer Community im Rahmen von HIV/Aids etwas bewegen möchte, und ich finde persönlich auch, dass es ein tolles Konzept ist, wo man viele Entscheidungen zusammen oder gemeinsam Entscheidungen treffen kann.“

Omer Ouedraogo (PaKoMi Hamburg)

„PaKoMi ist für mich ein innovatives Projekt, wo der Migrant in Deutschland nicht nur eine Stimme bekommt, sondern auch einen Körper, weil der Migrant nicht nur eine Entscheidung bekommt, sondern an der Entscheidung teilhaben kann.“

Kelly Calvacanti (PaKoMi-Projektbeirat)

Die PaKoMi-Fallstudien

Die Fallstudien hatten jeweils eine eigene Zielsetzung, je nachdem worin der lokale Handlungsbedarf bestand.

(Sprecherin aus dem Off: Karin Schwickerath)

Fotos der Kochaktionen auf dem Dortmunder Straßenstrich und Comics des Community-Mapping

„In der Fallstudie haben wir am Anfang Interviews gemacht, wer die Frauen sind, mit was für einer Gruppe wir es zu tun haben. Dann haben wir Kochaktionen gemacht, damit wir über Gespräche miteinander reden, bevor wir HIV-Prävention machen, um die Frauen näher kennenzulernen. Wir haben ganz viel darüber erfahren, wie sie leben, was sie unter Gesundheit verstehen und dass die traditionellen HIV-Präventionsmaßnahmen nicht immer für Sexarbeiterinnen gleich geeignet sind.“

Semra Mestan (PaKoMi Dortmund)

„Wir haben es mit Comics abgebildet, wo die Jungs, die darauf abgebildet sind, den Jungs sehr nahe kommen, so dass sie sich selber auf diesen Bildern sehen konnten. Und das war ein absoluter Renner. Ich habe diese Zettel ausgeteilt, als sie ausgedruckt waren, und sie haben sich zusammengesetzt, haben gelacht und geschaut und haben gesagt: ‚Ach der da mit der Brille, das bist doch du, und der mit dem Block in der Hand, der alles notiert ...‘ Also es war ganz klar, wer macht welche Rolle und dass diese zwei Peers die Moderation übernehmen, ich im Hintergrund bleibe und eigentlich nur den Raum aufschließe, vielleicht ein bisschen Kaffee koche und mir Notizen mache und eben mit den beiden Peers zusammenarbeite. Letztendlich die Arbeit mit der Community haben sie gemacht.“

Christian Hölbing (PaKoMi Dortmund)

Bilder von Teilnehmer/innen beim Community-Mapping (PaKoMi-Workshop 2) sowie vom PaKoMi-Stand auf dem Afrika-Markt in Osnabrück

„Wir haben zwei wichtige Befragungen geführt, die erste war über Community. Wir wollten erstmal die Leute unterstützen in Osnabrück mit dem Thema Gesundheitsförderung, und wir sind zu ihnen gegangen und haben gefragt: ‚Was versteht ihr unter Community, wo trifft sich eigentlich die Afrikaner oder die Migranten?‘ Und durch diese Befragung haben wir festgestellt, dass Leute sehr gerne sich treffen wollen und mehr über ihre eigenen Anliegen was machen wollen.“

Victor Oteku (PaKoMi Osnabrück)

„Wir sind von GLADT und als GLADT haben wir in Berlin eine Teilstudie von PaKoMi geführt. Und zwar haben wir mit Schlüsselpersonen von Migrantenselbstorganisationen Interviews geführt und zwar mit 23 Schlüsselpersonen von verschiedenen Vereinen.“

Ulas Yilmaz (PaKoMi Berlin)

„Die Fragen waren halt, wie man in den jeweiligen Communities – also türkisch- oder russischsprachigen Communities –, wie man da mit Themen wie HIV und Aids umgeht oder ob überhaupt darüber gesprochen wird.“

Tugba Tanyilmaz (PaKoMi Berlin)

„PaKoMi ist eine sehr gute Möglichkeit, bedeutet für mich eine sehr gute Chance, die Stimme der Zielgruppe zu hören. Darauf basiert auch unsere Fallstudie in Berlin, dass wir ihren Bedarf erfassen möchten und ihre Teilhabe [ermöglichen], um die Zielgruppe an weiteren, zukünftigen Entscheidungsprozessen mit einzubeziehen im Sinne von Empfehlungen oder Konzepte oder so etwas.“

Jannis Karamanidis (PaKoMi Berlin)

„Dass wir in einem Gespräch, wo auch noch ein hochoffizieller Wissenschaftler aus den USA dabei ist, dass wir in so einem Gespräch zu den Jungs sagen: ‚Hey, ihr könnt uns etwas erzählen, wir wollen von euch etwas lernen, wir wollen von euch wissen, wie können wir Zugang zu den Männern kriegen?‘ Und sonst war das immer so: Wir sind die tollen Sozialarbeiter und wir wissen natürlich, was wir tun, und die Jungs fragen uns, und diesmal war es andersrum.“

Stefan Schröder (PaKoMi Berlin)

Bilder von Teilnehmer/innen beim Community-Mapping (PaKoMi-Workshop 2) sowie von in der Fallstudie Hamburg entwickelten Fragebögen und Flyern

„Wir sollten ja eine Studie über Afrikaner machen. Wir haben erstmal ein Brainstorming gemacht: Wo sind die Afrikaner in Hamburg? Wer sind die? Welche verschiedenen Communities gibt es? Wie leben die genau? Welchen Zugang haben die zu Gesundheit und sonstigen Sachen. Und wir haben drei Fragen gestellt: Zugang zu Gesundheit, Meinungen und Einstellungen über HIV und Stigma. Und daraus haben wir einen Fragebogen entwickelt und sind wir zu ihnen gegangen, um Informationen zu holen, was wissen die genau über HIV, und wir haben eine Befragung gemacht.“

Steve Fotso Ouogouep (PaKoMi Hamburg)

„Ich bringe meine Erfahrung ein: Ich würde sagen, es war unsere erste Erfahrung, die uns sehr motiviert hat, denn nach unserer Schulung hatten wir die Gelegenheit, die Angehörigen unserer Community zu treffen, um uns mit Aids auseinanderzusetzen. Es war ein erster Ansatz, und ich als Moslem war in der muslimischen Community und da habe ich erst mit der Prävention angefangen und dann den Fragebogen eingesetzt. Und ich hatte das Glück, auf viele zu treffen, die bereit waren, die Fragen zu beantworten, und das war gut. Wir konnten dann eine Fokusgruppe machen und zehn Mitglieder der Moscheegemeinde einladen. Das waren relevante Leute, und ich habe das mit jemandem gemacht, der auch die Schulung gehabt hat. Wir haben direkte Fragen gestellt und konkrete Antworten bekommen. Und wir haben wirklich was bewegen können in dieser muslimischen Community und in dieser afrikanischen Gemeinde, die in Hamburg lebt. Vor allem die Tabus zu brechen, die Aids, Aidskranke und das Kondom bedeuten. Und wir konnten wirklich in religiöse Gemeinschaften, Muslime und Christen, reinkommen. Das hat mir viel bedeutet in diesem Projekt.“

Moussa Abakar (PaKoMi Hamburg)
(übersetzt aus dem Französischen)

„Ich habe festgestellt auch, dass wenn ich von HIV darüber mit Leuten rede, dann sind sie darüber interessiert und möchten gerne machen.“

Sogah Koussowa (PaKoMi Hamburg)

Was sind mögliche Hemmnisse für Partizipation?

Ein Ziel von PaKoMi war es zu klären, was Partizipation fördert, aber auch, was sie behindert. (Sprecherin aus dem Off: Karin Schwickerath)

Bilder von der Diskussion der Teilnehmer/innen von Auswertungs-Workshop 1 zu möglichen Hemmnissen von Partizipation

Diskussion der Kleingruppe:

„Ergibt sich dadurch nicht mangelndes Vertrauen?“

„Ich finde, die beiden sind auch verbunden: HIV-Stigma und Tabus.“

„Es gibt HIV-Stigma und andere Tabus, und dann deswegen hat man schlechte Erfahrungen.“

„Und dann kommt es zu mangelndem Vertrauen.“

„Mangelndes Vertrauen, genau ...“

„Dadurch kommt es zu mangelndem Vertrauen, genau ...“

„Aber echt verbunden, ich meine, nicht so nacheinander, nicht voneinander getrennt, sondern echt verbundene Sachen.“

„Ja, dann ist das Miteinander.“

„Und darum hat man schlechte Erfahrungen?“

„Dadurch entsteht mangelndes Vertrauen.“

„Und wenn man mangelndes Vertrauen hat, dann kommt ein ...“

„Konflikt!“

„Ja, Konflikt.“

„Und fehlende Ressourcen spielt keine Rolle?“

„Doch auch!“

„Doch, also Geld ist schon wichtig ...“

„Geld und auch, wenn man keine Räume hat, also Ressourcen kann alles sein, auch Wissen, Erfahrung, das sind alles Ressourcen ...“

„Wir haben nicht nur fördernde und hemmende Bedingungen von Partizipation gemeinsam analysiert, sondern auch Empfehlungen entwickelt, das heißt, jeder Bereich, der in die Zusammenarbeit hinein investiert hat, sollte auch einen Nutzen aus der Zusammenarbeit ziehen. Das ist für die Communities vor allem Community-Building und Stärkung der Communities, für die präventive Praxis natürlich eine Verbesserung der HIV-Prävention und zum Beispiel das Handbuch, das wir entwickeln. Die Politik bekommt ganz konkrete Empfehlungen, wie sie strukturelle Voraussetzungen für eine verbesserte Partizipation schaffen kann, und in der Wissenschaft wollen wir natürlich auch methodische, theoretische Erkenntnisse und Veröffentlichungen aus der Zusammenarbeit ziehen.“

Hella von Unger (WZB)

Die PaKoMi-Workshops

Die Workshops dienen der Kompetenzentwicklung, dem Austausch und der gemeinsamen Auswertung.

(Sprecherin aus dem Off: Karin Schwickerath)

Bilder von Teilnehmer/innen bei Gruppenarbeiten, Rollenspielen, Diskussionen und Präsentationen im Plenum bei verschiedenen Workshops

Ein Bestandteil von PaKoMi sind die Workshops, die wir machen. Das war am Anfang eigentlich eher begleitend gedacht, und umso länger PaKoMi existiert, desto wichtiger werden sie und desto klarer wird mir auch, wie zentral diese Workshops sind. Wo die Praktiker und Community-Mitglieder selber zusammenkommen, sich austauschen, untereinander sich kennenlernen können, methodischen, inhaltlichen, konzeptuellen Input bekommen und uns dann aber auch bei der Auswertung in den Workshops helfen, weil, wie gesagt, bei dem ganzen Projekt von Anfang bis Ende sind Praxis- und Community-Partner genauso involviert wie wir als Wissenschaftler in allen Phasen des Forschungsprozesses.

(Sprecherin aus dem Off: Hella von Unger)

Was habt ihr durch PaKoMi gelernt?

„Meine Form der Zusammenarbeit: Ich merke, dass ... PaKoMi hat mir gezeigt, dass das Wichtige ist, dass nicht nur die Leute mit Wissen die Wichtigen sind, sondern auch die Menschen, die Erfahrung haben und ganz viel zusammenarbeiten.“

Kelly Calvacanti (PaKoMi-Projektbeirat)

„Mein Blickwinkel darauf, wie sich eine Community definiert, hat sich verändert. Denn es gibt viel mehr im Bezug auf ... welche Gegebenheiten oder welche Gruppe von Menschen eine Community ausmachen.“

Fredrick Oluoch (PaKoMi Osnabrück)

(übersetzt aus dem Englischen)

„Durch PaKoMi hat sich viel verändert. PaKoMi hat mir auch die Chance gegeben, viele Kontakte noch mal bundesweit zu haben. Ich habe durch PaKoMi auch viele Kompetenzen erworben durch die Schulungen, sowohl bei den Workshops in Berlin als auch in Hamburg. In Hamburg wurde auch diese Peer-Researcher-Schulung gemacht, viele haben dort Kompetenzen erworben, die für ihr ganzes Leben nützlich sind, und ich persönlich habe noch mal eine Gruppe Leute dort kennengelernt, und darauf bin ich sehr stolz.“

Omer Ouedraogo (PaKoMi Hamburg)

„Was ich als etwas sehr Besonderes an PaKoMi empfinde, ist, dass ich jetzt die Fähigkeit habe, über HIV zu reden, wo immer ich auch bin und ohne Angst. Früher hatte ich viele Freunde, die mit dem Virus infiziert waren, aber es war kein Thema, über das geredet werden konnte. Aber jetzt mit dieser Art von Forschung fühlte ich mich sehr ... ich fühle mich freier, über diese Krankheit zu reden und darüber, welche Auswirkungen sie hat, auch auf meinem Kontinent.“

Lucy Gbem (PaKoMi Osnabrück)

(übersetzt aus dem Englischen)

„Ich denke, zum einen hat sich bei mir noch mal dieses Bewusstsein zum Neuen hervorgebracht, dass ganz viele Nicht-Fachleute über wahnsinnig

hohe Kompetenzen verfügen, die man ihnen so im Allgemeinen nicht zutraut. Ich habe über die Teilnahme an den ganzen Workshops wunderbare Leute kennengelernt, die meinen Blickwinkel auf verschiedene Fragestellungen deutlich verändert haben. Und ich glaube, ich habe ein neues Instrument kennengelernt, von dem ich annehme, dass diese PaKoMi-Forschungen deutlich effektiver sind als die wissenschaftlichen Forschungen, die bis heute in Deutschland am meisten laufen.“

Gerhard Peters (PaKoMi Berlin)

„Wenn mich heute jemand fragen würde: ‚Welcher Community gehörst du an?‘ dann würde ich antworten: ‚Der PaKoMi-Community‘.“

Helen Nintemann (PaKoMi Osnabrück)
(übersetzt aus dem Englischen)

„Ich glaube, PaKoMi war eine sehr gute Sache für mich. Ich war als Gesundheitsbotschafter ausgebildet, und mit dieser Ausbildung [zum Peer Researcher] sind wir dann auf die Straße gegangen und haben Leute befragt. Bei dieser Befragung habe ich festgestellt, dass HIV/Aids kein Tabuthema mehr ist, wenn man darüber in der Öffentlichkeit redet.“

Sogah Koussowa (PaKoMi Hamburg)

Es wurden Empfehlungen entwickelt für die Weiterentwicklung der HIV-Prävention für und mit Migranten in Deutschland.
(Sprecherin aus dem Off: Karin Schwickerath)

Bilder von Teilnehmer/innen aus einem der PaKoMi-Workshops sowie von einem Arbeitstreffen der Fallstudie Hamburg

Was sind eure Wünsche für die Zukunft?

„Für die Zukunft, würde ich sagen, mir wäre sehr wichtig, dass die Empfehlungen von PaKoMi [umgesetzt werden], dass die Umsetzung bewahrt wird. Ohne Wahrheit, das wäre wirklich ein großer Verlust, weil wir haben so viel in PaKoMi investiert, so viel Energie, und es ist wichtig, dass die Politiker uns auch zuhören.“

Omer Ouedraogo (PaKoMi Hamburg)

„Ich glaube, dass wir auf dem richtigen Weg sind. Warum sage ich das? Wenn wir mit dem weitermachen, was wir während der letzten Monate getan haben, werden wir es schaffen, einen Ort für uns alle, als eine Community, zu bekommen und mehr Menschen einzuladen und zu sagen: ‚Kommt, macht mit!‘“

Helen Nintemann (PaKoMi Osnabrück)
(übersetzt aus dem Englischen)

„Für mich stellt sich in erster Linie die Frage, wie wir Menschen mit Migrationshintergrund langfristig in die Präventionsarbeit einbinden können in einer Zeit, wo die Gelder für Prävention generell gekürzt werden. Umso wichtiger ist es mir, dass die Stimme von PaKoMi gehört wird, denn mit PaKoMi haben wir bewiesen, dass Partizipation auf Augenhöhe möglich ist, wenn man die notwendigen Voraussetzungen dafür schafft – und dazu gehören auch die finanziellen Ressourcen.“

Tanja Gangarova (DAH)

„In diesem Projekt wird ebenso deutlich: Wenn du einen Rahmen schaffst, wenn du einen Raum aufmachst, eine Tür öffnest und Menschen die Möglichkeit gibst zu formulieren, was sie denken, was sie fühlen, was sie brauchen, und Kommunikation ermöglichst, aber eben auch Begegnung ermöglichst – und zwar Begegnung auf Augenhöhe –, dann kann ganz viel entstehen und dann kann ein Gefühl von Verantwortung und von gemeinsamer Verantwortung für ein Thema entstehen. Und ich denke, dass es das ist, wofür PaKoMi steht.“

Silke Klumb (DAH)

„Und ja was ist denn PaKoMi? Mitmachen, mitdenken, mitbestimmen, mitlachen, ja Spaß und Freude daran haben, das ist, was ich daran toll gefunden habe, sensationell. PaKoMi – immer mehr davon bitte!“

Vivi-Lore Nzouatcham (PaKoMi Hamburg)

Gruppenfotos von den PaKoMi-Workshops und Abspann

Tipps: Wie kann das Video genutzt werden?

Wie schon gesagt, zielt das Video darauf ab, auf lebendige Art und Weise zu kommunizieren, dass die Teilhabe von Migrant/innen an der HIV-Prävention und Forschung möglich ist und sich lohnt. Es richtet sich an Personen, die sich für Teilhabeprozesse und die Zusammenarbeit mit Migrant/innen interessieren – sowohl in der HIV-Prävention, in der Forschung als auch darüber hinaus. Man kann das Video als konkretes Beispiel und Anschauungsmaterial nutzen, um sich und andere weiterzubilden – z. B. Fachkräfte der HIV-Prävention und Gesundheitsförderung, Mitglieder und Vertreter/innen von Migrant-Communities und Migrantenselbstorganisationen (MSO), Sozial- und Gesundheitsberufe, Studierende und Wissenschaftler/innen.

Wir haben das Video verschiedenen Personengruppen gezeigt. Die Reaktionen waren sehr unterschiedlich: überwiegend positiv, aber es war alles dabei, von Wertschätzung und Begeisterung bis Irritation und Desinteresse. Es gab auch konstruktive Kritik und Anregungen. An dieser Stelle möchten wir ein paar Tipps geben, die bei der Nutzung des Videos hilfreich sein können.

1. Bevor du das Video zeigst, kläre die Erwartungshaltung

Was sind deine Erwartungen? Was versprichst du dir davon, das Video zu zeigen? Was sind die Erwartungen der Personen im Publikum? Es ist nicht realistisch, davon auszugehen, dass das Video einen grundsätzlichen Sinneswandel herbeiführen oder detaillierte Projektergebnisse berichten kann. Es kann Möglichkeiten der Partizipation an einem konkreten Beispiel aufzeigen, es kann Mut machen, Lust machen und vor allem: Neugier wecken! Es kann allerdings auch Skepsis und Irritationen hervorrufen (siehe unten).

2. Kläre den Rahmen und Zeitrahmen

Das Video dauert 23 Minuten. Es bietet sich an, vor dem Video eine kurze Einführung zu geben, bei der der Rahmen des 3-jährigen PaKoMi-Projekts erläutert wird (Zielsetzung, beteiligte Partner/innen, Finanzierung, partizipativer Ansatz etc.). Hierbei sollte auch darauf hingewiesen werden, dass detaillierte Projektergebnisse im Handbuch und auf der PaKoMi-Webseite eingesehen werden können. Das Video will die Perspektivenvielfalt veranschaulichen und in den Worten der Beteiligten zeigen, dass Partizipation möglich ist. Im Anschluss werden in der Regel mindestens 20 Minuten Zeit für die Diskussion benötigt. Insgesamt wäre also ein Zeitrahmen von 60-90 Minuten angebracht, um das Video zu sehen und zu besprechen. Es ist auch möglich, die Vorstellung des Videos zu unterbrechen und Zwischenfragen zuzulassen. Ein möglicher Zeitpunkt wäre z. B. nach dem Abschnitt zu den Fallstudien und vor „Was sind mögliche Hemmnisse für Partizipation?“ (12,58 min).

3. Technische Voraussetzungen

Das Video kann entweder im Internet eingesehen (www.pakomi.de) oder von einer DVD abgespielt werden. Um das Video zu sehen, braucht man eine geeignete Software (z. B. VLC, Mediaplayer). Bei Vorführungen vor Gruppen benötigt man einen Beamer und Boxen für den Ton. Das Video liegt im deutschen Original mit englischen und französischen Beiträgen sowie in einer englischen Fassung vor (die deutschen Texte wurden übersetzt und per Voiceover eingesprochen). Ein französischer Beitrag ist in beiden Versionen im Original – es empfiehlt sich, ggf. die deutsche Übersetzung vorrätig zu haben (siehe oben).

4. Fragen und Antworten

Folgende Fragen wurden uns häufig gestellt:

Wer sind die Personen, die gezeigt werden?

Alle Personen, die im Video erscheinen, haben im PaKoMi-Projekt mitgearbeitet. Darunter sind Partner und Partnerinnen aus Migrant-Communities, die vor Ort Projekte durchgeführt und Weiterbildungs-Workshops besucht haben, sowie haupt- und ehrenamtliche Mitarbeiter/innen von Aidshilfen, Präventionsprojekten und Beratungsstellen, ein Mitarbeiter eines Gesundheitsamtes, Mitarbeiterinnen der Deutschen AIDS-Hilfe und Wissenschaftler/innen vom WZB. Weitere Informationen über die beteiligten Personen siehe Einleitung.

Was sind Peer Researcher?

Peer Researcher sind Menschen aus den Zielgruppen und Communities, die geschult werden, um in ihren Communities Forschung durchzuführen (*peers* engl. Gleichgestellte; *researcher* engl. Forscher/in; siehe Kapitel 6). Im PaKoMi-Projekt wurden z. B. afrikanische Migrant/inn/en zu Peer Researchern ausgebildet, um Afrikanerinnen und Afrikaner zu befragen, bulgarische Migrantinnen, um Bulgarinnen zu befragen, etc. In Hamburg waren die Peer Researcher größtenteils schon von der Aidshilfe zu Gesundheitsbotschafter/innen (Multiplikator/inn/en, *Peer Educators*) ausgebildet worden. In anderen Städten übernahmen Sprachmittler/innen, Honorarkräfte, ehrenamtlich Engagierte und hauptamtliche Mitarbeiter/innen von MSO die Aufgaben von Peer Researchern. Es ist hilfreich, aber nicht notwendig, dass die Peer Researcher ein Vorwissen zu Gesundheitsthemen haben. Wichtig ist, dass sie Teil der Community sind, um die es geht, und einen guten Zugang zu den Menschen haben (d. h. sprachliche und kulturell-lebensweltliche Kompetenzen).

Sind Menschen mit HIV/Aids beteiligt?

Ja, mehrere Menschen, die mit HIV/Aids leben, haben ganz wesentlich zum PaKoMi-Projekt beigetragen. Aber nicht alle Personen, die im Video gezeigt werden, sind HIV-positiv. PaKoMi ist ein Projekt der Primärprävention. Die meisten Teilnehmer/innen sind nicht direkt von HIV betroffen, sondern engagieren sich aus Solidarität und kennen oft jemanden, der oder die mit HIV/Aids lebt.

Wieso sind die Migrant/inn/en im Video so fröhlich?

Eine Gegenfrage: Wieso nicht? Im Ernst: Die fröhlichen und lachenden Gesichter der Peer Researcher und der Personen, die auf den Comic-Zeichnungen abgebildet sind, irritieren einige Personen, die sich das Video anschauen. Eingewandt wird, dass die Lebensrealität vieler Migrant/inn/en hier in Deutschland alles andere als lustig ist – was stimmt und auch wieder nicht. Denn nicht jede Frau, die der Prostitution nachgeht, ist ein Opfer von Menschenhandel, und nicht jeder Afrikaner oder jede Afrikanerin erlebt Rassismus auf die gleiche Weise. Humor ist eine wichtige Ressource im Umgang mit Problemen, und unsere Community-Partner/innen haben darauf gedrängt, dass der freundliche, warme und humorvolle Ton, der den Umgang im PaKoMi-Projekt charakterisiert hat, auch im Video kommuniziert wird (siehe oben, wie das Video entstand). Wir wollen nicht die Realität schönzeichnen, aber: Wieso sollten wir es nicht zeigen, wenn die Realität mal schön ist? Sicherlich entsprechen die Bilder der engagierten Migrant/inn/en im PaKoMi-Projekt nicht den gängigen Klischees von „schwer erreichbaren“ Migrant/inn/en. Das mag auch zu der Irritation beitragen.

Wo sind die Aufnahmen entstanden?

Die meisten Aufnahmen sind bei PaKoMi-Workshops entstanden, d. h. in Tagungsräumen in Berlin. Einzelne Aufnahmen sind auch bei Besuchen der Fallstudien (Osnabrück) und bei Einzelinterviews entstanden, z. B. in Büros in der Deutschen AIDS-Hilfe (DAH) und im Wissenschaftszentrum Berlin (WZB) (das Bild, das bei Interviews mit Hella, Stefan, Melike und Michael erscheint, hat Asta von Unger, Hellas Schwester, gemalt).

Alle Beteiligten konnten selbst entscheiden, worüber sie sprechen. Meistens haben sie Karin gebeten, ihnen eine Frage zu stellen, um diese dann zu beantworten. Karin Schwickerath hat 90% des Filmmaterials aufgenommen.

Was ist in den Fallstudien passiert?

In vier Städten haben wissenschaftlich begleitete Praxisprojekte (Fallstudien) stattgefunden: Berlin, Dortmund, Hamburg und Osnabrück. Jede Fallstudie hatte eine etwas andere Zielsetzung, je nachdem worin der lokale Handlungsbedarf bestand. In allen Fallstudien wurde gemeinsam geforscht, um die Lebenswelten und Bedürfnisse von Migrant/inn/en besser zu verstehen. Ziel war es, HIV-Prävention für und mit Migrant/inn/en zu entwickeln und dabei die Teilhabe von Migrant/inn/en und die Zusammenarbeit verschiedener Anbieter zu untersuchen und zu stärken. In Hamburg waren vor allem Afrikaner/innen aus frankophonen Ländern Westafrikas als Community-Partner/innen beteiligt, in Osnabrück englischsprachige Afrikaner/innen aus ostafrikanischen Ländern. In Dortmund waren Sexarbeiter/innen aus Bulgarien beteiligt sowie Studentinnen aus diesem Sprachraum. In Berlin waren verschiedene Personen mit Zugängen zu russisch und türkisch sprechenden Communities und Männern, die Sex mit Männern haben (MSM), beteiligt. Eine detaillierte Beschreibung der Fallstudien findet sich in Kapitel 6.

Welche Ergebnisse hat PaKoMi erzielt?

Das PaKoMi-Projekt hat vor allem gezeigt, dass die Teilhabe von Migrant/inn/en an der HIV-Prävention und an Forschung möglich ist und in vieler Hinsicht Nutzen abwirft: für die beteiligten Personen, die ihre Kompetenzen weiterentwickeln, für die Communities, die gestärkt werden, wenn Strukturen gebildet werden, wie z.B. in Osnabrück durch die geplante Gründung einer MSO, für die HIV-Prävention (z. B. durch das bessere Kennen der Communities und einen besseren Zugang), für die haupt- und ehrenamtlichen Mitarbeiter/innen (z. B. durch verbesserte Zusammenarbeit) usw. Zu den Ergebnissen der Fallstudien siehe Kapitel 6; zu weiteren Projektergebnissen siehe die Veröffentlichungen auf der Webseite www.pakomi.de.

Was ist das Besondere an PaKoMi?

Die gleichberechtigte Zusammenarbeit verschiedener Partner und Partnerinnen aus den Communities, der Praxis und der Wissenschaft.

Die Zusammenarbeit mit verschiedenen Migrantengruppen in vier Städten in verschiedenen Bundesländern.

Das maßgeschneiderte, bedarfsorientierte Vorgehen: Zu Beginn jeder Fallstudie wurde der lokale Handlungs- und Forschungsbedarf festgestellt; darauf aufbauend wurde gemeinsam das lokale Ziel der Zusammenarbeit bestimmt.

Partizipation von A bis Z: In vielen Projekten werden Zielgruppen und Community-Vertreter/innen zu irgendeinem Zeitpunkt auf die eine oder andere Art einbezogen. Aber nur wenigen Projekten gelingt es, Praxis- und Community-Partner/innen in allen Phasen des Forschungs- und Entwicklungsprozesses (von Zielsetzung bis Verbreitung und Nutzung der Ergebnisse) so konsequent einzubinden.

Wie geht es weiter?

Nachhaltigkeit war von Beginn an oberste Prämisse im PaKoMi-Projekt und wurde bei der Projektgestaltung berücksichtigt. Vor Ort wurde darauf geachtet, dass die Ergebnisse der Fallstudien umgesetzt werden können und werden, z. B. durch den Aufbau und die Verstetigung von Strukturen (MSO, Vereine, Kooperationen etc.). In Hamburg hat das beispielsweise sehr gut geklappt. In anderen Fallstudien wie Dortmund ist aufgrund von Ereignissen, die außerhalb unseres Einflussbereichs liegen (siehe S. 105), eine nachhaltige Nutzung stark erschwert. Überregional haben wir durch die Entwicklung von Empfehlungen darauf hingewirkt, dass die Ergebnisse umgesetzt werden und die partizipativen Prozesse weitergeführt werden. Auch die Deutsche AIDS-Hilfe (DAH) trägt mit ihrem Seminar-Angebot und Folgeprojekten dazu bei, die Idee von PaKoMi weiterzuentwickeln. Es ist geplant, Community- und Praxispartner/innen zu schulen, damit sie als Multiplikator/inn/en die Idee, Ergebnisse und Empfehlungen von PaKoMi weiterverbreiten können.

9.

Literatur und Links

Literatur

BMFSFJ (2010). Migrantinnenorganisationen in Deutschland – Abschlussbericht. Berlin: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. *Verfügbar über:* www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Broschuerenstelle/Pdf-Anlagen/Migrantinnenorganisationen-in-Deutschland-Abschlussbericht,property=pdf,bereich=bmfsfj,sprache=de,rwb=true.pdf

BMG (2007). Aktionsplan zur Umsetzung der HIV/Aids-Bekämpfungsstrategie der Bundesregierung. Bonn: Bundesministerium für Gesundheit. *Verfügbar über:* www.bmg.bund.de/fileadmin/redaktion/pdf_broschueren/Aktionsplan-HIV_Aktionsplan-HIV-Aids-deutsch.pdf

Campbell, R., Sefl, T., Wasco, S. & Ahrens, C. (2004). Doing community research without a community: Creating a safe space for rape survivors. *American Journal of Community Psychology*, 33(3/4), 253-261.

DAH & BZgA (2010) (Hg.). HIV/Aids von A bis Z: Heutiger Wissensstand. 3. Auflage. Berlin/Köln: Deutsche AIDS-Hilfe e. V., Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. *Verfügbar über:* www.bzga.de/pdf.php?id=f6773ef186fafa054a553ad3f80fb056

DAH (1998) (Hg.). Handbuch Migration für AIDS-Hilfen, AIDS-Fachkräfte und andere im AIDS-Bereich Tätige. Berlin: Deutsche AIDS-Hilfe e. V.

ECDC (2009). Migrant health: Access to HIV prevention, treatment and care for migrant populations in EU/ EAA countries. Stockholm: European Center for Disease Prevention and Control. *Verfügbar über:* ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/0907_TER_Migrant_health_HIV_Access_to_treatment.pdf



- EATG (2007). Migration und HIV/Aids: Empfehlungen der Community. European AIDS Treatment Group. *Verfügbar über:*
www.aidsactioneurope.org/uploads/tx_windpublications/614-1.pdf
English version:
www.eatg.org/eatg/content/download/13752/107196/file/Migration%20and%20HIVAIDS%20Community%20Recommendations.pdf
- Haour-Knipe, M. & Rector, R. (1996) (Hg.). Crossing Borders: Migration, Ethnicity and AIDS. London: Taylor & Francis.
- Israel, B., Schulz, A., Parker, E. & Becker, A. (1998). Review of Community-Based Research: Assessing Partnership Approaches to improve Public Health. Annual Review of Public Health, 19, 173-202.
- Labonte, R. (2005). Community, community development, and the forming of authentic partnerships: some critical reflections. In M. Minkler (Hg.). Community Organizing and Community Building for Health, 2nd Ed. (S. 82-96). New Brunswick: Rutgers University Press.
- Labonte, R., Feather, J. & Hills, M. (1999). A story/ dialogue method for health promotion knowledge development and evaluation. Health Education Research, 14(1), 39-50.
- Loss, J. (2009). Die Gemeinde – lebensnotwendige Stimme für die Gesundheitsförderung. Prävention und Gesundheitsförderung, 4, 147-148.
- MacQueen, K., McLellan, E., Metzger, D., Kegeles, S., Strauss, R., Scotti, R., Blanchard, L. & Trotter, R. (2001). What is community? An evidence-based definition for participatory public health. American Journal of Public Health, 91(12), 1929-1938.
- Robert Koch-Institut (2010). HIV bei Migranten in Deutschland. Epidemiologisches Bulletin, 5, 39-44. *Verfügbar über:*
edoc.rki.de/documents/rki_fv/re9N7X7TjXxE/PDF/273NTxConnm1tEA.pdf
- Schwenken, H. (2000). Frauen-Bewegungen in der Migration. Zur Selbstorganisation von Migrantinnen in der Bundesrepublik Deutschland. In I. Lenz, M. Mae & K. Klose (Hg.). Frauenbewegungen weltweit. Aufbrüche, Kontinuitäten, Veränderungen (S. 133-166). Opladen: Leske und Budrich.
- Statistisches Bundesamt (2010). Bevölkerung und Erwerbstätigkeit. Bevölkerung mit Migrationshintergrund: Ergebnisse des Mikrozensus 2009. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt. *Verfügbar über:*
www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Content/Publikationen/Fachveroeffentlichungen/Bevoelkerung/MigrationIntegration/Migrationshintergrund2010220097004,property=file.pdf
- Thränhardt, D. (2005). Spanische Elternvereine schaffen Sozialkapital: Selbsthilfe-Netzwerke und Integrationserfolg in Europa. In K. Weiss & D. Thränhardt (Hg.). Selbsthilfe. Wie Migranten Netzwerke knüpfen und soziales Kapital schaffen (S. 93-110). Freiburg im Breisgau: Lambertus.
- Toronto Community-Based Research Network (2010). For us, by us: Peer research 101. Videoclip. *Verfügbar über:*
torontocbr.ning.com/
- UNAIDS (2001). Migrants' Right to Health. Best Practice Collection. Genf: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. *Verfügbar über:*
data.unaids.org/publications/IRC-pub02/jc519-migrantsrighttohealth_en.pdf
- UNICEF (2003). What Religious Leaders can do about HIV/AIDS. Ce que les autorités religieuses peuvent faire contre le VIH/SIDA. New York: The United Nations Children's Fund (UNICEF), World Conference of Religions for peace, UNAIDS. *Verfügbar über:*
www.unicef.org/adolescence/files/Religious_leaders_Aids.pdf
- von Unger, H. (2011, in press). Partizipative Gesundheitsforschung: Wer partizipiert woran? Forum Qualitative Sozialforschung (FQS). *Verfügbar über:*
www.qualitative-forschung.net
- 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), 19-26.
- von Unger, H. (2010). HIV-Prävention mit Migrant(inn)en: Interkulturell, partizipativ und strukturell. In J. Drewes & H. Sweers (Hg.). Strukturelle Prävention und Gesundheitsförderung im Kontext von HIV (S. 195-217). AIDS-Forum DAH. Berlin: Deutsche AIDS-Hilfe e. V. *Verfügbar über:*
www.aidshilfe.de/sites/default/files/forum_57_gesundheitsfoerderung.pdf

von Unger, H. & Klumb, S. (2010). HIV-Primärprävention für Migrant(inn)en als Aufgabe der Aidshilfen: ausgewählte Ergebnisse der PaKoMi-Befragung. In P. Wiessner (Hg.). Migration und HIV-Prävention (S. 57-70). AIDS-Forum DAH Band 58. Berlin: Deutsche AIDS-Hilfe e.V. *Verfügbar über:* www.aidshilfe.de/sites/default/files/Forum%2058-internet.pdf

Walter, C. (2007). Community building practice: A conceptual framework. In M. Minkler (Hg.). Community Organizing and Community Building for Health, 2nd Ed. (S. 66-78). New Brunswick: Rutgers University Press.

Wiessner, P. (2010) (Hg.). Migration und HIV-Prävention. AIDS-Forum DAH, Band 58, Berlin: Deutsche AIDS-Hilfe. *Verfügbar über:* www.aidshilfe.de/sites/default/files/Forum%2058-internet.pdf

Wright, M. T.; Block, M. & von Unger, H. (2010). Partizipation der Zielgruppe in der Gesundheitsförderung und Prävention. In M. T. Wright (Hg.). Partizipative Qualitätsentwicklung in der Gesundheitsförderung und Prävention (S. 36-53). Bern: Verlag Hans Huber.

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

Zitzelsberger, O. & Latorre, P. (2010). MigrantInnenselbstorganisationen und Soziale Arbeit – Schwerpunkte, Potentiale und Grenzen. ISS-Fachtagung „Migrantenselbstorganisationen in der Sozialen Arbeit“, 28. Oktober 2010.

Zum Weiterlesen...

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

Borde, T. & David, M. (2003) (Hg.). Gut versorgt? Migrantinnen und Migranten im Gesundheits- und Sozialwesen. Frankfurt a.M.: Mabuse-Verlag.

Bremer, V. & Hofmann, A. (2007). Sexuell übertragbare Infektionen bei Migranten in Deutschland – Resultate der STD Sentinel Surveillance. Berlin: Robert Koch Institut.

BzGA (2011). Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. *Verfügbar über:* www.leitbegriffe.bzga.de

BZgA (2010) (Hg.). Sexualität und Migration: Milieuspezifische Zugangswege für die Sexualaufklärung Jugendlicher. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. *Verfügbar über:* www.bzga.de/pdf.php?id=6d36f8ad670a38d807b3c729bc9a403

Classen, G. (2008). Sozialleistungen für MigrantInnen und Flüchtlinge. Reader zur Fortbildung des Flüchtlingsrates Berlin. Berlin: Flüchtlingsrat.

DAH (2010). Migration und HIV-Prävention. AIDS-Forum DAH, Band 58, Berlin: Deutsche AIDS-Hilfe. *Verfügbar über:* www.aidshilfe.de/sites/default/files/Forum%2058-internet.pdf

DAH (2009). Projekt „FluG“ – Flucht und Gesundheit. Dokumentation des Kooperationsprojekts der AIDS-Hilfe Freiburg e.V., des DRK-Landesverbandes Badisches Rotes Kreuz und des Gesundheitsamts Karlsruhe. Berlin: Deutsche AIDS-Hilfe e.V. *Verfügbar über:* www.aidshilfe.de/sites/default/files/Doku%20FluG%202009.pdf

DAH (2008). Aufsuchende Präventionsarbeit in afrikanischen Communities in Köln und im Umland der Stadt. Ein Projekt der AIDS-Hilfe Köln. Berlin: Deutsche AIDS-Hilfe e.V. *Verfügbar über:* www.aidshilfe.de/sites/default/files/Doku%20Aufsuchende%20Pr%C3%A4ventionsarbeit%20...2007.pdf

- DAH (2005). Ländermeeting Interkulturelle Öffnung. Dokumentation des Ländermeetings 11.-12.2.2005. Berlin: Deutsche AIDS-Hilfe e. V.
- DAH (2005). Gesundheitsdolmetscher/innen: ‚Peer Involvement‘ in der Primär- und Sekundärprävention. Ein Projekt der Aidshilfe Kassel. Berlin: Deutsche AIDS-Hilfe e. V. *Verfügbar über:* www.aidshilfe.de/sites/default/files/Dokumentation%20Projekt%20Gesundheitsdolmetscher.pdf
- DAH (2003). Aids, Kultur und Tabu: Fortbildung für Multiplikator(inn)en aus Subsahara-Afrika und für Aids-Fachkräfte. Dokumentation des 2002 in Bielefeld durchgeführten Projekts. Berlin: Deutsche AIDS-Hilfe e. V. *Verfügbar über:* www.aidshilfe.de/sites/default/files/Aids+Kultur.pdf
- DAH (2000). AIDS und Migration. AIDS-Forum DAH, Band 41. Berlin: Deutsche AIDS-Hilfe e. V.
- DAH (1998). Strukturelle Prävention. AIDS-Forum DAH, Band 33. Berlin: Deutsche AIDS Hilfe e. V.
- Döll, S. (2000). Versorgung von Migrantinnen und Migranten in AIDS-Hilfen. In: AIDS und Migration. AIDS-Forum DAH, Band 41 (S. 7-78). Berlin: Deutsche AIDS-Hilfe e. V.
- Edubio, A. (2001). A study on Sub-Saharan African Migrant Communities in Berlin, Germany. In: NIGZ AIDS & Mobility Europe (Hg.): African Communities in Northern Europe and HIV/AIDS. (S. 15-54). Woerden/Niederlande: NIGZ, Netherlands Institute for Health Promotion. *Verfügbar über:* www.nigz.nl/inc/pdf.cfm?filename=winkel/report_african_communities.pdf
- Geiger, I. & Razum, O. (2006). Migration: Herausforderungen für die Gesundheitswissenschaften. In K. Hurrelmann, U. Laaser & O. Razum (Hg.). Handbuch Gesundheitswissenschaften (S. 719-746). München: Juventa.
- Hornung, R. (2004). Prävention und Gesundheitsförderung bei Migranten. In K. Hurrelmann, T. Klotz & J. Haisch (Hg.). Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung (S. 329-337). Bern: Huber.
- Hughes, J. & Foschia, J. P. (2004). Chancengleichheit im Gesundheitssystem? Gesundheitsangebote und AIDS/STI-Prävention für Menschen mit Migrationshintergrund. Verona/Italien: Regionales Zentrum für Gesundheitsförderung. *Verfügbar über:* www.crrps.org/allegati/66/file/DeutschHandbook.pdf
- Klumb, S. (2009). HIV-positive Flüchtlinge – Gemeinsam Eintreten für ein Bleiberecht für HIV-positive Flüchtlinge und eine bessere Versorgung. In HIV&More, 1/2009, S. 49-51. *Verfügbar über:* www.hivandmore.de/archiv/2009-1/HIVm1_09_MittDAH.pdf
- Narimani, P. (1998). Zur Notwendigkeit kulturspezifischer Angebote in der HIV/AIDS-Primärprävention. In: DAH (Hg.): Handbuch Migration für AIDS-Hilfen, AIDS-Fachkräfte und andere im AIDS-Bereich Tätige (S. 239-261). Berlin: Deutsche AIDS-Hilfe e. V.
- Pfluger, T., Biedermann, A. & Salis Gross, C. (2009). Transkulturelle Prävention und Gesundheitsförderung in der Schweiz. Grundlagen und Empfehlungen. Zürich: Research Institute for Public Health and Addiction. *Verfügbar über:* www.zora.uzh.ch/28145/2/28145.pdf
- Rommelspacher, B. & Kollak, I. (2008) (Hg.). Interkulturelle Perspektiven für das Sozial- und Gesundheitswesen. Frankfurt a. M.: Mabuse Verlag.
- UNAIDS (2001). Population mobility and Aids. Technical update. Genf: UNAIDS. *Verfügbar über:* data.unaids.org/publications/irc-pub02/jc513-popmob-tu_en.pdf
- Waller, H. (2010). Gesundheit und Gesundheitsversorgung von Menschen ohne Papiere. In: Th. Gerlinger, S. Kümpers, U. Lenhardt & M. T. Wright. (Hg.). Politik für Gesundheit. Fest- und Streitschriften zum 65. Geburtstag von Rolf Rosenbrock (S. 190-200). Bern: Hans Huber.

Ausgewählte Präventions-Materialien

Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) und die Deutsche AIDS-Hilfe (DAH) stellen viele verschiedene Materialien zur Verfügung (überwiegend kostenfrei), die zur HIV-Prävention eingesetzt werden können. Darunter sind mehrsprachige Materialien, Videos, DVDs und bebilderte Broschüren. Hier eine kleine Auswahl – für das umfassende Angebot, siehe die Webseiten www.bzga.de und www.aidshilfe.de

BZgA (2011). Love Life Stop AIDS – DVD zur Aids-Aufklärung in 13 Sprachen. *Bestellbar über:* www.gib-aids-keine-chance.de

BZgA (2010). Präventionsmappe sexuell übertragbare Krankheiten: Text und Bildtafeln zur Information und Beratung für Menschen verschiedener Kulturen. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. *Bestellbar über:* www.gib-aids-keine-chance.de

DAH (2011). Deine Gesundheit, deine Rechte: Informationen, Tipps und Adressen. Your health, your rights: information, tips and addresses. Berlin: Deutsche AIDS-Hilfe. *Bestellbar über:* www.aidshilfe.de

DAH (2009). Positiv schwanger. Information für Ärzte/Ärztinnen und Berater/innen. Berlin: Deutsche AIDS-Hilfe. *Bestellbar über:* www.aidshilfe.de



Nützliche Links (Internet)

Afro-Leben+
(Bundesweites Netzwerk von positiven Migrant/inn/en)
www.afrolebenplus.de

Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (BAMF)
www.bamf.de

Bundesministerium für Gesundheit (BMG)
www.bmg.bund.de

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ)
www.bmfsfj.de

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)
www.bzga.de

Community-Campus Partnerships for Health (CCPH)
www.ccp.h.info

Deutsche AIDS-Hilfe e.V. (DAH)
www.aidshilfe.de

Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit (GIZ)
www.giz.de

European AIDS Treatment Group (EATG)
www.eatg.org

Health Care in NOWHERELAND.
Improving Services for undocumented migrants in the EU.
www.nowhereland.info

Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS)
www.unaids.org

Kooperation für nachhaltige Präventionsforschung
www.knp-forschung.de

Kooperationsverbund Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten
www.gesundheitliche-chancengleichheit.de

Partizipative Qualitätsentwicklung in der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten
www.partizipative-qualitaetsentwicklung.de

PaKoMi im Internet
www.pakomi.de

Quint-Essenz Qualitätsentwicklung in
Gesundheitsförderung und Prävention
www.quint-essenz.ch

Robert Koch Institut
www.rki.de

Toronto Community-Based Research Network
torontocbr.ning.com

World Health Organisation (WHO)
www.who.int

Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung gGmbH
(WZB)
www.wzb.eu

Zentrum für Flüchtlingshilfe und Migrationsdienste
www.migrationsdienste.org

Beteiligte Einrichtungen (Fallstudien)

aidshilfe dortmund e. V.
Möllerstraße 15
44137 Dortmund
www.aidshilfe-dortmund.de

AIDS-Hilfe Hamburg e. V.
Lange Reihe 30-32
20099 Hamburg
www.aidshilfe-hamburg.de

Aids-Hilfe Osnabrück e. V.
Möserstraße 44
49074 Osnabrück
www.aidshilfe-osnabrueck.de

GLADT e. V. (Gays and Lesbians aus der Türkei)
Kluckstraße 11
10785 Berlin
www.gladt.de

Hilfe-für-Jungs e. V. (Subway)
Nollendorfstraße 31
10777 Berlin
www.hilfe-fuer-jungs.de

Kommunikations- und Beratungsstelle für Prostituierte
des Sozialdienstes katholischer Frauen e. V. (KOBÉR)
Nordstr. 50
44145 Dortmund
www.kober-do.de/ und
www.ksd-dortmund.de

Netzwerkstelle HIV/Aids und Migration
Verband für interkulturelle Arbeit (VIA)
Regionalverband Berlin/Brandenburg e. V.
Petersburger Str. 92
10247 Berlin
E-Mail: netzwerkstelle@via-in-berlin.de

Schwulenberatung gGmbH (manCheck)
Mommsenstraße 45
10629 Berlin
www.schwulenberatungberlin.de/mancheck.php

Zentrum für sexuelle Gesundheit und Familienplanung
Gesundheitsamt Berlin Charlottenburg-Wilmersdorf
Hohenzollerndamm 174-177
10713 Berlin
[www.berlin.de/ba-charlottenburg-wilmersdorf/org/
gesundheit/fachbereich_4.html](http://www.berlin.de/ba-charlottenburg-wilmersdorf/org/gesundheit/fachbereich_4.html)

Notizen

Notizen