

AIDS-FORUM DAH

58

Migration und HIV-Prävention

Peter Wiessner (Hg.)

Bibliografische Information der Deutschen Bibliothek

Die Deutsche Bibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.ddb.de> abrufbar.

Impressum

Deutsche AIDS-Hilfe e. V.
Wilhelmstr. 138
10963 Berlin
Internet: www.aidshilfe.de
E-Mail: dah@aidshilfe.de

November 2010
Bestellnummer: 030058

Redaktion: Silke Klumb, Peter Wiessner
Bearbeitung: Christine Höpfner
Gestaltung: moniteurs
Titelfoto: Tatiana Morozova /istockphoto
Satz: Carmen Janiesch
Druck: mandaro mediengesellschaft mbH,
Eiswerderstraße 18, 13585 Berlin
alle Berlin

Spenden an die DAH

Konto 220 220 220
Berliner Sparkasse
BLZ 100 500 00
Online: www.aidshilfe.de

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

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

Inhalt

5 Einführung

Epidemiologie – Gesellschaft – Migrationspolitik

- 13 HIV und Migration in Deutschland: epidemiologische Daten
Jörg Bätzing-Feigenbaum, Guy Oscar Kamga Wambo, Ulrich Marcus, Lieselotte Voß und Osamah Hamouda
- 27 Aids und das Fremde – Arbeit für Integration und Tabubruch
Zahra Mohammadzadeh
- 39 HIV als Abschiebungshindernis
Antje Sanogo und Peter Wiessner
- 50 Aufenthaltssicherung durch Ehe oder Lebenspartnerschaft
Antje Sanogo und Peter Wiessner

Migration und Aids(selbst)hilfe

- 57 HIV-Primärprävention für Migrant(inn)en als Aufgabe der Aidshilfen: ausgewählte Ergebnisse der PaKoMi-Befragung
Hella von Unger und Silke Klumb
- 71 Mündige Migranten?! Ergebnisse einer Befragung
Antje Sanogo und Peter Wiessner
- 81 „Ich erlebe bei Migranten nicht das Bedürfnis, migrationspezifisch angesprochen zu werden“
Ein Gespräch von Bernd Aretz und Michael Lämmert
- 92 Movin' Mountains Together – Afro-Leben⁺ Deutschland
Régisse Kouabré

Berichte aus der Praxis

- 97 Arbeit mit Sexarbeiterinnen am Beispiel von ragazza e. V. in Hamburg
Sonja Obermüller und Olivia Deobald
- 106 Streetwork in der Hamburger Apartmentszene
Veronica Munk

- 113 Grenzübergreifendes Präventionsprojekt JANA
Elisabeth Suttner-Langer
- 120 Frauenhandel – zur Lebenssituation von Betroffenen
Sarah Schwarze
- 128 Erfahrungen und Konzepte aus der Arbeit mit Strichern
Martin Jautz und Markus Klein
- 136 Migranten im Suchthilfesystem
Petra Narimani
- 150 Das Afrika-Projekt in Bremen
Robert Koami Akpabli
- 161 Präventionsaktionen auf Afrikapartys
Sandra Steinberg
- 167 Prävention mit Aussiedlern
Natalie Kusmin
- 178 Kooperationsprojekt „Flucht und Gesundheit – FlUG“
Annette Sprotte
- 187 Die Weltküche
Interview mit Pablo Fernandez
- 193 Medizinische Versorgung von HIV-Positiven ohne Papiere
Marion Chenevas und Antje Sanogo
- 200 „Das Medizinische ist eher der kleinere Teil des Problems“
Interview mit Helmut Hartl

Dokumente

- 207 Undokumentierte Migranten mit HIV/Aids in Europa
*PICUM – Plattform für internationale Zusammenarbeit zum Thema
„undokumentierte Migranten“*
- 212 Migration und HIV/Aids
Empfehlungen der Community
- 223 **Autorinnen und Autoren**

Einführung

Im Jahr 2009 wurde in Deutschland etwa jede zehnte neue HIV-Infektion bei Menschen diagnostiziert, die aus Gebieten mit besonders weiter HIV-Verbreitung stammen. Damit sind Migrant(inn)en – nach Männern, die Sex mit Männern haben – die drittgrößte von HIV und Aids betroffene Gruppe in der Bundesrepublik. Die Gründe, aus denen diese Menschen zu uns kommen – ob als Flüchtlinge, Asylsuchende, Arbeitsmigrant(inn)en oder Student(inn)en – sind ebenso unterschiedlich wie ihre Lebensbedingungen in den Herkunftsländern und in Deutschland. Ein Teil von ihnen ist „legal“ bei uns oder hat sich einbürgern lassen, viele andere jedoch haben einen ungeklärten oder keinen Aufenthaltsstatus oder halten sich ohne Papiere in Deutschland auf – ihre Zahl wird inoffiziell auf 500.000 bis 1,5 Millionen geschätzt.

„Zugang für alle“: auch in Deutschland noch nicht erreicht

Wie gut oder schlecht Migrant(inn)en hierzulande leben und versorgt sind, hängt entscheidend davon ab, ob sie Papiere haben oder nicht. Wer keine hat, bekommt keine legale Beschäftigung, hat de facto keinen Anspruch auf soziale Leistungen

und auch keinen Zugang zum Gesundheitssystem. Notlagen sind damit vorprogrammiert, besonders bei einer chronischen Erkrankung wie z. B. der HIV-Infektion. Viele Betroffene gehen aus Angst vor Abschiebung erst dann zum Arzt, wenn bereits opportunistische Infektionen oder andere Folgeerkrankungen der HIV-Infektion aufgetreten sind – die Chancen auf einen Behandlungserfolg verringern sich dadurch erheblich. Doch auch bei gesichertem Aufenthaltsstatus kann es Hemmschwellen geben. Wer Sprachprobleme hat, wegen der Herkunft oder Hautfarbe Diskriminierung befürchten muss oder aus einer Kultur stammt, in der Aids ein Tabu ist, scheut sich oft, eine Beratungsstelle aufzusuchen, sich testen zu lassen oder seinen positiven HIV-Status offenzulegen. Und wo Hilfeeinrichtungen nicht signalisieren, dass selbstverständlich auch Migrant(inn)en willkommen sind, sind die Zugangsbarrieren umso höher.

All diese Faktoren wirken ausgrenzend, und Ausgrenzung macht bekanntlich krank. Das ehrgeizige Ziel „Universal Access“ – Zugang für alle zu Prävention, Behandlung und Versorgung bis zum Jahr 2010 –, das die Vereinten Nationen auf ihrer Generalversammlung im Juni 2006 gefordert hatten, ist also auch in Deutschland nicht vollends erreicht. Und angesichts der Sparpläne der Bundesregierung ist es fraglich, ob es überhaupt noch weiter verfolgt werden kann. In sehr vielen Ländern dieser Welt hat das Thema keine oberste Priorität – nicht umsonst wählte man für die 18. Welt-Aids-Konferenz im Juli 2010 in Wien das Motto „Rechte hier und jetzt“: Ohne die Durchsetzung der Menschenrechte, insbesondere des Rechts auf Gesundheit, hat die HIV- und Aids-Prävention kaum Chancen auf Erfolg.

Arbeitsfeld „HIV und Migration“: Was einmal klein anfang, hat sich gut entwickelt

Die regionalen Aidshilfen und ihr Bundesverband bemühen sich seit vielen Jahren, die Sorgen und Nöte von Migrant(inn)en durch spezielle Angebote zumindest zu lindern, wohl wissend, dass sie für viele Probleme, vor allem aufenthaltsrechtlicher Art, keine Lösungen bieten können. Zugleich setzt die DAH auf regionaler, Landes- und Bundesebene Impulse für die interkulturelle Öffnung der Aidshilfe insgesamt und qualifiziert Haupt- und Ehrenamtliche für die Präventionsarbeit mit Menschen aus anderen Kulturkreisen. Im DAH-Verband gibt es inzwischen zahlreiche Angebote für Migrant(inn)en, die mit ihnen zusammen entwickelt wurden: Das Prinzip der Einbeziehung und aktiven Beteiligung der Gruppen, die wir erreichen wollen, hat inzwischen auch in diesem Arbeitsfeld Fuß fassen können.

Dabei hat alles ganz klein angefangen: 1985 gab die DAH eine erste fremdsprachige Broschüre in Türkisch heraus, die im Jahr darauf in acht weiteren Sprachen erschien. 1990 folgte ein Faltblatt für Stricher in Englisch, das dann ebenfalls in

weiteren Sprachen aufgelegt wurde. Als ab Mitte der 1990er Jahre zunehmend mehr Migrant(inn)en bei den örtlichen Aidshilfen Rat und Unterstützung suchten und die Kolleg(inn)en immer dringlicher ihren Bedarf an entsprechenden Informationsmaterialien und vor allem Fortbildungsangeboten anmeldeten, wurde „Aids und Migration“ als Querschnittsaufgabe aller DAH-Fachbereiche etabliert. Wir veröffentlichten in der Folge ein erstes Handbuch zum Thema, gaben Befragungen zur Versorgung von Migrant(inn)en und zum Stand der interkulturellen Öffnung der Aidshilfe in Auftrag, ließen eine Bestandsaufnahme zu den Lebensbedingungen von Migrant(inn)en aus Subsahara-Afrika durchführen und starteten eine Erhebung zu den internationalen Einreise- und Aufenthaltsbestimmungen für Menschen mit HIV/Aids, die in regelmäßigen Abständen mit den neuesten Entwicklungen publiziert wird.

Im Jahr 2000 wurde dann der DAH-Fachbereich „Frauen“ mit der Koordination des Arbeitsfeldes „HIV und Migration“ beauftragt. Ein Jahr später veranstalteten wir ein erstes „Bundesweites Treffen für positive afrikanische Migrantinnen und Migranten“, aus dem sich bald „Afro-Leben+“ zu formieren begann. Dieses von der DAH unterstützte Selbsthilfenetzwerk ist heute einer unserer wichtigsten Kooperationspartner, über die wir die Einbeziehung von Migrant(inn)en aus unseren Zielgruppen sicherstellen. Ab 2002 vergab die DAH auch erstmals Mittel aus öffentlichen Zuwendungen an ihre regionalen Mitgliedsorganisationen für modellhafte Projekte zum Thema „interkulturelle Öffnung“. Aus dieser Kooperationsform ist eine ganze Reihe neuer, richtungsweisender Ansätze hervorgegangen. Nachdem sie 2006 den bisherigen Fachbereich „Frauen“ offiziell in „Frauen und Migration“ umbenannt hatte, installierte die DAH zwei Jahre darauf schließlich einen eigenen Fachbereich „Migration“. Damit hat sie das Thema institutionell (und ebenso in den Köpfen!) noch fester verankert und eine tragfähige Basis für die zentrale Koordination und Weiterentwicklung der HIV/Aids-Prävention mit Migrant(inn)en sowie für die politische Interessenvertretung in diesem Bereich geschaffen.

Vor 25 Jahren haben wir das Arbeitsfeld „Migration“ betreten – wir nehmen dieses Jubiläum zum Anlass, in der Fachreihe AIDS-FORUM DAH einen zweiten Band zu diesem Thema vorzulegen; den ersten unter dem Titel „HIV und Migration“ veröffentlichten wir vor genau 20 Jahren. „Migration und HIV-Prävention“ beschreibt die epidemiologischen, rechtlichen und gesellschaftlichen Rahmenbedingungen des Arbeitsfeldes, gewährt Einblick in die Lebensverhältnisse und Versorgungslage besonders vulnerabler Migrantengruppen und präsentiert Beispiele guter Praxis in Prävention, medizinischer Versorgung und psychosozialer Unterstützung. Dabei wird immer wieder sichtbar: Für Migranten-Communities zu arbeiten, heißt vor allem *mit* ihnen zu arbeiten, um zu bedürfnisorientierten und damit auch tatsächlich nutzbaren und effektiven Angeboten zu kommen. Deut-

lich wird aber auch, dass diese Kooperation die Bereitschaft erfordert, an eigenen Haltungen und Überzeugungen zu arbeiten, um dem, was als „anders“ oder „fremd“ wahrgenommen wird, aufgeschlossen begegnen zu können.

Mitgewirkt an diesem Band haben Expertinnen und Experten aus Wissenschaft, Praxis und Selbsthilfe – Menschen mit und Menschen ohne Migrationshintergrund. Dass sie nicht immer zu den gleichen Schlüssen kommen, liegt auf der Hand. Unterschiede in den Sichtweisen sichtbar zu machen, ist allerdings auch gewollt, um die Diskussion in diesem Arbeitsfeld und somit auch seine Weiterentwicklung anzuregen.

Zu diesem Band

Epidemiologie – Gesellschaft – Migrationspolitik

Das Autorenteam *Bätzing-Feigenbaum, Kamga Wambo, Marcus, Voß* und *Hamouda* beschreibt, wie sich die Erhebung epidemiologischer Daten zu HIV/Aids bei Menschen mit Migrationshintergrund seit 1983 entwickelt hat, auf welche Herkunftsregionen sich die heute gemeldeten Daten verteilen und welche Besonderheiten sich bei den HIV-Übertragungsrisiken finden. Deutlich werden dabei die Möglichkeiten wie auch die methodischen Grenzen der HIV-Surveillance.

Um „Aids und das Fremde“ geht es in *Zahra Mohammadzadehs* Beitrag. Die Autorin setzt die Irrationalität gegenüber Aids mit der Denunzierung der multikulturellen Gesellschaft in Beziehung und plädiert für die Anerkennung von Pluralität als entscheidendem Strukturmerkmal der heutigen und künftigen Gesellschaft. Eine kultursensible HIV-Prävention müsse integrieren und Tabus brechen – dieser Ansatz sei notwendig „für eine Gruppe, die im Mainstream der Versorgungspraxis noch nicht angekommen ist“.

Die aufenthaltsrechtliche Situation von Migrant(inn)en mit HIV und Aids beleuchten *Antje Sanogo* und *Peter Wiessner*: Zunächst legen sie die Widersprüche in der Feststellung von Abschiebungshindernissen offen und beschreiben die Wege einer einzelfallbezogenen Unterstützung. Ihr zweiter Beitrag thematisiert die Aufenthaltssicherung durch Ehe oder Lebenspartnerschaft wie auch die Fallstricke dieser Strategie und gibt Beispiele aus der psychosozialen Beratung von Menschen, die diesen Weg gewählt haben.

Migration und Aids(selbst)hilfe

Inwieweit sehen die Aidshilfen die HIV-Primärprävention als ihre Aufgabe an? Dieser Frage gehen *Hella von Unger* und *Silke Klumb* nach. Sie präsentieren hierzu die wichtigsten Ergebnisse einer Befragung, die das Wissenschaftszentrum für Sozialforschung in Berlin und die DAH 2009 im Rahmen ihres Kooperationsprojekts PaKoMi durchgeführt haben.

Welchen Stellenwert Aidshilfe-Angebote für Migrant(inn)en mit HIV haben, stellen *Antje Sanogo* und *Peter Wiessner* anhand ausgewählter Ergebnisse ihrer Untersuchung dar und betonen: Die Fixierung auf ethnische Zugehörigkeit führe zu Vorurteilen und verstelle den Blick auf die Veränderbarkeit von Haltungen und Überzeugungen, die aus der Herkunftskultur „mitgebracht“ wurden – für die Präventionsarbeit sei dies hinderlich. Ähnlich sieht das *Michael Lämmert* von der AIDS-Hilfe Offenbach in seinem Gespräch mit *Bernd Aretz*. Auf Migrant(inn)en speziell zugehen und das Kulturspezifische jeder einzelnen Gruppe im Kopf haben zu müssen, hält er für überholt. Sein Fazit für die Arbeit mit Migrant(inn)en: offene Türen und respektvoller Umgang statt „gutmenschliche Infantilisierung“.

Wie Migrantenselbsthilfe in der Aidshilfe aussehen kann und wie unterschiedlich die Bedürfnisse und Wünsche ihrer Mitglieder sind, veranschaulicht *Régisse Kouabré* am Beispiel des Netzwerks Afro-Leben⁺. Auch für ihn kommt es in der Prävention mit Migrant(inn)en in erster Linie auf Partizipation und Mitbestimmung an.

Berichte aus der Praxis

Der dritte Teil des Bandes bietet zunächst sechs Beiträge zum Thema Prostitution. *Sonja Obermüller* und *Oliivia Deobald* berichten über das Leben und die Veränderungen auf dem Straßenstrich im Hamburger Stadtteil Sankt Georg und skizzieren die Angebotspalette von *ragazza e. V.*, einer niedrigschwelligen Anlaufstelle für Mädchen und Frauen in der Beschaffungsprostitution. *Veronica Munk* präsentiert Zahlen zur Prostituiertenszene der Hansestadt und schildert die von interkulturellen Mediatorinnen und Krankenschwestern geleistete Streetwork in der Apartment- und Bordellszene. Wie im deutsch-tschechischen Grenzraum die HIV- und STI-Prävention für Sexarbeiterinnen aus mehr als 20 Ländern organisiert und gestaltet wird, beschreibt *Elisabeth Suttner-Langer*. Zu den Erfolgskriterien des Streetwork-Projekts zählt die Autorin die Kooperation mit Institutionen vor Ort und Sensibilität im Umgang mit nationalen und kulturellen Empfindlichkeiten auf beiden Seiten der Grenze.

Weshalb Frauen migrieren und welchen Risiken sie sich dabei aussetzen, stellt *Sarah Schwarze* dar. Die Autorin gibt Definitionen zum Begriff „Menschenhandel“, geht auf die Rechts- und Lebenslage gehandelter Frauen ein und skizziert die Erfordernisse einer bedarfsgerechten Unterstützung und Beratung der Betroffenen. *Martin Jautz* und *Markus Klein* beleuchten die prekäre Situation ausländischer Sexarbeiter. Kulturelle Mediation, Lebensweltorientierung und die Einbeziehung aller relevanten Akteure – z. B. Betreiber von Stricher kneipen – gelten für sie als wesentlich in einer Arbeit, bei der es vor allem um die Befriedigung primärer Bedürfnisse und um medizinische Versorgung geht.

Petra Narimani befasst sich mit dem Zugang Drogen gebrauchender Migranten zum Suchthilfesystem und verdeutlicht anhand von Fallbeispielen, wie sehr die Nutzung seiner Angebote vom aufenthaltsrechtlichen Status abhängt. Die Suchthilfe müsse sich künftig auch als politische Vertretung von benachteiligten Migrantengruppen verstehen und brauche Bündnispartner weit über die eigenen Reihen hinaus, so ihr Resümee.

Bündnispartner braucht ebenso, wer in den Communities afrikanischer Migrant(inn)en über HIV/Aids aufklären will. Auf welche Schlüsselpersonen es dabei ankommt und wie man sie für „die Sache“ gewinnt, aber auch, welche Kompetenzen man braucht, um in der Community akzeptiert zu werden, veranschaulicht *Robert Koami Akpabli* am Beispiel des Afrika-Projekts in Bremen. Die AIDS-Hilfe Düsseldorf nutzt Afrika-Partys für Präventionsaktionen und erreicht damit vor allem Frauen, die afrikanische Männer kennenlernen möchten. *Sandra Steinberg* berichtet von den Reaktionen der Partygäste, aber auch von den Bedenken gegenüber einer gezielten Aufklärung von Migrantengruppen aus Weltregionen mit hoher HIV-Prävalenz.

Die Erfordernisse der Präventionsarbeit mit Aussiedlern thematisiert *Natalie Kusmin*. Anhand des Modellprojekts APFEL der AIDS-Hilfe Paderborn zeigt sie, dass man mit Enthusiasmus, viel Energie, einer kulturell aufgeschlossenen Arbeitsweise und durch die Einbeziehung von Peers auch das Vertrauen einer „schwierigen“ Klientel gewinnen kann. *Annette Sprotte* stellt das in Südbaden durchgeführte Kooperationsprojekt „Flucht und Gesundheit“ vor, das auf Wissenszuwachs und Verhaltensänderungen sowohl bei Flüchtlingen und Asylbewerbern als auch relevanten Akteuren der Mehrheitsgesellschaft zielte.

Über das aus der Selbsthilfe hervorgegangene Berliner Beschäftigungsprojekt „Weltküche“, das vorwiegend HIV-Positive mit aufenthaltsrechtlichen Problemen einstellt, berichtet Projektleiter *Pablo Fernandez*. Für ihn ist klar: Wer Erfolg haben will, muss unternehmerisch denken und handeln – und gelangt so zwangsläufig an die Grenzen der Selbsthilfe.

Mit zwei Beiträgen zur medizinischen Versorgung von Migrant(inn)en schließt dieser dritte Teil unseres Bandes. *Marion Chenevas* und *Antje Sanogo* stellen die Arbeit der Münchner Anlaufstelle von open.med – Ärzte der Welt vor, dem deutschen Zweig der internationalen Organisation Médecins du Monde. Sie bietet nichtversicherten Menschen ohne regulären Aufenthaltsstatus kostenlos und anonym medizinische Grundversorgung an und arbeitet mit der Münchner Aids-Hilfe zusammen. *Helmut Hartl*, Facharzt für Haut- und Geschlechtskrankheiten, räumt mit der Vorstellung auf, dass Migranten „so völlig anders“ seien als deutsche Patienten. Probleme sieht er lediglich in der sprachlichen Verständigung – und ganz besonders in der Unübersichtlichkeit des deutschen Sozial- und Gesundheitssystems. Wer sich damit nicht auskennt, so Hartl, brauche gute Beratung und Hilfe.

Dokumente

Der vierte und letzte Teil des Bandes stellt zwei Dokumente vor, die im Kontext der 2007 in Lissabon veranstalteten Konferenz „Das Recht auf HIV-Prävention, Behandlung, Pflege und Unterstützung für Migranten und ethnische Minderheiten in Europa“ entstanden sind. Das von der Nichtregierungsorganisation PICUM verfasste Diskussionspapier „*Undokumentierte Migranten mit HIV/Aids in Europa*“ beschreibt, inwieweit und unter welchen Voraussetzungen Menschen ohne Papiere in den EU-Mitgliedstaaten Leistungen des Versorgungssystems in Anspruch nehmen können. Die „*Empfehlungen der Community*“ fassen die wichtigsten Anliegen der Konferenzteilnehmer/innen zusammen. Das Dokument will politischen Entscheidungsträgern, nationalen Aids-Koordinatoren und anderen Interessenvertretern relevante Informationen zum Thema „Migration und HIV/Aids“ vermitteln und ihnen den Handlungsbedarf in diesem Feld verdeutlichen.

Wir möchten den Autorinnen und Autoren an dieser Stelle herzlich danken. Den Leserinnen und Lesern wünschen wir eine anregende Lektüre. Möge sie zu einem (stärkeren) Engagement im Feld „HIV und Migration“ motivieren und dazu beitragen, die Präventionsarbeit für und mit Migrant(inn)en voranzubringen.

Berlin, im Oktober 2010

*Silke Klumb, Geschäftsführerin der Deutschen AIDS-Hilfe e. V.
Peter Wiessner*

HIV und Migration in Deutschland: epidemiologische Daten¹

13

*Jörg Bätzing-Feigenbaum, Guy Oscar Kamga Wambo, Ulrich Marcus,
Lieselotte Voß und Osamah Hamouda*

HIV/Aids-Surveillance² in Deutschland: Wie wurden und werden die Daten erhoben?

Ziel der Surveillance von Infektionskrankheiten ist es, die Gefahr für die Bevölkerung als Ganzes kontinuierlich zu beurteilen, um gegebenenfalls Gegenmaßnahmen zu deren Schutz ergreifen zu können. Insbesondere Krankheiten mit schwerem Verlauf (Morbidität) und hoher Sterblichkeit (Mortalität) erfordern aus Sicht der Public Health eine Surveillance – HIV erfüllt beide Kriterien. Allerdings unterscheidet sich die Surveillance von HIV/Aids deutlich von derjenigen anderer meldepflichtiger Erkrankungen und erfordert besondere Instrumente. Diese Unterschiede bestehen vor allem in einem oft jahrelangen symptomfreien Verlauf und einem nach Ausbruch der Erkrankung chronischen Verlauf bis zum Vollbild

¹ Stand: Februar 2009

² Surveillance = (engl.) Überwachung, Beobachtung, Kontrolle, hier: die systematische und kontinuierliche Überwachung von Infektionskrankheiten

Aids mit hoher Sterblichkeit. Ein weiterer wichtiger Aspekt ist in diesem Zusammenhang die mit HIV/Aids verbundene Stigmatisierung und mögliche Diskriminierung.

Nach dem Auftreten von Aids in Deutschland zu Beginn der 1980er Jahre erfolgte die Surveillance zunächst mittels einer anonymen Erfassung der Fälle im sogenannten AIDS-Fallregister am AIDS-Zentrum des damaligen Bundesgesundheitsamtes (BGA). Zur Identifizierung von Mehrfachmeldungen wurde eine fallbezogene Verschlüsselung vorgenommen, beruhend auf dem jeweils dritten Buchstaben des Vor- und Nachnamens und der Buchstabenzahl („RKI-Code“). Mit Hilfe der erhobenen Daten konnte durch Rückrechnungsmodelle auf die Zahl der HIV-Neuinfektionen (Inzidenz) und die Zahl der bestehenden HIV-Infektionen (Prävalenz) geschlossen werden. Mit der Einführung der hoch aktiven antiretroviralen Therapie Mitte der neunziger Jahre kam es zu einem deutlichen Rückgang der Aids-definierenden Erkrankungen und auch der durch Aids bedingten Todesfälle. Rückrechnungsmodelle zur Bestimmung von Inzidenz und Prävalenz verloren daher zunehmend ihren Stellenwert, während die Erfassung der HIV-Erstdiagnosen für die Surveillance immer wichtiger wurde. Allerdings handelt es sich auch bei diesem Parameter nur um einen indirekten Indikator für die Inzidenz. Die Erstdiagnosen entsprechen nicht den tatsächlich in einem bestimmten Zeitraum erfolgten Neuinfektionen (tatsächliche Inzidenz), da bei HIV ein großer Teil der Fälle erst Jahre nach der Infektion diagnostiziert wird. Dies liegt an der oft fehlenden Symptomatik und dem oft jahrelangen symptomfreien Intervall nach Ansteckung mit HIV.

14

Seit 1987 werden in Deutschland positive Bestätigungstests gemeldet. Ursprünglich erfolgte dies im Rahmen der Laborberichtsverordnung, wobei die diagnostizierenden Labore alle durch einen Bestätigungstest gesicherten HIV-Diagnosen anonym und direkt an das BGA meldeten. Meldungen wurden als Erstdiagnosen eingestuft, wenn dies vom meldenden Labor so angegeben wurde. Erst ab 1993 erlaubte dann eine veränderte Erfassung die Differenzierung zwischen mit hoher Wahrscheinlichkeit gesicherten HIV-Erstdiagnosen und Meldungen, bei denen entweder gesicherte Informationen über frühere positive HIV-Testergebnisse vorlagen oder bei denen nicht bekannt war, ob es sich um eine Erstdiagnose oder eine Wiederholungsuntersuchung handelte. Der Ausschluss von Mehrfachmeldungen war schwierig, da zur Beurteilung lediglich Angaben zum Alter in Jahren und zum Geschlecht sowie die ersten drei Ziffern der neuen bzw. die ersten zwei Ziffern der alten Postleitzahl (PLZ) des Wohnorts der Getesteten zur Verfügung standen. Außerdem wurden folgende Daten erhoben: ob bereits früher, und falls ja: wann ein HIV-Test mit negativem Ergebnis durchgeführt wurde, der Anlass der zur Diagnose führenden Blutuntersuchung, das mögliche Infektionsrisiko und bei heterosexueller sowie vertikaler Übertragung Angaben

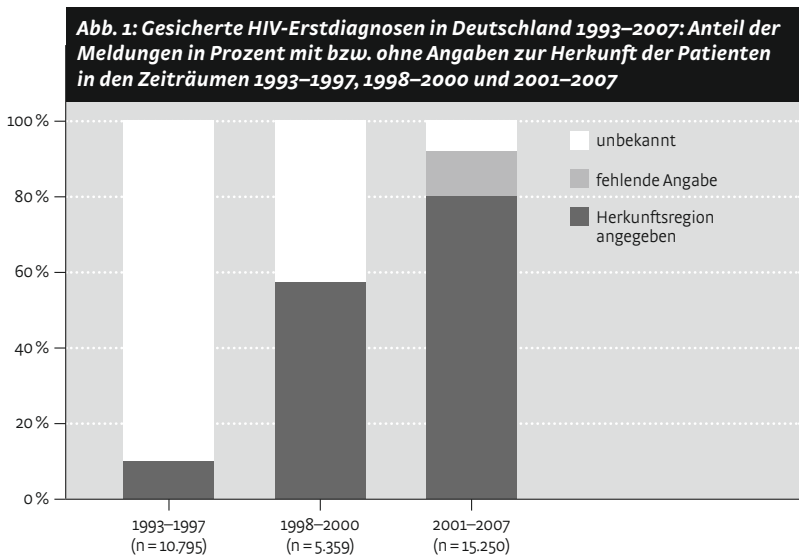
zur vermuteten bzw. bekannten Infektionsquelle. Im Zusammenhang mit der Angabe „Patient aus Endemiegebiet“ konnten in einem Feld am Ende des Erhebungsbogens zusätzliche Erläuterungen gemacht werden. Die Datenerhebung zur Herkunft der Getesteten erfolgte somit zu diesem Zeitpunkt noch nicht systematisch.

1994 wurde die HIV-Surveillance durch gesetzliche Regelung dem neu strukturierten Robert Koch-Institut (RKI) übertragen, die Datenerhebung erfolgte jedoch zunächst unverändert. In einer Pilotphase für das geplante Infektionsschutzgesetz wurde ab Juli 1998 zusammen mit der Angabe einer fallbezogenen Verschlüsselung – entsprechend dem RKI-Code aus dem AIDS-Fallregister – erstmals auf der freiwilligen, ergänzenden Arztmeldung nach sieben Herkunftsregionen gefragt. Mit der Verabschiedung des Infektionsschutzgesetzes (IfSG) wurde 2001 die fallbezogene Verschlüsselung gesetzlich eingeführt und die Altersangabe nicht mehr nur in Jahren, sondern durch Geburtsmonat und -jahr erfasst. Gleichzeitig wurden die zu erhebenden Daten erweitert. Seither wird – neben der CD4-Zellzahl, der HIV-Viruslast und dem klinischen Stadium der HIV-Erkrankung entsprechend der europäischen Falldefinition bzw. der Falldefinition der Centers for Disease Control and Prevention (CDC) – ebenso erhoben, in welchem Land die Infektion wahrscheinlich erworben wurde. Außerdem werden Angaben zur Herkunft erfragt, wobei „Herkunft“ als dasjenige Land definiert wird, in dem der größte Teil des Lebens verbracht wurde. Mittels dieser Angaben konnte sowohl der Ausschluss von Mehrfachmeldungen als auch die Datenqualität insgesamt deutlich verbessert werden. Der Erhebung der Daten in dieser Form hat der Bundesbeauftragte für den Datenschutz zugestimmt. Die Identifizierung von Patienten ist mittels der Meldedaten nicht möglich.

Erst durch die 2001 eingeführte systematische Erhebung von Angaben zur Herkunft der Patienten mit HIV-Erstdiagnose in Deutschland sind aussagekräftigere Auswertungen zum epidemiologischen Geschehen bei Menschen mit Migrationshintergrund möglich. Die Definition für die Herkunftsangabe im Rahmen der gesetzlichen Meldepflicht ist allerdings nicht präzise genug gefasst, was die Möglichkeiten für exakte und tiefer gehende Analysen gleichzeitig wieder einschränkt. Dies ist jedoch charakteristisch für jegliche Surveillance im öffentlichen Gesundheitswesen im Gegensatz zu geplanten klinischen und epidemiologischen Studien, die sich mit bestimmten, genau festgelegten Fragen und speziellen Erhebungsinstrumenten direkt an bestimmte Zielgruppen wenden.

Wie haben sich die Angaben zur Herkunft der gemeldeten HIV-Erstdiagnosen seit 1993 entwickelt?

Zur Beantwortung dieser Frage wird zunächst in Abb. 1 eine Analyse der gemeldeten Daten zur Herkunft der Patienten mit HIV-Erstdiagnose dargestellt. Untersucht wurden dazu drei Zeitabschnitte seit 1993, in denen die Meldungen wie im vorherigen Abschnitt beschrieben jeweils unterschiedlich erfolgten. Für den Zeitraum 1993–2007 konnten insgesamt 31.404 Meldungen als HIV-Erstdiagnosen gesichert werden (Stand: 13.3.2008). Im Zeitraum 1993–1997 (10.795 Meldungen) enthielten lediglich 10 % der Meldungen Angaben zur Herkunft, in den Jahren 1998–2000 traf dies bereits bei über 55 % (5.359) und im Zeitraum 2001–2007 bei 80 % (15.250) der

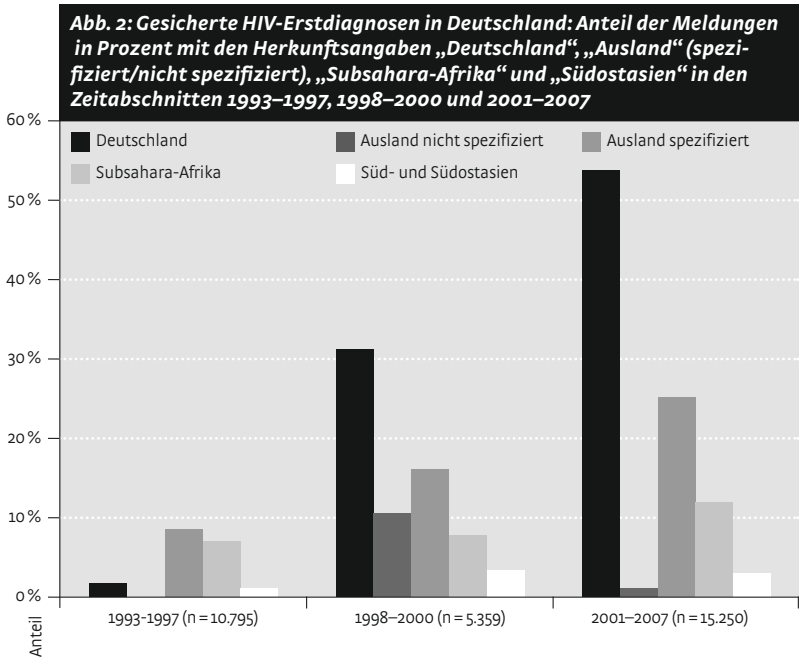


16

Meldungen zu. Anzumerken ist noch, dass erst seit dem dritten Zeitraum zwischen „unbekannter Herkunft“ (meldendes Labor oder Arzt/Ärztin können keine Angabe zur Herkunft machen) und „fehlender Angabe zur Herkunft“ (Angaben zur Herkunft fehlen im Erhebungsbogen) unterschieden wird. In den Jahren 2001 bis 2007 fehlen nur noch bei 12 % aller gesicherten Meldungen Angaben zur Herkunft.

Es zeigt sich darüber hinaus, dass die Angaben zur Herkunft im ersten Zeitraum (1993–1997) fast ausschließlich indirekt über die Information zum HIV-Übertragungsrisiko „Herkunft aus einem Endemiegebiet“ gewonnen wurden (8 % bei insgesamt 10 % der Meldungen mit Angaben zur Herkunft). In jenen Jahren galten vor allem Subsahara-Afrika und Südostasien als Hochprävalenzgebiete. Der Anteil der Meldungen mit der Herkunftsangabe „Deutschland“ von 1,6 %

ist als ausgeprägte Untererfassung zu bewerten. Für den Zeitraum 1998–2000 ergibt sich erstmals ein etwas besseres Bild bezüglich der Herkunft der gemeldeten Fälle, wobei aber die Angabe „Deutschland“ immer noch deutlich unterrepräsentiert ist. Außerdem findet sich hier ein großer Anteil von Meldungen mit der Angabe „Ausland“ ohne weitere Spezifizierung. Dies lässt auf Anfangsschwierigkeiten beim Erheben dieser Angabe durch die meldenden Labore und Ärzte/Ärztinnen in der Übergangsphase bis zur Implementierung des IfSG schließen. Für den dritten Zeitraum 2001–2007 kann dann auf eine verlässliche und repräsentative Erhebung geschlossen werden, da der Anteil der Meldungen mit der Herkunftsangabe „Deutschland“ plausibel erscheint und auch die nicht weiter spezifizierte Angabe „Ausland“ nur noch 1% beträgt (Abb. 2).



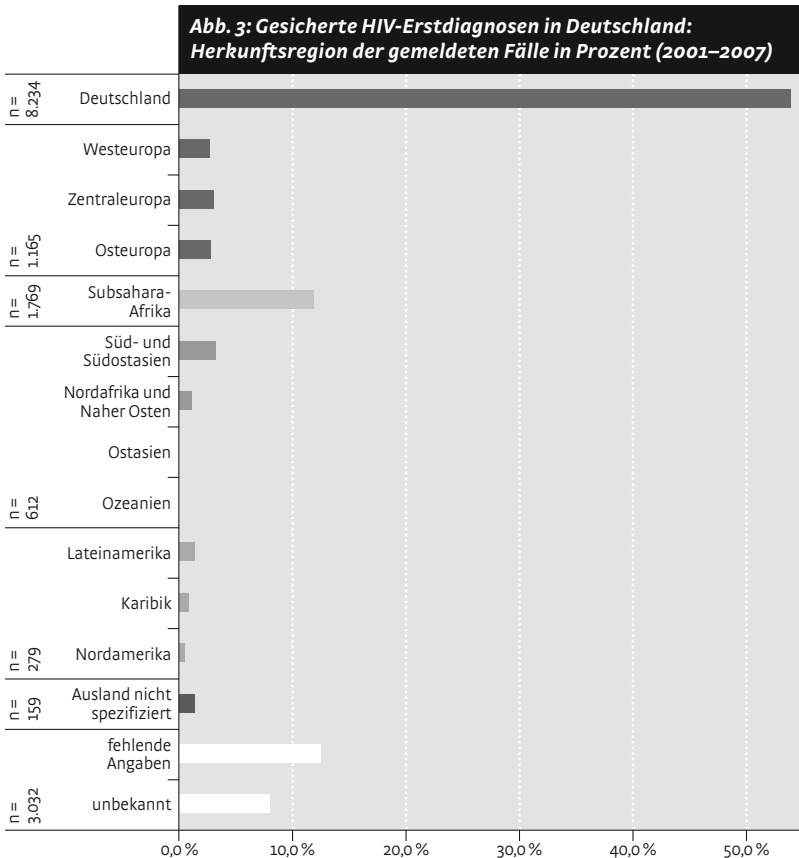
Zusammenfassend kann also davon ausgegangen werden, dass die Angaben „Subsahara-Afrika“ und „Südostasien“ im Gegensatz zu allen anderen Angaben zur Herkunft bereits in den Jahren 1993–2000 eine gewisse Verlässlichkeit aufwiesen, die zumindest Trendanalysen erlaubte. Aber erst mit der Einführung des IfSG nach 2001 sind die Angaben zur Herkunft als ausreichend verlässlich und repräsentativ für alle Herkunftsregionen anzusehen. Aus diesem Grund beschränken sich die folgenden differenzierten Analysen zur Herkunft der Meldungen von HIV-Erstdiagnosen außer für Subsahara-Afrika auf den Zeitraum 2001–2007.

Auf welche Herkunftsregionen verteilen sich die Meldungen im Zeitraum 2001–2007?

Bei 8.234 von 12.218 Meldungen mit Herkunftsangabe wurde Deutschland als Herkunftsland angegeben (55 % von allen Meldungen bzw. 67 % der Meldungen mit Herkunftsangabe). 1.165 aller Fälle stammen aus anderen europäischen Ländern (knapp 8 % von allen Meldungen bzw. etwa 10 % der Meldungen mit Herkunftsangabe). Dabei ist die Angabe „Zentraleuropa“ mit 422 Fällen am häufigsten, gefolgt von „Westeuropa“ mit 381 und „Osteuropa“ mit 362 Fällen.

Bei 1.769 Fällen wird als Herkunft Subsahara-Afrika angegeben (12 % aller Meldungen bzw. etwa 15 % der Meldungen mit Herkunftsangaben), bei 476 Meldungen Süd- und Südostasien (3 % bzw. 4 %). Eine Übersicht über alle gemeldeten Herkunftsregionen gibt Abb. 3. Vor allem Subsahara-Afrika, Europa sowie Süd- und Südostasien spielen dabei aus epidemiologischer Sicht in den Jahren seit 2001 eine bedeutende Rolle.

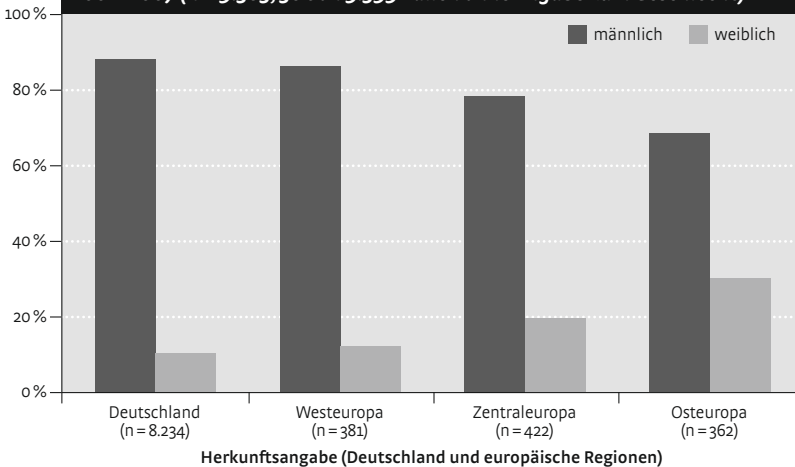
18



Welche Besonderheiten bei HIV-Übertragungsrisiken finden sich für verschiedene Herkunftsregionen?

Die Analyse der Meldedaten für neu diagnostizierte HIV-Infektionen in Deutschland zeigt für die Jahre 2001 bis 2007 bei den Herkunftsangaben West-, Zentral- und Osteuropa ein Ost-West-Gefälle bezüglich des Anteils von Frauen an den gemeldeten Fällen. Dieser erreicht bei der Angabe „Osteuropa“ fast 30 %, liegt für Zentraleuropa bei etwa 20 % und für Westeuropa und Deutschland nur bei 11–13 % (Abb. 4).

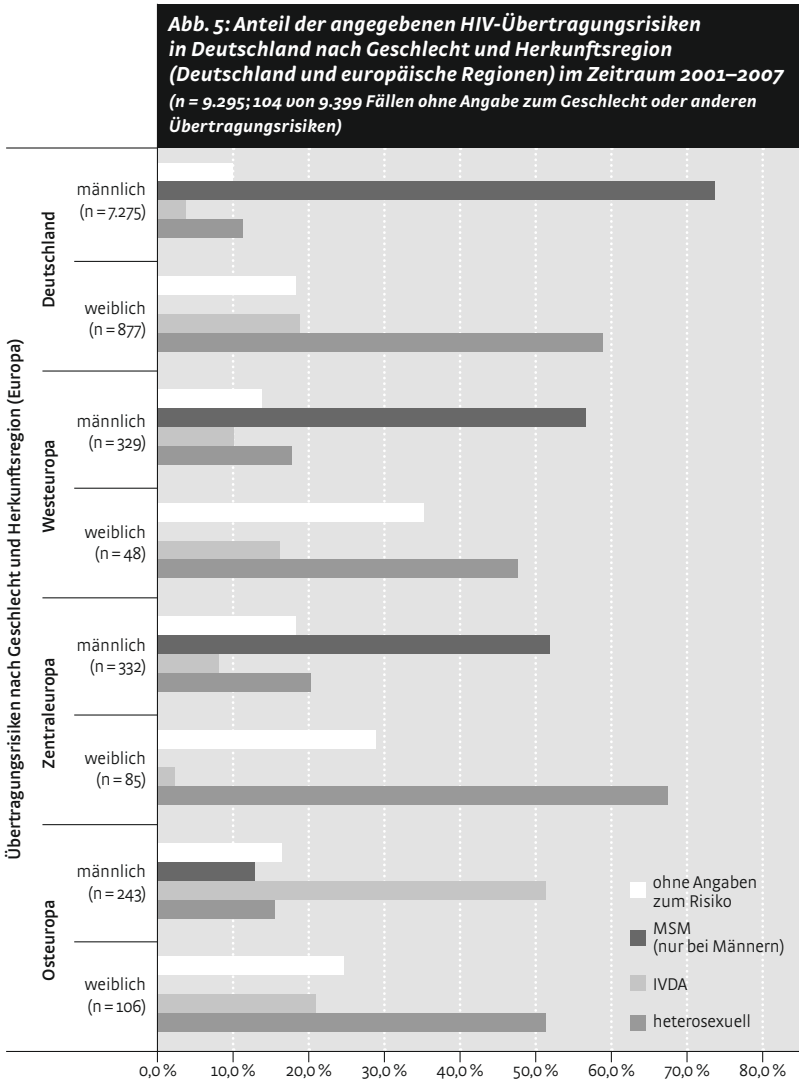
Abb. 4: Anteil von Frauen und Männern an den gesicherten HIV-Erstdiagnosen in Deutschland nach Herkunftsregion (Deutschland und Europa) 2001–2007 (n = 9.363; 36 von 9.399 Fällen ohne Angabe zum Geschlecht)



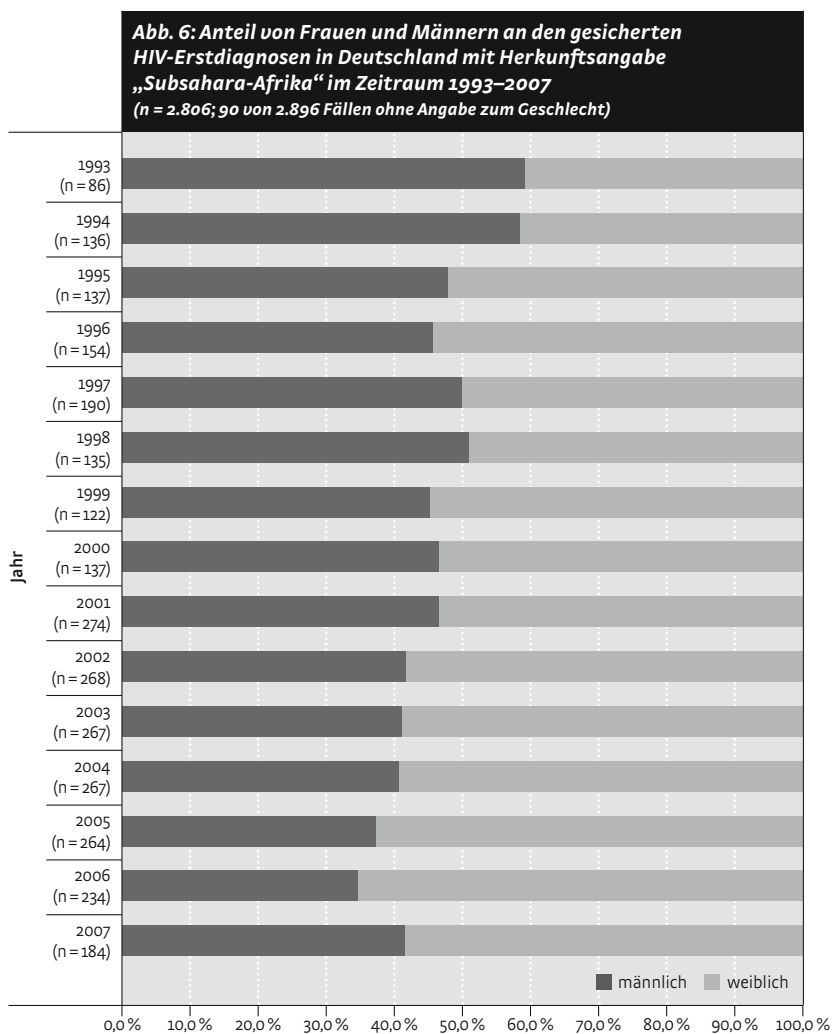
Bei genauerer Betrachtung der Übertragungsrisiken für Migranten aus europäischen Regionen ergibt sich ein differenziertes Bild. Auffallend ist zunächst einmal, dass bei Frauen das Risiko grundsätzlich seltener bekannt ist oder Angaben hierzu öfter fehlen als bei Männern. Fehlende Angaben zum Risiko bei Frauen sind am häufigsten bei Herkunft aus Westeuropa (über 35 %). Auch bei der Angabe „Zentraleuropa“ (fast 30 %) und „Osteuropa“ (etwa 25 %) liegt dieser Anteil bei Frauen deutlich höher als bei Herkunft aus Deutschland (knapp unter 20 %). Dieser überraschend hohe Anteil fehlender Angaben zum Übertragungsrisiko bei Frauen kann aus epidemiologischer Sicht noch nicht befriedigend erklärt werden. Bei Männern fehlt die Angabe zum Übertragungsrisiko insgesamt deutlich seltener und liegt zwischen 10 und 18 % (Abb. 5).

Das Risiko „MSM“ ist bei Männern mit der Herkunftsangabe „Deutschland“ mit fast 75 % am häufigsten als Übertragungsrisiko angegeben, gefolgt von „Westeu-

ropa“ (über 55 %) und „Zentraleuropa“ (knapp über 50 %), aber nur bei 14 % der Männer aus Osteuropa. Bei Männern aus Osteuropa hat intravenöser Drogengebrauch mit über 50 % den größten Anteil, während bei Frauen mit Herkunft aus Deutschland und Westeuropa der Anteil Drogen Gebraucher höher liegt als bei Männern aus diesen Regionen. Bei Frauen aus Zentraleuropa jedoch wird dieses Risiko mit weniger als 3 % sehr selten angegeben. In allen europäischen Regionen hat das heterosexuelle Übertragungsrisiko bei Frauen den höchsten Anteil und erreicht in Zentraleuropa fast 70 % (Abb. 5).



Für Personen aus Subsahara-Afrika liegen, wie zuvor beschrieben, seit 1993 zumindest begrenzt valide Daten zur Herkunft vor. Auffällig ist jedoch, dass die absoluten jährlichen Fallzahlen seit der Einführung der Meldepflicht nach dem Infektionsschutzgesetz im Jahr 2001 sprunghaft angestiegen sind (Verdoppelung von 137 Fällen im Jahr 2000 auf 274 im Jahr 2001). In den folgenden Jahren blieben die jährlich gemeldeten Fälle mit der Herkunftsangabe „Subsahara-Afrika“ bis 2006 deutlich über 200, gingen aber 2007 auf 185 Fälle zurück. Auffällig ist auch die Verschiebung des Anteils von Frauen an den Meldungen: Er lag anfangs mit knapp 40 % noch niedriger, seit 1999 dann jedoch mit bis zu 65 % kontinuierlich höher als bei Männern (Abb. 6). Als Erklärungen hierfür können zunehmende

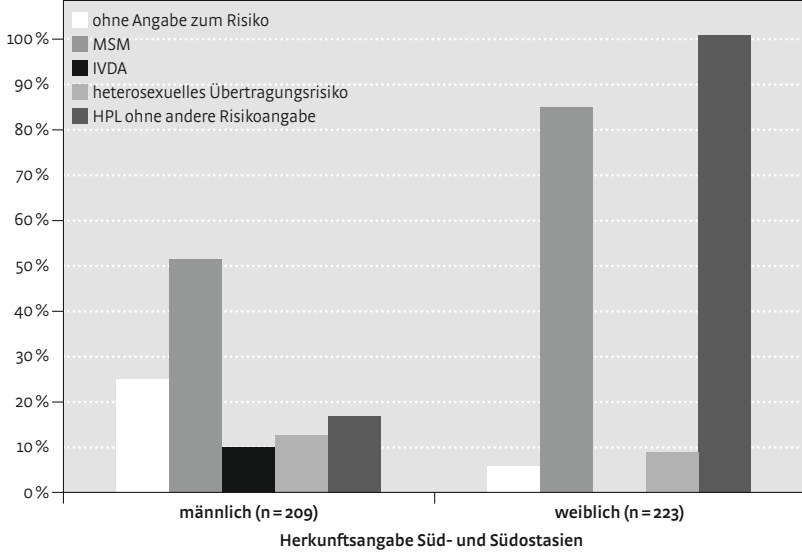


Migration von Frauen aus Subsahara-Afrika, aber auch eine Zunahme der HIV-Testungen bei Frauen im Rahmen des Screenings in der Schwangerenvorsorge diskutiert werden. Ein weiterer Aspekt wäre, dass die Fallzahlen in Deutschland die HIV-Epidemie in Subsahara-Afrika spiegeln, wo der Anteil infizierter Frauen in vielen Regionen meist deutlich über dem der Männer liegt. Dies trifft allerdings insbesondere auf das südliche Afrika und Ostafrika zu – die Meldedaten zeigen jedoch, dass ein großer Teil der HIV-Neudiagnosen in Deutschland, bei denen „Subsahara-Afrika“ als Herkunft angegeben war, Personen aus West- und Zentralafrika betrifft (Daten nicht dargestellt; veröffentlicht im *Epidemiologischen Bulletin* des RKI, Heft 1 vom 8. Januar 2009). Dort jedoch ist der Anteil HIV-infizierter Frauen im Allgemeinen nicht so hoch wie im südlichen und östlichen Afrika.

Zusätzlich zur Angabe „Herkunft aus einem Hochprävalenzland“ wurden in den betreffenden HIV-Meldungen nur sehr selten weitere Übertragungsrisiken genannt: MSM in 20, intravenöser Drogengebrauch in 4 und Bluttransfusion in 6 Fällen. Lediglich die Mutter-Kind-Übertragung spielt mit 52 Fällen noch eine gewisse Rolle (Daten nicht dargestellt).

Ein anderes Bild ergibt sich bei der Auswertung der Daten mit der Herkunftsangabe „Süd- und Südostasien“ aus den Jahren 2001 bis 2007. Für Personen aus dieser Region fällt der mit über 20 % deutlich größere Anteil von Männern mit fehlender Angabe zum HIV-Übertragungsrisiko auf (Frauen 5 %). MSM als Risikoangabe spielt mit über 40 % bei Männern die größte Rolle, aber auch intravenöser Drogengebrauch wird mit fast 10 % als wahrscheinliches Infektionsrisiko angegeben. Bei Frauen kann intravenöser Drogengebrauch als Infektionsrisiko praktisch vernachlässigt werden (lediglich 1 Fall), dagegen spielt die Angabe „Herkunft aus einem Hochprävalenzland“ mit über 80 % die bei Weitem größte Rolle. Zu Süd- und Südostasien ist anzumerken, dass es sich geografisch und kulturell um eine sehr heterogene Region handelt, die Länder wie Pakistan und Indien, aber auch Vietnam einschließt. Nur Teile der Region gelten entsprechend der WHO-Definition als Hochprävalenzländer; dies betraf zeitweise auch Myanmar (früher Burma) und Kambodscha, gilt zurzeit aber nur noch für Thailand. Bei Frauen dominiert deutlich das Herkunftsland Thailand, womit unter anderem der große Anteil des Übertragungsrisikos „Herkunft aus einem Hochprävalenzland“ bei Frauen erklärt werden kann.

Abb. 7: Anteil von Frauen und Männern an den gesicherten HIV-Erstdiagnosen in Deutschland mit der Herkunftsangabe „Subsahara-Afrika“ im Zeitraum 1993–2007 (n = 2.806; 90 von 2.896 Fällen ohne Angabe zum Geschlecht)



Auf eine Einzeldarstellung der anderen Herkunftsregionen wird verzichtet, da hier nur in Grundzügen auf die Bedeutung der Migration im Rahmen der HIV-Surveillance in Deutschland eingegangen werden sollte.

Zusammenfassung: Was kann HIV-Surveillance leisten?

Jede Surveillance von Infektionskrankheiten mit Meldepflicht hat das Ziel, die Fälle so vollständig wie möglich zu erfassen. Die Vollständigkeit bezieht sich dabei sowohl auf die Fälle selbst als auch die Angaben bzw. Daten zu jedem einzelnen Fall. Es muss davon ausgegangen werden, dass die fallbezogene Datenvollständigkeit mit zunehmender Zahl der zu meldenden Indikatoren, Kenngrößen oder Variablen eher sinkt. Eine Beschränkung auf wesentliche und aussagekräftige Kenngrößen ist somit insgesamt sehr günstig für die Vollständigkeit der Datenerhebung, die sich oft als sorgfältig ausbalancierte „Gratwanderung zwischen zu viel und zu wenig“ darstellt.

Für die Meldung der neu diagnostizierten HIV-Infektionen in Deutschland kann festgehalten werden, dass sich die Datenqualität mit den Jahren deutlich verbessert hat. Spätestens seit der Einführung des Infektionsschutzgesetzes (IfSG) und der damit verbundenen hohen Anforderungen und Standards sind die Daten

als so belastbar anzusehen, dass repräsentative und verlässliche Analysen auch zu HIV-Infektionen bei Menschen mit Migrationshintergrund möglich werden. Die Analysen erlauben, wie oben beispielhaft dargestellt, eine Beurteilung unterschiedlicher Risikoprofile je nach Herkunftsregion. Solche Beurteilungen lassen somit auch Menschen mit Migrationshintergrund für zielgruppenorientierte und wirksame Präventionsmaßnahmen in Deutschland zugänglich erscheinen. Die Surveillance von HIV-Infektionen im Rahmen der Meldepflicht kann hierdurch einen fundierten Beitrag zur Präventionsarbeit der Akteure im Gesundheitswesen leisten.

Die unterschiedliche Verteilung der HIV-Übertragungsrisiken bei in Deutschland lebenden Personen aus europäischen Ländern spiegelt deutlich die Risikoprofile wider, wie sie auch von den betreffenden Staaten an das European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC) in Stockholm gemeldet und dort jährlich publiziert werden (zuletzt für das Jahr 2007 in Eurosurveillance, Ausgabe vom 11. Dezember 2008). Im Unterschied zu anderen Infektionen liegen bei HIV-Infektionen zwischen Ansteckung und Diagnosestellung oft Jahre, ehe krankheitsspezifische Symptome auftreten, weshalb der eigentliche Infektionszeitpunkt meist nicht sicher bestimmt werden kann. Da mit den Meldedaten keine Angaben über den Migrationszeitpunkt erhoben werden, lässt sich nicht beurteilen, wo die Infektionen stattgefunden haben: Bereits im Ursprungsland? Während der Migrationsphase, in der von erhöhter Vulnerabilität ausgegangen werden muss? Oder im Zielland Deutschland? Hierzu können nur auf indirekten Kenngrößen basierende Hypothesen herangezogen werden (z. B. CD4-Zellzahl, HIV-Viruslast oder letzter negativer Befund, falls bereits früher ein HIV-Test durchgeführt wurde). Entsprechende Daten liegen im Rahmen der Meldedaten aber nur sehr begrenzt vor und bedürfen, soweit vorhanden, spezieller und aufwändiger Analyseverfahren. Für Menschen aus Subsahara-Afrika bzw. Süd- und Südostasien, deren HIV-Infektion in Deutschland diagnostiziert wurde, liegen für den Zeitraum 2000–2007 nur in 10 % der Fälle Angaben dazu vor, dass bereits früher einmal ein HIV-Test mit negativem Ergebnis gemacht wurde (zum Vergleich: in 33 % der Fälle mit Herkunftsangabe „Deutschland“). In der Analyse zeigte sich, dass bei einem großen Teil dieser Fälle (etwa 60 %) der negativ verlaufene HIV-Test maximal zwei Jahre zurücklag, was dann auch dem geschätzten Infektionszeitraum entsprechen würde (Daten nicht dargestellt, veröffentlicht im *Epidemiologischen Bulletin* des RKI, Heft 1 vom 8. Januar 2009). Inwieweit dieser auch für alle anderen Personen gilt, von denen keine Angaben zu einem früheren negativen HIV-Test vorliegen, kann bei der spärlichen Datenlage nur schwer beurteilt werden.

Anhand von Beispielen haben wir die Stärken und Möglichkeiten der HIV-Surveillance in Deutschland, aber auch ihre methodischen Grenzen dargestellt. Die Surveillance der HIV-Infektionen im Rahmen der Meldepflicht nach dem IfSG ist

als eine Basis zu verstehen, die zu bestimmten Fragestellungen durch entsprechende Studien ergänzt werden sollte. Dies betrifft auch Bevölkerungsgruppen wie Migranten, bei denen aufgrund der Datenlage von erhöhten HIV-Risiken ausgegangen werden kann. Die dazu notwendige Zusammenarbeit zwischen Einrichtungen des öffentlichen Gesundheitswesens in Deutschland, anderen Forschungseinrichtungen und Interessenverbänden sollte weiterhin unterstützt und gefördert werden. In einer solchen „Surveillance der zweiten Generation“ oder auch mittels KABP-Surveys³ werden Daten zu Wissen, Einstellungen, Praktiken und präventivem Verhalten im Zusammenhang mit HIV/Aids erhoben, die ergänzende und tiefere Einblicke in das Infektionsgeschehen erlauben. Beispiele sind die KABAsti-Studie⁴ und die bundesweite HIV-Inzidenzstudie am Robert Koch-Institut. Auch zum Thema „HIV und Migration in Deutschland“ sollten entsprechende ergänzende Studien weiterhin gefördert werden.

Ausgewählte aktuelle Literatur zum Thema

Erweiterte AIDS-Falldefinition für die epidemiologische Überwachung in Europa (in Kraft getreten am 1. Juli 1993; Stand: 06.12. 2004). Berlin: Robert Koch-Institut
<http://www.rki.de> → Infektionskrankheiten A-Z → HIV/AIDS → Epidemiologie → Surveillance → AIDS-Falldefinition

Schmidt, A. J./Marcus, U./Hamouda, O.: KABAsti-Studie. Wissen, Einstellungen und Verhalten bezüglich sexuell übertragbarer Infektionen bei Männern mit gleichgeschlechtlichem Sex. Berlin: Robert Koch-Institut 2007
<http://www.rki.de> → Infektionskrankheiten A-Z → HIV/AIDS → Studien → KABAsti

UNAIDS: Estimation National Adult Prevalence of HIV-1 in Generalized Epidemics. Geneva 2007
http://data.unaids.org/pub/Manual/2007/epp_genepi_2007_en.pdf

Robert Koch-Institut: Zur Bestimmung der Inzidenz von HIV-Infektionen in Deutschland. Ergebnisse einer Pilotstudie am RKI und Perspektiven für die HIV-Surveillance. Epidemiologisches Bulletin, 2008 (1): 1-4
<http://www.rki.de> → Infektionskrankheiten A-Z → HIV/AIDS → Studien → HIV-Inzidenzstudie

UNAIDS/WHO: Adult (14-49) HIV Prevalence percent by country, 1990-2007. Report on the global AIDS epidemic. Geneva 2008
http://www.unaids.org/en/KnowledgeCentre/HIVData/GlobalReport/2008/2008_Global_Report.asp

Bätzing-Feigenbaum, J./Loschen, S./Gohlke-Micknis, S./Zimmermann, R./Herrmann, A./Kamga Wambo, O./Kücherer, C./Hamouda, O.: Country-wide HIV incidence study complementing HIV surveillance in Germany. Euro Surveill. 2008, 13(36): pii = 18971
<http://www.eurosurveillance.org/ViewArticle.aspx?ArticleId=18971>

Robert Koch-Institut: HIV-Infektionen/AIDS: Halbjahresbericht II/2007. Epidemiologisches Bulletin. Sonderausgabe A / 2008 (HIV-Infektionen/AIDS: Halbjahresbericht II/2007; Stand: 01.03. 2008)
<http://www.rki.de> → Infektionsschutz → Epidemiologisches Bulletin → 2008 → Sonderausgaben

van de Laar, M. J./Likatavicius, G./Stengaard, A. R./Donoghoe, M. C.: HIV/AIDS surveillance in Europe: update 2007. Euro Surveill 2008, 13(50): pii = 19066
<http://www.eurosurveillance.org/ViewArticle.aspx?ArticleId=19066>

3 KABP = (engl.) *knowledge, attitudes, behaviour and practices* (Wissen, Einstellungen, Verhalten und Praktiken)

4 KABAsti-Studie: Untersuchung zu Wissen, Einstellungen und Verhalten bezüglich sexuell übertragbarer Infektionen bei Männern mit gleichgeschlechtlichem Sex

Wiessing, L./van de Laar, M. J./Donoghoe, M. C./Guarita, B./Klempová, D./Griffiths, P. :
HIV among injecting drug users in Europe: increasing trends in the East. Euro Surveill. 2008, 13(50): pii = 19067
<http://www.eurosurveillance.org/ViewArticle.aspx?ArticleId=19067>

Centers for Disease Control and Prevention:
Revised Surveillance Case Definitions for HIV Infection Among Adults, Adolescents, and Children Aged <18 Months and for HIV Infection and AIDS Among Children Aged 18 Months to <13 Years – United States, 2008. MMWR 2008, 57 (RR-10)
<http://www.cdc.gov/mmwr/pdf/rr/rr5710.pdf>

Robert Koch-Institut: HIV/AIDS-Eckdaten in Deutschland und den Bundesländern. Epidemiologische Kurzinformationen des Robert Koch-Instituts (Stand: Ende 2008)
<http://www.rki.de> → Infektionskrankheiten A–Z → HIV/AIDS → Epidemiologie → Daten und Berichte → HIV/AIDS-Eckdaten in Deutschland und den Bundesländern

Robert Koch-Institut: Zum Verlauf der HIV-Epidemie in Deutschland bis Ende 2008. Epidemiologisches Bulletin, 2008 (47): 409–411
http://www.rki.de/clin_100/nn_196014/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2008/47/Art__01.html?__nnn=true

Robert Koch-Institut: Die HIV-Pandemie bei Männern, die Sex mit Männern haben. Epidemiologisches Bulletin, 2008 (47): 414–421
http://www.rki.de/clin_100/nn_196014/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2008/47/Art__01.html?__nnn=true

Robert Koch-Institut: Analyse der HIV-Melddaten 2000–2007 zu Migranten aus Hochprävalenzländern im Rahmen der HIV-Inzidenzstudie am RKI. Epidemiologisches Bulletin, 2009 (1): 1–5
http://www.rki.de/clin_100/nn_1378492/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2009/01/Tabelle.html?__nnn=true

Aids und das Fremde – Arbeit für Integration und Tabubruch

Zahra Mohammadzadeh

Wir hörten von Aids zum ersten Mal vor 29 Jahren. Wir waren eine lockere Gruppe in Bremen, ein sogenanntes Netzwerk, obwohl die Szene diesen Begriff damals noch nicht benutzte. Wir hatten keine gemeinsame „Richtung“, nicht jeder kannte jeden. Was uns einte, waren die Gegnerschaft zum Schah-Regime, die Ablehnung der USA nach Vietnam und Chile und am Vorabend des ersten Golfkriegs, die Solidarität mit Freiheitsbewegungen wie ANC und SWAPO, die Abscheu gegenüber Konzernen wie Rio Tinto Zinc¹, der Widerstand gegen Esenshamm², die Lektüre des Frankfurter „Informationsdienstes für unterbliebene Nachrichten“³. Einige dachten über eine linke ökologische Partei nach, andere agierten als Politclowns am Rande der SPD, wieder andere irrten noch in den Gemengelagen der K-Gruppen oder des „bewaffneten Widerstandes“ umher. Der britische Aktivist für die Rechte indigener Völker Roger Moody brachte die Nachricht über eine neue

¹ *Anm. d. Red.: Rio Tinto Zinc ist eine multinationale Bergbaugesellschaft und der weltweit führende Aluminiumproduzent.*

² *Anm. d. Red.: Kernkraftwerk Esenshamm in Niedersachsen*

³ *Anm. d. Red.: Der ab 1973 in Frankfurt am Main als Wochenzeitung herausgegebene Informationsdienst zur Verbreitung unterbliebener Nachrichten (ID) wurde 1981 eingestellt. Er gilt mit seinem Konzept der Berichterstattung „von unten“ als Vorläufer der taz.*

merkwürdige Krankheit nach Bremen, die wie die Legionärskrankheit Lungenentzündung auslöste und um die sich wie bei jener sofort Verschwörungstheorien zu ranken begannen. Wissenschaftlich beschrieben wurde die Krankheit, die bei fünf zuvor gesunden homosexuellen Männern in Los Angeles diagnostiziert worden war, erstmals von Michael Gottlieb im *Morbidity and Mortality Weekly Report* der US-Gesundheitsbehörde vom 5. Juni 1981.

Aids ist der Gesellschaft fremd geblieben

Wohl keine Seuche mit Ausnahme der mittelalterlichen Pestzüge war von Anfang an mit Politik einerseits und Mythenbildung andererseits so verwoben wie die Aids-Pandemie. Sie ist es noch immer. Die Krankheit stand offenbar mit einer erworbenen Immunschwäche in Verbindung. Konnte es sein, dass sie Schwulen absichtlich zugefügt wurde? Amerikanische Fachzeitschriften nannten sie anfänglich *Gay Related Immune Deficiency* (GRID) oder *Gay People's Immuno Deficiency Syndrome* (GIDS). Doch die paranoiden Befürchtungen wurden gegenstandslos, als weitere epidemiologische Untersuchungen in den USA zeigten, dass die Erkrankung auch bei heterosexuellen Drogenabhängigen, Patienten mit Bluttransfusionen und Hämophilen vorkam. 1982 wurde die neue Bezeichnung *Acquired Immune Deficiency Syndrome* (AIDS) – im französischen Sprachraum „Syndrome d'Immuno-Déficience Acquise“ (SIDA) – in die Fachdiskussion eingeführt. Im gleichen Jahr wurde die Krankheit erstmals in Deutschland bei einem Frankfurter Patienten diagnostiziert. Weder in Europa noch in der außereuropäischen Welt ist bis heute die Irrationalität gebrochen worden, die von Beginn an die Einstellung gegenüber Aids außerhalb der Fachwelt bestimmt hat. Aids ist der Gesellschaft fremd geblieben, man redet nicht wirklich darüber, und vor dem Hintergrund erneut steigender Zahlen von Neuinfektionen stellt sich die Frage, ob die Krankheit nicht auch in Deutschland und Europa zunehmend einer Tabuisierung anheimfällt. In Asien und Afrika ist dies ohnehin der Fall.

28

Das Fremde als Sicherheitsrisiko

In anderen Zusammenhängen geht von dem Fremden eine gefühlte Bedrohung aus: es wird als Sicherheitsrisiko empfunden. Ob in der psychologischen, in der sozialwissenschaftlichen oder in der pädagogischen Fachliteratur, die Beschäftigung mit dem Fremden als Phänomen und als Konstrukt ist allenthalben präsent. Die Begegnung mit ihm hat eine breite Debatte angestoßen über Identität und das, was kulturell, geschlechtsspezifisch, national oder sozial von ihr abweicht. Dabei wird aus verschiedenen Blickrichtungen häufig der gleiche Befund beschrieben: dass nämlich der Begriff des Fremden als Angstbegriff dem entgegen-

steht, was Hannah Arendt schon als „das Faktum menschlicher Pluralität“ festgehalten hat:

„Das Faktum menschlicher Pluralität, die grundsätzliche Bedingung des Handelns wie des Sprechens, manifestiert sich auf zweierlei Art, als Gleichheit und als Verschiedenheit. Ohne Gleichartigkeit gäbe es keine Verständigung unter Lebenden, kein Verstehen der Toten und kein Planen für eine Welt, die nicht mehr von uns, aber doch immer noch von unseresgleichen bevölkert sein wird. Ohne Verschiedenheit, das absolute Unterschiedensein jeder Person von jeder anderen, die ist, war oder sein wird, bedürfte es weder der Sprache noch des Handelns für eine Verständigung; ... Sprechend und handelnd schalten wir uns in die Welt der Menschen ein, die existierte, bevor wir in sie geboren wurden, und diese Einschaltung ist wie eine zweite Geburt, in der wir die nackte Tatsache des Geborens bestätigen, gleichsam die Verantwortung dafür auf uns nehmen.“

(Arendt 1960, 164 f.)

Daraus folgt, dass Gruppen unterschiedlicher Prägung das Eigene und das Fremde integrieren müssen, um miteinander in Beziehung zu treten. Man muss für das Eigene eintreten – etwas, womit gerade die Deutschen erhebliche Probleme zu haben scheinen – wie auch das Fremde akzeptieren. Es geht also um Toleranz im eigentlichen Sinn, um das Dulden der Pluralität, die ein Faktum menschlicher Existenz und Koexistenz ist.

In der Realität rückt jedoch allzu oft an die Stelle dieses notwendigen Ertragens der Verschiedenartigkeit die Forderung nach Assimilation, nach Anpassung bis zum Verschwinden. Insbesondere die Politik macht sich in der Regel zur Aufgabe, für die Assimilation oder, wenn das erfolglos erscheint, das Aussortieren der von der Norm abweichenden Menschen zu sorgen. Statt Verhaltens- und Lebensformen, die nicht denen der Mehrheit entsprechen, zu würdigen, bekämpft sie die befürchtete „Überfremdung. Diese „Lösung“ führt aber nicht nur zur Abschottung nach außen und zur Abschiebung als Hauptinstrument der Ausländerpolitik, sondern hat in praktisch allen Lebensbereichen tendenziell die Ausgrenzung der „Fremden“ zur Folge, entweder durch gesetzliche Bestimmungen oder durch Ermutigung entsprechender Praktiken und Einstellungen seitens der Einheimischen.

Multikulturelle Realität

In dieser Hinsicht bleibt jedoch die Politik hinter der gesellschaftlichen Entwicklung zurück. Die Denunzierung der multikulturellen Gesellschaft, die Beschwörung einer sogenannten Leitkultur, die Instrumentalisierung von Terrorismus und Gewalt als Argumente nicht nur gegen die Präsenz von Migrantinnen und

Migranten, sondern auch gegen wesentliche Elemente ihrer Lebenswelt wie der Religion, der Sprache, der Art sich zu kleiden usw. – all dies steht im wachsenden Gegensatz zu Tendenzen des öffentlichen Bewusstseins, das Faktum der multi-kulturellen Gesellschaft immer mehr zu akzeptieren. Diese Wende ist die Folge veränderter gesellschaftlicher Bedingungen, tief greifender multikultureller, sozialer und demografischer Entwicklungen. Jedes sechste Kind unter sechs Jahren in den Kindertageseinrichtungen der alten Bundesländer spricht zu Hause überwiegend eine andere Sprache als Deutsch. Ein Drittel aller Kinder unter fünf Jahren in Deutschland hat einen Migrationshintergrund. Bei den unter Fünfjährigen liegt der Anteil in Großstädten zum Teil bereits bei über 60 % (beispielsweise Nürnberg 67 %, Frankfurt 65 %, Düsseldorf und Stuttgart jeweils 64 %). In wenigen Jahren werden diese Kinder erwachsen sein und die Mehrheit der erwerbstätigen Bevölkerung in diesen Städten bilden. Menschen mit Migrationshintergrund hören auf, ein Ausnahmephänomen zu sein, stattdessen sind sie eine große Gruppe mit immer stärker werdender Bedeutung für die Gesellschaft. Ihre Integration ist damit die zentrale Aufgabe geworden.

Integration bedeutet, dass diese Menschen in allen wichtigen Bereichen am gesellschaftlichen Leben teilnehmen und ihre Rechte wahrnehmen können – das Recht auf ungehinderten Zugang zu Arbeit und Bildung, auf Chancengleichheit in den materiellen Lebensbedingungen, auf Gesundheitsversorgung. Ein Perspektivenwechsel ist also auch im sozialen Bereich überfällig.

Gerade bei einer gesundheitlichen Bedrohung wie Aids, die noch dazu in subtiler Weise tabuisiert ist, kann es allerdings zum Problem werden, wenn die Kultur und die kulturell bestimmten Lebensformen der Menschen als zentrale Kriterien der Unterscheidung wahrgenommen werden. Die Hervorhebung gerechtfertigter kultureller Differenz birgt die Gefahr einer Ethnisierung, die allzu leicht neue Diskriminierungen der Migrantinnen und Migranten bewirken kann. Die Fixierung auf die Kultur als wesentliches, wenn auch akzeptiertes Unterscheidungsmerkmal des Fremden kann bestehende Vorurteile mit rassistischen Bildern aufladen, anstatt die gesellschaftlichen, politischen und sozialen Benachteiligungen von Migrantinnen und Migranten beseitigen zu helfen. Die Politik – auch die Gesundheitspolitik! – darf nicht dabei stehen bleiben, nur Toleranzangebote zu machen, etwa in Gestalt der Fortbildung des einheimischen Personals zum Erwerb von Kenntnissen über andere Kulturen. Sie muss vielmehr die Pluralität als entscheidendes Strukturmerkmal der heutigen und kommenden Gesellschaft anerkennen und den Begriff des Fremden als überwindbares soziales Konstrukt begreifen.

Die Politik ist gefordert!

Weltweit haben wir es bei Aids mit einem Problem zu tun, zu dessen Bewältigung durch Medizin und Gesundheitswissenschaft zunächst politische Voraussetzungen unerlässlich sind. Seit Beginn der Pandemie sind ihr geschätzte 25 Millionen Menschen zum Opfer gefallen. Derzeit rechnet man mit rund 32 Millionen Infizierten. Die in den reichen Ländern geführte Diskussion über die Notwendigkeit eines wirksamen Impfstoffs ist weit von der Wirklichkeit der Mehrheit dieser Infizierten entfernt. Neben den bewährten Reverse-Transkriptase-Blockern hat die Pharmaindustrie inzwischen zwar weitere Medikamente für die Hochaktive Antiretrovirale Therapie (HAART) entwickelt, sodass die Krankheit, wenn auch chronisch, so doch behandelbar geworden ist. Aber auch die nunmehr verfügbare „once daily“-Medikation hat zumindest in den ärmeren Regionen dieser Welt wenig daran geändert, dass die Therapie ein hohes Maß an Compliance verlangt und deshalb nur funktionieren kann, wenn die Lebenssituation, der Bildungsstand und die materiellen Verhältnisse der Patienten günstig sind und eine entsprechende Gesundheitsaufklärung geleistet wird (siehe Keiser u. a. 2008; Sellier u. a. 2006). Es gibt nach wie vor keine Alternative zum Infektionsschutz, vor allem zur konsequenten Verwendung von Kondomen, doch diese sind in den meisten außereuropäischen Herkunftsländern von Einwanderern noch kaum akzeptiert. Sowohl die Forschung nach einem geeigneten Impfstoff als auch die flächendeckende und erfolgreiche Versorgung mit der HAART und ebenso der Zugang zu Mitteln der Infektionsprophylaxe kosten Geld. Viel Geld. Damit liegt die Benachteiligung großer Teile der Gefährdeten und bereits Infizierten außerhalb Europas und Nordamerikas wie auch der betroffenen Migrant(inn)en in Europa und den USA auf der Hand. Und genau hier ist die Politik gefordert.

„Je ärmer eine Person, desto eher wird sie als ‚Ausländer‘ gesehen. Je wohlhabender dagegen sie ist, desto eher wird ihre Nationalität irrelevant, unsichtbar, vielleicht auch: nicht mehr bedrohlich“ (Beck-Gernsheim 1999, 118). Dieser Wirkungszusammenhang zwischen dem Einwohnerstatus und der sozialen Lage besteht in beide Richtungen und ist auch in der Gesundheitsversorgung spürbar. Je größer das Gesundheits- und insbesondere das Versorgungsproblem, umso eher wird das Gesundheitssystem den Menschen mit Migrationsbiografie als „Problemfall“ und auch in seiner Eigenschaft als Migrant oder Migrantin als „schwierig“ einschätzen und entsprechend behandeln.

Die heutigen Gesellschaften sind – waren es vielleicht schon immer – heterogen. Ihre Mitglieder mögen sich nicht alle der gleichen Heimat verbunden fühlen, leben aber doch im gleichen kulturellen Umfeld, in einem nationalen oder multinationalen politischen Rahmen und einander verbunden durch gemeinsame Regeln, Übereinkünfte, Kommunikation und insbesondere ökonomische und sozia-

le Interaktivität. Die Zugehörigkeit zur Gemeinschaft tritt im heutigen Europa als kollektives, Identität stiftendes Konzept zunehmend an die Stelle der Nation. Sie begründet eine gegenseitige, meist stillschweigend akzeptierte Verantwortung der Gemeinschaftsmitglieder untereinander und gegenüber dem Ganzen. Sie äußert sich z. B. bei der ordnungsgemäßen Entrichtung von Steuern, bei der Einhaltung von Verkehrsregeln, beim ehrenamtlichen Engagement in Vereinen und Verbänden, bei der nicht beruflichen Ausübung von sozialen Dienstleistungen, beim materiell unprofitablen Mitmachen in den Strukturen der Zivilgesellschaft. Von dieser Verantwortung für das Ganze und füreinander profitieren nicht nur die Migrantinnen und Migranten, auch wenn die Boulevard-Presse zuweilen mit selbstgerechter Häme gegen „Ausländer“ mobil macht, die sich in ihren Augen unberechtigterweise der Vorteile des Sozialsystems bedienen. Gerade am Sozialsystem ist aber ablesbar, dass auch Migrantinnen und Migranten sich der gemeinsamen Verantwortung stellen, denn sie zahlen mehrheitlich pünktlich ihre Steuern, tragen als Arbeitnehmer oder Unternehmer zu den Sozialkassen bei und spenden an karitative Einrichtungen. Umgekehrt sollte das Sozialsystem (und sollten die auf seinen verschiedenen Ebenen Arbeitenden) endlich aufhören, ihre Dienstleistungen mit einem Gestus der Wohltätigkeit, des Sonderopfers auszuteilen, wenn Migrantinnen oder Migranten die Nutznießer sind. Sie sind es selbstverständlich, weil sie das System mittragen.

Die Belastung des Bildes der Muslime in den europäischen Gesellschaften infolge des 11. September hat, obschon nicht im gleichen Maße, auf alle Migrantinnen und Migranten abgefärbt. Insoweit die öffentliche Kommunikation das entscheidende seismografische Instrument zur gesellschaftsweiten Wahrnehmung sozialer Probleme ist (Habermas 1998, 435), bleibt das nicht folgenlos für die Stellung der „Fremden“ innerhalb der sozialen Systeme. Darunter leidet zwangsläufig auch ihre Versorgung. Es ist die Aufgabe einer verantwortungsvollen Politik, gegenzusteuern.

Im Allgemeinen (von Ausnahmen abgesehen) setzt sich bei Politikern die Überzeugung durch, dass man mit Hetzparolen gegen Ausländer keine Wahlen mehr gewinnt. Von einer „Zeitenwende“ sprach diesbezüglich Armin Laschet, damals CDU-Integrationsminister von Nordrhein-Westfalen, in einem Interview mit einer österreichischen Zeitung (Der Standard, 5. 3. 2007). Ebenso wie in Hessen haben bei den Wahlkämpfen im Jahr 2008 in Österreich und auch in der Schweiz negative Darstellungen und extrem rassistische Instrumentalisierungen von Migranten und anderen Minderheiten dennoch eine erhebliche Rolle gespielt. Die Wahlergebnisse von 2010 in den Niederlanden sprechen für sich (handelsblatt.com, 4. 3. 2010; letzter Zugriff: 23. 3. 2010). Die kalkulierten Beleidigungen der Kreuzberger Türken durch Bundesbanker Thilo Sarazin (Spiegel Online, 1. 10. 2009; letzter Zugriff: 23. 3. 2010) oder die Angriffe des deutschen Außenministers auf Sozialhil-

feempfänger (Spiegel Online, 12. 2. 2010; letzter Zugriff: 23. 3. 2010) einschließlich des Medienechos sind deutliche Warnzeichen auch in der Bundesrepublik. Nicht zuletzt in den der Sonntags- und Wahlkampfpolitik nachgeordneten Bereichen, dort, wo sich der Inhalt politischer Aussagen als Praxis manifestieren muss, lässt trotz vieler positiver Bemühungen eine Zeitenwende noch auf sich warten.

Sind also Migrantinnen und Migranten für die Sozialsysteme Menschen zweiter Klasse? Angesichts der schwierigen Lebens- und Versorgungssituation insbesondere von HIV-positiven oder an Aids erkrankten Zuwanderern ist es erneut an der Zeit, über die Bekenntnisse zum Welt-Aids-Tag hinaus konkrete Verbesserungen ihrer Situation voranzutreiben, aber auch die Zusammenarbeit und die Möglichkeiten im Bereich der Information und Prävention in den Blickpunkt zu rücken. Es kann auch nicht nur um die Verhinderung des Sterbens an Aids gehen, obgleich selbst dieses Mindestziel für Angehörige einer nach heutigen Versorgungsstandards unterversorgten Bevölkerungsgruppe nicht immer erreicht wird, wie die höheren Sterblichkeitsziffern bei HIV-Positiven mit Migrationshintergrund zeigen. Wenn Gesundheit ganz allgemein zu den Menschenrechten zählt, dann verdient sie auch für eine Gruppe erkämpft zu werden, die im Mainstream der Versorgungspraxis noch nicht angekommen ist.

Leider sind wir noch nicht so weit, dass diese Überlegung die Einrichtungen der Regelversorgung überall beeindruckt und mitreißt. Wenn ich deshalb im Folgenden den Bremer Ansatz beschreibe, wesentliche Schritte auf dem Weg zum Ziel „Gesundheit für alle“ zunächst projekthaft zu realisieren, so ist das nicht als flammendes Plädoyer dafür zu interpretieren, die Defizite der Gesundheitsversorgung von HIV-infizierten Migrantinnen und Migranten mit Hilfe von Projekten auszugleichen. Die Nachteile von Projekten gegenüber Programmen der Regelversorgung sind allgemein bekannt, ich brauche sie hier nicht zu problematisieren. Projekte können aber, wenn sie erfolgreich sind, Vorbild sein und der Regelversorgung ein Beispiel geben, das die Motivation erhöht, die eigenen Horizonte zu überschreiten.

Kultursensible Präventionsarbeit im „Afrika-Projekt“

Die Anzahl neu gemeldeter HIV-Fälle stieg in Bremen bis 2005 an, seitdem ist hier die Inzidenz im Vergleich zu Großstädten wie Hamburg eher niedrig. Der HIV-Antiköpertest wurde in den vergangenen Jahren nach Angabe des Gesundheitsamtes relativ kontinuierlich angenommen. Migrantinnen und Migranten nutzten den HIV-Test im Verhältnis zu ihrem Bevölkerungsanteil noch immer zu wenig. Die Zielsetzung der Präventionsarbeit richtet sich jedoch vorrangig auf die Akzeptanz von Safer Sex und erst in zweiter Linie auf die Werbung für Angebote wie den HIV-Test. In den Jahren 2004 bis 2006 hatte jeweils etwa ein Drittel der

im Gesundheitsamt Bremen betreuten HIV-Infizierten eine Migrationsbiografie. Der größere Teil von ihnen stammte aus Ländern Schwarzafrikas, die übrigen aus europäischen Ländern einschließlich der Türkei. Bekanntlich sind die registrierten Neudiagnosen bei Zuwanderern in den letzten Jahren zurückgegangen, das Robert Koch-Institut weist aber auch darauf hin, dass Patienten mit Migrationshintergrund häufiger erst in einem fortgeschrittenen Krankheitsstadium Hilfe suchen (RKI 2007).

Eine Erklärung dafür, warum gerade diese Gruppe – entgegen dem bundesweiten Trend – die Bremer Aidsberatung intensiver in Anspruch nahm, ist die kontinuierliche Präventionsarbeit für Migrant(inn)en, die durch das „Afrika-Projekt“ verstärkt wurde.

Seit 1995 engagiert sich die AIDS/STD-Beratung des Gesundheitsamtes Bremen für die Präventionsarbeit mit Migrantinnen und Migranten, stieß dabei jedoch immer wieder an die Grenzen ihrer personellen und sachlichen Ressourcen. Deshalb wurde im Mai 2004 das „Afrika-Projekt“ ins Leben gerufen (siehe auch Akpabli, S. 150 in diesem Band). Eine an den Voraussetzungen der Zielgruppe orientierte Gesundheitskommunikation bildet die wichtigste Grundlage für die Präventionsarbeit. Die kulturellen Bedingungen der Zielgruppe sind zu beachten, dürfen aber auch nicht verabsolutiert werden. Das Bremer Afrika-Projekt nahm sich in diesem Sinne kultursensible Präventionsarbeit mit afrikanischen Flüchtlingen zum Ziel. Als Teilziele standen dabei im Vordergrund

- » die Entwicklung von Kommunikationsformen, die auf den Bildungsstand und die kulturellen Voraussetzungen von HIV-Infizierten und an Aids Erkrankten mit Migrationshintergrund zugeschnitten sind, um die Inanspruchnahme von Versorgungsangeboten zu erleichtern,
- » die Begleitung und Betreuung dieser Gruppe durch einen afrikanischen Projektmitarbeiter,
- » Sensibilisierung und Bewusstseinsbildung der afrikanischen Community in Bremen für das Thema Aids,
- » Impulse für ein solidarisches Klima mit den von HIV und Aids betroffenen Afrikanern und
- » die kontinuierliche Evaluation des Projektes zur Qualitätssicherung und Selbstvergewisserung (Gesundheitsamt Bremen 2006).

Nach den Bremer Erfahrungen hatten die Präventionsaktivitäten die afrikanische Zielgruppe noch nicht ausreichend ansprechen können. Oft öffnet erst ein längerfristiges Wissen um die Arbeit der Beratungsstelle den Weg zum Gesundheitsamt. Es geht hier um Vertrauen, gerade bei Zielgruppen, die Behörden in der Regel als feindselige Institutionen erleben. Kontinuität und die Vertrautheit mit den sozialen und kulturellen Voraussetzungen der Zielgruppe sind wichtige Elemente bei der Vertrauensbildung.

Diese Ziele wurden im Afrika-Projekt durch die Einstellung eines afrikanischen Projektmitarbeiters erreicht. Er konnte anfangs über eine Arbeitsbeschaffungsmaßnahme nach § 16 SGB II im Umfang von 20 bzw. 30 Stunden pro Woche beschäftigt werden. Ab Juni 2007 und bis Mai 2008 war dann eine Anstellung im Rahmen eines zeitlich befristeten Projekts mit Kofinanzierung durch den Europäischen Flüchtlingsfond, die Deutsche AIDS-Stiftung und das Gesundheitsamt Bremen möglich. Die Evaluation gewährleistete das Institut für Psychologie (Abteilung Gesundheits- und Klinische Psychologie) der Universität Oldenburg.

Ein breit angelegtes Projekt

In diesem Rahmen wurden 2005 und 2006 jeweils zwölf und 2007 dreizehn Veranstaltungen durchgeführt, bei denen insgesamt ca. 3.000 Personen erreicht wurden. Einerseits setzte das Projekt auf nachgehende Information, z. B. mit einem Info-Tisch beim Africa-Cup, einem schon traditionellen Fußballturnier in Bremen, bei dem alljährlich Mannschaften verschiedener afrikanischer Länder gegeneinander spielen und das eine erhebliche Anzahl afrikanischer, zum Teil auch deutscher Fußballbegeisterter anzieht. Andererseits bildeten gezielte Informationsveranstaltungen einen Schwerpunkt, bei denen Gruppen aus bestimmten Herkunftsländern wie Togo, Kamerun oder Ghana angesprochen wurden. Auch in Gottesdiensten afrikanischer Gemeinden – 2006 anlässlich eines zentralen afrikanischen Gottesdienstes auf dem Bremer Marktplatz – wurden Informationen zu HIV und Aids vermittelt.

2006 testete das Projekt eine spezifisch afrikanische Veranstaltungsform in Gestalt einer Trommelaktion. An einem bei Afrikanerinnen und Afrikanern beliebten Treffpunkt wurde ein Konzert mit vier Trommlern aus verschiedenen Ländern Schwarzafrikas gegeben. In den Pausen verteilte das Projektteam Kondome und Informationsmaterial und nutzte die Zeit für persönliche Gespräche. Die Erfahrungen waren gemischt: Viele der Anwesenden nahmen Kondome und Informationsmaterial gern entgegen, andere zogen sich zurück, offenbar aus Angst, selbst als HIV-Infizierte angesehen zu werden (Gesundheitsamt 2008, 62).

Insbesondere 2007 wurden die Projektaktivitäten auf „Afroshops“, Friseurläden und Call-Center ausgeweitet. Die Verteilung von Informationsmaterialien und Kondomen an diesen Orten bewährte sich. Die meisten männlichen Besitzer dieser Läden unterstützten das Projekt. Nach Angaben des Projektteams rufen einige von ihnen inzwischen von sich aus in der Beratungsstelle an, wenn in ihren Auslagen die Kondome zu Ende gehen (Gesundheitsamt 2008, 61). Die Besitzerinnen reagierten anfänglich nicht so offen. Häufiger als die Männer befürchteten sie, dass ihr Laden als Sexshop verschrien werden könnte, wenn sie sich beteiligen. Erst allmählich gelang es dem Afrika-Projekt, diese Sorge zu zerstreuen.

Erfolgreiche Ansätze

Die Erfahrungen mit diesem Projekt zeigen zweierlei. Zum einen setzt die Arbeit für Integration und Tabubruch an zwei Punkten an: Sie richtet sich an die einheimische Gesellschaft, um das Tabu des „Fremden“ zu brechen, und sie richtet sich an die Migrant(inn)en, um die Tabuisierung des Themas HIV/Aids zu durchbrechen. Zum andern ist die Einbeziehung qualifizierter Migrantinnen und Migranten seit Jahren eine fast schon stereotype Forderung in Veröffentlichungen und Diskussionen. Das Bremer Afrika-Projekt illustriert die Notwendigkeit dieser Ansätze und die Erfolge, die damit erzielt werden können. Die Arbeit des afrikanischen Projektmitarbeiters mit der Zielgruppe erwies sich als wesentlicher Faktor der Vertrauensbildung. Die AIDS/STD-Beratungsstelle des Gesundheitsamtes konnte hier die Aufgabe eines „institutionellen Mentoring“ übernehmen und hervorragend erfüllen; dem afrikanischen Kollegen wurde weitgehend die Gestaltung der Projektarbeit überlassen. Sein afrikanisch geprägter Umgang mit den Angehörigen der Zielgruppe erleichterte die Gesundheitskommunikation, und die einheimischen Mitglieder des Projektteams profitierten ebenfalls von der Zusammenarbeit mit ihm: Integration ist eine beiderseitige Angelegenheit.

Ein weiterer Bestandteil des Projekts war der Einsatz von Multiplikator(inn)en. Wohnortwechsel, längere Auslandsaufenthalte und Ähnliches bewirkten in dieser Hinsicht eine unvermeidbare Fluktuation. Multiplikator(inn)en sind aber neben der direkten Beteiligung von Migrant(inn)en immens wichtig: Sie sorgen für die Verankerung solcher Projekte in der Zielgruppe und für die Vertiefung und Streuung der Information. Es fiel dem Projekt nicht leicht, Ersatz für ausgefallene Multiplikator(inn)en zu finden. Die verschiedenen Herkunftsgruppen sind hinsichtlich ihrer sprachlichen, religiösen und kulturellen Hintergründe sehr heterogen. Multiplikator(inn)en müssen der Gruppe angehören, auf die die Arbeit jeweils abzielt. Sie müssen sogar aus den Regionen und dazu aus den Religionen stammen, die zahlenmäßig am stärksten vor Ort vertreten sind. Darüber hinaus sollten sie als einflussreiche Mitglieder ihrer Herkunftsgruppe gelten (Afrika-Projekt 2008).

Eine weitere Schwierigkeit ist die religiöse Vielfalt der schwarzafrikanischen Bevölkerungsgruppe. Allein in Bremen existieren bis zu 30 ausschließlich „charismatisch“ orientierte afrikanische Kirchengemeinden, während in anderen Städten wie z. B. Hamburg auch lutherisch orientierte zu finden sind. Die Ursprünge der afrikanischen charismatischen Bewegung liegen in der sogenannten Pfingstbewegung Anfang des 20. Jahrhunderts, vergleichbar mit den wiedererweckten Christen in den USA. Charismatische Kirchen sind in den Herkunftsländern afrikanischer Migrant(inn)en sehr stark vertreten. Ihre religiöse Auffassung gründet auf einer strikten Bibelauslegung. Praktizierte Homosexualität, außerehelicher Geschlechtsverkehr, Abtreibung und Alkohol werden abgelehnt. Aids wird mit Homo-

sexualität und Prostitution gleichgesetzt. Sowohl das Ansinnen, im Gottesdienst Informationsmaterial über HIV/Aids zu verteilen, als auch Multiplikator(inn)en für diese Arbeit zu gewinnen, erfordert beharrliche und geduldige Überzeugungsarbeit vor allem mit den Geistlichen der Gemeinden. Auf relativ geringe Schwierigkeiten bei der Suche nach Multiplikator(inn)en stieß der afrikanische Projektmitarbeiter allein bei Studierenden, die sich der Auseinandersetzung mit HIV/Aids am ehesten öffneten. Es gelang, aus dieser Gruppe jeweils eine Frau aus Kamerun und aus Ghana sowie einen Mann aus Togo für die Mitwirkung zu motivieren, die ab Oktober 2007 ihre Arbeit aufnahmen und bis dahin ausgefallene Unterstützer ersetzen konnten.

Inzwischen ist das Afrika-Projekt in den afrikanischen Communities Bremens ebenso wie im medizinischen Versorgungssystem gut bekannt. Der Grad der Sensibilität für die HIV/Aids-Problematik konnte in den Communities und bei ihren Schlüsselpersonen wie Pastoren und Vorsitzenden afrikanischer Vereine beträchtlich erhöht werden. Aufgrund des Erfolges wurde das Projekt 2008 im Rahmen des Bundeswettbewerbs „Aidsprävention – Neue Wege sehen, neue Wege gehen“ der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, des Bundesgesundheitsministeriums und des Verbandes privater Krankenversicherungen ausgezeichnet. Der breit gewählte Ansatz des Projekts, die Zielgruppe über Feste, Gottesdienste, Diskotheken, Afro-Shops, Turniere und Afro-Märkte zu erreichen, zeigt nach Ansicht der Jury, wie weit kultursensible Strategien gehen können (Pressemitteilung 2008). Es bleibt zu hoffen, dass die wissenschaftliche Evaluation des Afrika-Projekts durch die Universität Oldenburg den positiven Eindruck bestätigen und für die fundierte Diskussion der Projektarbeit auch außerhalb Bremens sorgen wird.

Literatur

Afrika-Projekt 2008

Afrika-Projekt: Abschlussbericht. Bremen: Unveröffentlichtes Manuskript 2008

Arendt 1960

Arendt, H.: *Vita activa*. Stuttgart: Kohlhammer 1960

Beck-Gernsheim 1999

Beck-Gernsheim, E.: Juden, Deutsche und andere Erinnerungslandschaften. Im Dschungel der ethnischen Kategorien. Frankfurt: Suhrkamp 1999

Gesundheitsamt 2006

Gesundheitsamt Bremen: Zur Arbeit der AIDS/STD-Beratung. Ein Blick auf die Jahre 2003–2004. Bremen: Selbstverlag 2006

Gesundheitsamt 2008

Gesundheitsamt Bremen: Prävention – Beratung – Versorgung. Die AIDS/STD-Beratung 2005–2007. Bremen: Selbstverlag 2008

Habermas 1998

Habermas, J.: Faktizität und Geltung. Beiträge zur Diskurstheorie des Rechts und des demokratischen Rechtsstaats. Frankfurt: Suhrkamp 1998

Keiser u. a. 2008

Keiser, O./Orrell, C./Egger, M./Wood, R./Brinkhof, M. W. G./Furrer, H./van Cutsem, G./Ledergerber, B./Bouille, A./Swiss HIV Cohort Study (SHCS)/International Epidemiologic Databases to Evaluate AIDS in Southern Africa (IeDEA-SA): Public-health and individual approaches to antiretroviral therapy: township South Africa and Switzerland compared. In: *PLoS Medicine*, 5(7), e148

Pressemitteilung 2008

Pressemitteilung unter <http://www.gib-aids-keine-chance.de/aktionen/bundeswettbewerb/gewinner-nominierte/gewinner4.php>

RKI 2007

Robert Koch-Institut: *Epidemiologisches Bulletin*, Sonderausgabe B. Berlin: Selbstverlag 2007

Sellier u. a. 2006

Sellier, P./Clevenbergh, P./Ljubicic, L./Simoneau, G./Evans, J./Delcey, V./Diemer, M./Bendenoun, M./Mouly, S./Bergmann, J.-F.: Comparative Evaluation of Adherence to Antiretroviral Therapy in Sub-Saharan African Native HIV-Infected Patients in France and Africa. In: *Clinical Infectious Diseases*, 43(5), 654–657

HIV als Abschiebungshindernis

39

Antje Sanogo und Peter Wiessner

Seit einigen Jahren beobachten wir eine verschärfte Handhabung des Ausländerrechts, insbesondere der Abschiebep Praxis: Immer mehr HIV-positive Migrant(inn)en mit einer behandlungsbedürftigen HIV-Infektion sind von Abschiebung in ihr Herkunftsland bedroht, und es häufen sich Fälle, in denen die Abschiebung auch vollzogen wird. Abschiebungen werden mitunter auch dann durchgesetzt, wenn nicht sicher geklärt ist, ob die in Deutschland begonnene HIV-Therapie im Herkunftsland fortgeführt werden kann und für alle, die sie brauchen, zugänglich ist. Für chronisch Kranke bedeutet dies ein erhebliches Maß an Unsicherheit und für die Arbeit der Aidshilfen eine große Herausforderung.

Zwei Fälle zur Verdeutlichung:

- » Im Mai 2004 wurde ein HIV-positiver Mann aus Hamburg in sein Herkunftsland Togo abgeschoben. Seine HIV-Infektion stellte weder aus Sicht der Behörden noch aus Sicht der Gerichte ein Hindernis dafür dar. Man argumentierte, dass es in Togo sowohl auf HIV spezialisierte Hilfsorganisationen als auch Behandlungsmöglichkeiten gebe. Die Abschiebung erfolgte, obwohl zu diesem

Zeitpunkt bekannt war, dass in Togo laut UNAIDS nur 0,13 % der Behandlungsbedürftigen Zugang zu HIV-Medikamenten hatten.¹

- » Im Januar 2007 informierte die AIDS-Hilfe Hamm e. V. über die Abschiebung einer kenianischen Klientin, die infolge der Trennung von ihrem deutschen Ehemann ihren Aufenthaltstitel verloren hatte. Auch hier wurde argumentiert, es gebe in ihrem Herkunftsland Behandlungsmöglichkeiten, die auch grundsätzlich zugänglich seien. Kurze Zeit nach ihrer Abschiebung kam es in Kenia zu schweren Unruhen, sodass davon ausgegangen werden musste, dass die angeblich vorhandene medizinische Versorgung spätestens zu diesem Zeitpunkt zusammengebrochen war.²

Es ist nur schwer zu ertragen, wenn die zuständigen Behörden kein Abschiebehindernis feststellen und eine Gefahr für das Leben der Betroffenen pauschal verleugnen – dies umso mehr, wenn belegt ist, dass es im Herkunftsland keine Behandlungsmöglichkeiten gibt oder der Zugang zu ihnen stark eingeschränkt ist. Wie die deutschen Asylbehörden und Gerichte bei der Feststellung von Abschiebungshindernissen zu ihren Beurteilungen kommen und wie Aidshilfen die Interessen der von Abschiebung Bedrohten besser vertreten können, wollen wir im Folgenden darstellen.

40

Feststellung von Abschiebungshindernissen – Rechtsweg

Das Aufenthaltsgesetz (AufenthG) legt fest, dass Ausländer ohne gültigen Aufenthaltstitel sich illegal in Deutschland aufhalten und zur Ausreise verpflichtet sind. Kommen sie dieser Ausreisepflicht nicht freiwillig nach, erfolgt die Abschiebung. Eine Abschiebung in das Herkunftsland ist jedoch untersagt, wenn dort Folter, Todesstrafe, unmenschliche bzw. erniedrigende Bestrafung sowie Gefahr für Leib und Leben drohen.³ Das Vorliegen einer schweren Erkrankung, z. B. eine chronische HIV-Infektion, kann ein Abschiebungshindernis darstellen, wenn aufgrund fehlender Behandlungsmöglichkeiten im Herkunftsland eine Gefahr für Leib und Leben besteht.

Wird in Deutschland ein Antrag auf Asyl gestellt, überprüft das Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (BAMF), ob aufgrund der HIV-Infektion ein Abschiebungshindernis vorliegt, wenn dies von den Betroffenen im Rahmen der Anhörung zu ihren Fluchtgründen vorgetragen wird. Stellt das BAMF weder eine Asylberechtigung noch das Vorliegen von Abschiebungshindernissen fest, können die Betroffenen beim zuständigen Verwaltungsgericht dagegen klagen; dieses überprüft dann die Entscheidung des BAMF auf ihre Rechtmäßigkeit. Kommt auch das Verwaltungsgericht zu dem Ergebnis, dass keine Abschiebungshindernisse vorlie-

1 *vgl. Presseinformation der Flüchtlingsräte und AIDS-Hilfen in Schleswig-Holstein, Niedersachsen und Hamburg vom 7. Mai 2004*

2 *vgl. <http://www.plusnews.org> vom 28. April 2008*

3 *vgl. § 60 Abs. 2 bis 7 AufenthG*

gen, ist nur noch ein Antrag auf Zulassung der Berufung an das zuständige Oberverwaltungsgericht möglich. Normalerweise kann man Beschlüsse und Urteile des Gerichts auch im verwaltungsrechtlichen Verfahren im Rahmen einer Berufung überprüfen lassen. Im Asylrecht ist dies jedoch nur möglich, wenn über eine rechtliche Sachfrage bisher noch nicht von einem Oberverwaltungsgericht entschieden wurde und die Sachfrage eine über das eigentliche Asylverfahren hinausgehende Bedeutung hat. Auch bei Verfahrensmängeln kann eine Berufung zugelassen werden, doch erfahrungsgemäß geschieht dies nur selten.

Zur Ausreise kann ebenso verpflichtet werden, wer sein auf einer anderen rechtlichen Grundlage gewährtes Aufenthaltsrecht verloren hat. Ist die betroffene Person HIV-positiv, kann die Feststellung eines HIV-bedingten Abschiebungshindernisses bei der zuständigen Ausländerbehörde beantragt werden. Diese ist zwar verpflichtet, eine Stellungnahme des BAMF einzuholen, entscheidet jedoch selbstständig.⁴ Lehnt sie die Feststellung eines Abschiebungshindernisses ab, kann auch hiergegen beim Verwaltungsgericht geklagt werden.

Wurden bis zum endgültigen Abschluss eines Verfahrens keine Abschiebungshindernisse festgestellt, ist die betroffene Person ausreisepflichtig und kann abgeschoben werden. Wenn sich aber der Gesundheitszustand nachträglich verschlechtert, kann die Wiederaufnahme des Verfahrens beantragt oder ein Folgeantrag auf Asyl gestellt werden.

In allen Phasen des Rechtswegs ist das *individuelle* Schicksal der betroffenen Person in den Mittelpunkt der Entscheidung zu stellen. Trotzdem kommt es bei bestimmten Fallkonstellationen immer wieder zu vergleichbaren Entscheidungen und ähnlichen Interpretationen der geltenden Gesetze, woraus eine mehr oder weniger einheitliche Rechtsprechung der Verwaltungsgerichte resultiert. An deren Rechtsprechung orientiert sich dann wiederum auch das BAMF.

Individuelle versus allgemeine Gefahr

Bei der Feststellung eines Abschiebungshindernisses wegen drohender Gefahr für Leib und Leben wird zwischen „individueller“ und „allgemeiner“ Gefahr unterschieden. Erstere bezieht sich auf eine einzelne Person, letztere auf die gesamte Bevölkerung oder eine bestimmte Bevölkerungsgruppe.⁵ Im Aufenthaltsgesetz ist festgelegt, dass „allgemeine Gefahren“ nur durch die Anordnung eines Abschiebungsstopps der Innenminister der Länder bzw. des Bundesinnenministers berücksichtigt werden können. Mit dieser Regelung wollte man wohl den Aufenthalt von Flüchtlingen aus Bürgerkriegs- und Krisenregionen so weit wie möglich einschränken.

⁴ vgl. § 72 AufenthG

⁵ vgl. § 60 Abs. 7 Satz 2 und 3 AufenthG

Die meisten Verwaltungsgerichte haben sich der Auffassung angeschlossen, dass eine Aids-Erkrankung in Ländern mit hoher HIV-Prävalenz – dies sind vor allem afrikanische Länder südlich der Sahara – als „allgemeine Gefahr“ einzustufen ist. In der Logik dieser Rechtsprechung droht der „Bevölkerungsgruppe“ der HIV-Positiven die Gefahr, an Aids zu sterben. Dementsprechend ist der Tod kein individuelles Schicksal mehr. Für HIV-infizierte Flüchtlinge aus solchen Ländern kann das Endstadium einer unbehandelten HIV-Infektion, der Ausbruch von Aids, folglich nicht zur Feststellung eines Abschiebungshindernisses führen – es sei denn, der Innenminister des jeweiligen Bundeslandes oder der Bundesinnenminister erlässt einen Abschiebungsstopp, was bisher allerdings noch nie der Fall war.

Herzlich willkommen in Absurdistan!

Gleichwohl sind Flüchtlinge mit HIV oder anderen chronischen Erkrankungen im Falle einer Abschiebung individuell von schweren Gesundheitsschäden, wenn nicht gar vom Tod bedroht, wenn antiretrovirale Therapien nicht zugänglich sind. Dies widerspricht dem Grundgesetz, das die Unversehrtheit von Leib und Leben garantiert – unabhängig davon, woher jemand kommt und wohin er geht⁶ und welcher Gruppe man ihn zuordnet. Dieser Widerspruch wird durch Anwendung einer sogenannten verfassungskonformen Auslegung der entsprechenden gesetzlichen Vorschriften aufgelöst: Ist ein Flüchtling aufgrund einer allgemein drohenden Gefahr (die ja kein Abschiebungshindernis darstellt) konkret und mit hoher Wahrscheinlichkeit in seinem Recht auf Unversehrtheit von Leib und Leben bedroht, kann seine Abschiebung trotzdem verboten werden. Das heißt im Falle HIV-positiver Flüchtlinge: Sie müssen nachweisen, dass sie bereits mit einer antiretroviralen Therapie begonnen haben, dass sie diese durch eine Abschiebung mit hoher Wahrscheinlichkeit abbrechen müssen und dass dadurch im Herkunftsland schwere gesundheitliche Folgen eintreten.

Zwei Fallbeispiele

Zu welch abenteuerlichen Ergebnissen diese Rechtsprechung führen kann, zeigen die Fälle von zwei Klienten der Münchner Aids-Hilfe: Die beiden Männer aus Burkina Faso mussten noch während des Asylverfahrens mit einer antiretroviralen Therapie beginnen. Das BAMF lehnte jedoch in beiden Fällen die Feststellung von Abschiebungshindernissen ab und berief sich dabei auf die oben dargestellte Rechtsauffassung, wonach Gefahren für Leib und Leben aufgrund eines Therapieabbruchs sämtlichen HIV-Positiven in Burkina Faso drohe. Eine extreme Gefahrenlage sei aufgrund der vorhandenen Behandlungsmöglichkeiten nicht gegeben. Im weiteren Verfahren vor dem Verwaltungsgericht sollte festgestellt werden, in-

wieweit es tatsächlich Behandlungsmöglichkeiten gibt, wozu eine Auskunft vom Auswärtigen Amt eingeholt wurde. Darin wurde ausgeführt, dass in Burkina Faso die HIV-Infektion zwar behandelt werden könne, Plätze für eine kostenlose Behandlung jedoch sehr rar seien und ein Rückkehrer aus dem Ausland kaum Chancen habe, einen solchen Platz zu bekommen.

In einem der beiden Fälle widersprach der zuständige Verwaltungsrichter der Rechtsauffassung, dass die Folgen einer HIV-Infektion eine allgemein allen HIV-Positiven drohende Gefahr sei. Er begründete dies unter anderem damit, dass es nicht Ziel der Gesetzgebung sein könne, durch die beliebige Bildung von Bevölkerungsgruppen den Flüchtlingsschutz auszuhebeln.⁷ Auf der Grundlage der Auskunft des Auswärtigen Amtes kam der Richter zu dem Ergebnis, die daraus resultierende Gefahr für Leib und Leben sei individuell, erheblich und konkret, weshalb ein Abschiebungshindernis vorliege.

Im zweiten Fall folgte ein anderer Richter desselben Verwaltungsgerichts jedoch der anderen Rechtsauffassung, obwohl ihm dieselbe Auskunft des Auswärtigen Amtes vorlag. Er führte aus, dass wegen der Gefahr, die der Bevölkerungsgruppe der HIV-Positiven im Herkunftsland allgemein drohe, kein individuelles Abschiebungshindernis festgestellt werden könne. Dies sei nur bei Feststellung einer „extremen“ Gefahr für Leib und Leben möglich. Die Auskunft des Auswärtigen Amtes war für den Richter nicht von Bedeutung. Seiner Meinung nach war der Flüchtling nicht auf eine kostenlose Behandlung angewiesen, da er in Deutschland gearbeitet habe und somit Geld angespart haben müsse, um davon seine Medikamente bezahlen zu können.⁸

Diese Beispiele verdeutlichen, dass es schon beinahe an Willkür grenzt, ob ein Abschiebungshindernis festgestellt oder abgelehnt wird. In diesen Verfahren geht es nicht vorrangig um den Schutz des Lebens oder der Gesundheit von Flüchtlingen. Vielmehr wird die Rechtsprechung von Erwägungen um die Begrenzung von Zuwanderung bestimmt.

Auskünfte zu den Behandlungsmöglichkeiten im Herkunftsland

Ob ein Abbruch einer bereits begonnenen Therapie droht, wird vor allem daran gemessen, ob die Medikamente im Herkunftsland vorhanden sind und der Flüchtling im Falle der Rückkehr diese auch finanzieren kann. Auskünfte über die Behandlungsmöglichkeiten in den Herkunftsländern von Migranten und Flüchtlingen spielen daher eine entscheidende Rolle in den Verfahren zur Feststellung von Abschiebungshindernissen.

⁷ vgl. Verwaltungsgericht München, Urteil M 21 K 03,51151 vom 28.9.2004

⁸ vgl. Verwaltungsgericht München, Beschluss M 21 S 05,60127 vom 18.7.2005

Auskünfte dieser Art bezieht das BAMF als Bundesbehörde im Wesentlichen über das Auswärtige Amt und damit über die Deutschen Botschaften. Sie sind immer wieder Gegenstand heftiger Kritik, weil sich häufig zeigt, dass die Situation in den Herkunftsländern nicht objektiv, sondern beschönigend bzw. verharmlosend dargestellt wird.

Zwei Beispiele

In einer Auskunft vom Juni 2004 verweist die Deutsche Botschaft in Äthiopien⁹ darauf, dass einige der einheimischen Botschaftsmitarbeiter HIV-infiziert seien und problemlos behandelt würden. Daraus wird die kühne Schlussfolgerung gezogen, die HIV-Therapie sei in Äthiopien allgemein für alle erhältlich.

Die Deutsche Botschaft in Togo berichtete 2004¹⁰, dass die Behandlung mit antiretroviralen Medikamenten zumindest in der Hauptstadt Lomé möglich sei. Auch erforderliche Laboruntersuchungen könnten durchgeführt werden. Außerdem wird auf die „Hilfsorganisation“ CAMEG Togo verwiesen, die HIV-Positiven verschiedene Dienstleistungen kostenlos anbiete. Nachforschungen ergaben, dass es sich dabei um einen Großhändler für generische Medikamente handelt, der im staatlichen Auftrag das öffentliche Gesundheitssystem mit Medikamenten versorgt.¹¹

Diese Beispiele verdeutlichen, dass die zur Beurteilung von Abschiebungshindernissen hinzugezogenen Auskünfte des Auswärtigen Amtes und der Deutschen Botschaften nicht objektiv sind. Im Mittelpunkt steht dabei vermutlich nicht das Wohl von Flüchtlingen, sondern der Abschiebewilligen staatlicher Organe.

Sterbeprognozen

Neben der entscheidenden Frage, ob Medikamente im Herkunftsland vorhanden sind, prüft das BAMF bzw. das Gericht, ob und wie schnell schwere Folgen für die Gesundheit eintreten könnten. Zur Klärung wird die CDC¹²-Klassifikation der HIV-Infektionsstadien hinzugezogen; laut einer internen Dienstanweisung des BAMF¹³ soll das Vorliegen einer extremen Gefahr für Leib und Leben verneint werden, wenn im Stadium B II unter einer antiretroviralen Therapie die Viruslast zurückgeht und die Zahl der Helferzellen wieder ansteigt. Dabei wird völlig igno-

⁹ Auskunft der Deutschen Botschaft in Addis Abeba vom 25.6.2004 an das Verwaltungsgericht Ansbach

¹⁰ Auskunft der Deutschen Botschaft in Lomé vom 12.3.2004 an das Verwaltungsgericht München

¹¹ Dass CAMEG keine Hilfsorganisation ist, zeigt schon der Name: *Centrale d'achat des médicaments essentiels et génériques* = Zentrale zum Einkauf essenzieller und generischer Medikamente. Siehe auch den vom Gesundheitsministerium Togos und der Weltgesundheitsorganisation (WHO) im Jahr 2004 erstellten Bericht „Das Gesundheitssystem des Landes“, wo es auf S. 22 heißt: „Die CAMEG, entstanden im September 1996, ist mit der Versorgung der Gesundheitseinrichtungen mit essenziellen Medikamenten für das gesamte nationale Territorium beauftragt“ (*Republique Togolaise, Ministère de la santé/Organisation Mondiale de la Santé: profil de système de santé de pays. Togo 2004, S. 22*).

¹² CDC = Centers for Disease Control and Prevention, eine dem US-amerikanischen Gesundheitsministerium unterstellte Behörde für die Bereiche Kontrolle von Infektionskrankheiten und Prävention

¹³ vgl. <http://www.proasyl.de/de/themen/asylrecht/dienstanweisungen-bamf> (letzter Zugriff: 6.4.2010)

riert, dass dieser Therapieerfolg nur Bestand haben kann, wenn die Behandlung weitergeführt wird.¹⁴

Um festzustellen, wie schnell ein HIV-positiver Flüchtling an Aids erkranken könnte, befragen die Richter gerne die behandelnden Ärzte, die dann möglichst genaue Prognosen angeben sollen: Stirbt der Patient ohne Therapie innerhalb von zwölf Monaten, oder könnte es sich länger hinziehen? Worauf es dabei ankommt: Je länger es dauert, desto weniger konkret ist die Gefahr. Und je weniger konkret die Gefahr, desto unwahrscheinlicher die Feststellung eines Abschiebungshindernisses.

Aus der Abschiebe-Trickkiste: Kostenübernahme-Erklärungen für Medikamente

Die Ausländerbehörden und das BAMF greifen zu immer neuen Tricks, um Abschiebungen zu beschleunigen. So werden neuerdings für die im Herkunftsland benötigten Medikamente zeitlich begrenzte Kostenübernahme-Erklärungen abgegeben. Dies erklärt sich durch die oben beschriebene Rechtsauffassung: Um dem im Grundgesetz garantierten Recht auf Unversehrtheit von Leib und Leben zu entsprechen, muss die Verletzung dieses Rechts in zeitlicher Nähe zur Abschiebung liegen, um ein Abschiebungshindernis darzustellen. Durch die Kostenübernahme-Erklärung wird versucht, den zeitlichen Abstand zwischen Abschiebung und möglicher Aids-Erkrankung zu vergrößern. Gelingt dies, besteht auch kein Abschiebungshindernis mehr: Der Betroffene ist dann ja im Herkunftsland versorgt.

Dieser Auffassung sind die Verwaltungsgerichte bisher jedoch (noch) nicht gefolgt. Die Absicht, mit Geldmitteln Abschiebungshindernisse zu beseitigen, bewerten einige Richter sogar als sittenwidrig. Insbesondere wird bezweifelt, dass die Maßnahme überhaupt organisiert werden kann. Die verantwortlichen Behörden konnten bisher auch nicht darlegen, in welcher Höhe die Kosten für Medikamente übernommen werden und wie das Geld zu den Betroffenen kommen soll. Außerdem wurde nicht berücksichtigt, wie das Geld für notwendige Laboruntersuchungen aufgebracht werden soll. Dass die erklärte Übernahme von Medikamentenkosten eher taktischer Natur ist, zeigt die Zusage des thüringischen Innenministeriums: In einem Härtefallverfahren um das Bleiberecht eines HIV-positiven Togoers wurde nach erfolgter Abschiebung eine lebenslange Kostenübernahme für Medikamente in Aussicht gestellt.

¹⁴ vgl. Bundestagsdrucksache 16/6029: Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Ulla Jelpke, Petra Pau, Jan Korte, Kersten Naumann und der Fraktion DIE LINKE zur Entscheidungspraxis des Bundesamts für Migration und Flüchtlinge zum Abschiebungsschutz für HIV-Infizierte vom 9.7.2007, siehe unter <http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/16/060/1606029.pdf> (letzter Zugriff: 9.9.2009)

Bei den ersten Verfahren, in denen Kostenübernahmen verhandelt wurden, sagte man diese für einen Zeitraum von sechs Monaten zu. Nachdem die ersten Urteile bekannt wurden, die trotz erklärter Kostenübernahme ein Abschiebungshindernis feststellten, wurden die Zeiträume auf ein Jahr, manchmal sogar auf zwei Jahre verlängert. Es mutet wie beim Feilschen auf dem Markt an: Wie viel Geld braucht es, um ein Abschiebungshindernis auszuhebeln? Wie viel kostet das Leben eines Menschen?

Behandlungsmöglichkeiten in den Herkunftsländern

Weltweit benötigen 9,7 Millionen HIV-Positive antiretrovirale Therapien. Die meisten dieser Menschen leben in Ländern südlich der Sahara. Ende 2007 erhielten etwa drei Millionen HIV-Positive die benötigte Therapie, das ist ein knappes Drittel der Behandlungsbedürftigen. Ein umfassender Zugang zur HIV-Therapie („universal access“) wäre laut WHO dann erreicht, wenn 80 Prozent der Behandlungsbedürftigen Menschen die Therapie erhalten. Dieses Ziel soll bis 2010 erreicht sein. Die Zahl der Menschen, die eine antiretrovirale Therapie benötigen, wird in den nächsten Jahren jedoch weiter ansteigen. Zur Situation in den Ländern südlich der Sahara wird derzeit festgestellt, dass auf jeden HIV-Positiven, der mit der Therapie beginnt, zwei bis drei HIV-Neuinfektionen kommen. Die internationalen Hilfsorganisationen sind bereits an ihre finanziellen Grenzen gelangt. Die Mittel des Global Fund reichen gerade noch für die Weiterfinanzierung der laufenden Projekte. Eine Ausweitung der Programme ist derzeit fraglich.

46

Der Zugang zur antiretroviralen Behandlung schwankt von Land zu Land. Hinzu kommt ein Stadt-Land-Gefälle: Wenn in den Hauptstädten die Behandlung durch entsprechende Projekte gesichert ist, gilt dies noch lange nicht für die ländlichen Gebiete. Hinzu kommt, dass preiswerte bzw. subventionierte Medikamente in einigen Ländern nicht kontinuierlich verfügbar sind. In den staatlichen Behandlungsprogrammen kommt es immer wieder zu Unterbrechungen in der Versorgungskette. So wurde Ende 2003 aus Nigeria berichtet, dass die Medikamente ausgegangen waren – die Regierung hatte vergessen, rechtzeitig den Nachschub zu bestellen. In der Folge mussten die Betroffenen unfreiwillige Therapiepausen einlegen. Ähnliches ereignete sich in Côte d'Ivoire und in Simbabwe.

Erfahrungen aus der Aidshilfe-Arbeit zeigen, dass Versuche, mit Hilfsorganisationen in Kontakt zu kommen, die Behandlungsprogramme anbieten, regelmäßig scheitern. Das Hauptproblem abgeschobener Flüchtlinge besteht vor allem in den hohen Kosten für Medikamente und Laboruntersuchungen. Zwar sind die Preise für antiretrovirale Medikamente inzwischen stark gesunken, aber gemessen an den geringen Durchschnittseinkommen vieler Länder sind sie immer noch viel zu hoch. Und die in den letzten Jahren neu entwickelten nebenwirkungsär-

meren Präparate sind weiterhin teuer. In den Herkunftsländern der von uns betreuten Flüchtlinge muss für die Medikamente häufig weit mehr bezahlt werden, als durch das Auswärtige Amt und die Deutschen Botschaften berichtet wird.

Für abgeschobene Flüchtlinge ist oft nicht einmal geklärt, wie sie im Herkunftsland ihren Lebensunterhalt bestreiten sollen. Eine erzwungene Rückkehr, noch dazu mit einer unheilbaren Krankheit, birgt die Gefahr der Ausgrenzung aus der Gemeinschaft – auch deshalb, weil die Erwartungen des Familienverbandes enttäuscht wurden. In nicht wenigen Fällen muss damit gerechnet werden, dass das für die Ausreise geliehene Geld zurückgefordert wird. Die Schweizerische Flüchtlingshilfe schreibt dazu in einem Gutachten zu den Behandlungsmöglichkeiten in Nigeria: *„Wir machen darauf aufmerksam, dass RückkehrerInnen aus Europa auch in Nigeria immer mit extrem hohen Erwartungen konfrontiert sind. In der Regel wird erwartet, dass zurückkehrende Personen über umfangreiche finanzielle Mittel verfügen und sich sowie ihre Familien finanzieren können.“*¹⁵

Die nach einer Abschiebung zu erwartenden finanziellen Schwierigkeiten lassen eine HIV-Therapie und eine angemessene ärztliche Versorgung in vielen Fällen utopisch erscheinen.

Unterstützung im Einzelfall

Um in einem Verfahren zur Feststellung von Abschiebungshindernissen erfolgreich zu sein, benötigen HIV-positive Flüchtlinge häufig Unterstützung. Aidshilfen können die Betroffenen an einen im Asylrecht spezialisierten Rechtsanwalt weiterverweisen und während des Verfahrens die psychosoziale Begleitung übernehmen.

Flüchtlinge und ihre Berater/innen sollten darauf vorbereitet sein, dass sich das Verfahren über mehrere Jahre hinziehen kann. Die Unsicherheit über seinen Ausgang kann sich auf die körperliche und seelische Gesundheit der Betroffenen auswirken. Während des Verfahrens sind sie oft verpflichtet, in Gemeinschaftsunterkünften für Asylbewerber in Mehrbettzimmern zu leben, und erhalten nur eingeschränkte Leistungen zum Lebensunterhalt nach dem Asylbewerberleistungsgesetz. Diese bestehen – bis auf 40,90 € Bargeld – in Sachleistungen, die in der Regel in Form von Lebensmittelpaketen ausgegeben werden. All dies ist zu berücksichtigen, wenn gemeinsam überlegt wird, ob gegen die Ablehnung eines Abschiebungshindernisses Klage beim Verwaltungsgericht erhoben und alle Rechtsmittel bis zur höchstmöglichen Instanz ausgenutzt werden sollen.

Häufig geben HIV-positive Flüchtlinge in ihrem Asylverfahren nicht an, dass sie infiziert sind. Deshalb sollte bei einem ablehnenden Bescheid des BAMF unbedingt darauf geachtet werden, ob die HIV-Infektion bereits ins Verfahren ein-

¹⁵ vgl. Schweizerische Flüchtlingshilfe: Nigeria: Behandlungsmöglichkeiten für Personen mit HIV/AIDS. Gutachten der SFH-Länderanalyse vom 12.07.2006

gebracht wurde. Falls nicht, muss dies bei der Vorbereitung des Verfahrens beim Verwaltungsgericht erfolgen.

Die Klage vor dem Verwaltungsgericht ist aus unserer Erfahrung der wichtigste Verfahrensschritt. Wie bereits ausgeführt, kann gegen die Ablehnung von Abschiebungshindernissen durch das Verwaltungsgericht nur noch schwer vorgegangen werden. Im verwaltungsgerichtlichen Verfahren sollten so früh wie möglich Informationen von unabhängigen Organisationen über die Behandlungsmöglichkeiten in den Herkunftsländern zur Verfügung stehen. Häufig muss man mit Nachdruck darauf drängen, dass diese Informationen beim Verwaltungsgericht zur Kenntnis genommen werden, denn das BAMF wie auch die Richter ziehen lieber die Auskünfte des Auswärtigen Amtes und der Deutschen Botschaften heran. Es ist bereits in mehreren Fällen gelungen, durch die Vorlage fundierter Auskünfte aus unabhängiger Quelle doch noch die Feststellung eines Abschiebungshindernisses zu erreichen. Bewährt hat sich dabei die Erstellung von Kostenrechnungen zu den benötigten Medikamenten im Herkunftsland.¹⁶ Um diese selbst recherchierten Auskünfte erfolgreich in ein verwaltungsgerichtliches Verfahren einbringen zu können, empfiehlt sich eine enge Zusammenarbeit mit erfahrenen Rechtsanwälten.

48

Interessenvertretung durch die Deutsche AIDS-Hilfe (DAH)

Es gehört zum Selbstverständnis der Aidshilfe, sich dafür einzusetzen, dass HIV-positive Menschen ihre Rechte wahrnehmen können und Zugang zu medizinischer Versorgung erhalten. Die Unterstützung HIV-positiver und von Abschiebung bedrohter Migrantinnen und Migranten stellt freilich eine große Herausforderung dar. Grundsätzlich sollte der DAH-Dachverband sich stärker mit Strukturen und Vereinen vernetzen, die von und für Migranten geschaffen wurden, wie z. B. Migrantenvereine, Flüchtlingshilfen oder Gesundheits- und Sozialberatungsstellen: Einerseits ließen sich die Ressourcen dieser Netzwerke für die Interessen HIV-positiver Migranten nutzen, andererseits könnten ihre Mitarbeiter/innen für die spezifischen Probleme dieser Klientel sensibilisiert werden.

Angesichts der oft verharmlosenden oder beschönigenden Auskünfte des Auswärtigen Amtes und der Deutschen Botschaften über die Situation in den Herkunftsländern und angesichts der Bedeutung, die unabhängige Informationen für den Ausgang von Verfahren zur Feststellung von Abschiebungshindernissen haben, sollte die DAH als Fachverband die verantwortlichen Politiker/innen ansprechen. Vorstellbar wären hier z. B. Fortbildungen zur antiretroviralen Therapie im Allgemeinen und in den Entwicklungsländern im Besonderen für jene Mitarbei-

¹⁶ Gut geeignet dafür ist die Liste „Untangling the web of antiretroviral price reductions“ der Ärzte ohne Grenzen, die im Internet unter <http://www.msfaaccess.org> zum Download bereitsteht.

ter/innen des Auswärtigen Amtes, die für die Erstellung entsprechender Berichte zuständig sind. Außerdem sollte die DAH Gutachten erstellen (lassen), in denen dargestellt wird, welche Anforderungen an eine antiretrovirale Therapie zu stellen sind und welche Kriterien in den Herkunftsländern erfüllt sein müssen, um von einem allgemeinen Zugang zur HIV-Therapie sprechen zu können. Im oben geschilderten Fall des togoischen Flüchtlings in Thüringen hat die DAH bereits ein solches Gutachten erstellt, das auch bei Flüchtlingshilfe-Organisationen Beachtung gefunden hat.

In jedem Fall erfordert die Arbeit mit HIV-positiven Migranten und Migrantinnen eine intensive Auseinandersetzung mit den rechtlichen, aber auch psychosozialen Aspekten des Themas „Abschiebung“. Zu berücksichtigen ist, dass ein unsicherer Aufenthaltsstatus den gesamten Lebensalltag der Betroffenen überschattet. Die damit verbundenen Belastungen können schwere gesundheitliche Folgen haben. Letztlich stellt eine Rechtsprechung, welche die HIV-Infektion als Abschiebehindernis quasi abschafft, das Recht auf den Schutz von Gesundheit und Leben in Frage. Mit Recht erwarten die von Abschiebung bedrohten Klientinnen und Klienten von ihrer Aidshilfe, dass sie sich für ihre Belange einsetzt.

Aufenthaltssicherung durch Ehe oder Lebenspartnerschaft

Antje Sanogo und Peter Wiessner

Rechtliche Situation

Artikel 6 des Grundgesetzes stellt Ehe und Familie unter den besonderen Schutz des Staates. Daraus ergibt sich unter anderem, dass ausländische Ehepartner/innen oder eingetragene Lebenspartner/innen einen Rechtsanspruch auf Aufenthalt in Deutschland haben. Dieser ist geregelt in § 28 des Aufenthaltsgesetzes (AufenthG).

Das Aufenthaltsrecht hängt zunächst vom Bestand der Ehe oder eingetragenen Lebenspartnerschaft in Deutschland ab. Ein eigenständiges Aufenthaltsrecht wird gemäß § 31 AufenthG erst nach zwei Jahren zuerkannt, kann aber laut einer Härtefallregelung bereits früher erteilt werden, wenn die Aufrechterhaltung der Ehe/Partnerschaft und auch die Rückkehr ins Herkunftsland für den ausländischen Partner unzumutbar sind. Diese Regelung, die vor allem Ausländerinnen vor Gewalt schützen soll, wird allerdings sehr restriktiv gehandhabt. Das heißt, dass es oft erst zu massiver körperlicher Gewalt kommen muss, bevor sie zur Anwendung kommt.

Eine Aufenthaltserlaubnis berechtigt Ausländer/innen, in Deutschland erwerbstätig zu werden. Außerdem haben sie Anspruch auf Leistungen nach Sozialgesetzbuch II und XII, deren Bezug sich nicht auf ihr Aufenthaltsrecht auswirkt, sowie auf Familienversicherung bei der gesetzlichen Krankenkasse des (Ehe-)Partners.

Die Zuwanderung durch Eheschließung oder Verpartnerung wird seitens des Staates seit je argwöhnisch beobachtet, wobei es ihm in erster Linie darum geht, einem Missbrauch dieses Grundrechts vorzubeugen. Die Folge ist seine schleichende Aushöhlung, was an den verschiedenen Maßnahmen zur Vermeidung sogenannter Scheinehen sichtbar wird. Um herauszufinden, ob mit der Ehe lediglich der Aufenthalt des Partners oder der Partnerin gesichert oder, laut Amtsdeutsch, eine „eheliche Lebens- und Beistandsgemeinschaft“ geführt werden soll, scheuen sich die Behörden nicht, in die Privatsphäre mündiger Bürger/innen einzudringen. Sie befragen z. B. die Partner getrennt voneinander zu Details ihrer Beziehung oder wollen von den Nachbarn wissen, ob der ausländische Partner tatsächlich mit in der Wohnung lebt. Immer häufiger führen die Ausländerbehörden auch unangekündigte „Hausbesuche“ durch, um das Vorhandensein eines gemeinsamen Wohnsitzes zu überprüfen. Darüber hinaus wird von ausländischen Partner(inne)n seit Sommer 2007 bereits vor ihrer Einreise nach Deutschland der Nachweis einfacher Deutschkenntnisse verlangt, wodurch das Verfahren zur Erlangung eines Visums zum Familiennachzug noch weiter in die Länge gezogen wird. Die dadurch erzwungene räumliche Trennung über Monate und manchmal sogar Jahre wird billigend in Kauf genommen.

Macht und Ohnmacht

Binationale Partnerschaften sind auch nach geglückter Einreise des ausländischen Partners mit zahlreichen Problemen konfrontiert. Aufgrund der rechtlichen Situation stehen sie unter dem Druck, nach außen hin eine funktionierende Beziehung darzustellen. Zweifel an den Motiven des Paares können nämlich – vor allem in den ersten zwei Jahren – für den ausländischen Partner ernste Folgen haben. Von Ärger und Stress bei der Verlängerung der Aufenthaltserlaubnis über unangekündigte Besuche von Behördenmitarbeitern bis hin zur Anordnung der Ausreise ist alles möglich. Aber auch in der Beziehung kann es zu Konflikten kommen, auch und gerade aufgrund der aufenthaltsrechtlichen Situation, durch die der deutsche Partner ein beträchtliches Machtpotenzial erhält. Hinzu kommt, dass der ausländische Partner zumindest anfangs noch viel Orientierungshilfe und Unterstützung braucht, vor allem bei den Behörden oder bei der Arbeitssuche.

Möglich sind z. B. folgende Paarsituationen:

- » Grund für die Eheschließung/Verpartnerung ist für beide nur die Erlangung des Aufenthaltsrechts. Sie haben sozusagen ein Abkommen getroffen, dass sie

die zwei Jahre möglichst freundschaftlich miteinander verbringen wollen und dann jeder seiner Wege geht – was funktionieren kann. Es kann aber auch passieren, dass man nicht miteinander auskommt und beiderseitige Erwartungen wie Dankbarkeit oder Großzügigkeit nicht erfüllt werden.

- » Der ausländische Partner heiratet/verpartnert sich einzig aus aufenthaltsrechtlichen Gründen, spielt für zwei Jahre die Rolle des Liebenden und verlässt dann die Beziehung.
- » Der deutsche Partner wird von dem Gedanken geplagt, dass er nur als Mittel zum Zweck der Aufenthaltssicherung dient.
- » Der ausländische Partner fühlt sich missbraucht, weil er nicht gleichberechtigt ist oder sich benachteiligt fühlt: Er kann ja jederzeit weggeschickt werden. Er sieht sich gezwungen, alles zu tun, was von ihm verlangt wird, und traut sich nicht, eigene Bedürfnisse zu äußern.
- » Der deutsche Partner nutzt seine Machtposition aus und zwingt den anderen in eine sklavenähnliche Abhängigkeit.

Ein mit Vorurteilen behaftetes soziales Umfeld kann das Konfliktpotenzial noch steigern. Und nicht zuletzt gibt es immer auch Menschen, die bewusst oder unbewusst einen Partner wählen, der in der schwächeren Position ist oder, umgekehrt, der sie ausnutzen wird.

Wenn der ausländische Partner HIV-positiv ist, kann die Angst vor einem schnellen Ende der Ehe und damit dem Verlust des Aufenthaltsrechts dazu führen, dem deutschen Partner die HIV-Infektion zu verschweigen. Wird sie dennoch offengelegt, erwartet der (nichtinfizierte) Partner vielleicht erst recht Dankbarkeit, weil er nun ja ein noch größeres „Opfer“ bringen muss als ursprünglich gewollt. Kommt es dann auch noch zu einer HIV-Übertragung auf den Partner, können sich daraus gegenseitige Abhängigkeiten mit der Gefahr von psychischer und physischer Gewalt ergeben.

Psychosoziale Beratung der MAH für HIV-positive Migrant(inn)en

Unsere Beratungsstelle in der Münchner Aids-Hilfe (MAH) wird oft auch von Paaren aufgesucht, die sich in einer Beziehungskrise befinden und sich Hilfe erhoffen. Andere kommen mit sozial- oder aufenthaltsrechtlichen Fragen, hinter denen aber häufig Beziehungsdramen zu vermuten sind. Für Berater/innen können sich in diesen Fällen schwierige ethische Fragen stellen, denn was rät man z. B. einer Frau, die gegen das Aufenthaltsrecht ihres Ehemannes vorgehen möchte – der sie womöglich wissentlich mit HIV infiziert hat? Die folgenden Fallbeispiele sollen einen Einblick in die Beratung von Menschen geben, die zum Zweck der Aufenthaltssicherung geheiratet oder sich verpartnert haben.

Fallbeispiele

Auf die Straße gesetzt

Frau M. aus Ghana, 28 Jahre alt, erhielt vor kurzem ein positives HIV-Testergebnis und ist völlig verzweifelt, weil ihr Freund sie daraufhin auf die Straße gesetzt hat. Sie hatte ihn in Ghana kennengelernt und war nach Deutschland gekommen, um ihn hier zu heiraten, wobei es ihr wahrscheinlich nicht um Liebe ging. Vermutlich handelte es sich um eine Art „Deal“ zwischen den beiden: Er bekommt eine nette Frau und sie die Papiere. Er half ihr bei der Beantragung des dreimonatigen Einreisevisums – innerhalb dieser drei Monate muss geheiratet werden, andernfalls erlischt das Aufenthaltsrecht. In Deutschland angekommen, stellte sich heraus, dass sie für ihn als Prostituierte arbeiten sollte, wozu er sie dann auch zwang. Statt sie zu heiraten, sagte er ihr, sie solle doch Asyl beantragen. Im Rahmen des Asylantragsverfahrens wurde dann ihre HIV-Infektion festgestellt (in Bayern müssen sich Asylbewerber auf HIV testen lassen). Nachdem ihr Freund sie hinausgeworfen hatte, landete sie in der Münchner Erstaufnahmestelle für Asylbewerber. Wir organisierten für sie die medizinische Versorgung; eine Zeitlang musste sie auch in einer psychiatrischen Einrichtung behandelt werden. Gegen den Mann wurde schließlich ein Verfahren wegen Menschenhandels eingeleitet, das uns an unsere Grenzen brachte. Die Staatsanwaltschaft versuchte nämlich, die Aussagen der Frau unglaubwürdig zu machen: Sie habe ohnehin als Prostituierte gearbeitet und wolle nun „den armen Mann da mit hineinziehen“, hieß es. Wir waren entsetzt darüber, weil wir die Frau als ehrlich wahrnahmen. Das Verhalten des Mannes hat sie sehr enttäuscht: Sie habe erwartet, dass sich Deutsche an Abmachungen halten.

Kein anderer Weg in Sicht

Bei einem 24-jährigen rumänischen Stricher hatte man im Krankenhaus eine Tuberkulose und eine HIV-Infektion festgestellt. Nach der Behandlung kam er durch Vermittlung des Krankenhauses in unsere Beratungsstelle, weil seine Krankenversicherung und somit auch seine Versorgung zu klären waren. Er erzählte uns, ein Freier habe ihm angeboten, mit ihm eine eingetragene Partnerschaft einzugehen, wodurch er eine Arbeitserlaubnis und eine Krankenversicherung erhalten würde. Wir suchten nach einer Alternative, damit er sich nicht in Abhängigkeit begeben musste. Der junge Mann ist zwar Angehöriger eines EU-Mitgliedstaates und darf sich folglich auch in Deutschland aufhalten, sofern er eine Arbeit und Krankenversicherung hat. Andernfalls kann er, sollten die Behörden davon erfahren, sein Aufenthaltsrecht verlieren. Wir versuchten schließlich, für ihn eine Arbeitsgenehmigung zu bekommen – vergebens, weil Personen aus den neuen EU-Staaten diese nur dann erteilt wird, wenn es für den betreffenden Arbeitsplatz keine Bewerber mit deutscher Staatsangehörigkeit gibt. Was tun? Unser Klient sagte, er sei nicht

homosexuell und möchte später unbedingt eine Frau und Kinder haben. Wegen seines Gesundheitszustandes brauchte er jedoch dringend eine Krankenversicherung. Einen anderen Weg als den in die Abhängigkeit konnten auch wir für den jungen Mann nicht sehen.

Immer noch ein glückliches Paar

Eine etwa 25 Jahre alte Frau aus Westafrika war bereits seit geraumer Zeit Klientin der Beratungsstelle. Irgendwann erzählte sie uns, sie sei von ihrem deutschen Freund schwanger, der aber nichts von ihrer HIV-Infektion wisse. Sie hatte große Angst, mit ihm darüber zu sprechen, weil sie befürchtete, er würde sie dann nicht heiraten und sie das ersehnte Aufenthaltsrecht nicht bekommen. Andererseits drängte die Zeit, denn nach der Geburt des Kindes mussten die dann erforderlichen medizinischen Maßnahmen ja irgendwie erklärt werden. Außerdem halten Ärzte und Berater die Information des Partners auch aus ethischen und juristischen Gründen für geboten. Nach mehreren Beratungsgesprächen gelang es uns, der Frau die Angst zu nehmen: Sie hatte Vertrauen in die Rechtslage gefasst, wonach ein Kind mit deutscher Staatsangehörigkeit auch für die Mutter ein Aufenthaltsrecht garantiert. In einem moderierten Gespräch konnte man schließlich den Vater des Kindes über die HIV-Infektion seiner Partnerin informieren. Glücklicherweise war das Virus nicht auf ihn übertragen worden. Der Mann kam mit der Situation gut zurecht: Die beiden heirateten und sind, soweit uns bekannt ist, immer noch ein glückliches Paar.

Es ging nicht um Liebe

Eine kooperierende Beratungsstelle vermittelte an uns einen Mann aus Ostafrika, der bereits in mehreren europäischen Ländern mit verschiedenen Frauen Kinder hatte. Zu einem sicheren Aufenthalt war es nie gekommen, weil er immer wieder wegen verschiedener Delikte belangt worden war und auch in Deutschland bereits eine Haftstrafe verbüßt hatte. Nach einiger Zeit wurde bei Fallbesprechungen bekannt, dass er mit einer unserer Klientinnen, einer Deutschen, eine Liebesbeziehung begonnen hatte. Die Klientin schwebte im siebten Himmel und sprach von „der Liebe ihres Lebens“. Aufgrund unserer Erkenntnisse, die wir aus den Beratungsgesprächen mit dem Klienten gewonnen hatten, ahnten wir, dass es ihm um etwas anderes als um Liebe ging. Wir fragten uns: Sollen wir mit der Klientin sprechen? Was spricht aus fachlicher Sicht dafür und was dagegen? Wir entschieden uns, der Sache ihren Lauf zu lassen. Nach einiger Zeit deutete sich an, dass die Beziehung wohl scheitern würde, da der Klientin immer klarer wurde, dass der Mann nur seinen Aufenthalt sichern wollte.

Wichtig: Beratungsaufträge und Fallbesprechungen

Wie diese Beispiele erkennen lassen, kann es Berater(inne)n unter Umständen schwerfallen, das gebotene Maß an Zurückhaltung zu wahren, denn jeder macht sich „sein Bild“ von den Ratsuchenden und ihrer Beziehung. Problematisch wird das, wenn man sich auf eine Seite schlägt und Grenzen überschreitet: Durch ungefragte Einmischung können Konflikte in binationalen Partnerschaften verschärft werden. Wichtig ist es daher, klare Beratungsaufträge zu vereinbaren und sich an diese zu halten. Um nicht eigenen Vorurteilen zu erliegen, sind immer auch Fallbesprechungen mit den Kolleginnen und Kollegen ratsam. Wer sich als Berater/in zu sehr in einen Konflikt hineingezogen fühlt und die professionelle Distanz nicht mehr wahren kann, sollte über eine Beendigung der Beratungsbeziehung nachdenken.

HIV-Primärprävention für Migrant(inn)en als Aufgabe der Aidshilfen: ausgewählte Ergebnisse der PaKoMi-Befragung

57

Hella von Unger und Silke Klumb

Fast jede dritte neue HIV-Infektion in Deutschland betrifft eine Migrantin oder einen Migranten.¹ Da diese Infektionen nicht nur „mitgebracht“ werden, sondern auch hierzulande stattfinden, sollen Angebote der HIV-Primärprävention besser auf die Bedürfnisse von Migrantinnen und Migranten abgestimmt werden (RKI 2007). Wie lässt sich das erreichen? Und welche Rolle kommt den Aidshilfen dabei zu? Unser Beitrag wirft einen Blick auf die Geschichte der HIV-Primärprävention

¹ Seit 2001 erhebt das Robert Koch-Institut (RKI) bei allen Meldungen HIV-positiver Testergebnisse Informationen zu Herkunftsland und Infektionsland. So wissen wir, dass fast jede dritte Person, die neu mit HIV diagnostiziert wird, zugewandert ist (RKI 2010). Es gibt jedoch „Unschärfen“ im Verfahren (RKI 2009a: 205), und bei jedem fünften Bogen fehlt die Angabe zum Herkunftsland ganz: So wurden von 2001 bis Mitte 2009 in Deutschland 19,513 Menschen neu mit HIV diagnostiziert – aber nur bei 15.849 Meldungen (81%) lagen Angaben zum Herkunftsland vor (RKI 2009b). Darunter waren 4.984 Personen (31,5%) aus einem anderen Herkunftsland (was nach der Definition des RKI bedeutet, dass sie den größten Teil ihres Lebens in einem anderen Land verbracht haben; RKI 2009a: 205). Wichtig ist, bei dem Begriff Migrantin oder Migrant im Kontext von HIV-Prävention nicht nur an Menschen aus Subsahara-Afrika zu denken, sondern auch an Personen, die z. B. aus zentral- und osteuropäischen Ländern zuwandern. Auch bei den Übertragungswegen und HIV-Risiken von zugewanderten Personen ist eine große Vielfalt gegeben.

für Migrant(inn)en und geht der Frage nach, inwiefern die Aidshilfen diese als ihre Aufgabe ansehen. Wir stützen uns dabei auf Daten, die wir zu Beginn des PaKoMi-Projekts² erhoben haben.

Zunächst zur Ausgangsfrage: Wie lässt sich die HIV-Primärprävention besser auf die Bedürfnisse von Migrantinnen und Migranten³ abstimmen? Naheliegender wäre, sie verstärkt in die Primärprävention einzubeziehen, gemeinsam festzustellen, welche Bedürfnisse bestehen, und Maßnahmen zu entwickeln, die diesen Bedürfnissen (besser) entsprechen. Zielgruppen und Communities zu beteiligen und zu stärken, Menschen mit HIV/Aids einzubinden, Präventionsebenen zu verschränken und Verhalten und Verhältnisse zu verändern, um lebensweltnah Gesundheit zu fördern – dieses Vorgehen entspricht dem Konzept der „strukturellen Prävention“ der Aidshilfen (Etgeton 1998). In Bezug auf die HIV-Primärprävention bei Migrantinnen und Migranten ist die Umsetzung dieses „Erfolgsmodells“ (Rosenbrock 2007) jedoch weniger weit fortgeschritten als bei anderen Gruppen – und das nicht ganz ohne Grund.

Ein neues Arbeitsfeld mit Startschwierigkeiten

58

Die HIV-Primärprävention für Migrantinnen und Migranten ist ein Arbeitsfeld, das sich im Vergleich zu anderen Feldern der HIV-Prävention relativ spät entwickelt hat und zudem nicht unproblematisch ist. Migrant(inn)en wurden vielerorts erst mit einer gewissen Verzögerung – und unter Vorbehalten – zu Zielgruppen. Erste Programme und Maßnahmen wurden in Europa in den 1990er Jahren entwickelt, fast eine Dekade nach denen für andere Zielgruppen.⁴ Die historische Verzögerung hängt mit dem Infektions- und Migrationsgeschehen zusammen, aber auch mit den politischen und sozialen Rahmenbedingungen: der sozialen und rechtlichen Marginalisierung von Migrantinnen und Migranten, dem fehlenden politischen Willen und der Gefahr der Mehrfachstigmatisierung, die auch viele Engagierte zur Zurückhaltung bewog. Das Stigma von HIV/Aids⁵, die Konstruktion von „Risikogruppen“ und sich gegenseitig verstärkende Vorurteile werden auch von anderen Gruppen (wie z. B. schwulen Männern und

2 PaKoMi steht für „Partizipation und Kooperation in der HIV-Prävention mit Migrantinnen und Migranten“. Die wissenschaftliche Begleitung durch die Forschungsgruppe Public Health am Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB) wird gefördert durch das Bundesministerium für Gesundheit (BMG). Die Projektlaufzeit beträgt drei Jahre (11/2008–11/2011). Weitere Erläuterungen zum Forschungsprojekt auf Seite 60.

3 Die Begriffe „Migrantinnen und Migranten“ und „Menschen mit Migrationshintergrund“ werden in diesem Text gleichbedeutend benutzt. Gemeint sind Personen, die selbst oder deren Eltern zugewandert sind.

4 Während z. B. für schwule Männer und Drogengebraucher/innen seit Mitte der 1980er Jahren Strukturen und Angebote der HIV-Prävention aufgebaut wurden, gibt es migrationsspezifische Strukturen und Angebote erst seit Anfang der 1990er Jahre: So wurde z. B. 1991 AIDS & Mobility ins Leben gerufen. TAMPEP, das transnationale Aids/STD-Präventionsprojekt für und mit Migrantinnen und Migranten in der Sexarbeit, wurde 1993 gegründet (UNAIDS 2001, 33 f.; siehe auch Haour-Knipe/Rector 1996, 3).

5 Wir sprechen bewusst vom „Stigma von HIV/Aids“ (statt „Stigma HIV/Aids“), um auch sprachlich aufzuzeigen, dass es sich um eine soziale Konstruktion und Zuschreibung handelt.

Drogengebrauchenden ohne Migrationshintergrund) als sehr nachteilig erlebt. Migrant(inn)en sind jedoch sozial und rechtlich besonders verletzlich und können nicht nur ausgegrenzt, sondern in vielen Fällen auch ausgewiesen werden. Die Befürchtung, die thematische Verbindung von HIV/Aids und Migration könne die Fremdenfeindlichkeit verschärfen, trug mit dazu bei, dass man diese Verknüpfung vermied und Migrant(inn)en in Bezug auf HIV/Aids lange Zeit ignoriert und übermäßig beschützt wurden (Haour-Knipe u. a. [Hg.] 1996). Erschwerend kommt hinzu, dass der Begriff „Migrantinnen und Migranten“ sehr unterschiedliche Personengruppen aus verschiedenen Ländern mit je unterschiedlichen HIV-Risiken zusammenfasst. Angesichts der Heterogenität dieser „Gruppe“, die im sozialen Leben keine ist, kann nicht von den Migrant(inn)en als einer Zielgruppe der HIV-Primärprävention gesprochen werden. Auch die hieraus resultierenden konzeptionellen und praktischen Herausforderungen haben bisweilen eine lähmende Wirkung entfaltet.

Trotz dieser schwierigen Rahmenbedingungen hat sich seit den 1990er Jahren im Verband der Aidshilfen⁶ viel getan: Das Konzept der „interkulturellen Öffnung“ wurde diskutiert und angestrebt (DAH 2005a, VIA 2000), erste Studien zu interkultureller Beratung in Aidshilfen und zur Versorgung von Migrantinnen und Migranten mit HIV/Aids wurden durchgeführt (Döll 2000, Mohammadzadeh 2000), Fortbildungen wurden angeboten. Ein „Handbuch Migration“ wurde erstellt, in dem auch die Notwendigkeit einer sprachlich und kulturell angemessenen HIV-Primärprävention mit Migrant(inn)en dargelegt wurde (Narimani 1998). Einzelne Aidshilfen haben innovative Modellprojekte und Konzepte entwickelt, wie HIV/Aids-Prävention mit Migrant(inn)en kultur- und migrations-sensibel gestaltet werden kann: so etwa durch „Peer Involvement“ in Form von Gesundheitsdolmetscher(inne)n (DAH 2005b), Multiplikatoren-Fortbildungen (DAH 2003, DAH 2008), Community- und migrationspolitische Arbeit (Sano-go 2006) sowie lokale Vernetzung und Zusammenarbeit in der Flüchtlingsarbeit (DAH [Hg.] 2009)). Diese Erfahrungen sprechen dafür, dass die Aidshilfen – insbesondere in Zusammenarbeit mit anderen zivilgesellschaftlichen Akteuren, Migrantenselbstorganisationen sowie Einrichtungen des Sozial- und Gesundheitswesens – wichtige Beiträge zur HIV-Prävention für Migrant(inn)en leisten können. Oft fehlen jedoch die Ressourcen, es mangelt an Nachhaltigkeit, und die Zuständigkeit in den Kommunen und Bundesländern ist alles andere als klar. Eine Frage ist auch, wie Aidshilfen sich selbst in diesem Handlungsfeld verorten – verstehen sie die HIV-Primärprävention für Migrantinnen und Migranten als ihre Aufgabe? Diese Frage stellten wir in einer Befragung, die wir im Rahmen des PaKoMi-Projekts durchgeführt haben.

⁶ Aus Gründen der Lesbarkeit sprechen wir im Folgenden von den Mitgliedsorganisationen der Deutschen Aids-Hilfe e. V. als „Aidshilfen“ statt von Aidshilfe-Organisationen.

Das PaKoMi-Projekt

PaKoMi ist ein Projekt der Deutschen AIDS-Hilfe e.V. (DAH), das vom Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB) wissenschaftlich begleitet wird. Es zielt darauf ab, die Teilhabe (Partizipation) von Migrantinnen und Migranten und die Zusammenarbeit (Kooperation) verschiedener Anbieter und Einrichtungen in der HIV-Primärprävention für Migrant(inn)en zu fördern und zu untersuchen. Der Forschungsansatz ist partizipativ: Personen mit Migrationshintergrund aus den Zielgruppen und Communities und Mitarbeiter/innen von Aidshilfen und anderen Einrichtungen der HIV-Prävention und Gesundheitsförderung nehmen aktiv an der Forschung teil, übernehmen Forschungsaufgaben und bestimmen wesentliche Aspekte mit.⁷ Ziel ist es, gemeinsam zu lernen und Wissen zu schaffen, das dabei hilft, Partizipation und Kooperation in der HIV-Prävention bei Migrant(inn) zu fördern und die fördernden und hemmenden Bedingungen besser zu verstehen. In der praktischen Umsetzung umfasst das Projekt folgende Komponenten:

- 1) eine Befragung der DAH-Mitgliedsorganisationen, auf die wir uns hier beziehen,
- 2) die Durchführung und wissenschaftliche Begleitung von ausgewählten Praxisprojekten („partizipative Fallstudien“),
- 3) eine Workshopreihe zur Weiterbildung und
- 4) die gemeinsame Auswertung und Verwertung der Projektergebnisse.

Das Projekt wird von einem Beirat begleitet, in dem Lebensweltexpert(inn)en, Praktiker/innen und Wissenschaftler/innen vertreten sind.

Befragung der Aidshilfen

Um einen Überblick über die aktuellen Angebote, Formen der Teilhabe und Zusammenarbeit sowie die Erfahrungen und Einschätzungen der Aidshilfen in der Prävention für Migrant(inn)en zu gewinnen, haben wir im Frühjahr 2009 eine bundesweite Befragung der DAH-Mitgliedsorganisationen durchgeführt. Der Fragebogen wurde mit dem Projektbeirat abgestimmt und einem Pretest unterzogen. Im April wurden die Geschäftsführer/innen der 118 Mitgliedsorganisationen angeschrieben und gebeten, den Bogen auszufüllen – gegebenenfalls gemeinsam mit den vor Ort zuständigen Mitarbeitenden. 90 Aidshilfen haben den Fragebogen ausgefüllt (Rücklaufquote: 76 %). Die Daten wurden statistisch und inhaltsanalytisch ausgewertet.

⁷ Dieses Vorgehen steht in der Tradition der Aktionsforschung und wird in Nordamerika auch als „Community-based participatory research“ bezeichnet (Unger/Block/Wright 2007, Unger/Wright [Hg.] 2008). In Deutschland kommt dieser aktivierende und lebensweltnahe Forschungsansatz z. B. aktuell im Kontext der Partizipativen Qualitätsentwicklung in der Gesundheitsförderung und Prävention zum Einsatz (Wright/Block/Unger 2008, 2009).

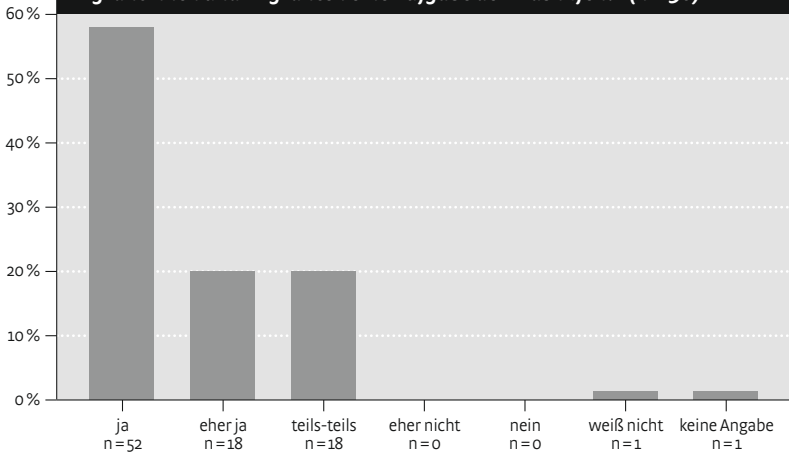
Unter den 28 Aidshilfen, die nicht an der Befragung teilgenommen haben, waren sowohl Einrichtungen, die keine Primärprävention machen (bzw. nicht in Deutschland), als auch solche, denen es an Zeit und Motivation zum Ausfüllen des Fragebogens fehlte. Deutlich wurde dies beim telefonischen Nachfassen zur Erhöhung des Rücklaufs: Viele Aidshilfen berichteten von einer sehr knappen personellen Ausstattung und einer Vielzahl von Forschungsanfragen, denen in der Regel keine hohe Priorität zugesprochen wurde. In manchen Aidshilfen galt dies auch für unsere Befragung: Sie haben sich entschieden, ihre begrenzten Ressourcen anderweitig einzusetzen. Ein weiteres Hindernis für die Teilnahme bestand dann, wenn der HIV-Primärprävention für Migrant(inn)en keine Relevanz in der Arbeit vor Ort zugemessen wurde.

Unter den 90 Aidshilfen, die an der Befragung teilgenommen haben, sind Einrichtungen aus allen Bundesländern: Die Hälfte ist in Städten mit 100.000–500.000 Einwohner(inne)n angesiedelt und jeweils ein Viertel in kleineren oder größeren Städten. Die personelle Ausstattung ist sehr unterschiedlich: Die kleinsten Aidshilfen werden auf rein ehrenamtlicher Basis betrieben, wohingegen die größten – vor allem solche mit professionellen Betreuungsangeboten – bis zu 120 hauptamtliche und bis zu 180 ehrenamtliche Mitarbeitende haben. Bei über der Hälfte der befragten Einrichtungen (58 %) gibt es mindestens eine/n Mitarbeiter/in mit Migrationshintergrund (ehrenamtlich, hauptamtlich oder geringfügig beschäftigt). Bei 54 % der Einrichtungen arbeiten Migrant(inn)en auch in der Prävention mit (allerdings überwiegend als Ehrenamtliche).

Selbstverständnis im Hinblick auf die Primärprävention

Im Fragebogen haben wir gefragt: „Ist die HIV-Primärprävention für Migrantinnen und Migranten eine Aufgabe der Aidshilfen?“ Dazu gab es vorformulierte Antwortmöglichkeiten (ja, eher ja, teils-teils, eher nicht, nein, weiß nicht) sowie eine offene Erläuterungsmöglichkeit. Die meisten Aidshilfen antworteten mit einem klaren „Ja“ (n = 52, 58 %), ein Fünftel sagte „eher ja“ (n = 18, 20 %) und ein weiteres Fünftel „teils-teils“ (n = 18, 20 %). Eine Aidshilfe antwortete „weiß nicht“, eine weitere machte keine Angabe. Niemand kreuzte die Antwortmöglichkeit „eher nicht“ oder „nein“ an (siehe Abb. 1).

Abb. 1: Antworten auf die Frage „Ist die HIV-Primärprävention für Migrantinnen und Migranten eine Aufgabe der Aidshilfen?“ (n = 90)



Betrachtet man das Antwortverhalten nach Größe der Stadt, in der die Aidshilfen angesiedelt sind, wird deutlich, dass Einrichtungen in kleineren Städten (mit weniger als 100.000 Einwohner[inne]n) diese Frage weniger häufig positiv beantworten.

Von der Möglichkeit, die Antwort in eigenen Worten zu erläutern, haben 52 Aidshilfen Gebrauch gemacht. In der qualitativ-inhaltsanalytischen Auswertung dieser Kommentare zeichnen sich folgende Positionen und Argumente ab:

1) Die „Ja, klar!“-Position: HIV-Primärprävention für Migrant(inn)en ist eine Aufgabe der Aidshilfen

Vertreter/innen dieser Position sehen diese Aufgabe für sich als selbstverständlich an – so selbstverständlich, dass sie die Frage selbst infrage stellen: „*Merkwürdige Frage. Natürlich ist Prävention Aufgabe der Aidshilfen. Herkunft spielt dabei keine Rolle.*“ Als Begründung wird zum einen angeführt, dass Migrant(inn)en im Einzugsgebiet und in den Zielgruppen der Prävention vertreten sind, in manchen Städten in nicht unbedeutender Zahl. Es gilt der Gleichheitsgrundsatz – niemand wird aufgrund der Herkunft von den Angeboten ausgeschlossen –, und Migrationsarbeit wird als Querschnittsaufgabe verstanden:

„*Gleiche Rechte!!! (auf Leben, Gesundheit, Informationen ...)*“

„*Migrant/Innen sollen von den Aidshilfen gleichermaßen erreicht werden wie die einheimische Bevölkerung. Die Erreichbarkeit von Migrant/Innen soll eine Querschnittsaufgabe für die Aidshilfen sein.*“

Viele Aidshilfen verweisen zum anderen auf ihre Fachkompetenz im primärpräventiven Bereich:

„Fachkräfte für HIV-Primärprävention sind in Aidshilfen.“

„Spezialisierte Angebote sind notwendig; Know-how und Fachpersonal sind vorhanden.“

In dem letzten Zitat wird ein drittes Argument deutlich: Die HIV-Primärprävention für Migrant(inn)en ist nach Ansicht mancher Einrichtungen auch deshalb eine Aufgabe der Aidshilfen, weil „spezialisierte“ oder zielgruppenspezifische Angebote notwendig sind. Von HIV/Aids besonders betroffene Migrant(inn)en sind meist auch stark sozial benachteiligt und bedürfen daher einer besonderen Ansprache – was wiederum als „ureigene“ Kompetenz der Aidshilfen verstanden wird:

„Die besondere Marginalisierung und Vulnerabilität machen Migranten zur Zielgruppe.“

„Weil [Migrant(inn)en] eine der Hauptbetroffenengruppen [sind] und durch Defizite der Integration und der Kommunikationsmöglichkeiten eine besondere Ansprache auf das Thema hin sinnvoll ist.“

„Aidshilfen haben Fachkompetenzen in der Prävention für Bevölkerungsgruppen anzubieten, für die HIV eine schon vorhandene Diskriminierung/Ausgrenzung (z. B. ‚schwul‘, ‚Junkie‘ u. Ä.) verstärkt, also sogenannte Randgruppen oder marginalisierte Gruppen mit einem gewissen Gruppenbewusstsein für die Ausgrenzung. Dies trifft auch für MigrantInnen (besonders aus schwarzafrikanischen Ländern) zu.“

Eine besondere Ansprache ist also notwendig aufgrund von Ausgrenzungserfahrungen, Mehrfachstigmatisierung, kulturell geprägten Tabus und der sozialen und rechtlichen Benachteiligung. Manche Aidshilfen weisen in diesem Zusammenhang darauf hin, dass sie HIV-positive Migrantinnen und Migranten schon seit Jahren beraten und begleiten. Diese Erfahrungen bieten gute Voraussetzungen für eine sensible Ansprache in der Primärprävention:

„Im Bereich der Sekundärprävention liegt viel Erfahrung mit Migrant/innen vor. Insofern ist die Aidshilfe sehr sensibilisiert für Ängste und Tabuisierung von Migranten bezüglich der Aids-Problematik und kann diese Sensibilität in die Konzeption von primärpräventiven Angeboten mit einfließen lassen.“

Eine Aidshilfe beschreibt einen besonderen Handlungsbedarf, der daraus resultiert, dass Migrant(inn)en im Durchschnitt später getestet werden als andere Gruppen, nämlich oft erst dann, wenn schon das Vollbild Aids vorliegt: *„Späte Testung und wenig Aufklärung führt zu später Diagnose (Vollbilddiagnosen!).“* Wieder andere benennen einen besonderen Bedarf bei einzelnen Gruppen, z. B. männlichen Migranten, die Sex mit Männern haben (MSM), oder Menschen aus bestimmten Ländern Osteuropas und Afrikas. Es gibt jedoch auch Aidshilfen, die HIV-Primärprävention für Migrant(inn)en leisten und dies als ihre Aufgabe ansehen, weil es schlicht und einfach keine andere Einrichtung tut: *„Da sich sonst keiner darum kümmert!“*

2) Die „Ja, aber“-Position: Die Verantwortung muss geteilt werden

Diese Position beinhaltet eine prinzipielle Zustimmung unter Vorbehalten. Hier weisen Aidshilfen darauf hin, dass die Aufgabe nicht in ihrer alleinigen Verantwortung liegt oder liegen kann, sondern mit dem Öffentlichen Gesundheitsdienst, anderen Anbietern und Migrantenselbstorganisationen geteilt werden muss:

„Ja, aber die Aidshilfe kann nicht die alleinige Verantwortung übernehmen.“

„Jedoch in Kooperation mit anderen Trägern und Initiativen.“

„Ja, weil die Aidshilfeorganisationen den Auftrag der Primärprävention haben und über fachliche Ressourcen dafür verfügen. Die Organisationen im Migrationsbereich haben zudem ganz andere Themen, die sie vertreten. Bei den Organisationen der Aidshilfe gibt es allerdings das Problem der Zugänge zu Migrantinnen und Migranten bzw. zu den Communities. Die Gruppen der Migrantinnen und Migranten sind so vielfältig, dass man allein durch die Maßnahmen der Interkulturellen Öffnung die Zugänge zu den Zielgruppen nicht verschaffen kann. Daher ist die Zusammenarbeit mit Organisationen, Schlüsselpersonen aus den Migrantengemeinschaften notwendig.“

Die HIV-Primärprävention für Migrant(inn)en ist eine komplexe Aufgabe mit vielfältigen Anforderungen, z. B. aufgrund der unterschiedlichen Herkunftsländer, Sprachen und Lebenswelten. Sie liegt somit im Schnittfeld der Aufgaben und Kompetenzen verschiedener Einrichtungen und Akteure im Gesundheits- und Sozialwesen sowie im Migrant*innenbereich und erfordert eine entsprechende Zusammenarbeit:

*„Aidshilfe ist zu MSM- und Drogenkonsumentenspezifisch und erreicht vorrangig HIV-Infizierte. Migrant*innenorganisationen verfügen über mehr Zugangswege und Kontaktmöglichkeiten als die Aidshilfe. Allerdings ist der Professionalisierungsgrad und die Ressourcenausstattung bei Migrant*innenorganisationen eher niedrig. Dialog ist wichtig.“*

Der Schlüssel liegt also in der Zusammenarbeit und geteilten Verantwortung. Manche Aidshilfen weisen jedoch darauf hin, dass sie sich nur dann beteiligen (können), wenn vor Ort ausreichend Migrant*innen und vor allem genügend Ressourcen vorhanden sind:

*„Hängt von der Größe und Ausstattung der lokalen Aidshilfe sowie von der Zahl der im Einzugsgebiet lebenden Migrant*innen und Migranten ab.“*

*„Da, wo es Sinn macht (aber nicht in kleinen Aidshilfen, wo es wenig Migrant*innen gibt).“*

„Ja: aufgrund des strukturellen Ansatzes und weil wir NGO sind, theoretisch. Nein: da es dafür explizit keine Gelder und keinen offiziellen kommunalen Auftrag gibt.“

Fehlende Ressourcen und unklare Zuständigkeiten wurden auch an anderer Stelle im Fragebogen von vielen Aidshilfen als Einschränkung oder Hindernis der HIV-

Prävention für Migrant(inn)en benannt. Manche Aidshilfen sehen sie zwar als ihre Aufgabe an, können sie jedoch nicht erfüllen, vor allem, weil die Ressourcen dafür fehlen:

„Ja, aber nicht nur. Unbedingt müssen andere Akteure mit ins Boot. HIV-Primärprävention für Migrantinnen und Migranten erfordert persönliche Kontinuität und viel kulturspezifische Detailkenntnisse. Dies ist als Querschnittsaufgabe neben den bisherigen Aufgaben und Arbeitsfeldern vom derzeit beschäftigten Personal nicht zu leisten.“

3) Die Skeptiker: Andere sind zuständig

Eine dritte Position steht der Frage, ob die HIV-Primärprävention für Migrant(inn)en eine Aufgabe der Aidshilfen ist, skeptisch bis ablehnend gegenüber. Sie kommt in den freien Kommentaren deutlicher zum Ausdruck als in den Antworten auf der Skala (wo „eher nicht“ oder „nein“ nicht genutzt wurden). Meist handelt es sich um Erläuterungen von „teil-teils“-Antworten auf der Skala. Eingewandt wird, die Sekundär- und Tertiärprävention (also die Arbeit mit Menschen mit HIV/Aids) habe Vorrang vor der Primärprävention. Außerdem seien andere Akteure, insbesondere Migranten(selbst)organisationen und der Öffentliche Gesundheitsdienst, besser geeignet bzw. zuständig:

„Im Bereich der Primärprävention sollte das Gesundheitsamt aktiv tätig sein. Bei Sekundär- und Tertiärprävention, Multiplikatorenschulungen und Gremienarbeit besonders mit Vereinen, Organisationen und Gruppen im Migrationsbereich wäre eine bessere Zusammenarbeit wünschenswert.“

„HIV-Prävention für Migrantinnen und Migranten darf nicht alleinige oder schwerpunktmäßige Aufgabe von Aidshilfen sein, der Öffentliche Gesundheitsdienst ist hier mehr gefordert.“

Auch hier werden wieder fehlende Ressourcen angesprochen (im Sinne von „wir schaffen es einfach nicht“), zum Beispiel:

„Die zeitlichen und personellen Kapazitäten reichen im Moment einfach nicht aus. Ich betreue im Moment mit einer vollen Stelle 140 Klienten. Da bleibt einfach kaum Zeit für andere Dinge.“

Neben diesen eher praktischen Hindernissen wird aber auch grundsätzlich bezweifelt, ob Migrant(inn)en überhaupt eine Gruppe bzw. eine Gruppe mit hoher Betroffenheit darstellen:

„Aidshilfe (regional) [ist] nur sehr bedingt Partner der Community. Infektionsgeschehen in Deutschland [findet] nicht im Bereich von separater Hauptbetroffengruppe [statt] – geht auf im Bereich MSM, Drogengebraucher.“

Dieser Aidshilfe fehlen Kontakte zu Migranten-Communities. Außerdem ist sie der Meinung, dass Migrant(inn)en mit erhöhtem HIV-Risiko in anderen Gruppen „aufgehen“, das heißt, als MSM oder Drogengebrauchende verletzlich sind. Ob sie

als Untergruppe diese Zielgruppen jedoch ausreichend erreicht werden, bleibt offen.

Ganz ähnlich schätzt eine andere Aidshilfe die Situation ein: *„Aufgabe der AHS ist das Erreichen vulnerabler Gruppen, Migration ist häufig, aber nicht immer an Vulnerabilität gekoppelt.“* Diese Aidshilfe sieht sich vor allem für die Prävention bei besonders verletzlichen (vulnerablen) Gruppen zuständig. Bei anderen Aidshilfen ist das Aufgabenfeld breiter, da sie vor Ort z. B. auch für die Primärprävention in der Allgemeinbevölkerung zuständig sind. Wieder andere machen gar keine Primärprävention, sondern setzen den Schwerpunkt auf die Betreuung und Begleitung von Menschen mit HIV/Aids. Während die unter der „Ja, klar“-Position zitierten Aidshilfen davon ausgehen, dass manche Migrant(inn)en erhöhte HIV-Risiken haben und – auch als Migrant(inn)en – besondere Präventionsangebote brauchen, schätzten diese beiden Aidshilfen den Bedarf anders ein: Für sie stellen Migrant(inn)en keine vulnerable Gruppe dar, daher sehen sie sich auch nicht in der Verantwortung, primärpräventive Angebote für sie (als Gruppe) bereitzustellen.

Neben dem grundsätzlichen Verweis auf die Zuständigkeit des Öffentlichen Gesundheitsdienstes, den fehlenden Ressourcen und der Infragestellung der Vulnerabilität und des Zielgruppenstatus aufgrund des Migrationshintergrundes werden mancherorts auch fehlende interkulturelle und sprachliche Kompetenzen angeführt:

„Guter Wille stößt schnell wegen fehlender interkultureller und sprachlicher Kompetenz an seine Grenzen, deshalb besser Prävention durch Migrantenselbstorganisation und Vereine im Migrationsbereich.“

In diesem Zusammenhang deutet eine Aidshilfe an, dass Aidshilfen für diese Arbeit nicht geeignet sind, weil *„AIDS-Hilfe zu ‚schwul‘ [ist]. [Es gibt] Schwellenängste.“* Hier kommen Selbstzuschreibungen, interkulturelle Konfliktpotenziale, Hemmschwellen und soziale Distanzen zum Ausdruck, die es an anderer Stelle zu vertiefen und kritisch zu diskutieren gilt.

Zusammenfassend reichen die Argumente der Skeptiker also von eher praktischen Erwägungen (fehlende Ressourcen, Kontakte) über grundlegende konzeptionelle Fragen (Vulnerabilität, Migrantinnen und Migranten als Zielgruppen?), Steuerungsfragen und Aufgabenverteilung (Zuständigkeit des Öffentlichen Gesundheitsdienstes, nichtstaatliche Träger) bis hin zu mehr oder weniger kritischen Einschätzungen der eigenen Fähigkeiten und Kompetenzen und zu Selbstzuschreibungen. Jedoch deuten auch die Skeptiker an, dass die Aidshilfen zumindest indirekt dazu beitragen können (und sollten), dass HIV-Primärprävention für und mit Migrant(inn)en angeboten wird:

„AIDS-Hilfe sollte HIV-Primärprävention durch gute Vernetzung und Multiplikatoren-schulung sicherstellen.“

4) Die Unentschlossene/n

Diese Position wird nur von einer Aidshilfe vertreten:

„Kann ich nicht beurteilen – denke aber zum Teil schon.“

Diskussion

In der Befragung wird deutlich, dass die Mehrheit der Aidshilfen die HIV-Primärprävention für Migrantinnen und Migranten klar als ihre Aufgabe ansieht. Zum einen, weil in den Zielgruppen vertretene Migrant(inn)en „ganz selbstverständlich“ mit angesprochen werden; gerade in größeren Städten und solchen mit einem hohen Migrantenanteil gibt es ein Bewusstsein für die ethnische Vielfalt der Bevölkerung und der Zielgruppen. Zum anderen verweisen die Aidshilfen auf ihre Fachkompetenzen in der Primärprävention, insbesondere in der sensiblen Ansprache von sozial marginalisierten Zielgruppen. Es wird jedoch auch deutlich, dass nicht alle Aidshilfen sich diese Aufgabe auch bei Migrant(inn)en zutrauen und manche sie in der Praxis nicht erfüllen können, da ihnen die Ressourcen, die sprachlichen und kulturellen Kompetenzen und die sozialen Kontakte fehlen. Viele Aidshilfen weisen darauf hin, dass andere Akteure, insbesondere Migrant(inn)en selbst und der Öffentliche Gesundheitsdienst, (mit) in der Verantwortung stehen. Die HIV-Primärprävention in diesem Feld ist angesichts der oft vielfältigen Bedürfnisse so anspruchsvoll, dass sie nicht von den Aidshilfen oder anderen Einrichtungen allein, sondern nur im Verbund mit anderen kommunalen Trägern, Anbietern, Einrichtungen des Öffentlichen Gesundheitsdienstes und Migranten-selbstorganisationen geleistet werden kann.

Die vier Positionen von „ja, klar“ über „ja, aber“ bis hin zu den „Skeptikern“ und „Unentschlossenen“ finden sich sowohl in den Antworten auf der Skala als auch in den freien Kommentaren. Auffällig ist aber, dass die Skepsis und die Einschränkungen in den freien Kommentaren deutlicher geäußert werden. Dieses Antwortverhalten kann als politisch-strategisch motiviert gedeutet werden: Es ist vorteilhafter, „eher ja“ oder „teils-teils“ statt „nein“ zu antworten, denn wieso sollte man etwas ausschließen, was für andere oder in der Zukunft (z. B. bei einer veränderten Ressourcenlage) durchaus möglich sein könnte? Sowohl in der Skala als auch in den Kommentaren fallen die Antworten mehrheitlich positiv aus. Hierbei muss allerdings in Betracht gezogen werden, dass ein Viertel der DAH-Mitgliedsorganisationen nicht an der Befragung teilgenommen hat. Darunter sind gerade auch diejenigen, welche die HIV-Primärprävention für Migrant(inn)en nicht als ihre Aufgabe ansehen. Vor diesem Hintergrund sollten die Ergebnisse nicht überbewertet werden.

Interessant sind die unterschiedlichen Einschätzungen zur Vulnerabilität von Migrant(inn)en. Manche Aidshilfen sprechen hier von einer vulnerablen Grup-

pe, andere verweisen auf die sehr verschiedenartigen Lebenslagen von Personen mit Migrationshintergrund – auch in Bezug auf HIV-Risiken. Die Frage, ob Migrant(inn)en eine oder mehrere Zielgruppen der Primärprävention darstellen, wird also unterschiedlich beantwortet. Hier muss allerdings auf die Grenzen der fragebogengestützten Datenerhebung hingewiesen werden – qualitative Interviewverfahren könnten hier aussagekräftigere Daten erzeugen und bessere Einblicke in die Sichtweisen und Einschätzungen der Aidshilfen liefern.

Wie eingangs dargelegt, erscheint es uns angesichts der großen Unterschiede bei Migrantinnen und Migranten – z. B. im Hinblick auf Lebenswelten, HIV-Risiken und Sprachen – wenig sinnvoll, von einer Zielgruppe zu sprechen. Das schließt jedoch nicht aus, dass es verschiedene Gruppen gibt, die erhöhte HIV-Risiken und gemeinsame Lebenswelten haben und somit als Zielgruppen der Prävention angesprochen werden können. Um diese Gruppen zu identifizieren und ihren Bedarf (unter Berücksichtigung der von ihnen artikulierten Bedürfnisse) zu bestimmen, müssen verstärkt Migrant(inn)en beteiligt werden. Sie kennen ihre Lebenswelten am besten und können daher „aus erster Hand“ beurteilen, ob ihre Bedürfnisse durch die bestehenden Angebote befriedigt werden oder ob es weiterer Angebote und Maßnahmen bedarf, die gezielter auf ihre migrationspezifischen, sprachlichen, rechtlichen und kulturellen Bedürfnisse eingehen.

Ausblick

Mit den vier Fallstudien und den Workshops zum *capacity building* leistet das PaKoMi-Projekt einen Beitrag zur stärkeren Einbeziehung von Migrantinnen und Migranten in die HIV-Primärprävention vor Ort. Gemeinsam mit Personen aus verschiedenen Migranten-Communities werden Bedürfnislagen eingeschätzt und Präventionsansätze erarbeitet. Außerdem soll auch langfristig die Zusammenarbeit von Aidshilfen mit Migrant(inn)en und mit Anbietern sozialer und gesundheitlicher Dienste gefördert werden. Damit greift das Projekt wesentliche Aspekte auf, die auch von den Aidshilfen in der PaKoMi-Befragung 2009 beschrieben wurden. Abschließend sei darauf hingewiesen, dass angesichts der unterschiedlichen Ausgangsbedingungen der Aidshilfe-Arbeit vor Ort und des lokal unterschiedlichen Präventionsbedarfs von Gruppen mit Migrationshintergrund kaum allgemeine Aussagen getroffen werden können. Deutlich geworden ist jedoch, dass die HIV-Primärprävention für Migrant(inn)en für die meisten Aidshilfen – bei allen Einschränkungen und Schwierigkeiten – zum Alltagsgeschäft gehört und dass sie im Grunde drei verschiedene Aufgaben umfasst:

- 1) angemessene Berücksichtigung der ethnischen Vielfalt in den Zielgruppen (Diversity-Ansatz),

- 2) Zusammenarbeit mit Personen, Gruppen und Einrichtungen in Migranten-Communities sowie anderen Anbietern und
- 3) gegebenenfalls spezifische Ansprache einzelner, besonders vulnerabler Gruppen mit Migrationshintergrund in ihren Lebenswelten.

Literatur

DAH 2000

Deutsche AIDS-Hilfe e. V.: AIDS und Migration. AIDS-FORUM DAH Band 41. Berlin: Deutsche AIDS-Hilfe 2000

DAH 2003

Deutsche AIDS-Hilfe e. V.: 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 2003

DAH 2005a

Deutsche AIDS-Hilfe e. V.: Ländermeeting Interkulturelle Öffnung. Dokumentation des Ländermeetings 11. und 12.2. 2005. Berlin: Deutsche AIDS-Hilfe 2005

DAH 2005b

Deutsche AIDS-Hilfe e. V.: Gesundheitsdolmetscher/innen: „Peer Involvement“ in der Primär- und Sekundärprävention. Ein Projekt der AIDS-Hilfe Kassel in Zusammenarbeit mit der Deutschen AIDS-Hilfe. Berlin: Deutsche AIDS-Hilfe 2005

DAH 2008

Deutsche AIDS-Hilfe e. V.: Aufsuchende Präventionsarbeit in afrikanischen Communities in Köln und im Umland der Stadt. Ein Projekt der AIDS-Hilfe Köln. Berlin: Deutsche AIDS-Hilfe 2008

DAH (Hg.) 2009

Deutsche AIDS-Hilfe e. V. (Hg.): 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 2009

Döll 2000

Döll, S.: Versorgung von Migrantinnen und Migranten in AIDS-Hilfen. In: DAH 2000, 7–78

Etgeton 1998

Etgeton, S.: Strukturelle Prävention als Konzept kritischer Gesundheitsförderung. In: Deutsche AIDS-Hilfe e. V.: *Strukturelle Prävention. Ansichten zum Konzept der Deutschen AIDS-Hilfe*. AIDS-FORUM DAH Band XXXIII. Berlin: Deutsche AIDS-Hilfe 1998, 71–85

Haour-Knipe/Rector (Hg.) 1996

Haour-Knipe, M./Rector, R. (Hg.): *Crossing Borders: Migration, Ethnicity and AIDS*. London: Taylor & Francis 1996

Mohammadzadeh 2000

Mohammadzadeh, Z.: Probleme und Perspektiven der interkulturellen Beratung in der AIDS-Hilfe. In: DAH 2000, 79–132

Narimani 1998

Narimani, P.: Zur Notwendigkeit kulturspezifischer Angebote in der HIV/AIDS-Primärprävention. In: Deutsche AIDS-Hilfe (Hg.): *Handbuch Migration für AIDS-Hilfen, AIDS-Fachkräfte und andere im AIDS-Bereich Tätige*. Berlin: Deutsche AIDS-Hilfe 1998, 239–261

RKI 2007

Robert Koch-Institut: HIV Halbjahresbericht 1/2007. *Epidemiologisches Bulletin, Sonderausgabe B*

RKI 2009a

Robert Koch-Institut: HIV-Infektionen/Aids: Jahresbericht 2008. *Epidemiologisches Bulletin*, Nr. 21

RKI 2009b

Robert Koch-Institut: unveröffentlichte Angabe auf Nachfrage (Datenbankstand vom 01.09.2009)

RKI 2010

Robert Koch-Institut: HIV bei Migranten in Deutschland. *Epidemiologisches Bulletin*, Nr. 5, 39–44

Rosenbrock 2007

Rosenbrock, R.: AIDS-Prävention: ein Erfolgsmodell in der Krise. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 50, 432–441

Sanogo 2006

Sanogo, A.: Konzept der Migrationsarbeit der Münchner Aidshilfe. In: *Qualitätshandbuch der Münchner Aidshilfe. Münchner Aidshilfe*, 2006 [unveröffentlichtes Manuskript]

Unger/Block/Wright 2007

von Unger, H./Block, M./Wright, M.T.: Aktionsforschung im deutschsprachigen Raum. Zur Geschichte und Aktualität eines kontroversen Ansatzes aus Public Health Sicht.

WZB-Discussion Paper SPI 2007-303
(<http://skylla.wzb.eu/pdf/2007/107-303.pdf>)

Unger/Wright (Hg.) 2008

von Unger, H./Wright, M.T. (Hg.): An der Schnittstelle von Wissenschaft und Praxis – Dokumentation einer Tagung zu partizipativer Forschung in Public Health. *WZB-Discussion Paper SPI 2008-307* (<http://skylla.wzb.eu/pdf/2008/108-307.pdf>)

UNAIDS 2001

UNAIDS: Migrants' Right to Health. Best Practice Collection. Genf: UNAIDS 2001

VIA 2000

VIA Berlin/Brandenburg e. V.: Zur Verbesserung der HIV/AIDS-Prävention für Migrantinnen und Migranten in Berlin. Eine Expertise im Auftrag des Landesverbandes der Berliner Aids-Selbsthilfeorganisationen (LaBAS). Berlin: LABAS 2000

Wright/Block/Unger 2008

Wright, M.T./Block, M./von Unger, H.: Partizipation in der Zusammenarbeit zwischen Zielgruppe, Projekt und Geldgeber. *Das Gesundheitswesen*, 2, 748–754

Wright/Block/Unger 2009

Wright, M.T./Block, M./von Unger, H.: Partizipative Qualitätsentwicklung. In: Kolip, P./Müller, V. (Hg.): *Qualität von Gesundheitsförderung und Prävention*. Bern: Verlag Hans Huber, 157–175

Mündige Migranten?! Ergebnisse einer Befragung

Antje Sanogo und Peter Wiessner

Migrant(inn)en aus Regionen mit weiter HIV-Verbreitung gehören zu den Zielgruppen der Aidshilfe-Arbeit. Es zeigt sich jedoch, dass sie häufig nicht den Weg in die örtlichen Aidshilfen finden und Präventionsangebote eher zögerlich wahrnehmen. Aus diesem Grund hat die Deutsche AIDS-Hilfe e. V. in den vergangenen Jahren mehrere Projekte und Erhebungen durchgeführt oder unterstützt, die darauf zielen, die Zugänglichkeit von Aidshilfen und anderen Beratungseinrichtungen für Migrant(inn)en zu verbessern (siehe DAH 2000 und 2002). Befragt wurden dabei in erster Linie Fachkräfte aus der Aids-Arbeit.

Anders die in diesem Beitrag vorgestellte Untersuchung, die wir vom November 2005 bis Januar 2006 durchführten: Dieses Mal sollte der Gegenstand aus der Perspektive von HIV-positiven Migrant(inn)en beleuchtet werden, das heißt, wir wollten von ihnen erfahren, welchen Stellenwert die Angebote der Aidshilfen für sie haben. Von den 800 im ganzen Bundesgebiet verteilten Fragebögen erhielten wir 50 ausgefüllt zurück. Zusätzlich zur Fragebogen-Erhebung führten wir mit sechs Klient(inn)en der Münchner Aids-Hilfe e. V. halbstrukturierte qualitative In-

terviews durch, um z. B. zu erkunden, inwieweit die Herkunftskultur die Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit prägt oder wie offen über Sexualität gesprochen werden kann.

Die in unserer Untersuchung erhaltenen Angaben stammen mehrheitlich von Migrant(inn)en, die bereits Kontakt zur Aidshilfe haben, und lassen nur bedingt auf diejenigen schließen, die sich nicht an sie wenden. Dennoch liefern sie wichtige Hinweise für die Aidshilfe-Arbeit.

Dynamisches statt statisches Kulturverständnis

Wie in anderen Organisationen wird auch in Aidshilfen häufig angenommen, Migrant(inn)en aus nichtwestlichen Kulturen hätten völlig andere Vorstellungen von Krankheit und wollten nicht über Sexualität sprechen, weil das in ihrer Herkunftskultur tabu sei. Das, so heißt es, erschwere ihnen die Nutzung von Aidshilfe-Angeboten, weshalb man unbedingt ihren kulturellen Hintergrund kennen müsse, um mit ihnen arbeiten zu können. Die Herkunftskultur stellt nach dieser Auffassung etwas nur sehr schwer oder überhaupt nicht Veränderbares dar und wird vor allem über die ethnische Zugehörigkeit definiert. Dies birgt jedoch die Gefahr, dass kulturelle Stereotype reproduziert werden.

72

Wie einengend, manchmal lächerlich und zugleich diskriminierend so etwas sein kann, wird deutlich, wenn wir selbst mit etwas „typisch Deutschem“ konfrontiert werden, so etwa dem Bauerntrötel in Lederhosen, der sich jodelnd mit Kuh vor einer Alpenlandschaft präsentiert. Sicher, es gibt diese Personen und Orte. Und es gibt auch politische Gruppierungen, die daraus ein „Wir-Gefühl“ konstruieren und Gewinn daraus schlagen. Mit uns selbst haben solche Stereotype aber meist nur begrenzt etwas zu tun: Darauf festgelegt zu werden, empfinden wir zu Recht als naiv und mitunter auch als beleidigend. Migrantinnen und Migranten müssen sich tagtäglich mit Stereotypisierungen auseinandersetzen. Ein Beispiel zur Verdeutlichung: Ein Mann aus Westafrika nimmt an einem Fortbildungskurs des Arbeitsamtes teil, zu dessen Beginn auch der Besuch eines Vertreters der Landesregierung erwartet wird. Die Kursleitung bittet den Mann, zu diesem Anlass zu trommeln. Auf seine Frage, warum ausgerechnet er das tun solle, antwortet man ihm, dass er doch schließlich Afrikaner sei ... Auf uns übertragen käme das in etwa der Aufforderung zum Jodeln oder Schuhplatteln gleich.

Die Überbetonung des ethnischen Aspekts von Kultur führt zur Konstruktion ethnischer Minderheiten und in der Folge zur Ethnisierung sozialer und ökonomischer Benachteiligung, die unter anderem als Erklärung für den erschwerten Zugang zu Unterstützungsangeboten herhalten muss (vgl. Gutiérrez Rodríguez 2003). Aus dieser Sicht benötigen Migrant(inn)en eine „Sonderbehandlung“, entsprechend den hierzulande geläufigen Vorstellungen über ihre Herkunftskultur,

was letztlich entmündigend ist: Man spricht ihnen dadurch die Fähigkeit ab, mit kulturellen Unterschieden umgehen zu können – eine Fähigkeit, die man für sich selbst aber beansprucht.

In der Aidshilfe-Arbeit wird eine zu starke Fokussierung auf „kulturspezifische“ Angebote zunehmend in Frage gestellt. Die Auswertung des Modellprojekts „AIDS, Kultur und Tabu“ der AIDS-Hilfe Bielefeld e. V. ergab denn auch, dass die Teilnehmer/innen dieser Fortbildungsreihe durchaus in der Lage waren, kulturelle Unterschiede zu reflektieren, was auf die Fähigkeit zur Veränderung schließen lässt: „Kulturelle Unterschiede in der Wahrnehmung und Bewertung traten oft hervor, und das bot die Gelegenheit, sie auch zu benennen, zu erklären und oftmals sogar zu verstehen. [...] Vielen afrikanischen Teilnehmer(inne)n fiel es schwer, in der Gruppe über Sexpraktiken zu reden. Es war ihnen peinlich, Begriffe wie Oral- oder Analverkehr zu verwenden. Trotzdem zeigten sie sich sexuellen Themen gegenüber aufgeschlossen und interessiert. So entwickelte sich im Laufe der Diskussion eine gemeinsame ‚Sprache‘ zur Sexualität. Die Gespräche wurden lebhafter und teilweise sehr amüsant, etwa beim Thema sexuelle Mythen“ (DAH 2003, S. 16 f).

Wir legten der Auswertung unserer Erhebung daher eine Definition von Kultur zugrunde, die auf Dynamik, Interaktion, Entwicklungs- und Veränderungsfähigkeit setzt: „Kultur stellt für uns alle einen Hintergrund von etablierten und über Generationen überlieferten Sichtweisen, Werten, Ansichten und Haltungen dar, die einerseits unser ganzes Denken, Fühlen und Handeln beeinflussen, die wir andererseits aber in individueller wie auch kollektiver Weise übernehmen, modifizieren und weiterentwickeln, und zwar in Abhängigkeit von Kontexten“ (Hege- mann 2001, S. 195). In diesem Sinne verstehen wir Kultur als ein Konstrukt, das die vorgefundene Realität für den Menschen leichter fassbar macht, denn die Fixierung auf bestimmte Merkmale bedeutet immer auch eine Reduktion komplexer Realitäten. Bindet sich diese Fixierung an die ethnische Herkunft, besteht die Gefahr, dass rassistische Ansichten entwickelt werden: „‚Kultur‘, falsch verstanden als starrer, unveränderlicher Merkmalskomplex sozialer Gruppen, wird mit ‚Rasse‘ gleichgesetzt, und folgerichtig artikuliert sich der Rassismus in der Diskussion über Kultur“ (Fernando 2001, S. 79).

Ein die komplexe Realität reduzierendes Kulturverständnis findet sich z. B. auch in den Verlautbarungen des Deutschen Tourismusverbandes oder der Deutschen Welle. „Eine große Vorliebe der Deutschen gilt dem Würstchen“, lesen wir da. Oder: „Wer mit Deutschen in Berührung kommt, wird häufig überrascht sein: die meisten feiern nämlich gern und ausgiebig. ... Volksfeste gibt es reichlich – richtig wild geht es allerdings in der ‚nährischen Zeit‘ zu ... Man hakt sich bei anderen Feiernden unter, schunkelt und singt Lieder, die man im ‚normalen Leben‘ niemals singen würde.“ Oder: „Deutschland ist nicht Hollywood – hier ist alles echt! Die Burgen und Schlösser, die Ihnen Deutschland zu bieten hat, sind alle Origi-

nale.“¹ Vereinfachungen wie diese amüsieren – ärgerlich wird es, wenn man auf sie festgelegt wird und ihnen nicht mehr entkommen kann, weil z. B. die Ansicht herrscht, dass der Deutsche ohne Weißwurst und Schunkeln nicht leben kann.

Ein dynamisches Kulturverständnis dagegen begreift Kultur als etwas, das sich durch den Alltag im Aufnahmeland, durch Erfahrungen, Interaktion und Kommunikation stets verändert, wodurch ethnische Merkmale relativiert werden. Für die psychosoziale Beratung bedeutet das, dass nicht kulturspezifische Aspekte im Vordergrund stehen, sondern soziale und ökonomische Gegebenheiten. Das öffnet den Blick z. B. dafür, dass Migrant(inn)en überproportional häufig in benachteiligten Bevölkerungsgruppen zu finden sind und viele gesundheitliche und soziale Probleme weniger aus der „Herkunftskultur“ resultieren, sondern vor allem aus strukturell bedingter Benachteiligung. So heißt es unter anderem in einer Expertise aus dem Jahr 2000, die der Landesverband der Berliner AIDS-Selbsthilfeorganisationen in Auftrag gegeben hat: „Wir stellen fest, dass wir es selbstverständlich mit kultureller Vielfalt zu tun haben, diese sich aber nicht allein auf Migrant(inn)en beschränkt, und dass die wirklichen Hindernisse in unflexiblen Strukturen und in einer hohen rechtlichen Benachteiligung liegen“ (VIA 2000, S. 7).

74

Ausgewählte Ergebnisse

Von unseren sechs aus Afrika stammenden Interviewpartner(inne)n wollten wir erfahren, was Herkunftskultur und Religion im Lebensalltag bedeuten: Inwieweit beeinflussen sie Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit? Was hat sich für die Befragten seit ihrer Einreise nach Deutschland verändert? Hintergrund ist die Vorstellung, Migrant(inn)en aus anderen Kulturen lebten in ihrer eigenen Welt und lehnten die sie umgebende Mehrheitskultur als „fremd“ ab.

Umgang mit kulturellen Prägungen

Alle Befragten konnten benennen, worin sich die „mitgebrachten“ Konzepte von den hierzulande vorherrschenden im Wesentlichen unterscheiden. Herr F.: *„Und plötzlich ist man hier mit dieser Offenheit konfrontiert. Dann lernt man erst einmal, mit seinen eigenen Hemmungen zurechtzukommen. ... Dem einen fällt es schwer, sich von der Vergangenheit zu trennen, seiner Erziehung, seinen Traditionen, und sich plötzlich mit anderen Traditionen auseinanderzusetzen. Oder aber man nimmt einfach auf, was man positiv sieht, und man versucht, die beiden kulturellen Positionen gegeneinander abzuwägen und für sich zu entscheiden, was man für gut und was man für negativ hält, damit man mit sich zurechtkommt.“*

Wie Herr F. haben auch die anderen Interviewten gelernt, mit ihren kulturellen Prägungen flexibel und – im wahrsten Sinne des Wortes – selbstbewusst umzugehen. Dabei gibt es selbstverständlich auch innerhalb des Herkunftslandes un-

1 Vgl. www.dw-world.de, www.dzt.de

terschiedliche Vorstellungen und Lebensentwürfe – Familien, die in der Tradition verhaftet sind, sich aus ihr zu lösen beginnen oder mit ihr gebrochen haben. So kann z. B. der Umgang mit Sexualität in der eigenen Herkunftsfamilie erheblich von der gesellschaftlichen Norm abweichen. Auch in Afrika differenzieren sich die Gesellschaften aus, wie dies fast überall auf der Welt der Fall ist.

Vorstellungen über Krankheit

Oft heißt es, Migranten aus anderen Kulturkreisen hätten für Krankheit allgemein und für die HIV-Infektion im Besonderen völlig andere Erklärungsmuster als westlich geprägte Menschen. Das müsse in Aufklärungsmaterialien für diese Zielgruppe berücksichtigt werden, andernfalls würden sie abgelehnt werden. Wie unsere Befragung ergab, hängt der Umgang mit Krankheit in den Herkunftsländern sehr stark davon ab, wie gut der Einzelne darüber informiert ist und wie es um die Behandlungsmöglichkeiten steht. Herr A.: *„Tuberkulose und Malaria sind alte Krankheiten. Sie sind bekannt, und auch die Ansteckungswege sind bekannt.“* Und Frau C.: *„Jeder Mensch kann Malaria haben und kann Chloroquin kaufen und nehmen, und dann geht die Malaria weg. Niemand hat viel nachgedacht über Malaria.“*

In den Interviews konnten wir keine Belege für ein völlig anderes Verständnis von Krankheit finden: Sie wird vorwiegend mit körperlichem Unwohlsein und Beschwerden assoziiert. Herr A.: *„Krankheit ist verbunden mit Schmerzen. Und ist verbunden mit Mitleid. Ein Kranker löst Mitleid aus.“* Um wieder gesund zu werden, nimmt man Kontakt zu Personen auf, von denen erwartet wird, dass sie zur Genesung beitragen können. Mit anderen über seine Krankheit zu sprechen, sich auszutauschen oder Rat zu holen, wird als hilfreich erachtet. Herr F.: *„Wenn ich körperliche Beschwerden habe, dann kann ich zum Arzt gehen, um mich untersuchen zu lassen. Oder zu meinem Bekanntenkreis, ob irgendjemand sich auskennt oder auch schon mal von der Situation betroffen war und mir Tipps geben kann.“*

Zum Teil wurden auch religiöse Erklärungsmuster herangezogen. Herr A.: *„Wenn du krank bist, hast du etwas falsch gemacht, die Götter haben dich verlassen.“* Solche Muster verstellen jedoch keineswegs den Zugang zu Versorgungsangeboten. Selbst wenn andere Vorstellungen mitgebracht wurden, hindert dies nicht daran, die Erklärungsmuster der Aufnahmegesellschaft anzunehmen und entsprechend zu handeln, indem z. B. Fachärzte oder die Aidshilfen aufgesucht werden.

Umgang mit Sexualität

Stimmt es, dass es afrikanischen Migrant(inn)en sehr schwerfällt, über Sexualität zu sprechen? Wirkt die Art und Weise, wie man hierzulande Sex thematisiert, auf sie tatsächlich schockierend und abstoßend? Falls ja, müsste man das in der Präventionsarbeit entsprechend berücksichtigen, damit die Botschaft angenommen wird.

Alle Befragten bestätigten, dass das Gespräch über Sexualität in ihren Herkunftsländern schwierig, jedoch nicht unbedingt tabu ist. Besonders schwierig scheint dabei die Kommunikation zwischen den Generationen zu sein. Herr A.: *„Sexualität ist das Heiligtum der älteren Menschen. Als ich in die Schule ging, hatten wir ein Fach ‚Hygiene‘. In diesem Fach hatten wir ein Buch, in dem auch über Sexualität etwas geschrieben war. Und zwar auf Seite 104. Es war für Schüler unter 15 Jahren verboten, diese Seite aufzuschlagen. Wenn der Lehrer dich erwischt hat, dann hattest du ein Problem. Über Sexualität dürfen nur die älteren Menschen sprechen. Wenn über Sex gesprochen wird, werden die Kinder sofort rausgeschickt. Auch werden keine Zärtlichkeiten ausgetauscht, wenn Kinder anwesend sind. Das Thema wird also vermieden, wenn Kinder anwesend sind. In diesem Sinne ist Sexualität ein Tabu. Aber unter Erwachsenen nicht. Das ist nicht richtig.“*

Auch innerhalb der Familie kann es Unterschiede im Umgang mit Sexualität geben – ein weiterer Hinweis darauf, dass im Herkunftsland nicht jeder starr an der Tradition festhält. Frau D.: *„Meine Familie ist etwas ganz anderes, weil ich habe immer mit meiner Mutter gesprochen. Meine Mutter hat uns alleine erzogen. Das war kein Tabu, weil meine Mutter ganz offen ist. Sie war Lehrerin, und sie hatte eine ganz andere Mentalität. Für sie ist es besser, immer über alles mit ihren Kindern zu reden. Ich hatte keine Probleme mit meiner Mutter wegen diesem Thema. Aber normalerweise in Afrika ist es tabu, mit deiner Mutter oder mit deinem Papa über Sex zu reden.“*

Wie man in Deutschland mit Sexualität umgeht, wird im Vergleich zum Herkunftsland häufig als sehr offen erlebt – auch in dem Sinne, dass selbst entschieden werden kann, mit wem man darüber sprechen möchte. Nach anfänglichen Schwierigkeiten kamen die von uns Befragten mit dieser Offenheit zurecht. Über Sexualität sprechen zu können, wird dabei als Erleichterung erlebt. Herr B.: *„Hier ist es so offen. Und alles ist ganz anders. Hier kann man über so etwas sprechen. Wegen der Kultur hier ist es etwas anders als in Afrika. Hier ist es normal, dass man mit anderen über Sexualität sprechen kann. Wenn ich zurück bin, zu Hause, muss ich mich wieder anders benehmen. Dort kann man nicht so darüber reden.“*

Umgang mit HIV/Aids

Uns interessierte die Frage, ob Migrant(inn)en über HIV/Aids sprechen und welche Erfahrungen sie dabei machen. Häufig wird nämlich angenommen, das Thema sei bei ihnen tabu und müsse daher, z. B. in der Beratung, sehr diskret angegangen werden.

Unsere Interviewpartner beschreiben sehr eindrücklich die in den Herkunftsländern herrschenden Vorstellungen über HIV/Aids. Wird der Serostatus bekannt, müssen Betroffene mit Ausgrenzung rechnen – ähnlich wie dies in westlichen Ländern in den ersten Jahren der Epidemie der Fall war, als die Gleichung „HIV =

Aids = Tod“ noch Gültigkeit hatte. Um dem sozialen Tod zu entgehen, der oft den physischen Tod bedeutet, wird die HIV-Infektion verschwiegen, manchmal selbst vor der eigenen Familie. Herr B.: *„HIV-positive Menschen sind diskriminiert. Die ziehen sich auch zurück. Die sind kaputt. Das ist wie das Ende, weil sie keine Hoffnung haben.“* Herr F.: *„Wer bei uns HIV-positiv ist, hat gleichzeitig Aids. Also, das heißt im Bekanntenkreis, dass zunächst einmal jeder den Kontakt mit ihm meidet – im schlimmsten Fall auch die eigenen Eltern. Da ist die Gefahr, dass man als Außenseiter dasteht. Deshalb versucht man, die Situation für sich zu behalten, damit keiner in der Familie weiß, dass man diese Krankheit hat.“*

Das Verhalten der Mitmenschen wird damit erklärt, dass sie gar nicht oder kaum über die HIV-Infektion informiert sind und die medizinische Behandlung kaum erschwinglich ist. Herr E.: *„Und vor allem in der Vorstellung vieler Leute ist, dass es keine Behandlung gibt für die HIV-Infektion. Warum also Geld ausgeben für etwas, wo man nie an ein Ende kommt?“* Herr F.: *„Aber man kann auch die Leute nicht so leicht verurteilen, weil da einfach ein Mangel an Informationen ist. Sie wissen es gar nicht, sie können nichts dafür. Hätte man ihnen erklärt, was HIV-positiv zu sein oder Aids zu haben bedeutet, dann würden sie vielleicht besser mit der Krankheit und den Erkrankten umgehen können. Aber da sie kein Wissen über diese Krankheit haben, vermeiden sie jeglichen Kontakt zu solchen Leuten.“*

Die Ausgrenzung wird unter anderem mit der sexuellen Übertragbarkeit des Virus begründet: Dadurch wird die HIV-Infektion zu einer „schlechten“ Krankheit, die betroffene Familien ihrer Ehre beraubt. Frau D.: *„Wenn du Aids hast oder HIV-positiv bist, dann du bist niemand mehr. Die Ehre von deiner Familie ist dann negativ, weil das bedeutet, du hattest ein schlechtes Leben und deswegen bist du HIV-positiv. Wenn du in Afrika HIV-positiv bist, bist du ein schlechter Mensch. Du schläfst mit allen und so. Deswegen bist du HIV-positiv!“*

Dass man sich in Deutschland beraten und behandeln lassen kann, nehmen die Betroffenen als große Chance wahr. Frau C.: *„In Deutschland, seit ich dieses Problem habe, habe ich gedacht, okay, ich kann es sagen oder nicht sagen. Deutschland hat eine andere Mentalität, da kann ich von meinem Problem sprechen. Wenn man darüber spricht, kann man Hilfe bekommen. In meinem Land gibt es nichts.“* Herr A.: *„Ich glaube, in Deutschland sind die Leute informierter. Und man hat Möglichkeiten, die Krankheit zu kontrollieren. In Afrika hat es wenig Nutzen, mit anderen über die Krankheit zu sprechen. Niemand kann dir helfen.“*

Stigmatisierung und Diskriminierung erwarten die Befragten eher von ihren Landsleuten als von Deutschen: Weißen scheint ein toleranter Umgang mit HIV-Positiven eher zugetraut zu werden als Schwarzen. Frau D.: *„Ein Problem ist, wenn die schwarzen Leute wissen, dass ich krank bin. Wenn die anderen – weiße Leute – das wissen, das ist mir scheißegal. Aber wenn einer von meinen eigenen Leuten es weiß, ist das problematisch. Weil du hast Angst. Weil die das immer weitersagen.“*

Die eigenen Erfahrungen mit der Offenlegung der HIV-Infektion im Aufnahmeland werden dagegen eher positiv bewertet, denn die befürchtete Diskriminierung und Ausgrenzung ist in der Regel nicht eingetreten. Herr E.: *„Ich spreche nicht mit allen Leuten, nur mit denen, zu denen ich irgendeine Beziehung habe. Mit meinen männlichen Freunden, um sie zu besuchen, um in ihre Familie zu gehen, spreche ich darüber, dass ich so und so bin. Wenn du nicht willst, dann komme ich nicht mehr zu dir. Es gab nur einen Freund, der mir sagte, er will nicht mehr, dass ich zu ihm komme. Alle anderen Freunde haben mich so akzeptiert. Wir sprechen auch nicht mehr darüber. Das ist für mich wie ein Zeichen des Vertrauens.“*

Nutzung von Aidshilfe-Angeboten

Migranten aus anderen Kulturen falle es besonders schwer, eine Aidshilfe aufzusuchen, hört man immer wieder. Sie befürchteten zu Recht, dort mit Fragen und Sachverhalten konfrontiert zu werden, die sie überforderten. Das sexualisierte und schwule Erscheinungsbild dieser Einrichtungen stelle eine zusätzliche Hürde dar. In den Interviews ließ sich indes ein selbstbewusster Umgang mit der Institution Aidshilfe und deren Angeboten erkennen. Mehrere Interviewpartner berichteten, anhand ihrer Bedürfnisse zu entscheiden, welche davon sie in Anspruch nehmen. Frau C.: *„Für mich ist es so: Ich kann hingehen, aber ich muss nicht. Ich entscheide selbst, welche Hilfe ich möchte. ... Ich komme her, weil ich mehr wissen wollte über diese Situation, HIV-positiv zu sein, wie man sich selbst helfen kann, wie man mit dieser Krankheit ohne Probleme leben kann. Deshalb bin ich gekommen, weil ich mehr wissen wollte.“* Darin zeigt sich ein durchaus kompetentes Nutzerverhalten, was bedeuten könnte, dass Aidshilfen gar keine vollkommen neuen Angebote entwickeln müssen, um Migrant(inn)en zu erreichen. Die Befragten jedenfalls haben ihren Weg in die Aidshilfe gefunden und dabei ihre Vorbehalte abgelegt.

In allen Interviews wird eine persönliche Entwicklung von völliger Verzweiflung bis hin zu einem selbstbewussten Umgang mit der HIV-Infektion beschrieben. Diese Entwicklung muss aus Sicht der Befragten jeder Migrant durchlaufen, um die Aidshilfe-Angebote nutzen zu können. Herr F.: *„Wenn wir zur Aidshilfe gehen, müssen wir mit der Möglichkeit oder der Gefahr rechnen, einen Freund oder einen Bekannten dort zu treffen. Und weil wir alle in demselben Boot sitzen, sollten wir diese Hilfe, die wir bei der Aidshilfe immer bekommen, nicht auf die Seite schieben. Ich denke, es liegt nicht an der Aidshilfe, sondern an der Mentalität von den Afrikanern; sie müssen diese Schwierigkeiten überwinden. Weil die Angst, entdeckt zu werden, dass man auch diese Krankheit hat oder unter dieser Krankheit leidet, ist so groß, dass man lieber versucht, in seiner Ethnie zu bleiben, anstatt diese Hilfe in Anspruch zu nehmen.“*

Hinweise für die Präventionsarbeit

Unsere Befragung lieferte mehrere Hinweise für die Präventionsarbeit mit Migrantinnen und Migranten, die wir in folgenden Thesen zusammengefasst haben:

- » Migranten sind keine hilflosen Opfer widriger Umstände, sondern selbstbewusste, kompetente Individuen, die sich auf Veränderungen eingestellt haben. Sie haben sich bewusst dafür entschieden, ihr Herkunftsland zu verlassen, um den dort herrschenden Verhältnissen zu entkommen. Wer dann in seinem Ziel- oder Aufnahmeland angekommen ist, hat häufig einen Weg hinter sich, der ein hohes Maß an Organisation und viele Entscheidungen erfordert. Man kann davon ausgehen, dass die im Migrationsprozess benötigten Fähigkeiten und Ressourcen auch bei der Auseinandersetzung mit den sozialen, kulturellen und sozioökonomischen Gegebenheiten im Aufnahmeland hilfreich sind.
- » Migranten sind in der Lage, kulturelle Unterschiede zu erkennen, zu reflektieren und kreativ damit umzugehen. Im Grunde ist jeder Mensch fähig, die ihn umgebenden gesellschaftlichen Verhältnisse zu erkennen, auch wenn er in einer ihm zunächst fremden Kultur lebt: Er kann die mitgebrachten Vorstellungen und Werte mit denen der neuen Lebenswelt vergleichen und die Unterschiede reflektieren; er kann das Neue annehmen, ablehnen oder für sich verändern. Kulturelle Differenzen sind somit kommunizierbar und stehen einer gegenseitigen Verständigung nicht zwangsläufig im Wege.
- » Die im Migrationsprozess benötigten Ressourcen und Kompetenzen sind immer auch hilfreich bei der Bewältigung des Alltags im Aufnahmeland. Dies zeigt sich z. B. daran, dass Migrant(inn)en eigene Netzwerke und Vereine gründen oder Geschäfte und Restaurants eröffnen und dabei etliche bürokratische Hürden überwinden.
- » Freunde und Bekannte aus der Community stellen eine fast genauso wichtige Ressource für die Alltagsbewältigung dar wie die Angebote öffentlicher und freier Träger. Wo die private Unterstützung nicht (mehr) ausreicht, wenden sich Migranten an soziale Einrichtungen, deren Angebote sie gezielt für sich nutzen.

Zusammenfassend lässt sich feststellen: Es scheint nicht erforderlich zu sein, jedes Aidshilfe-Angebot immer auch kulturspezifisch zu gestalten. Wenn Migrant(inn)en ein Angebot nicht nutzen, muss das nicht daran liegen, dass es nicht kultursensibel genug ist: Es kann ebenso gut sein, dass sie es (momentan) einfach nicht brauchen. Dass sich Migrant(inn)en hierin genauso verhalten wie andere Zielgruppen der Aidshilfe-Arbeit, gilt es zu akzeptieren.

Literatur

DAH 2000

Deutsche AIDS-Hilfe e. V. (Hg.): AIDS und Migration. AIDS-FORUM DAH, Band 41. Berlin: Deutsche AIDS-Hilfe e. V. 2000

DAH 2002

Deutsche AIDS-Hilfe e. V. (Hg.): 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. 2003

Fernando 2001

Fernando, S.: Rassismus als institutioneller Prozess. In: *Hegemann/Salman (Hg.) 2001*

Gutiérrez Rodriguez 2003

Gutiérrez Rodriguez, E.: Institutionalisierte Ethnisierung und Ausschließung. Die Konstruktion ethnisierten Kollektive für Staat, Bildung und Arbeitsmarkt. In: *Ethnisierung sozialer Konflikte. Forum Wissenschaft*, hg. vom Bund demokratischer Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler (BdWi), 1/2003

Hegemann 2001

Hegemann, T.: Interkulturelles Lernen. Ein multidimensionaler Ansatz zum Erwerb interkultureller Kompetenzen. In: *Hegemann/Salman (Hg.) 2001*

Hegemann/Salman (Hg.) 2001

Hegemann, T./Salman, R. (Hg.): Transkulturelle Psychiatrie. Konzepte für die Arbeit mit Menschen aus anderen Kulturen. Bonn: Psychiatrie Verlag 2001

VIA 2000

VIA Berlin/Brandenburg e. V.: Zur Verbesserung der HIV/Aids-Prävention für Migrantinnen und Migranten in Berlin. Expertise im Auftrag des Landesverbandes der Berliner Aids-Selbsthilfeorganisationen (LaBAS). Berlin: Deutsche AIDS-Hilfe e. V. 2000

„Ich erlebe bei Migranten nicht das Bedürfnis, migrationspezifisch angesprochen zu werden“

Ein Gespräch von Bernd Aretz und Michael Lämmert

Michael Lämmert ist Sozialarbeiter bei der AIDS-Hilfe Offenbach e. V. Bernd Aretz aus dem Vorstand der Organisation sprach mit ihm über Migrantinnen und Migranten in der Aidshilfe.

Aretz: Offenbach ist eine verarmte Industriestadt im Wandel zu einer Dienstleistungs- und Designstadt. Von den etwa 120.000 Menschen haben circa 35 % keinen deutschen Pass, im Innenstadtbereich liegt ihr Anteil über 50 %. Mehr als 140 Nationen sind vertreten. Mein iranischer Nachbar, der ein paar Jahre in einem Frankfurter Vorort gelebt hat, erzählte mir, an Offenbach gefalle ihm, dass man gar nicht merke, in Deutschland zu sein. Das Zusammenleben sei so unkompliziert.

Lämmert: Das geht mir auch so, wenn ich von Reisen in Deutschland nach Offenbach zurückkomme.

Aretz: Spiegelt sich das in eurer Arbeit wider?

Lämmert: Der Anteil der Migranten in der Betreuung liegt bei etwa 40 %, also etwas über ihrem Anteil an der Gesamtbevölkerung. In der Beratung sieht es ähnlich aus. In der Betreuung spiegeln sich die Hochprävalenzgebiete wider. Bei uns sind Menschen aus verschiedenen afrikanischen und asiatischen Staaten und aus Kroatien vertreten. Bisher haben wir auffallend wenig Klienten aus Osteuropa, einige haben wir allerdings zum HIV-Antikörpertest beraten.

Aretz: Professor Heino Stöver hat mir in einem Interview gesagt: „Aidshilfen und ihr psychosozialer Ansatz sind für viele Menschen aus Osteuropa kein gangbarer Weg. Die Sichtweise, wie man Krankheiten lösen kann, sind fundamental anders. Akzeptiert sind Infusionen vom Arzt gegen alles und nichts, weil das Weißkittel-Maßnahmen sind, an die alle glauben. Das bekommen sie bei unseren psychosozialen Ansätzen nicht, hier gibt es nur Peer-Support. Osteuropa setzt auf traditionelle Autoritäten. Alles andere bringt zurzeit nichts. Auch die Psychologen in Osteuropa tragen weiße Kittel.“

82

Lämmert: Trotzdem kann uns das zeitversetzt noch beschäftigen. Viele Menschen kommen ja durch die Vermittlung der Uniklinik Frankfurt oder der Schwerpunktpraxen zu uns. Da geht es dann um ganz konkreten Hilfsbedarf, den das ärztliche System nicht decken kann. Aber es stimmt schon, dass der Umgang mit Menschen aus Osteuropa für uns schwierig ist. Wir haben versucht, zu einem Projekt in der russischen Partnerstadt Orjol einen Kontakt aufzubauen. Aber Orjol hat den Kontakt plötzlich von sich aus abgebrochen. Unser Verein hat sich deshalb entschlossen, neben der Aids-Nothilfestation und dem Waisenhaus Nouvelle Espérance in Bujumbura, Burundi, das Waisenhaus Hokisa im südafrikanischen Masumpulele zu unterstützen.

Aretz: Welche Philosophie verbirgt sich dahinter?

Lämmert: Wir fanden irgendwann im Jahr 1997, dass die AIDS-Hilfe Offenbach in Stadt und Kreis in guten und in schlechten Zeiten doch immer wieder und verlässlich viel Treue und Solidarität erfahren hat. Und da ging es uns so wie auf einer Reise, bei der man viel Schönes sieht und sich ständig denkt, ach, wenn ich das doch auch den zu Hause Gebliebenen zeigen könnte. Es drängte sich das Gefühl auf, man müsse von der selbst erfahrenen Solidarität auch andere etwas erfahren lassen. Insofern war die Suche nach einer solchen Partnerschaft im Grunde keine Frage der Moral oder der politisch richtigen Einstellung. Es war Lust auf ein gutes Erlebnis.

Aretz: Von unseren afrikanischen Frauen weiß ich, dass sie es schätzen, dass uns die Situation ihrer Familien oder Freunde in den Herkunftsländern nicht gleichgültig ist, auch wenn unsere Hilfeleistungen nicht mehr sind als ein Tropfen auf dem heißen Stein. Aber als Signal ist es wichtig.

Lämmert: Das gilt übrigens auch für eine Aktion, die wir zur „Interkulturellen Woche“ gemacht haben. Zur Eröffnung hängten wir ein zwölf Meter langes Banner in 22 Sprachen von unserer Haustür quer über die Frankfurter Straße. Die Entstehung des Banners war Teil der Aktion. Ich stellte die Idee beim Vorbereitungsstreffen von mehr als 30 Institutionen vor und bat darum, den Slogan der DAH-Kampagne ICH WEISS WAS ICH TU¹ in möglichst viele Sprachen zu übersetzen. Allerdings haben wir ihn erweitert um die Aussage „Ich weiß, wo ich herkomme“. Die Wurzeln eines Menschen sind ja ein zentraler Punkt bei der Frage, wie er sein Leben bewältigen kann. Wir wollten deutlich machen, dass wir sie respektieren, dass wir die Vielfalt der Menschen unserer Stadt widerspiegeln und dass unsere Türen allen offenstehen.



Banner der AIDS-Hilfe Offenbach e. V. zur „Interkulturellen Woche“ (Ausschnitte)

Da haben unsere Nutzerinnen und Nutzer mitgemacht. Das war eine spannende Erfahrung, vor allem bei der Übersetzung ins Russische. Da kam zunächst der Hinweis, das könne man nicht übersetzen. Dann kamen mehrere Vorschläge, zum Beispiel: „Ich weiß, in welcher Straße ich wohne“ oder „Ich weiß, was meine Familie darstellt und welche Verpflichtungen sich für morgen daraus ergeben.“ Jetzt heißt es: „Ich weiß, was hinter mir liegt, und ich weiß, was ich vorhabe.“ Bei den Übersetzungen haben sich Kolleginnen befreundeter Institutionen wie Caritas oder Pro Familia beteiligt, ebenso der Ausländerbeirat und der Internationale Bund, aber auch viele unserer Klientinnen und Klienten. Wir mussten es stoppen, weil viele unserer afrikanischen Klienten mehrere Stammes- und die Kolonialsprachen sprechen. Irgendwann mussten wir einfach sagen, das Banner ist voll.

1 Die am 13. Oktober 2008 in Berlin gestartete Kampagne der Deutschen AIDS-Hilfe richtet sich an Männer, die Sex mit Männern haben, und zielt auf die Intensivierung der HIV-Prävention und Gesundheitsförderung in dieser Gruppe. An ihr beteiligen sich DAH-Mitgliedsorganisationen und viele weitere Kooperationspartner.

Die Aktion hat die Kommunikation mit unseren Klienten beflügelt. Wir hatten ja die Entwürfe unserer Grafikerin Cordula Ernst in unseren Räumen ausgehängt. Da gab es dann das Suchen nach der Heimatsprache, Diskussionen über Farbgestaltung, Gespräche über den Slogan und die unterschiedlichen kulturellen Erfahrungen. Das hat Wertschätzung transportiert. Das Ganze wurde im Vorbereitungstreffen als Musterbeispiel für Partizipation gewürdigt. Ich hatte das nicht so hoch aufgehängt, sondern brauchte einfach Unterstützung. Und wenn man die haben will, muss man auf die anderen zugehen.

Aretz: Im letzten Jahr hat die AIDS-Hilfe Offenbach eine Veranstaltung mit der Malteser Migrantinnenmedizin in Darmstadt durchgeführt.

Lämmert: Ja, denn die Situation nicht versicherter Migrantinnen und Migranten beschäftigt uns immer wieder. Die Veranstaltung war unser Beitrag, einer Gruppe ohne Lobby eine Stimme zu geben. Es ist ja schon absurd: Auch die Politik fordert immer wieder – zu Recht – den Zugang zu HIV-Therapien weltweit ein, das gilt aber nicht für Menschen, die ohne Aufenthaltserlaubnis in Deutschland leben. Zu unserer Verblüffung und Freude war die Veranstaltung überfüllt und eine gute Möglichkeit, nicht nur einen Missstand zu skandalisieren, sondern in der Folge eine Adressbank mit Angeboten in der Region aufzubauen und einen entsprechenden Flyer herzustellen, dessen hoher Absatz den Bedarf deutlich bestätigte. Aidshilfe muss sich da öffentlich wahrnehmbar positionieren.

Aretz: Die „Interkulturellen Wochen“ sind also eine Erfolgsgeschichte. Gab es Flops?

Lämmert: Wir haben im letzten Jahr von der „Stiftung Miteinander Leben“ des Landkreises Mittel für die Primär- und Sekundärprävention bei Migranten erhalten. Unser Vorhaben, kleine Zirkel von Landsleuten aus verschiedenen Staaten zu gründen, war zunächst eine Bauchlandung. Der Kontakt von Landsleuten untereinander kann die Arbeit für Migranten zwar ergänzen und stärken, aber viel wichtiger ist es, das „Wir“ zwischen ihnen und uns zu betonen. Und dabei, so lernen wir, hilft nur, ihre Potenziale als Mitstreiter für unsere Vereinsziele zu nutzen und ihnen die Mitarbeit anzubieten. Dass dabei auch Gewohnheiten und Lebenssitten der Herkunftsländer bedacht und respektiert und als Potenzial in die Arbeit einbezogen werden, ist dann die logische Folge. Inzwischen bilden wir drei Leute aus Frankreich, Brasilien und Togo in Minijobs zu Mitarbeitern in der Primär- und Sekundärprävention aus. Über Streetwork oder dem Verfassen migrationspezifischer Artikel übernehmen sie bereits Verantwortung in unserem Verein. Das funktioniert sehr gut und wird auch weiter ausgebaut.

Aretz: Unsere Lernprozesse führten also zu der Ausgangsfrage: Was wird wirklich gebraucht, und was kann eine Institution unserer Größe bieten?

Lämmert: Eine Zeit lang war es eine modische Welle, dass man auf alle Migranten zugehen, für sie da sein und dreißig Kulturen gleichzeitig im Kopf haben muss. Ich halte diese ganzen Bemühungen, bei denen auch wir mitgemacht haben, für überholt. Es ist nicht so, dass alle sich hier unendlich fremd fühlen und endlich angesprochen werden wollen. Viel wichtiger ist ein Signal, dass Einwanderer bei uns ernst genommen werden und nicht: Ihr könnt nicht Deutsch, und deswegen übersetzen wir jetzt noch in die hundertfünfzigste Sprache. Wir sehen sie als verantwortungsfähige Menschen an, und als solche beziehen wir sie in die Arbeit ein.

Aretz: Also Teilnahme am Vereinsleben statt spezifischer Angebote. Funktioniert das?

Lämmert: Als Aidshilfe muss ich mich fragen: Wie setzen wir unseren Ansatz im Alltag um? Also: Gibt es beim Brunch oder im Positiven-Café Themen, die Migranten verschrecken oder bei ihnen das Gefühl verstärken, „draußen“ zu bleiben? Bei diesen freien Angeboten ist es auch eine Frage des Kräfteverhältnisses zwischen „Eingeborenen“ und Einwanderern, die gestaltend tätig sind. Beim Positiven-Café gab es von den Heterosexuellen die Klage, es ginge zu viel um schwule Sexualität. Da kann ich doch nur ermuntern, ein paar andere Heteros mitzubringen. Aber ich kann den Schwulen doch nicht verbieten, über Sexualität zu reden. Übertragen auf die sogenannte Migrationsarbeit heißt das: Biete ich Menschen nicht-deutscher Herkunft genügend Anreize, sich in unsere verschiedenen Angebote einzumischen und dadurch auch thematisch das Geschehen mitzubestimmen? Die schwächere Seite ist darauf angewiesen, dass die anderen nett sind. Als Verantwortlicher kann man da nur sehr bedingt eingreifen. Ein Weg ist, eine gewisse Sympathie für die schwächere Gruppe zu fördern, wenn man sie nicht verlieren möchte. Ein anderer Weg ist, Menschen zu ermutigen, sich einen Teil vom Kuchen zu nehmen, sich einzumischen.

Interesse für die Übernahme von Verantwortung entsteht, wenn Migranten wahrnehmen, dass bei uns auch Migranten arbeiten. Das Catering bei Veranstaltungen durch unsere afrikanischen und thailändischen Frauen war da das erste zarte Pflänzchen. Inzwischen gibt es bezahlte Minijobs für Präventionsarbeit, das erregt richtig Aufsehen. Das Beste ist das gelebte Beispiel und nicht der Versuch, zum zehnten Mal auf kulturspezifische Angebote und Prospekte hinzuweisen, sondern als Einrichtung aktiv zusammenzuleben.

Aretz: Die Aidshilfe hat versucht, die Ausländervereine an einen Tisch zu bekommen.

Lämmert: Ja, das ist gescheitert. Trotz breiter Einladung über Anschreiben durch uns und den Ausländerbeirat kam gerade mal ein einziger türkischer Verein. Es war auch ein Flop zu meinen, man könne jemandem vermitteln, er habe noch nie darüber nachgedacht, was ihn zu interessieren hat. Die große Mehrheit interessiert es nicht. Die Vorstellung, das läge daran, dass sie Berührungsangst haben, weil es ein so hochbrisantes Thema ist, halte ich für falsch. Offenbar brennt es dort nicht so, wie wir das denken. Würde es brennen, kämen sie. Trotzdem war der Versuch nicht überflüssig. Er hat unser Interesse deutlich signalisiert. Er hat gezeigt, dass wir existieren, und er hat uns gezeigt, wie es nicht geht. Abgeschminkt haben wir uns die Vorstellung, wenn wir die Türen aufmachen, kommen alle rein. Aber bei jedem, der reinkommt, wird geprüft, ob und wie sie oder er mitarbeiten kann. Man muss schauen, was die ausländischen Vereine, die Migranten interessant finden. Die Not ist nicht, Sprachprobleme zu haben, sondern am Leben deutscher Vereine nicht teilhaben zu können. Einbinden und ernst nehmen, die Bereitschaft und Fähigkeit, zu qualifizieren, zu teilen und dann auch Verantwortung abzugeben: das ist der Schlüssel. Das finden die Menschen interessant.

Aretz: In Offenbach war das bundesweite Treffen von Afro-Leben² für ein Wochenende bei der Aidshilfe zu Gast. Alphonsine Bakambamba aus dem Fachbereich Migration der Deutschen AIDS-Hilfe schrieb dazu: „Für unseren Aufenthalt in Offenbach war alles im Vorfeld gründlich geplant, ausreichend wurden alkoholfreie Getränke und Obst bereitgestellt. Aber unsere Erwartungen wurden noch sehr übertroffen, als wir am Samstag ein warmes afrikanisches Essen serviert bekamen.“

Lämmert: Ja, das war schön. Das hatten unsere afrikanischen Frauen im Rahmen unseres kleinen Beschäftigungsprojekts gekocht. Sie wurden dann von den Gästen gleich angeheuert, am nächsten Tag wieder für sie zu kochen. Danach kam der Wunsch auf, ein hessisches Afrikanertreffen ins Leben zu rufen. Das war aber wieder mal ein Flop. Der vordringliche Wunsch war nicht, eine eigene Selbsthilfegruppe zu bilden, allein in einer Kneipe, sondern mit Deutschen zusammenzuarbeiten.

Aretz: Die AIDS-Hilfe Frankfurt bietet seit längerer Zeit sehr erfolgreich Deutschkurse an.

² Zum bundesweiten Netzwerk HIV-positiver afrikanischer Migrantinnen und Migranten (www.afrolebenplus.de) siehe den Beitrag von Régisse Kouabré, S. 92 ff. in diesem Band.

Lämmert: Das bestätigt doch meine Einschätzung. Menschen wollen die Sprache lernen, um sich an Belangen, die sie interessieren, aktiver beteiligen zu können. Deshalb kommen sie auch zu einem entsprechenden Angebot, und dabei ist es vielleicht auch möglich, sich auszutauschen und aktiver einzusteigen. Das klappt doch auch bei unseren jährlichen Gartenseminaren, die neben einem geselligen Teil immer auch Fortbildung und Austausch über Themen beinhalten, die sich einfach aus unserer alltäglichen Arbeit herauskristallisieren. An denen nehmen dann auch unsere Migranten teil, wenn wir sie in die Konzeption, Vorbereitung und Durchführung einbinden.

Aretz: Braucht es spezielle Migrationsprechstunden?

Lämmert: Auch hier gilt: Migranten möchten im Rechts- und Medizinsystem als gleichberechtigte Bürger ankommen. Wer z. B. eingebürgert werden möchte, will nicht in Nischen landen oder in solche reingeschoben werden. Im Einzelfall gibt es sicher auch andere Haltungen, aber der Trend ist eindeutig. Und da müssen wir uns fragen, was wir tun können, um Gleichheit herzustellen. Wenn man die Kapazitäten dafür hat, kann es sinnvoll sein, etwa in Ambulanzen oder Kliniken Sprechstunden für Menschen abzuhalten, die sich schwertun, ohne Vorbereitung die Türe zur Aidshilfe oder zu Diagnose- und Behandlungseinrichtungen zu durchschreiten. Die Größe unserer Aidshilfe lässt es nur zu, dass wir bei Bedarf von den Behandelnden hinzugerufen werden.

Aretz: Wie hat sich das Präventionsprojekt entwickelt?

Lämmert: Inzwischen wird wahrgenommen, dass bei uns Migrantinnen und Migranten qualifizierte Präventionsarbeit machen. Hierzu eine Randbemerkung: Fast nie steckten muslimische Frauen den Kopf unter den Tisch, wenn wir von Sexualität zu sprechen angingen, sondern es gab rege Diskussionen. Natürlich mit eigenen Wünschen und Vorstellungen, die wahrzunehmen und zu berücksichtigen sind. Als z. B. ein Kondom entrollt werden sollte, kam der Hinweis, dass dies nicht gewünscht sei. Das war kein Überfahren, keine Grenzverletzung, sondern eine Kommunikation über Grenzen. Ich bekomme immer wieder die Rückmeldung: „Wir finden es gut, dass bei euch Migranten Verantwortung übernehmen.“ Da müssen wir weitermachen, das überzeugt von unserem Projekt.

Aretz: Aus „strenger“ Aidshilfe-Sicht mag unsere Beratungsstelle vielleicht unmöglich erscheinen. Bunt gemischte Plakate, darunter auch schwule, deren Motive aber nicht über das Küssen hinausgehen. Gab es Rückmeldungen?

Lämmert: Nein. Wenn die Rückmeldung käme, dass sich unsere Klienten oder Mitarbeiter nicht wohlfühlen, müssten wir uns damit beschäftigen und reagieren. Aber bisher hat niemand etwas gesagt, und wir hatten auch noch nie das Gefühl, dass Befindlichkeiten nicht angesprochen werden. Ich denke, die Mischung macht es. Bei uns hängen Plakate mit Gesichtern von Menschen aus allen Teilen der Welt. Das Frauennetzwerk ist z. B. schon deshalb vertreten, weil auf einem Plakat auch die Beine einer Kollegin abgebildet sind. Kunst aus der Malgruppe, eine Infotafel mit Zeitungsausschnitten und Ankündigungen, bunt gemischte Broschüren für alle Szenen und Lebenslagen liegen aus. Man kann ruhig einmal zur Kenntnis nehmen, dass auch Menschen mit Migrationshintergrund in der Lage sind, sich eine vorurteilsfreie Meinung zu bilden. Unsere Migranten stammen eher aus Mittelschichten, deshalb sind sie erst einmal unser Maßstab. Da habe ich noch nie eine verklemmte Bemerkung über schwule Männer erlebt.

Aretz: Das heißt aber, dass Flüchtlinge bei uns einen ungeheueren sozialen Abstieg gemacht haben.

Lämmert: Das haben wir vor zwei Jahren in unserem Qualifikationskurs durch einen Mann aus Togo sehr eindrücklich erlebt. Die Erwartungen bei der Auswanderung und die Erfahrungen in Deutschland fallen weit auseinander. Zu diesem Schock kommt dann häufig das Trauma der HIV-Diagnose. Einer der Menschen mit einem Minijob schreibt jeden Monat kleine Essays. Das erste beschäftigte sich mit Tabus in Communities, das zweite mit dem quälenden Druck durch die Erwartungen der Herkunftsfamilien, die bei Erkrankungen noch weniger zu erfüllen sind.

Aretz: In unserer Aidshilfe fand ein Qualifikationskurs für Ehrenamtliche über Migration statt. Wie lief er ab und was sollte damit erreicht werden?

Lämmert: Ein afrikanischer Teilnehmer erzählte, wie er Deutschland in den Hochglanzbroschüren des Goethe-Instituts seines Heimatlandes gesehen hat, und von seinem Schock, die raue Wirklichkeit hier vor Ort zu erleben. Es ging um Tabus, die Mängel der medizinischen Versorgung im Heimatland, um Schwierigkeiten mit dem Ausländeramt, mit Behörden insgesamt. Er selbst ist für vieles ein gutes Beispiel. Seine Aufenthaltsprobleme lösten sich glücklicherweise darüber, dass er hier seine Liebe gefunden hat und über eine Ehe abgesichert wird. Humanitäre Lösungen zu finden, so stellte er uns dar, sei sehr schwierig, weil von deutschen Behörden oft wahrheitswidrig behauptet werde, die Versorgung sei auch im Heimatland gesichert. Die Unsicherheit in diesem Verfahren mache die Menschen krank. Die Ehe nur zum Zweck einer Aufenthaltserlaubnis zu schließen, sei zwar ein oft fantasiertes und diskutierter, aber kein gangbarer Weg. Die daraus entste-

henden Abhängigkeitsverhältnisse hätten oft unwürdige Folgen bis hin zu sexuellem Missbrauch und Gewalt.

Eingebettet war der Kurs in einen lockeren Rahmen. Unsere afrikanischen Frauen haben gekocht, was ihnen gleichzeitig die Möglichkeit gab, zwanglos an den Abenden mit den übrigen Vereinsmitgliedern teilzunehmen und ihre Erfahrungen einzubringen. Schwierig ist, dass an solchen Fortbildungsveranstaltungen nur die ohnehin Interessierten und Aufgeschlossenen teilnehmen. Aber auch die mussten zur Kenntnis nehmen, dass sie bei dem spielerisch durchgeführten Einbürgerungstest ins Schwitzen kamen und kaum eine Chance auf Einbürgerung gehabt hätten.

Aretz: Die Vorbereitung auf den Einbürgerungstest spielt bei unserer Arbeit mit Migranten immer wieder eine Rolle. Ich hatte bei dieser Aktion den Eindruck, dass die Migranten sich von den deutschen Kursteilnehmern angenommen fühlten.

Lämmert: Die Erwartung ist, im deutschen Lebensalltag als verantwortungsfähige Menschen gesehen zu werden. Dabei muss man aber sehr genau hinschauen, was vom Einzelnen erwartet werden kann. Das ist manchmal ein mühseliger Annäherungsprozess. Die Menschen sind halt verschieden; der eine geht offen, der andere versteckt mit seiner Infektion um. Kommunikationsschwierigkeiten, zu denen dann auch mal eine Schwerhörigkeit gehören kann, erfordern immer wieder einen Blick darauf, wo Menschen eingesetzt werden können. Wir haben uns deshalb von der Vorstellung verabschiedet, Projekte zu konzipieren und Menschen für die Umsetzung zu suchen. Vielmehr versuchen wir, mit den Menschen aus ihren Schwächen und Stärken heraus Einsatzfelder und Projekte zu entwickeln, in denen sie sich wohlfühlen und gefordert, aber nicht überfordert werden. Das Einfühlungsvermögen einer schwerhörigen Frau für gleich eingeschränkte Menschen lässt sich doch nutzen!

Aretz: Wie sind solche Projekte in Anträgen an öffentliche Geldgeber darzustellen?

Lämmert: Migrationsarbeit ist learning by doing. Ursprünglich wollten wir Präventionsarbeit von Einwanderern für Einwanderer machen lassen. Inzwischen haben wir erkannt, dass diese Differenzierung nicht sinnvoll ist, weil in allen Populationen, in denen wir Prävention machen, viele Migranten vertreten sind. Daneben gibt es natürlich die Arbeit in den Integrationskursen, aber insgesamt sind unsere Migranten ganz allgemein in der Prävention tätig.

Wir sind auch den Geldgebern eine realistische Beschreibung der Erwartungen wie auch der Möglichkeiten von Migranten schuldig. Es lassen sich Ziele be-

nennen, und man kann durchaus auch mit der Politik, die in diesen Feldern selber auf der Suche ist, klar kommunizieren, dass wir ernsthaft Wege der Integration und Motivation von Migranten gehen. Manche Ergebnisse können sich durchaus sehen lassen. Manchmal können wir auch nur die ersten Schritte klar benennen und darlegen, dass wir die weiteren Schritte an den jeweils gemachten Erfahrungen neu ausrichten müssen.

Aretz: Wie kann man Menschen für die Arbeit gewinnen?

Lämmert: Wir signalisieren deutlich, dass unsere Türen offen stehen. Wir pflegen einen respektvollen Umgang. Man muss sich vor gutmenschlichen Infantilisierungen hüten und die Menschen ernst nehmen und fordern. Der persönliche respektvolle Umgang ist das wichtigste Transportmittel, um als Einrichtung anerkannt zu werden. Manche große Aidshilfen bieten ja Sprechstunden in den Ambulanzen an. Ich sehe aber, dass eher die Qualifikation des Beraters als die Sprechstunde speziell für Migranten gesucht wird. Sprachkenntnisse sind dafür ein Schlüssel. Dass man sich im Ausländerecht fit machen muss, ist klar. Ich erlebe bei Migranten nicht das Bedürfnis, migrationspezifisch angesprochen zu werden, sondern dass die Angebote insgesamt so gestaltet sind, dass sie von ihnen auch genutzt werden können. Sie suchen ihren Platz in den vorhandenen Strukturen. Bei unseren Leuten erlebe ich nicht, dass sie in der Identität von Migranten wahrgenommen werden möchten, sondern in ihren Kompetenzen. Ihre Identität ist, eingewandert zu sein und hier dazugehören zu wollen. Dieses Anliegen ist in einem Einwanderungsland angemessen und letztendlich hilfreich für unser Zusammenleben.

Aretz: Eine oft diskutierte Frage ist der Zusammenhang zwischen kulturspezifischem Krankheitsverständnis und Therapie-Disziplin.

Lämmert: Kulturspezifische Therapie-Blockaden kann ich bei meinen Klienten nicht sehen. Wenn man genau hinschaut, findet man häufig Gründe, die man auch bei Deutschen findet. Da kann der Protest gegen das Umfeld oder die Familie in autoaggressives Verhalten münden. Ich habe neulich mit einem Klienten aus Afrika über die doch sehr andersartigen Krankheits- und Heilungsvorstellungen in seinem Heimatland gesprochen und ihn gefragt, ob er davon nicht mal etwas in den Verein einbringen wolle, das sei doch sehr spannend. Er antwortete, das sei alles so weit weg. Er könne sich kaum erinnern, wie das gewesen sei, obwohl in seiner Familie sogar einige als Heiler gearbeitet hätten. Jede Fantasie über kulturspezifische Barrieren kann grundfalsch, aber auch beachtenswert sein. In jedem Fall sollte sie geprüft werden, bevor sie zu unsauberer Bildern über

Klienten führt. Mein Klient meinte jedenfalls, er sei im deutschen Medizinsystem angekommen. Über dieses System könne er etwas erzählen.

Sekundärtugenden dagegen – z. B. Termine oder einen Tagesablauf einzuhalten – mögen bei der Therapietreue eine gewisse Rolle spielen. Aber auch da fallen mir zuerst mal deutsche Klienten ein. Und ich selbst vergesse manchmal meine wirklich nötigen Augentropfen. Natürlich kann der Umgang mit Zeit von den Erfahrungen beeinflusst sein, wie man im Herkunftsland damit umgeht. Bei Therapien sollten wir das Kulturspezifische aber insgesamt entmystifizieren und nicht so ungeheurer mit Bedeutung aufladen. Ich glaube auch nicht, dass Migranten das wollen. Ich denke gerade an eine brasilianische Klientin. Wenn ich sie fragen würde, ob ihr Umgang mit der Krankheit etwas mit ihrer Herkunft zu tun habe, würde sie antworten, ihre Probleme habe sie hier und nicht in Brasilien, und hier müsse sie daher auch die Lösung finden. Sie sei hier eingewandert und wolle nicht ständig als Brasilianerin gesehen werden, sondern als Deutsche.

Aretz: Einige brauchen ein bisschen mehr Zeit, um anzukommen ...

Lämmert: Man muss sie „reinlassen“, indem man die eigene Einrichtung durch sie mitgestalten lässt. Sie wird sich dadurch verändern, vielleicht auch anders, als man das vorhatte. Solange nur ich alles in der Hand habe, ernte ich eher gelangweiltes Achselzucken. Anders ist es, wenn ich sage, wir alle müssen hier verantwortungsvolle Arbeit leisten. Dabei gehen wir natürlich das Risiko ein, Posten und Bedeutung zu verlieren. Es ist doch eine Mogelpackung, wenn wir sagen, wir interessieren uns für Migranten, aber wir lassen sie nur so weit rein, als sie nicht an die Posten rankommen. Da entlarvt sich doch etwas, wenn man nur als Bedürftiger, aber nicht als Mitbestimmender gern gesehen ist.

Durch die Einbindung von Migranten machen wir klar, dass sie hier qualifizierte Arbeitsplätze einnehmen. Den Nichtmigranten klarzumachen, dass es so laufen kann: auch das ist Migrationsarbeit, und die muss auch bei Deutschen stattfinden. Was ich zum Teil von deutschen Klienten und Klientinnen an ausländerfeindlichen Sprüchen höre, ist erschreckend. Auch in dieser Hinsicht ist nichts besser, als Migranten in verantwortungsvolle Arbeit mit hereinzunehmen. Da schlucken viele, aber da müssen sie durch. Das bietet schon unser Wunsch nach einem friedlichen Zusammenleben.

Movin' Mountains Together – Afro-Leben+ Deutschland

Régisse Kouabré



Zum Jahreswechsel 2000/2001 gelang es einer kleinen Gruppe HIV-positiver Afrikanerinnen und Afrikaner, mit Unterstützung der Deutschen AIDS-Hilfe (DAH) ein Treffen in Berlin zu organisieren, um in Ruhe über Anliegen ihrer Communities diskutieren zu können. Es war das erste Mal, dass sich Afrikaner so offen als Positive zu erkennen gaben, und es war auch sehr mutig angesichts der Gefahr, daraufhin in der Community diskriminiert und isoliert zu werden. Dieses Treffen war die erste Möglichkeit, sich ohne Angst mit anderen Betroffenen auszutauschen, und viele konnten erst hier ihr jahrelanges Schweigen brechen, sich von ihrer Last befreien und zugleich die mit HIV/Aids verbundenen Sorgen mit anderen teilen. Der Erfahrungsaustausch mit Menschen, die schon länger mit der Krankheit lebten, mehr Lebenserfahrung hatten und bereits in die Gesellschaft in Deutschland integriert waren, und auch die Möglichkeit, vielleicht einen Lebenspartner oder eine Lebenspartnerin zu finden, brachten einen kräftigen Schub an Energie und Hoffnung.

Schnell war die Idee geboren, sich mit finanzieller Hilfe der DAH regelmäßig zu treffen, um gemeinsam über Probleme, Freude und Enttäuschungen zu reden, eine Selbsthilfe ins Leben zu rufen, sich zu informieren und weiterzubilden und das Gelernte an andere weiterzugeben. So wollten wir Prävention machen: Lebensfreude und Wissen weitergeben und risikobewusste Entscheidungen ermöglichen. Bald entstand das Bedürfnis, noch mehr Menschen anzusprechen und zu informieren und sich an der Präventionsarbeit für Migrantinnen und Migranten zu beteiligen.

Seitdem ist viel Zeit vergangen. Inzwischen haben wir uns einen Namen gegeben, uns Ziele gesetzt, Strategien ausgearbeitet und uns auf Präventionsebene positioniert. In einem Wort: Afro-Leben⁺ ist von einer Idee zu einem bundesweiten Netzwerk geworden. Unsere Türen stehen weiterhin allen offen: Afro-Leben⁺ ist und bleibt ein Forum, wo HIV-positive afrikanische Migrant(inn)en sich treffen, Erfahrungen und Ideen austauschen und sich weiterbilden.

Wofür wir uns einsetzen

Die Mitglieder unseres Netzwerks bilden eine sehr heterogene Gruppe. Nur wenige kommen aus demselben Land, und selbst dann haben sie noch lange nicht dieselbe Kultur, Religion und Sprache. Migration bedeutet immer auch eine Trennung von der gewohnten Umgebung, von wichtigen Beziehungen, die dem Leben einen Sinn geben, von Familie, Verwandten, Bekannten und Freunden. Die Veränderungen sind sehr tiefgreifend und betreffen alle Lebensbereiche von Arbeit und Beruf über die Kleidung bis hin zu den Essgewohnheiten.

Afro-Leben⁺ setzt sich für eine bessere Integration und ein besseres Leben mit HIV ein, das heißt, wir wollen Sprachbarrieren abbauen, Isolation aufbrechen, uns gegen Diskriminierung und Stigmatisierung zur Wehr setzen. Uns ist klar, dass die HIV-Epidemie uns Afrikanerinnen und Afrikaner nicht nur in unseren Herkunftsländern betrifft, sondern auch in Deutschland, und dass Migration das Risiko, krank zu werden, erhöhen kann. Migration bedeutet einen jahrelangen Kampf für einen langfristigen Aufenthaltstitel. Die Unsicherheit und Angst in dieser Zeit verhindern es, offen mit der Infektion umzugehen und Hilfsangebote in Anspruch zu nehmen. Sprachprobleme, Arbeitslosigkeit und herkunftsgewährte Einstellungen z. B. zu Sexualität, Sozialleben oder Gesundheit behindern oftmals die gesellschaftliche Integration. Außerdem leben viele HIV-positive Afrikanerinnen am Existenzminimum; sie erhalten Sozialhilfe, Grundsicherung, Arbeitslosengeld II oder Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz. Hinzu kommt, dass Deutschland immer mehr von Konkurrenz und Globalisierung geprägt ist; wer behindert oder chronisch krank ist, kann hier nicht mithalten, wie sich auch in unserer Community zeigt.

Wir versuchen, auf andere Weise Prävention zu machen: einerseits kreativ und multimedial – mit Musik und Theater lassen sich Präventionsbotschaften besser in eine so heterogene Community wie die unsere transportieren –, andererseits durch Einzelgespräche. Zugleich wollen wir verhindern, dass HIV-positive Menschen stigmatisiert werden: HIV kann jede und jeden treffen, besonders, wenn sie oder er aus einem armen Land kommt. Uns geht es vielmehr um die Erfahrung von Solidarität, Menschlichkeit und Stärke, um die gemeinsame Verarbeitung von Leid und Trauer, Zurückweisung und Benachteiligung, Herabwürdigung und Verfolgung. Es geht uns um Menschenwürde und darum, den Einzelnen die Informationen zu geben, die sie brauchen.

Wir versuchen, Menschen einander näher zu bringen durch den Aufbau von Vertrauen, durch Kommunikation, gemeinsame Freizeitaktivitäten wie Kinobesuche oder gesundheitsbewusstes Kochen, aber auch die Suche nach Wegen für eine gelingende Integration und ein gutes Leben in Deutschland. Unsere Möglichkeiten sind begrenzt, wir arbeiten mit jeder Organisation oder Institution, die uns helfen kann. Wir vermitteln Leute zu Einrichtungen wie z. B. Pro Familia oder Pro Asyl, wir begleiten Menschen zum HIV-Test, machen Krankenhausbesuche, übersetzen, reden mit Pastoren afrikanischer Kirchen über die Möglichkeit, HIV zum Thema einer Predigt zu machen, und vieles mehr. Nach außen, also an die Communities, wenden wir uns mit einer Audio-CD in verschiedenen afrikanischen Sprachen und einem Flyer; diese Medien wollen dazu ermutigen, das Schweigen zu brechen und HIV/Aids zum Thema zu machen. Zurzeit planen wir eine Video-CD mit kleinen Theaterstücken in Französisch, Deutsch, Englisch, Amharisch, Lingala/Swahili, Kotokoli/Ewe und Arabisch.

Wie wir uns organisieren

Afro-Leben⁺ besteht aus regionalen Delegierten. Unser Ziel ist, in allen Bundesländern Repräsentant(inn) zu haben, die in ihrer Region Informationen weitergeben, zu Betroffenen Kontakt aufnehmen, auf lokaler Ebene Selbsthilfegruppen oder -strukturen ins Leben rufen (wie z. B. Afro-Leben⁺ Dortmund oder Afrikaides Niedersachsen), Projekte aufbauen und Veranstaltungen organisieren, mit den Aidshilfen und anderen Einrichtungen kooperieren sowie Afro-Leben⁺ bekannt machen und fürs Mitmachen bei uns werben. Die regionalen Delegierten treffen sich dreimal im Jahr, um aus ihren Regionen zu berichten, Ideen und Anregungen einzubringen und zu diskutieren sowie Strategien und Projektideen zu entwickeln. Auf Bundesebene wird Afro-Leben⁺ für jeweils zwei Jahre von einer Koordinatorin oder einem Koordinator geleitet. Die Koordinatoren haben die Aufgabe, das Netzwerk in Deutschland bekannt zu machen (z. B. durch Teilnahme an Arbeitskreisen oder Diskussionsforen) und zu vertreten, die Arbeit bundesweit zu

koordinieren, die Jahresaktivitäten zu planen und den Kontakt mit anderen Organisationen und Institutionen zu pflegen.

Einmal im Jahr gibt es ein bundesweites Treffen für HIV-positive Migrant(innen), und seit 2008 veranstalten wir ein weiteres Treffen, zu dem auch ihre Partnerinnen und Partner eingeladen sind. Auf den Treffen gibt es Workshops zur Informationsvermittlung und zum Erfahrungsaustausch zu Themen wie z. B. Asyl- und Ausländerrecht, Sozialrecht, berufliche Integration, HIV und Glauben, Arzt-Patient-Kommunikation, Leben mit HIV und antiretroviraler Therapie, Kinderwunsch und Schwangerschaft, Sexualität und Partnerschaft und vieles mehr. Afro-Leben+ nimmt außerdem am jährlichen Treffen der Netzwerke und kooperierenden Gruppen der DAH teil und stellt einen „thematischen Delegierten“ für den DAH-Delegiertenrat.

Prioritäten und Erwartungen

Die Schwierigkeiten HIV-positiver Migrant(inn)en in Deutschland sind im Grunde keine Hindernisse für ein Engagement in der Prävention und Selbsthilfe. Wir sind schließlich keine Wesen vom Jupiter, sondern einfach nur Menschen mit anderen Lebenswirklichkeiten, Sichtweisen, Prioritäten, Sorgen und Sprachen. Wir haben in Deutschland z. B. gelernt, wie wichtig soziales Engagement und ehrenamtliche Arbeit ist. Sie wird geschätzt und respektiert, und manchmal wird laut gesagt, dass Migrant(inn)en nicht bereit sind, ehrenamtlich zu arbeiten. Es ist wirklich schade, dass so viele Potenziale wie z. B. Sprachkenntnisse oder Lebenserfahrung ungenutzt bleiben. Fakt ist aber, dass Jobcenter und Hartz IV uns Migrant(inn)en keine Ruhe lassen und die Ausländerbehörde ständig Briefe schickt, die niemand versteht. Und wenn man arbeitet, geht es um harte körperliche Arbeit für 5,50 Euro die Stunde – da bleibt kaum Zeit und Geld für einen Kinobesuch oder andere Freizeitaktivitäten mit der Familie. Wer dann auch noch Kinder in Afrika hat, setzt einfach andere Prioritäten. Alleinerziehende Mütter oder Väter sorgen sich um ihre Kinder, haben keine Orientierung im deutschen Sozial- und Gesundheitssystem und nur wenig Deutschkenntnisse. Da ist jede Hilfe willkommen, aber Demütigungen soll man uns dabei ersparen.

Afro-Leben+ ist nach wie vor in einer Phase der Selbstfindung zwischen politischem Engagement, Vereinsgründung und fachlicher Qualifizierung seiner Mitglieder. Ganz oben auf unserer Prioritätenliste steht die Gewinnung ehrenamtlicher Mitarbeiter/innen, die ihre Zeit, ihre Ideen und Energie in unser Netzwerk einbringen und mit Leidenschaft für die Sache dabei sind. Dabei ist uns bewusst, dass viele unserer Brüder und Schwestern andere Sorgen und Prioritäten und auch unterschiedliche Erwartungen haben. Die einen wollen nur mit anderen Menschen reden, aber nicht in einer Selbsthilfegruppe mitarbeiten. Andere wol-

len politisch arbeiten und sich mit ganzer Kraft für die Anerkennung der HIV-Infektion als Abschiebungshindernis einsetzen. Manche möchten, dass Afro-Leben+ große Veranstaltungen auf Bundesebene organisiert, seine Webseite verbessert und ausbaut oder sich an ein großes Präventionsprojekt wie die DAH-Kampagne „ICH WEISS WAS ICH TU“¹ traue. Zugleich setzen wir uns dafür ein, dass Menschen aus der Community eine Chance bekommen, sich als Fachkräfte in der Präventionsarbeit zu qualifizieren, um z. B. in ihrer Stadt als hauptamtliche Mitarbeiter/-innen die Prävention mitgestalten zu können. Was wir wollen, ist Partizipation, damit die Gruppen, für die Prävention gemacht werden soll, bei der Planung, Umsetzung und Auswertung von Projekten selbst mitbestimmen können.

Zuversicht und Skepsis

Wir blicken zuversichtlich, aber auch skeptisch in die Zukunft. Zuversichtlich im Hinblick auf ein besseres Verständnis der Lebenssituation HIV-positiver Migrant(inn)en und eine Lockerung der Ausländergesetze – z. B. Asylbewerberleistungsgesetz, Aufenthalts- oder Asylverfahrensgesetz –, welche die Wahrnehmung von Hilfsangeboten ermöglicht und den Erfolg einer antiretroviralen Therapie nicht gefährdet, ebenso im Hinblick auf eine stärkere Präsenz von Migrant(inn)en in der Präventionsarbeit und ein besseres Fortbildungskonzept für Multiplikatoren, das zur Präventionsfachkraft qualifiziert und dies durch ein entsprechendes Zertifikat nachweist. Skeptisch sind wir wegen der immer knapper werdenden Hilfsmöglichkeiten z. B. der Deutschen AIDS-Stiftung infolge zurückgehender Spendeneinnahmen, wegen einer Gesundheitspolitik, die Praxisgebühren und Medikamentenzuzahlungen auch für Geringverdiener vorsieht, und wegen einer Rechtsprechung, die HIV-positive Menschen abschiebt mit der Begründung, Medikamente seien auch im Herkunftsland erhältlich. Drei Tage in Afrika reichen, um zu erkennen, weshalb so viele Menschen ihr Leben riskieren, um nach Europa zu gelangen: In Afrika gibt es keine zuverlässigen Medikamente. Zwar gibt es Hilfsprogramme, doch an diesen verdienen dubiose Leute über einen Medikamenten-Schwarzmarkt viel Geld. Aids ist ein lukratives Geschäft geworden, sodass eine Abschiebung zum Todesurteil werden kann. Skeptisch sind wir nicht zuletzt auch wegen der Verbindung von Aidshilfe mit Männern, die Sex mit Männern haben, und mit Drogengebrauchern und wegen der Fokussierung ihrer Präventionsarbeit auf diese Gruppen.

Wir bleiben trotzdem optimistisch – unser Engagement hat ja gerade erst begonnen.

¹ Diese bundesweite Kampagne der Deutschen AIDS-Hilfe wendet sich an Männer, die Sex mit Männern haben.

Arbeit mit Sexarbeiterinnen am Beispiel von ragazza e. V. in Hamburg

97

Sonja Obermüller und Olivia Deobald

Für viele Konsumentinnen illegalisierter Substanzen ist die Beschaffungsprostitution die wichtigste Einnahmequelle zur Finanzierung ihrer Drogen. Diesen Frauen Überlebenshilfen anzubieten, ist seit mehr als 15 Jahren das erklärte Ziel von ragazza e.V. Der Verein wurde 1991 in Hamburg gegründet und betreibt seit 1992 im Stadtteil St. Georg in Szenenähe eine niedrigschwellige Kontakt-, Anlauf- und Beratungsstelle, die wöchentlich 32 Stunden, verteilt auf drei Werktage und das Wochenende, geöffnet hat. Außerhalb der Öffnungszeiten der Kontaktstelle leistet ragazza e.V. an fünf Tagen in der Woche im Stadtteil Straßensozialarbeit.

St. Georg ist das Bahnhofsviertel Hamburgs und – auch wenn es vor Jahrzehnten zum Sperrgebiet erklärt wurde – der Aufenthalts- und Arbeitsort vieler Frauen und Männer unterschiedlichster Nationalität, die in der Sexarbeit tätig sind. Daher sind dort zu jeder Tages- und Nachtzeit Menschen anzutreffen, die in den Straßen, Steigen und Bars ihre Dienste anbieten; darunter befinden sich auch Konsument(inn)en illegalisierter Drogen.

Unsere Arbeitsansätze

Bei ragazza e.V. arbeiten Frauen für Frauen, die illegalisierte Drogen konsumieren.¹ Unser Arbeitsansatz ist subjekt- und handlungsorientiert, das heißt, ausgehend von den Erfahrungen, Problemen und Bedürfnissen unserer Besucherinnen suchen wir gemeinsam mit ihnen nach Wegen, wie sie möglichst unbeschadet durch den Alltag kommen.²

Die Akzeptanz der Lebensweisen der Frauen, parteiliches Eintreten für ihre Interessen und die Wahrung ihrer Anonymität sind weitere Kennzeichen unserer Arbeit.

Unsere Besucherinnen

Wir arbeiten in unserer Kontaktstelle mit drogengebrauchenden Sexarbeiterinnen im Alter von 18 Jahren bis etwa 60 Jahren, darunter sind auch Transsexuelle³. Der Anteil derer, von denen wir wissen, dass sie einen Migrationshintergrund haben, liegt zwischen 20 und 30 Prozent. Frauen, die unsere Kontakt- und Anlaufstelle nutzen wollen, müssen volljährig sein; jüngere Frauen vermitteln wir an die Einrichtung „Sperrgebiet“ im selben Stadtteil.

Für unsere Besucherinnen ist St. Georg Lebensraum und soziale Szene; ihre Arbeits-, Konsum- und Freizeitkontakte finden fast ausschließlich in einem Gebiet statt, das etwa vier Straßen umfasst. Sie haben häufig keinen festen Wohnsitz und keine soziale Anbindung außerhalb der Szene.

Leben auf dem Straßenstrich

In unserer Arbeit gehen wir davon aus, dass die Frauen unserer Zielgruppe aus ihren jeweiligen Gegebenheiten heraus die Entscheidung getroffen haben, durch Sexarbeit ihr Leben und ihren Drogenkonsum zu finanzieren.

Häufig dient der Drogenkonsum der Selbstregulierung von Gefühlen, um aus schmerzhaften Beziehungsmustern (z. B. in der Herkunftsfamilie) ausbrechen

- ¹ Sexarbeiterinnen, die keine illegalisierten Drogen nehmen, vermitteln wir an andere Einrichtungen weiter. Für Jungen und Männer, die in St. Georg der Sexarbeit nachgehen, gibt es eine eigene Beratungsstelle.
- ² Maßgeblich für uns ist die Orientierung an den konkret geäußerten Bedürfnissen der Frauen (Subjektorientierung). Wir begreifen Drogenkonsumentinnen als handelnde Subjekte, die innerhalb der gesellschaftlichen Gegebenheiten ihr Leben selbst gestalten und individuelle Wege zur Überwindung ihrer Problemlagen suchen müssen. Die Aufgabe der Beraterinnen besteht darin, diesen Prozess durch Angebote, Kritik und Orientierungshilfe zu unterstützen. Unsere Beratung ist handlungs- und nicht symptomorientiert, das heißt, wir tragen der Tatsache Rechnung, dass psychosoziale Probleme zwar durch Drogenkonsum und seine Begleiterscheinungen beeinflusst werden, aber auch unabhängig davon bestehen können und nach Problemlösungen verlangen, die den Handlungsspielraum der Betroffenen zu erweitern vermögen.
- ³ Transsexuelle = Menschen, die körperlich männlichen oder weiblichen Geschlechts sind, sich jedoch als Angehörige des anderen – hier: des weiblichen – Geschlechts empfinden

und in einer selbst gewählten Umgebung so weit wie möglich selbstbestimmt leben zu können. So stellt z. B. die Subkultur von St. Georg für die ihr Zugehörigen ein wichtiges soziales Beziehungsgeflecht dar. Drogen werden aber oft auch konsumiert, um die Sexarbeit ertragen zu können.

In St. Georg, dem „Wohn- und Arbeitszimmer“ der Frauen, herrscht allerdings auch die Sperrgebietsverordnung, gegen die sie verstoßen müssen, um Geld verdienen zu können. Das Risiko, in eine Polizeikontrolle zu geraten, ist groß, denn zivile und uniformierte Einsatzkräfte sind ständig in den Straßen unterwegs. Der Verstoß gegen die Sperrgebietsverordnung ist eine Ordnungswidrigkeit, die unterschiedlich geahndet wird. Die Frauen wissen daher nie, ob sie mit einem Bußgeld oder einem Aufenthaltsverbot belegt oder wegen anderer Delikte mit auf die Wache genommen werden. Zudem ist die Gefahr, wegen Besitzes illegalisierter Substanzen ins Visier der Polizei zu geraten, allgegenwärtig. Mögliche Folgen sind Aufenthaltsverbote für bestimmte Straßen oder den gesamten Stadtteil von bis zu einem Jahr, regelmäßige Personenkontrollen und Leibesvisitationen sowie Festnahme und Inhaftierung.

Der Druck, ständig Geld für die teuren Drogen heranschaffen zu müssen, und die Angst vor Polizeikontrollen führen häufig dazu, dass sich die Frauen schneller auf ein Geschäft einlassen. Dadurch können sie leichter Opfer von Gewalt werden. Viele Freier wissen um die Not der Frauen und dass sie sich nach Misshandlung oder Vergewaltigung meist nicht gleich oder gar nicht an die Polizei wenden. Hinzu kommt, dass Beschaffungsprostituierte in der Hierarchie der Drogenkonsumentinnen auf unterster Stufe stehen. Andere Frauen, die ihren Konsum durch Drogenhandel finanzieren, behandeln sie oft abschätzig, bedrohen sie oder nehmen ihnen das verdiente Geld mit Gewalt ab.

Seit einigen Jahren beobachten wir verstärkt, dass auch viele Sexarbeiterinnen aus dem Ausland – vorwiegend aus den neuen EU-Ländern (Rumänien und Bulgarien, Tschechien, Polen, Slowakei, Ungarn) – in den Hotels auf dem Straßenstrich von St. Georg arbeiten, wohnen und leben. Die bisherigen Unterschiede zwischen den Sexarbeiterinnen – einerseits Drogengebraucherinnen, die in St. Georg arbeiten und leben, andererseits Nichtkonsumentinnen, die in St. Georg lediglich arbeiten – verschwinden dadurch immer mehr. Weitere Folgen sind, dass die Konkurrenz untereinander zunimmt und dass die Frauen ständig für die Freier verfügbar und andauernd dem Zugriff der Polizei ausgesetzt sind.

Viele Frauen aus Osteuropa sind mit Partnern oder anderen Personen nach Hamburg gekommen. Diese „Angehörigen“ müssen durch die Sexarbeit mitfinanziert werden und sind ebenfalls im Stadtteil präsent. Dadurch stehen die Frauen ständig unter Beobachtung und Erfolgsdruck. Von den anderen Sexarbeiterinnen werden sie verachtet, weil sie angeblich nicht eigenständig arbeiten, denn der offensichtlich mitfinanzierte Partner wird für einen Zuhälter gehalten.

ten.⁴ Starkes Misstrauen⁵ seitens der Frauen erschwert es uns, genauere Informationen z. B. darüber zu erhalten, wie sie nach Hamburg gekommen sind und wie ihre Arbeits- und Lebensbedingungen aussehen.

Sexarbeit – eine Arbeit wie andere auch

Den Frauen, die der Beschaffungsprostitution nachgehen, wird oft die Professionalität abgesprochen. Die meisten spüren auch, dass sie stigmatisiert werden, und schämen sich für ihre Art des Gelderwerbs. In der Beratung versuchen wir, das Selbstwertgefühl der Frauen zu stärken und ihnen zu vermitteln, dass die Sexarbeit eine Tätigkeit wie viele andere ist, die man frei wählen und daher auch wieder aufgeben kann.

Mit der Veränderung des Prostitutionsrechts wurde ein positives Signal gesetzt. Durch das „Gesetz zur Regelung der Rechtsverhältnisse der Prostitution in Deutschland“ (Prostitutionsgesetz, ProstG), das am 1. Januar 2002 in Kraft trat, hat sich die rechtliche Situation der Sexarbeiterinnen (und Sexarbeiter) verbessert. Nach §1 Satz 1 ProstG begründen sexuelle Handlungen, die gegen ein vorher vereinbartes Entgelt vorgenommen werden, eine rechtswirksame Forderung. Damit wird die Prostitution nicht mehr als „sittenwidrig“ gewertet. So ist es heute z. B. möglich, rechtsgültige Verträge mit Freiern und Bordellbetreibern abzuschließen. Bei einem Arbeitsvertrag haben die Frauen Zugang zur Kranken-, Arbeitslosen- und Rentenversicherung.⁶

Die Arbeit auf dem Straßenstrich ermöglicht es vielen Frauen, relativ unabhängig ihr eigenes Geld zu verdienen – trotz all der Gefahren, die dieser Arbeitsplatz mit sich bringt, und trotz polizeilicher Verfolgung. Durch wiederholtes Verändern der Verkehrsführung in St. Georg wurde der „Freier-Suchverkehr“ stark eingeschränkt. Die ständige Präsenz von uniformierten Ordnungskräften und Zivilpolizei, die Kameraüberwachung in den Straßen und strategisch abgestellte (im Stadtteil geparkte) Polizeifahrzeuge veranlassen die Freier zu Zurückhaltung – auch aus Angst, in diesem einschlägig bekannten Stadtteil polizeilich erfasst zu werden. Eine geringere Zahl von Freiern bedeutet allerdings auch, dass

- 4 *St. Georg ist der einzige Straßenstrich in Hamburg, wo Frauen ohne Zuhälter arbeiten können. Nach unserer Einschätzung gibt es in St. Georg keine klassischen Zuhälterstrukturen wie in St. Pauli. Es sind zum Teil eher familiäre (aber dadurch teilweise auch gewalttätige) Strukturen und Zusammenhänge, in denen die Frauen arbeiten.*
- 5 *Auch wenn uns die Sexarbeiterinnen als parteilich für sie erleben, sind sie dennoch misstrauisch, was wir mit Informationen machen, die sie uns geben.*
- 6 *Rechtlich gleichgestellt mit anderen Berufen ist die Sexarbeit jedoch noch lange nicht, weil für sie immer noch Sonderregelungen gelten wie z. B. Sperrgebietsverordnungen oder das Werbeverbot. Legal ist die Sexarbeit außerdem nur dann, wenn ein Mindestalter von 18 Jahren erreicht ist und ein Aufenthaltstitel, eine Arbeitslaubnis und eine Meldeadresse vorhanden sind. Abgesehen davon, dass alle Frauen, mit denen wir bei ragazza e. V. zu tun haben, gegen die Sperrbezirksverordnung verstoßen, können sie mindestens eine weitere der genannten Bedingungen nicht erfüllen und somit auch nicht vom Prostitutionsgesetz profitieren.*

der Konkurrenzdruck unter den Sexarbeiterinnen zunimmt und die Preise für sexuelle Dienstleistungen verfallen. Dies erhöht die Bereitschaft der Frauen, schneller auf Kundenwünsche einzugehen und z. B. in Sex ohne Kondom einzuwilligen.

Angebote von ragazza e. V.

Gesundheitliche Versorgung und Infektionsprävention

ragazza e. V. arbeitet mit einem Team aus Sozialarbeiterinnen und Krankenschwestern. Zweimal in der Woche werden wir durch eine auf Honorarbasis tätige Ärztin unterstützt. Die Ärztin und eine Sozialarbeiterin haben selbst Migrationshintergrund.

Wir verfügen über eine eigene Grundausstattung für die Wundversorgung. Dafür qualifiziert werden unsere Mitarbeiterinnen durch interne und externe Fortbildungen, in denen sie außerdem Wissen über HIV/Aids, Hepatitiden und andere (sexuell) übertragbare Infektionen erwerben. Bei ragazza e. V. können erste gynäkologische Untersuchungen durchgeführt, Abstriche gemacht, Blutproben abgenommen und Impfungen wie z. B. gegen Hepatitis A und B durchgeführt werden. Um bei unseren Besucherinnen die Hemmschwellen zu senken, die einer Nutzung unserer medizinischen Angebote entgegenstehen, bieten wir ihnen eine entsprechende Beratung an.

HIV-Tests werden bei ragazza e. V. bewusst nicht durchgeführt. Falls sich eine Besucherin testen lassen möchte, bieten wir die Vermittlung und Begleitung in eine entsprechende Einrichtung an (z. B. Gesundheitsamt, Aidshilfe). Bei einem positiven Befund sorgen wir dafür, dass die betreffenden Frauen eine psychosoziale Betreuung erhalten. Zur HIV-Prävention in der Sexarbeit und im Privatleben bieten wir Safer-Sex-Beratung an und stellen kostenlos Arbeitsutensilien – vor allem Kondome und Gleitgel – zur Verfügung.

Zu unseren Angeboten gehört auch der Spritzenaustausch, der während der Öffnungszeiten von ragazza e. V. stattfindet. Frauen, die unsere Einrichtung wegen Hausverbots zurzeit nicht nutzen können, können ihre benutzten Spritzen an der Eingangstür gegen saubere Konsumutensilien tauschen.

Wir machen die Erfahrung, dass die Frauen, die unsere Angebote nutzen, alle ähnliche Biografien haben und in vergleichbaren Verhältnissen leben, auch wenn sie aus verschiedenen Kulturkreisen stammen. Ein großer Unterschied besteht jedoch darin, wie wir mit den Frauen arbeiten können, um eine Verbesserung bzw. Änderung ihrer Lebensverhältnisse herbeizuführen. Frauen deutscher Herkunft können wir, wenn sie dies wünschen, in die Regelversorgung sowie an Arbeitsagenturen vermitteln, um Leistungen nach Hartz IV zu erhalten. Bei vielen Migrantinnen ist dies je nach Herkunftsland jedoch nicht möglich: Sie haben keinen

Zugang zur Regelversorgung, weil sie einen anderen Aufenthaltsstatus haben und oft nicht krankenversichert sind. Diese Frauen können von uns nur in unsere niedrigschwelligen medizinischen Hilfsangebote vermittelt werden.

Niedrigschwellige Beratung und Informationen zum Thema Gesundheit und medizinische Versorgung bieten wir unseren Besucherinnen in verschiedenen Sprachen an. Interkulturelle Kompetenzen in diesem Feld erwerben wir durch Kolleginnen, die neben Deutsch auch je eine Fremdsprache beherrschen: Zwei sprechen Spanisch bzw. Rumänisch als Muttersprache, und eine Kollegin hat Spanisch erlernt.

Konsumraum

ragazza e. V. betreibt den deutschlandweit einzigen Konsumraum für Frauen. Die Nutzerinnen müssen volljährig sein. Im Konsumraum können mitgebrachte illegalisierte Drogen in hygienischer Umgebung unter Aufsicht einer Mitarbeiterin konsumiert werden. In dieser für Drogengebraucherinnen sehr intimen Situation entsteht häufig eine Vertrauensbeziehung zwischen den Mitarbeiterinnen und Besucherinnen; sie erzählen dann oft über ihr Leben, so etwa, wie sie in der Szene gelandet sind, wie sie zurzeit leben und wie sie sich ihre Zukunft vorstellen. Hier bietet sich uns auch die Möglichkeit, mit den Frauen über Drogen und Konsumformen ins Gespräch zu kommen, sie über die Wirkungsweisen verschiedener Substanzen und die Risiken des Mischkonsums aufzuklären. Beraten wird ebenso zum Thema Schadensminderung (Harm Reduction), z. B. zu den Alternativen zum injizierenden Gebrauch (von der Folie rauchen, sniefen), zur Infektionsprophylaxe (immer nur die eigenen Spritzen/Röhrchen zum Sniefen verwenden, gebrauchtes Zubehör nicht an andere weitergeben usw.) oder welche Nadeln und Spritzen für welche Venen geeignet sind.

Beim intravenösen Konsum können wir oft besser sehen, in welcher körperlichen Verfassung die Frauen sind, ob sie Wunden und Verletzungen aufweisen (z. B. durch gewalttätige Freier, Selbstverletzung oder fehlerhaften Gebrauch von Spritzen) oder Hauterkrankungen haben, da sie für die Injektion oft einen Teil ihrer Kleidung ablegen. Probleme dieser Art werden uns von den Frauen oft auch beiläufig gezeigt, sodass wir gleich mit ihnen darüber sprechen und sie bei Bedarf an unsere Ärztin weitervermitteln können.

Straßensozialarbeit

Aufsuchende Arbeit ist ein wichtiger Bestandteil der Arbeit von ragazza e. V. Wir tauchen dabei in die Lebenswelt sowohl der drogengebrauchenden als auch der nicht konsumierenden Sexarbeiterinnen ein und treffen dabei auf Frauen unterschiedlichster Herkunft, Nationalität und Deutschkenntnisse. Etwa 14 Stunden in der Woche sind wir zu verschiedenen Tages- und Nachtzeiten rund um den

Hansaplatz und den Bahnhof in St. Georg in Zweiertteams unterwegs. Wir tragen als Arbeitskleidung für unsere Zielgruppe erkennbare (für Passanten jedoch unauffällige) Jacken und haben große Taschen mit Infomaterialien und Utensilien für die Sexarbeit dabei, z. B. Kondome und Gleitgel. Über Blickkontakt und direkte Ansprache nehmen wir zu den Frauen Verbindung auf. Dabei achten wir genau auf die Signale, über die sie uns mitteilen, ob sie den Kontakt zu uns wünschen oder nicht. So kommt es z. B. häufig vor, dass die Frauen nicht mit uns gesehen werden wollen, wenn die Zivilpolizei unterwegs ist. Bei der Kontaktaufnahme achten wir außerdem darauf, dass wir sie nicht bei der Geschäftsabwicklung stören.

Die mitgeführten Arbeitsutensilien erleichtern die Kontaktaufnahme, die sich manchmal aufgrund von Misstrauen seitens der Frauen (vor allem, wenn sie neu sind in der Szene) oder wegen sprachlicher Barrieren schwierig gestalten kann. Aber ist das Eis erst einmal gebrochen, werden wir meist freudig begrüßt und über Szene-Neuigkeiten in Kenntnis gesetzt. Indem wir zu den Sexarbeiterinnen ein Vertrauensverhältnis aufbauen, erhalten wir Einblick in das Milieu und die Spannungen und Rivalitäten vor Ort wie auch in die Arbeit, die persönliche Situation und die Probleme, Ängste oder Wünsche der Frauen. In den Gesprächen auf der Straße können wir sie spontan beraten, an andere Hilfseinrichtungen verweisen oder ihnen anbieten, sie zu Behörden, zur Polizei oder ins Krankenhaus usw. zu begleiten. Meistens sind wir die einzigen, mit denen sie über ihre Arbeit reden können.

Gesundheitsförderung

Zur Straßensozialarbeit von ragazza e.V. gehört selbstverständlich die Prävention von Gesundheitsschäden und die Gesundheitsförderung. Dies umfasst z. B. das Verteilen von Kondomen und Gleitgel sowie anderer Arbeitsutensilien, was oft in eine Beratung zu Themen wie Safer Sex, sexuell übertragbare Infektionen, Schwangerschaft oder medizinische Untersuchungen (mit und ohne Krankenversicherung) mündet. Wir verteilen auch Flyer und Broschüren anderer Einrichtungen, an die wir die Frauen bei Bedarf vermitteln, und weisen unsere Besucherinnen auf die Sprechzeiten der Ärztin von ragazza e.V. hin. Infomaterialien, die wir in Deutsch und zehn weiteren Sprachen vorrätig haben, verteilen wir ebenso an Sexarbeiterinnen, von denen wir nicht wissen, ob sie Drogen konsumieren. Drogen gebrauchenden Frauen bieten wir zudem je nach Jahreszeit warme oder kalte Getränke an, die helfen sollen, ihren Mineralstoffhaushalt auszugleichen, sowie Taschentücher, Tampons und Verbandsmaterial.

Muttersprachliche Information und Beratung als Türöffner

Bei den Sexarbeiterinnen in St. Georg, von denen wir nicht wissen, ob sie illegalisierte Drogen konsumieren, liegt der Anteil Deutschstämmiger bei etwa 20 % und der Anteil derer mit uns bekanntem Migrationshintergrund bei ca. 80 %. Die Altersspanne in dieser Gruppe reicht von 18 bis 75 Jahren. Merkmal dieser Gruppe ist eine starke Fluktuation.

Wichtig für sie sind muttersprachliche Flyer und Infobroschüren zu Safer Sex sowie die Vermittlung an Einrichtungen, in denen ihre Sprache gesprochen wird. Mehrsprachige Kolleginnen im Team und die Einbindung von Sprachmittlerinnen haben sich in der Arbeit mit Sexarbeiterinnen mit Migrationshintergrund als sehr hilfreich erwiesen. Zu wissen, dass man die Muttersprache benutzen und vielleicht sogar mit jemandem sprechen kann, der über den gleichen kulturellen Hintergrund verfügt, erweist sich auch bei ragazza e.V. immer wieder als Türöffner: Die Frauen nehmen relativ schnell Kontakt zu uns auf, und es fällt ihnen leichter, mit uns ein Vertrauensverhältnis aufzubauen.

Zusammenfassung und Ausblick

Die Straßensozialarbeit gewährt uns einen Einblick in die Veränderungen in der Szene und in die daraus entstehenden Bedarfe. So ist in St. Georg in den letzten Jahren die Zahl der Sexarbeiterinnen aus den neuen EU-Ländern durch die EU-Osterweiterung immens gestiegen. Als direkte Folge wurden auch die Kontrollen der nicht konsumierenden Sexarbeiterinnen – vor allem der Migrantinnen aus unterschiedlichsten Ländern – verschärft. Sie werden mit Bußgeldern belegt, und mit Razzien und Personenkontrollen wird versucht, sie zu vertreiben. Diese Kontrollen haben zwangsläufig auch Auswirkungen auf die konsumierenden Frauen. Der Druck, erwischt zu werden, und die steigende Konkurrenz führen zu Problemen zwischen den verschiedenen Gruppierungen im Stadtteil.

Medizinische und soziale Hilfsangebote für die Migrantinnen unter den Sexarbeiterinnen fehlen oder sind unzureichend. Da außerdem Sprachbarrieren bestehen, können sie oft nur wenig Unterstützung erhalten. Was sie benötigen, sind kostenlose, niedrighschwellige und szenenahe Angebote der medizinischen Grundversorgung sowie weiterführende Versorgung – unabhängig von Herkunftsland, Aufenthaltsstatus und Krankenversicherung. Dazu gehören auch die Untersuchung auf sexuell übertragbare Infektionen und deren Behandlung, Schwangerschaftstests und Gesundheitsberatung in verschiedenen Sprachen. Darüber hinaus wünschen die Frauen immer wieder Beratung zum Thema „Aufenthaltsstatus, Arbeitserlaubnis und Krankenversicherung“, ebenso Rechts- und Sozialbe-

ratung sowie ein Warnsystem, durch das sie vor bekannten gewalttätigen Freiern gewarnt werden können.

Durch unsere langjährige Straßensozialarbeit konnten wir Kontakte zu den Sexarbeiterinnen aufbauen, die sich zu dauerhaften Beziehungen weiterentwickelt haben. Aber so sehr wir uns auch bemühen: unser Verein kann nicht jeden Bedarf befriedigen, der in der Szene von St. Georg entsteht. Die Frauen benötigen eine Anlaufstelle direkt im Sperrgebiet, mit der es gelingt, Lücken in der psychosozialen und medizinischen Versorgung von Sexarbeiterinnen zu schließen.

Streetwork in der Hamburger Apartmentszene

Veronica Munk

In Hamburg leisten mehrere Organisationen regelmäßig Streetwork (Straßensozialarbeit) in den verschiedenen Prostitutionsbereichen. In diesem Beitrag wird die von TAMPEP¹-Deutschland in Kooperation mit der Hamburger Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz (BSG) geleistete Streetwork vorgestellt. Zunächst einige Zahlen und Fakten:

Die Prostitutionsszene in Hamburg

In Hamburg wie auch in anderen deutschen und europäischen Städten hat sich die Prostitutionsszene mit der EU-Osterweiterung deutlich verändert. Durch die Öffnung der Grenzen in den Jahren 2004² und 2007³ hat sich die Zahl der in der

¹ TAMPEP (European Network for HIV/STI Prevention and Health Promotion among Migrant Sex Workers) ist ein internationales Forschungs- und Aktionsprojekt, das neue Strategien und Methoden der AIDS/STI-Prävention für und mit (migrierten) Prostituierten in Europa entwickelt und etabliert (<http://www.tampep.eu>). Träger in Deutschland ist das Projekt Amnesty for Women e. V. in Hamburg (<http://www.amnestyforwomen.de>).

² Estland, Lettland, Litauen, Polen, Ungarn, Tschechien, Slowakei, Slowenien, Malta und Zypern

³ Bulgarien und Rumänien

Sexindustrie tätigen Frauen (und Männer) aus neuen EU-Mitgliedsstaaten kontinuierlich erhöht.

Die in Tabelle 1 dargestellten Streetwork-Kontakte der Mitarbeiterinnen von TAMPEP in Hamburg bestätigen, dass sich der Anteil der Sexarbeiterinnen aus den neuen EU-Mitgliedstaaten von 2005 bis 2007 beinahe verdoppelt hat. Diese Frauen stammen hauptsächlich aus Polen, den Baltischen Republiken und aus Tschechien sowie aus Bulgarien und Rumänien. Sexarbeiterinnen aus Ländern außerhalb der EU stellen allerdings noch immer die Mehrheit, obwohl ihre Zahl in den letzten drei Jahren insgesamt abgenommen hat. Dies und die Vielzahl der vertretenen Nationalitäten ist ein deutlicher Beleg für die hohe Arbeitsmigration von Frauen weltweit, die auch in Hamburg zu spüren ist. Diese Situation wird in den nächsten Jahren wahrscheinlich so bleiben.

Tabelle 1: Streetwork-Kontakte von TAMPEP in Hamburg

	2005 (11 Mon.)	2006 (11 Mon.)	2007–2008 (6 Mon.)	2007–2008 (hochgerechnet auf 11 Monate) ⁴
Kontakte gesamt	489	514	289	530
Nationalitäten	28	37	32	
Frauen aus neuen EU-Mitgliedstaaten	113 (23 %)	191 (37 %)	131 (45 %)	240 (45 %)
Frauen aus Nicht-EU-Staaten	376 (77 %)	323 (63 %)	158 (55 %)	290 (55 %)

Herr Detlev Ubben, Leiter des Landeskriminalamts 65 (Fachkommissariat Menschenhandel und Schleusung) in Hamburg, schätzte im April 2008⁵ die Situation vor Ort wie folgt ein:

- » 93 % der Sexarbeiter/innen sind weiblich. Von ihnen sind 43 % Deutsche und 57 % Migrantinnen.
- » 6 % sind männlich, davon 60 % Deutsche und 40 % Migranten.
- » 1 % sind Transsexuelle. Dabei handelt es sich ausschließlich um Migranten.
- » Sexuelle Dienstleistungen von Deutschen und Migrant(inn)en werden zu 75 % drinnen (indoor) und nur 25 % draußen (outdoor) angeboten.
- » Migrantinnen bieten zu 84 % drinnen und zu 16 % draußen sexuelle Dienstleistungen an.
- » Indoor geleistete Sexarbeit (75 %, siehe oben) erfolgt zu 39 % in Modellwohnungen, zu 15 % in Bordellen, Bars, Clubs und Massagesalons, zu 14 % bei Haus- und Hotelbesuchen (Escort-Services) und zu 7 % in Sexkinos, Saunas

⁴ Da die Referenzperioden in den Jahren 2005 und 2006 jeweils elf Monate betragen, rechneten wir die sechs Monate aus 2007 auf elf Monate hoch, um die Daten besser vergleichen zu können.

⁵ TAMPEP VIII: „Mapping of the Prostitution Scene“, Fragebogen zur Situation von Sexarbeiterinnen in Deutschland, April 2008

und Wohnmobilen. 45 % der Sexarbeiterinnen kommen aus Mitteleuropa, 17 % aus den Baltischen Ländern, 10 % aus Osteuropa, 3 % aus den Balkan-Staaten und 1 % aus Westeuropa; 16 % stammen aus Asien, 4 % aus Lateinamerika und 4 % aus Afrika.

- » Die am häufigsten vertretenen Herkunftsländer oder -regionen sind (absteigend) Bulgarien, Rumänien, Ungarn, Polen, Estland, Lettland, Russland, Asien, Afrika, Karibik.

Aufklärung und Empowerment

Auch die Nachfrage nach gesundheitsbezogenen Informationen ist gestiegen, was auf erhebliche Wissenslücken in der Zielgruppe schließen lässt. Tabelle 2 zeigt, wie häufig die einzelnen Themen bei Streetwork-Kontakten angesprochen werden.

Tabelle 2: Häufigkeit der bei Streetwork-Kontakten angesprochenen Themen

	2005 (11 Mon.)	2006 ⁶ (11 Mon.)	2007–2008 (6 Mon.)	2007–2008 (hochgerechnet auf 11 Monate) ⁷
Kontakte gesamt	325	563	196	358
HIV/Aids	75 (23 %)	128 (23 %)	35 (18 %)	65 (18 %)
Safer Sex	65 (20 %)	123 (22 %)	43 (22 %)	79 (22 %)
STIs	54 (16 %)	94 (16 %)	33 (17 %)	60 (17 %)
Verhütung	32 (10 %)	72 (13 %)	22 (11 %)	40 (11 %)
Hygiene	41 (13 %)	61 (11 %)	23 (12 %)	42 (12 %)
psychische Probleme	30 (9 %)	32 (5 %)	13 (6 %)	23 (6 %)
Schwangerschaft	12 (4 %)	21 (4 %)	6 (3 %)	11 (3 %)
Abbruch	6 (2 %)	5 (1 %)	1 (1 %)	2 (1 %)
andere Krankheiten	10 (3 %)	27 (5 %)	20 (10 %)	36 (10 %)

Regelmäßige und kontinuierliche Streetwork ist vor allem deshalb wichtig, weil es für Migrantinnen oft schwierig ist, aus ihrer Isolation herauszutreten und die Angebote des öffentlichen Gesundheitswesens von sich aus in Anspruch zu nehmen. Neben Aufklärung ist daher auch gesundheitliches Empowerment erforderlich, wobei der Mensch als Ganzes in den Blick zu nehmen ist: Es gilt, die Sexarbeite-

⁶ Die unter 2006 angeführten Zahlen sind deshalb höher, weil die Streetwork vor und während der Fußballweltmeisterschaft intensiviert wurde.

⁷ Da die Referenzperioden in den Jahren 2005 und 2006 jeweils elf Monate betragen, rechneten wir die sechs Monate aus 2007 auf elf Monate hoch, um die Daten besser vergleichen zu können.

rinnen hinsichtlich ihrer eigenen Ressourcen zu stärken und sie zu motivieren, gesundheitliche Risiken zu vermeiden und gesundheitsfördernde Verhaltensweisen zu entwickeln. Themen der Streetwork müssen neben der sexuellen Gesundheit auch Ernährung und Entspannung, Stärkung des Immunsystems, Krebsvorsorge und seelische Gesundheit sein. Wesentlicher Aspekt des Empowerments im Kontext von Sexarbeit und Migration ist nicht zuletzt die Berücksichtigung der menschenrechtlichen Perspektive.

Im Einsatz: interkulturelle Mediatorinnen und Krankenschwestern

In Hamburg leisten mehrere Organisationen regelmäßig Streetwork (Straßensozialarbeit) in den verschiedenen Prostitutionsbereichen. TAMPEP arbeitet seit 1995 ausschließlich in Apartments (auch „Modellwohnungen“ genannt) und Bordellen, in denen hauptsächlich Migrantinnen tätig sind, und setzt dabei interkulturelle Mediatorinnen und Krankenschwestern aus Mittel- und Osteuropa, Asien und Lateinamerika ein: Erstere fungieren als Brücke zwischen den Sexarbeiterinnen und den Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialwesens und können, da sie aus den gleichen Kulturen stammen wie die Sexarbeiterinnen, Normen, Werte und Sichtweisen sowie gesundheitliche und rechtliche Aspekte in beide Richtungen vermitteln.

Unsere Arbeit hat zum Ziel, das biomedizinische Wissen der Sexarbeiterinnen (z. B. HIV- und STI⁸-Prävention, Empfängnisverhütung, Hygiene) und ihre rechtlichen Kenntnisse (z. B. Gewerberecht, Sozialrecht, Aufenthaltsrecht) durch gezielte Information und Aufklärung zu verbessern. Auf diese Weise sollen Selbstwertgefühl und Selbstbewusstsein gestärkt werden.

Die Besuche in den Apartments und Bordellen finden regelmäßig tagsüber zwischen 12.00 und 18.00 Uhr statt. Damit möglichst viele der über mehrere Hamburger Stadtgebiete verteilten Apartments erreicht werden können, sind die Streetworkerinnen per Auto unterwegs. Die Adressen werden aus der Tageszeitung und aus dem Internet entnommen und regelmäßig aktualisiert. Die Besuche dienen zum einen dazu, neue Kontakte zu den Sexarbeiterinnen (darunter auch Transvestiten/Transsexuelle) zu knüpfen und alte Kontakte zu pflegen sowie Workshops durchzuführen (siehe unten). Zum anderen wird dabei die Szene beobachtet, damit wir bei Veränderungen rasch unsere Arbeitskonzepte anpassen können. Zu diesem Zweck wird nach jedem Besuch ein Dokumentationsbogen ausgefüllt und ein Bericht geschrieben. Anhand dieser Unterlagen werden Szeneveränderungen analysiert und Statistiken erstellt.

Bei der Streetwork sind immer zwei Personen im Einsatz, entweder eine interkulturelle Mediatorin und eine Krankenschwester oder zwei Mediatorinnen. Sie

8 STIs steht für „sexuell übertragbare Infektionen“ (sexually transmitted infections).

verteilen Kondome und Gleitmittel, Informationsmaterialien von TAMPEP zum Thema Gesundheit in 19 Sprachen⁹ sowie zu rechtlichen Fragen (z. B. Möglichkeit für Frauen aus den neuen EU-Ländern, selbstständig in der Prostitution zu arbeiten). Die Krankenschwestern führen vor Ort spontan medizinische Workshops durch, die – je nachdem, wie viel Zeit die Teilnehmerinnen haben – zehn bis 40 Minuten dauern können. Dieses Angebot gewährleistet, dass die Zielgruppe aktiv in die Arbeit einbezogen wird, sodass diese auf die Wünsche und Bedürfnisse der Sexarbeiterinnen ausgerichtet werden kann. Zugleich können die Teilnehmerinnen das in den Workshops erworbene Wissen an andere Frauen weitergeben. Die Mobilität deutscher und ausländischer Sexarbeiterinnen innerhalb Hamburgs, Deutschlands und Europas sorgt dafür, dass die Informationen im Schneeballsystem verbreiten werden.

Erfahrungen aus der Streetwork

Im Folgenden fasse ich einige Erfahrungen zusammen, die vier unserer Krankenschwestern bei der Streetwork und in Workshops gesammelt haben:

110

Vertrauensbasis

Ein einziger Kontakt an der Tür reicht nicht aus, um Fragen zur Gesundheit klären zu können. Vielmehr muss durch wiederholte Besuche eine Vertrauensbasis geschaffen werden. Präservative und Gleitmittel werden gern angenommen und sind unverzichtbare Mitbringsel bei allen Besuchen. Oft gibt es Sexarbeiterinnen, die zunächst etwas misstrauisch auf uns reagieren. Wenn sie aber merken, dass wir ein multikulturelles Team sind und jemand dabei ist, der ihre Muttersprache spricht, sind sie doch kontaktbereit. Die Anwesenheit der Krankenschwester hat oft die Schambarriere beseitigt und es ermöglicht, gezielt gesundheitliche Probleme anzusprechen.

Aufklärung

Die Arbeit mit osteuropäischen Frauen ist eine besondere Herausforderung. Viele sind misstrauisch oder geben uns zu verstehen, dass sie keinen Aufklärungsbedarf haben, weil sie z. B. selbst eine medizinische Ausbildung hätten. Gehen wir jedoch näher auf gesundheitliche Probleme ein, stellt sich oft heraus, dass sie diese mit falschen Methoden angehen. So hatte z. B. eine Frau durch zu häufiges Waschen und Anwendung von Zahnpasta und Jod – „zur Abtötung von Bakterien“, wie sie

⁹ TAMPEP hat dazu auch eine CD-ROM mit Faltblättern zu folgenden Themen entwickelt: *Kondome und Gleitmittel / Wenn das Kondom reißt oder abrutscht / Virale Hepatitis / HIV & AIDS / Verhütung und Schwangerschaft / Schütz Dich! Wissenswertes für die Arbeit und deine Sicherheit / Safer Drugs / Sexuell übertragbare Infektionen. Angeboten werden Informationen in Albanisch, Bulgarisch, Englisch, Tschechisch, Estnisch, Französisch, Deutsch, Ungarisch, Italienisch, Lettisch, Litauisch, Polnisch, Portugiesisch, Rumänisch, Russisch, Slowakisch, Spanisch, Thailändisch und Ukrainisch (siehe „Multilanguage information materials for sex workers“, TAMPEP VII, 2007; www.tampep.eu).*

selbst sagte – ihre Scheidenflora zerstört. Zu deren Wiederherstellung empfehlen wir Kamille-Sitzbäder und Jogurttampons. Beim Thema Oralverkehr machten wir sie darauf aufmerksam, dass bei dieser Praktik ein Kondom oder – bei Kundinnen – ein Latextuch gegen Bakterien schützt. Sie sagte, dass sie nie ein Latextuch benutzt, weil das ihre Kunden abschrecken würde. Andere Frauen wiederum berichteten, die Männer würden Materialien wie Latextücher oder Frischhaltefolie beim Oralverkehr akzeptieren.

Medien

Hilfreich bei Präventionsarbeit und gesundheitlichem Empowerment sind Medien wie der Grabbelsack oder das TAMPEP-Faltblatt „Alles OK?“, weil sie es erleichtern, Themen und Situationen aus dem Alltag der Sexarbeit anzusprechen. Der Grabbelsack ist eigentlich eine Tasche, die unterschiedliche Kondome, ein Femidom („Kondom für die Frau“), eine steril verpackte Spirale, eine Pillenpackung, Schwämmchen, Tampons, einen Taschenspiegel, Gleitmittel, einen Dildo und eine steril verpackte Kanüle enthält. Wir bitten die Frauen entweder, blind in die Tasche zu greifen, einen Gegenstand herauszuholen und sich spontan dazu zu äußern, oder wir schütten die Gegenstände einfach auf den Tisch, um sie dann genauer anzuschauen und so ins Gespräch zu kommen.

Das Falblatt „Alles O.K.“ vermittelt anhand einfacher Zeichnungen Basisinformationen zur Früherkennung von Brustkrebs und sexuell übertragbaren Infektionen sowie die Hauptübertragungswege von HIV. Wir gehen die einzelnen Seiten gemeinsam mit den Frauen durch und geben Erklärungen. Meist weckt schon die erste Seite zum Thema „Selbstuntersuchung der Brust“ Interesse an weiteren Informationen. Fast immer wollen die Frauen von sich aus wissen, wie sie sich selbst untersuchen können und worauf sie dabei achten sollten. Bei der Seite zu den Symptomen von STIs erzählten mehrere, sie hätten selbst schon eine Geschlechtskrankheit gehabt. Solche Aussagen sind vor allem nützlich, wenn noch andere Frauen anwesend sind: Ihnen wird dadurch ihr eigenes STI-Risiko stärker bewusst, und sie erfahren gleich „aus erster Hand“, woran man eine STI erkennen kann. Oft geben uns erfahrene Frauen nützliche Tipps, die wir dann an ihre Kolleginnen weitergeben, so etwa Taktiken und Verhandlungsstrategien im Umgang mit Kunden, die ungeschützten Sex verlangen.

Der Kunde

Wir fragen die Sexarbeiterinnen, mit welcher Taktik sie Freier abweisen, die Sex ohne Kondom möchten – so sollen auch jene Frauen für das Thema sensibilisiert werden, die nicht zugeben möchten, dass sie sich auf ungeschützte Arbeit einlassen. Über die jeweiligen Taktiken kommen wir dann auch auf die gesundheitlichen Risiken zu sprechen, die unverantwortliches Freierverhalten mit sich bringt.

Auf diese Weise wollen wir die Frauen motivieren, sich zu überlegen, wie sie einen risikobereiten Freier auf „elegante“ Art und Weise loswerden oder ihn zum Kondomgebrauch überreden können.

Sexuell übertragbare Infektionen

Uns fällt auf, dass vielen Frauen das Wort „Hepatitis“ nichts sagt und sie daher auch nicht wissen, wie wichtig eine Impfung ist. Da das gesundheitliche Basiswissen und Verhalten der Frauen sehr unterschiedlich ist, müssen wir beim Anschauen der Faltblätter darauf achten, ob sie auch wirklich alles verstehen oder worauf wir sie aufmerksam machen sollten. Was die Vorbeugung von Herpes- oder Pilzinfektionen angeht, besteht nach wie vor Aufklärungsbedarf. Es gibt immer noch Sexarbeiterinnen, die ungeschützten Oralverkehr anbieten, weil sie sich nicht bewusst sind, dass sie sich dabei anstecken können. Für einfache Tipps sind die Frauen meist sehr dankbar.

Vorsorge

Für die meisten Sexarbeiterinnen scheint die gesundheitliche Vorsorge nur eine geringe oder gar keine Rolle zu spielen („Wieso soll ich zum Arzt gehen, wenn ich nicht krank bin?“). Wir zeigen ihnen deshalb, wie sie sich selbst untersuchen können, und verdeutlichen ihnen, wie wichtig regelmäßige Vorsorgeuntersuchungen sind. Außerdem weisen wir sie auf die Möglichkeit der anonymen Behandlung bei CASAblanca – Centrum für AIDS und sexuell übertragbare Erkrankungen in Altona¹⁰ hin. Unter den Frauen aus den neuen EU-Ländern gibt es jedoch immer noch welche, die sich lieber in ihren Heimatländern untersuchen lassen – hauptsächlich Frauen aus Nachbarländern wie Polen oder Tschechien.

Grenzübergreifendes Präventionsprojekt JANA

Elisabeth Suttner-Langer

Die Grenzöffnung der ehemals hinter dem „eisernen Vorhang“ liegenden Länder brachte für die dort lebenden Menschen neben Freiheit und Demokratie auch eine Reihe von sozialen Veränderungen mit sich. Das Wohlstandsgefälle zwischen der Bundesrepublik Deutschland und den osteuropäischen Staaten ließ entlang der bayerisch-tschechischen Grenze einen neuen Sexmarkt entstehen. Männer aus Deutschland nehmen seither die Dienste von Prostituierten in Anspruch, die in den auf tschechischer Seite liegenden Bordellen arbeiten.¹ Die oft geringe Professionalität dieser Frauen, Sprachbarrieren sowie das Machtgefälle zwischen den Kunden und Prostituierten ließen (und lassen) befürchten, dass sich HIV- und andere sexuell übertragbare Infektionen (kurz: STIs²) besonders

¹ Anders als in Deutschland gibt es in der Tschechischen Republik kein Gesetz zur Regelung der Prostitution. Im Jahr 1958 unterschrieb die ehemalige Tschechoslowakei die „Konvention zur Unterbindung des Menschenhandels und der Ausnutzung der Prostitution anderer“ der Vereinten Nationen vom 2. Dezember 1949. Diese Konvention wurde lediglich von 74 Staaten anerkannt und ist vor allem deshalb umstritten, weil sie auch die freiwillige Prostitution einschließt. Solange Tschechien an diesem Vertrag festhält, kann über den schon erarbeiteten Vorschlag eines Gesetzes zur Regelung der Prostitution nicht abgestimmt werden.

² STIs = (engl.) sexually transmitted infections

schnell ausbreiten. Diese Entwicklungen veranlasste das Bayerische Staatsministerium für Umwelt und Gesundheit, im Jahr 1997 das Präventionsprojekt JANA zu starten.

Projektziele

Das Hauptanliegen von JANA ist es, einer Ausbreitung von STIs – insbesondere der HIV-Infektion – in der Prostitutionsszene entlang der deutsch-tschechischen Grenze vorzubeugen. Entsprechend § 3 des Infektionsschutzgesetzes (IfSG)³ entwickelten die Projektmitarbeiterinnen spezielle Angebote für die dort tätigen Frauen, um ihnen den Zugang zu medizinischer Vorsorge und Behandlung zu erleichtern (siehe „Arbeitsweisen“, S. 117). Zu den strukturellen Zielen gehörte der Aufbau eines binationalen Netzwerks zwischen den relevanten staatlichen und nichtstaatlichen Organisationen. Von Beginn an wurde der deutsch-tschechischen Zusammenarbeit größte Aufmerksamkeit geschenkt. JANA kooperiert eng mit dem nationalen Aidsbeirat der tschechischen Republik, dem Hygieneamt in Domažlice und seit 1998 mit der Universitätsklinik Pilsen. Dies sind optimale Voraussetzungen für die Sicherstellung fachlicher Kompetenz in allen medizinischen Belangen.

114

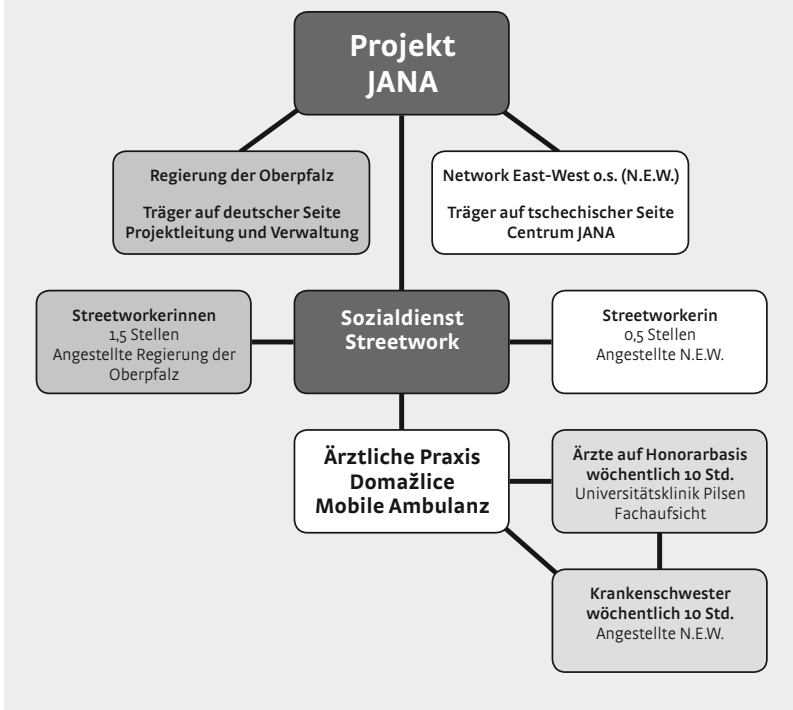
Trägerschaft und Finanzierung

Träger des Projekts ist seit Projektbeginn die Regierung der Oberpfalz, wobei die Finanzierung bis zum Jahr 2000 zu je 50 % aus Mitteln der Europäischen Union im Rahmen des Modellprogramms „Umbrella Network“⁴ und aus Mitteln des Freistaates Bayern erfolgte. Seit 2001 wird die Fortführung von JANA durch Landesmittel sichergestellt. Das tschechische Gesundheitsministerium stellte erstmals im Jahr 2000 Mittel für die Durchführung von Diagnosetests zur Verfügung.

Seit 2007 ist JANA in der tschechischen Republik über den Bürgerverein Network East-West o.s. (N.E.W.) als Sozialprojekt anerkannt und wird aufgrund seiner Zertifizierung als „Sozialdienst Zentrum JANA“ und als nichtstaatliche Gesundheitseinrichtung durch das tschechische Sozialministerium und das tschechische Gesundheitsministerium unterstützt. Somit konnte für das Projekt nach zehnjährigem Bestehen eine Finanzierung durch zwei Staaten erreicht werden.

3 § 3 IfSG – „Prävention durch Aufklärung: Die Information und Aufklärung der Allgemeinheit über die Gefahren übertragbarer Krankheiten und die Möglichkeiten zu deren Verhütung sind eine öffentliche Aufgabe. Insbesondere haben die nach Landesrecht zuständigen Stellen über Möglichkeiten des allgemeinen und individuellen Infektionsschutzes sowie über Beratungs-, Betreuungs- und Versorgungsangebote zu informieren.“

4 Ziel des von Oktober 1996 bis Ende 2000 durchgeführten europäischen Modellprogramms war die Etablierung und Evaluierung grenzüberschreitender Maßnahmen zur HIV- und STI-Prävention.



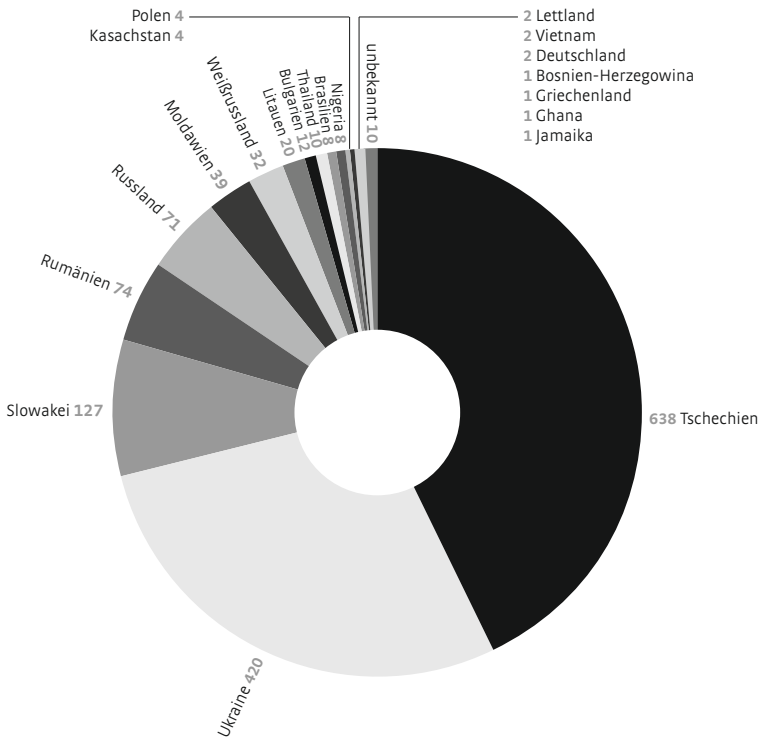
Die Zielgruppe

Die oftmals schwierige ökonomische Lage in den Herkunftsländern zwingt immer mehr Frauen zur Migration. Die Prostitution ist oft ein Ergebnis der Suche nach Perspektiven für sich und die Familie. Dabei spielen falsche Informationen (z. B. beschönigte Arbeitsbedingungen und Verdienstmöglichkeiten, Vorspiegelung falscher Tatsachen) oder fehlende Ausbildung eine maßgebliche Rolle. Durch Veränderung der Einreisebedingungen nach Tschechien hat sich die durchschnittliche Aufenthaltsdauer im Land verkürzt, was die Fluktuation der aus anderen osteuropäischen Ländern stammenden Klientinnen erhöht und deren Erreichbarkeit für JANA erschwert hat. Die Frauen reisen von einem Land zum andern oder werden durch organisierte Vermittlung länderübergreifend eingesetzt, womit die Sexarbeit eine internationale Dimension erhalten hat.⁵

⁵ Munk, V.: Sexarbeit als Konsequenz der Migration. In: Dücker, von E./Museum der Arbeit, Hamburg (Hg.): Sexarbeit. Prostitution – Lebenswelten und Mythen. Bremen: Edition Temmen 2005, S. 116

Die Entscheidung der Frauen, ihr Glück in der Migration zu suchen, ist häufig motiviert von der Sehnsucht nach Wohlstand, Liebe und Partnerschaft im „goldenen Westen“. Manche Begegnungen werden deshalb als private Liebesbeziehungen erlebt, was die Freier dazu nutzen, über die sexuelle Dienstleistung hinaus weitere Leistungen zu bekommen. Safer Sex wird in solchen Beziehungen vernachlässigt, wodurch die Gefahr der Ausbreitung sexuell übertragbarer Infektionen steigt. Ungültige Aufenthalts- bzw. Arbeitspapiere, fehlende Krankenversicherung, kulturelle und sprachliche Barrieren erschweren den Zugang zum Gesundheitssystem.

Der Anteil der Prostituierten mit Migrationshintergrund in dem von JANA betreuten Einsatzgebiet liegt bei ca. 60%. Statistisch werden dabei nur diejenigen Frauen erfasst, die in der Arztpraxis in Domažlice und in der mobilen Ambulanz vorstellig wurden. Insgesamt wurden seit Bestehen von JANA Frauen aus 21 verschiedenen Nationen untersucht.



Infolge der Erweiterung des Schengenraums⁶ ist der Anteil der Migrantinnen aus Nicht-EU-Staaten seit 2008 deutlich gesunken.

Die Prostitutionsszene ist von Abhängigkeit und Ausbeutung geprägt: Da sind die im Hintergrund agierenden Zuhälter, die immer wieder neue Frauen in die Prostitution bringen oder zwingen, die Bordellbetreiber, die damit sehr viel Geld verdienen, und die Freier, welche die Nachfrage stellen. In diesem Spannungsfeld tätig zu sein, erfordert von den Streetworkerinnen ein hohes Maß an Fachkompetenz. Gefragt ist sensibles Arbeiten, was sich oftmals als Balanceakt zwischen den verschiedenen Interessengruppen der Szene erweist. In ganz Europa ist die Arbeitsmigration und speziell die Sexarbeit durch schlechte Arbeits- und Lebensbedingungen, psychischen und/oder physischen Missbrauch und Verletzung von Menschenrechten geprägt.⁷ JANA ist nie davon ausgegangen, diese Strukturen verändern zu können, sondern sieht seine vorrangige Aufgabe in der HIV- und STI-Prävention und benötigt dafür freien Zugang zur Szene. Viele Prostituierte sehen ohnehin keine Alternativen zu ihrer momentanen Situation und „arrangieren“ sich damit. Unter diesen Voraussetzungen ist Gesundheit kein Tabuthema, was es JANA ermöglicht, in der Szene zu agieren, auf gleicher Augenhöhe mit den Frauen in Kontakt zu treten und ihnen Wertschätzung zu vermitteln.

Arbeitsweisen

JANA entwickelte gleich zu Beginn ein Streetwork-Angebot mit regelmäßigen Einsätzen. Parallel dazu wurde eine zentrale Beratungsstelle aufgebaut, die neben medizinischer Beratung auch ärztliche Untersuchung und Behandlung ermöglicht. Das anonyme und kostenlose Angebot wird gut angenommen und ist wesentlicher Bestandteil der präventiven Arbeit. Diese ist vor allem deshalb wichtig, weil Frauen aufgrund der Beschaffenheit ihrer Genitalorgane ein höheres Ansteckungsrisiko haben als Männer und weil die Wahrscheinlichkeit ernster Folgeerkrankungen bei ihnen größer ist.⁸ Geschlechtskrankheiten und andere Infektionen im Intimbereich erhöhen außerdem das Risiko einer HIV-Übertragung um ein Vielfaches. Um das Bewusstsein für Gesundheitsrisiken zu fördern und Verhaltensänderungen hin zu Safer Sex anzustoßen, berücksichtigt JANA die Lebensrealität der Klientinnen und arbeitet handlungsorientiert. Neben umfassender Information und Aufklärung (vor allem in Tschechisch und Russisch, aber auch in Deutsch und Englisch) ermöglicht JANA das Einüben präventiver Verhaltensweisen. Bei ihren Streetwork-Einsätzen in Clubs und auf der Straße verteilen die Sozialarbeiterinnen Informationsmaterialien in verschiedenen Sprachen sowie

⁶ Am 15. November 2007 wurde der Schengenraum um Estland, Lettland, Litauen, Polen, Tschechien, Slowakei, Ungarn, Slowenien und Malta erweitert.

⁷ Munk, ebd.

⁸ SPI-Forschung (Hg.): *Sexuell übertragbare Krankheiten. Ein Lesebuch für die Beratungspraxis*. Heidelberg und Kröning: Asanger Verlag, S. 54

Kondome und Gleitgel. Sie sprechen mit den Frauen über Safer-Sex-Methoden, Infektionswege, Symptome und Krankheitsverläufe und beziehen dabei sowohl die Erfahrungen und Kenntnisse als auch die kulturellen und sozialen Hintergründe der Frauen ein. Das Auftreten der Projektmitarbeiterinnen in der Szene ist unaufdringlich, zurückhaltend und nondirektiv – schließlich geht es darum, die Eigenverantwortlichkeit der Frauen zu fördern. Auf dieser Vorgehensweise gründet die hohe Akzeptanz des Projekts in der Zielgruppe und das Vertrauen, das die Prostituierten den Streetworkerinnen entgegenbringen.

Aufgrund des ländlich strukturierten Einsatzgebietes, der oft sehr großen Entfernung zwischen den Arbeitsorten der Klientinnen und der Beratungsstelle und wegen der schlechten Arbeitsbedingungen in den Bordellen findet nur ein kleiner Teil der Frauen den Weg nach Domažlice. Durch Spenden⁹ und staatliche Unterstützung ist es 2007 jedoch gelungen, einen mobilen Einsatzbus anzuschaffen – seither werden Beratung und medizinische Untersuchung auch im Rahmen von Streetwork angeboten: Die Frauen können sofort in die mobile Ambulanz kommen, wo bei Bedarf eine medizinische Behandlung eingeleitet und dann oft in Kooperation mit der Universitätsklinik Pilsen oder einem niedergelassenen Arzt fortgeführt wird. Die Zahl der Arztgespräche und Testungen ist seitdem deutlich gestiegen. Die Frauen kümmern sich sehr um ihre Gesundheit, auch deshalb, weil sie ihre momentane Lebenssituation als eine zeitlich begrenzte Phase begreifen.

In der Beratung vor dem Test, wo verhaltensbedingte Risiken und die rechtlichen Konsequenzen eines möglicherweise positiven Ergebnisses¹⁰ besprochen werden, wird auf eine zwanglose Atmosphäre geachtet. Den Befund können die Frauen eine Woche nach dem Test erfragen: entweder telefonisch unter Nennung des vereinbarten Codes oder persönlich in der Beratungsstelle bzw. mobilen Ambulanz. Positive Ergebnisse werden nur persönlich in einem Beratungsgespräch mitgeteilt, in dem auch über die jetzt notwendigen Schritte und Maßnahmen informiert wird (z. B. medizinische Behandlung, Krankenhausaufenthalt, Kostenübernahme, verantwortliches Verhalten gegenüber den Sexualpartnern). Die Mitarbeiterinnen bereiten die Klientinnen auf die medizinische Behandlung vor und begleiten sie ins Krankenhaus oder zu niedergelassenen Ärzten. Auch die Nachsorge, Betreuung und Begleitung wird vom JANA-Team geleistet. JANA arbeitet eng mit dem Aids-Zentrum der Universität Pilsen und dem Aidshilfe-Haus in Prag zusammen, wo betroffene Frauen aufgenommen und durch Fachpersonal bei der Klärung drängender Fragen zur Gesundheit und der weiteren Lebensplanung unterstützt werden.

⁹ Seit 1998 unterstützt der Förderkreis JANA e. V. mit Sitz in Furth im Wald die Arbeit des Projekts.

¹⁰ In Tschechiens Gesetz 258/2000 zum Schutz der öffentlichen Gesundheit sind alle Maßnahmen geregelt, die gegen die Ausbreitung von Infektionskrankheiten zu treffen sind. In der Beratung vor den Tests werden die Frauen auf die für STIs geltende Behandlungspflicht hingewiesen. Eine anonyme Behandlung ist nur im Falle einer HIV-Infektion möglich, doch häufig verzichten die Frauen darauf, damit die Behandlung von der Krankenkasse bezahlt werden kann. Nicht gedeckte Behandlungskosten übernimmt der Förderkreis JANA e. V. (siehe Fußnote 9).

Schlussbemerkung

Das Projekt hat auf beiden Seiten der Grenze durch umsichtige, transparente und methodisch durchdachte Arbeit sowohl in der Szene als auch in Fachkreisen hohe Akzeptanz erlangt. Zu den Erfolgskriterien gehören die Zusammenarbeit mit den relevanten Behörden und den Verantwortlichen vor Ort sowie Sensibilität im Umgang mit nationalen und kulturellen Empfindlichkeiten hüben und drüben. Die Bereitschaft, die HIV- und STI-Prävention in der Prostitutionsszene ohne Schuldzuweisung als Aufgabe beider Länder anzuerkennen, ebnete den Weg für den Aufbau eines Projekts, das Frauen in der Prostitution zu mehr Gesundheit verhelfen will. Gemäß der Ottawa-Charta der Weltgesundheitsorganisation¹¹ hängt Gesundheit davon ab, wie weit der einzelne Mensch Einfluss auf seine Lebensbedingungen hat und gesundheitsfördernde Potenziale mobilisieren kann. Die Chancen, für die eigene Gesundheit sorgen zu können, lassen sich durch gezielte Intervention und Unterstützung von außen erhöhen – in diesem Sinne leistet JANA wichtige Arbeit.

¹¹ Die Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung wurde am 21. November 1986 im kanadischen Ottawa zum Abschluss der Ersten Internationalen Konferenz zur Gesundheitsförderung verabschiedet.

Frauenhandel – zur Lebenssituation von Betroffenen

Sarah Schwarze

Frauen und Migration

Der Weltbevölkerungsbericht 2006 des Bevölkerungsfonds der Vereinten Nationen (UNFPA) bezifferte die Zahl der Migrant(inn)en im Jahr 2005 auf weltweit 191 Millionen; fast die Hälfte davon waren Frauen (DSW 2006). Die Gründe, aus denen Frauen migrieren, sind ebenso vielfältig wie ihre persönlichen Geschichten. Die Entscheidung zur Migration kann persönlich, finanziell oder politisch bedingt sein. Viele Frauen haben schlechte Perspektiven in ihrem Herkunftsland. Zudem tragen sie häufig die Verantwortung für die Versorgung der Familie und der Kinder und suchen daher nach besseren Lebensbedingungen im Ausland. Die daraus resultierenden finanziellen Transferleistungen von Migrantinnen und Migranten in ihre Herkunftsländer sind in einigen Ländern ein wichtiger Wirtschaftsfaktor und tragen zur Verringerung der Armut bei. Auf der anderen Seite stehen Anreize in den Zielländern, beispielsweise die Nachfrage nach Arbeitskräften in bestimmten Sektoren. Da der Anteil von Frauen an der internationalen Migration immer

größer wird, spricht die Forschung von der „Feminisierung“ der Migration (Han 2003). Der Anteil der Frauen nimmt vor allem in der Arbeitsmigration zu. Vielen eröffnen sich dadurch Chancen auf eine bessere Zukunft für sie selbst oder ihre Familien. Aber auch für die Wirtschaft der Zielländer sind Migrant(inn)en ein wichtiger Faktor, denn sie bringen Wissen und Fähigkeiten ein, füllen Lücken in bestimmten Arbeitsbereichen und zahlen außerdem Steuern an den Staat (vgl. DWS 2006).

Unterschiedlich sind ebenso die Formen der Migration und die Situationen, in denen sich Migrantinnen in den Zielländern wiederfinden. Viele Bereiche, in denen sie im Zielland arbeiten, gehören zum sogenannten informellen Wirtschaftssektor, der sich oft durch unregulierte Beschäftigung auszeichnet. Das gilt z. B. für Haushaltshilfen, Sexarbeiterinnen, private Pflegekräfte oder in der Gastronomie Tätige. Migrantinnen befinden sich daher oft in prekären Arbeitsverhältnissen, in denen sie leicht Opfer von Ausbeutung werden können. Unterschieden werden muss dabei allerdings zwischen Frauenhandel und anderen Formen der Migration, die nicht unter Zwang oder durch Täuschung erfolgen, aber dennoch Ausbeutung zur Folge haben können. Der sehr eingeschränkte legale Zugang zum deutschen Arbeitsmarkt gerade für geringer Qualifizierte kann dazu führen, dass sich Frauen an (oft unseriöse) Vermittlungsagenturen oder Privatpersonen wenden, um eine Arbeitsstelle zu finden, die Einreise zu organisieren oder eine Heirat einzugehen.

Zu den Migrationsformen gehört auch die Heiratsmigration: Die Frauen verlassen ihr Herkunftsland, um eine Ehe in einem anderen Land einzugehen oder – wenn sie bereits verheiratet sind – in das Aufenthaltsland ihres Ehepartners zu ziehen. Neben Liebe können auch Armut, Perspektivlosigkeit und strukturelle Benachteiligung von Frauen im Herkunftsland Gründe für Heiratsmigration sein. Hinzu kommt die restriktive Migrationspolitik der Zielländer, die eine legale Arbeitsmigration für Frauen (insbesondere aus den neuen EU-Ländern oder aus Drittstaaten¹) kaum ermöglicht. Die Entscheidung, sich selbst – und letztlich auch die Familie – durch eine Ehe ökonomisch abzusichern, ist daher durchaus verständlich. Sie kann frei getroffen werden, die Heiratsmigration kann ohne Zwang oder Druck von außen erfolgen, und auch das Leben mit dem Partner kann harmonisch und selbstbestimmt verlaufen.

1 Als Drittstaaten werden Länder bezeichnet, die nicht Mitgliedstaat der Europäischen Union oder des Europäischen Wirtschaftsraums sind. Für ihre Staatsbürger gilt in Deutschland das Aufenthaltsgesetz, sofern es sich nicht um bevorrechtigte Personen handelt.

Menschenhandel – wovon sprechen wir?

Wenn Frauen aber bewusst getäuscht, mittels Zwang oder durch Schuldknechtschaft dazu gezwungen werden, eine Ehe einzugehen oder in einer Ehe zu verbleiben, wenn sie in der Ehe ausgebeutet werden, ihre Selbstbestimmung eingeschränkt wird oder sie sexuelle, psychische oder physische Gewalt erleben, dann geht es um Menschenhandel.

Viele Frauen, die ihr Herkunftsland verlassen, verfügen nicht über ausreichende Informationen über die tatsächlichen rechtlichen und sozialen Verhältnisse im Zielland, beispielsweise über die aufenthaltsrechtliche Situation, in die sie sich durch eine Heirat begeben. Auch werden ihnen von den zukünftigen Ehemännern oder Heiratsagenturen falsche Versprechungen gemacht und (aufenthalts-)rechtliche Informationen bewusst vorenthalten (siehe S. 123 f.). Erst in Deutschland erkennen sie den wahren Zweck der Eheschließung: wenn sie z. B. durch Gewalt oder subtilere Methoden zur Prostitution gezwungen werden, der Ehemann sich als alt und pflegebedürftig oder alkoholabhängig und gewalttätig herausstellt oder wenn sie aufgrund vermeintlicher Schulden infolge noch „offener“ Vermittlungsgebühren dazu gezwungen werden, Arbeiten auszuführen oder in der Ehe Bedingungen (auch sexuelle) zu erfüllen, mit denen sie nicht einverstanden sind.

Menschenhandel – Definitionen und Rechtslage

Fallbeispiel

Frau F. wendet sich in Thailand an eine Heiratsvermittlungsgesellschaft und zahlt 3.500 €, um in einen Katalog aufgenommen zu werden. Dieses Geld kann sie nur durch eine Hypothek auf den Grund und Boden ihrer Eltern aufbringen. Ihr wird zugesagt, dass sie in Deutschland mehrere Männer kennenlernen wird. Auch wird ihr zugesagt, dass sie sich aussuchen kann, wen sie heiraten möchte. In Deutschland wird sie mehreren Männern vorgestellt, die offenbar von der Agentur die Erlaubnis haben, alles machen zu dürfen. Einige der Männer suggerieren ihr, sie heiraten zu wollen, um so ihr Einverständnis für Sexualität zu erlangen. Danach bringen sie Frau F. aber wieder zur Agentur zurück und holen sich die nächste heiratswillige Frau.

Einer der Männer hatte keinerlei sexuelles Interesse; er war 90 Jahre alt und hoffte, durch die Eheschließung eine kostengünstige Pflegekraft zu bekommen. Bis Frau F. schließlich eine Ehe eingehen konnte, wurde sie von zwei Männern sexuell ausgebeutet, und ein Dritter nutzte ihre Arbeitskraft aus (KOK 2001).

Diese Form des Menschenhandels bezeichnen Nichtregierungsorganisationen als „Heiratshandel“ oder „Handel in die Ehe“. Auf internationaler Ebene wurde Menschenhandel erstmals verbindlich durch das sogenannte Palermo-Protokoll im Jahr 2000 definiert. Demnach bezeichnet Menschenhandel „... die Anwerbung, Beförderung, Verbringung, Beherbergung oder den Empfang von Personen durch die Androhung oder Anwendung von Gewalt oder andere Formen der Nötigung, durch Entführung, Betrug, Täuschung, Missbrauch von Macht oder Ausnutzung besonderer Hilflosigkeit oder durch Gewährung oder Entgegennahme von Zahlungen oder Vorteilen zur Erlangung des Einverständnisses einer Person, die Gewalt über eine andere Person hat, zum Zweck der Ausbeutung. Ausbeutung umfasst mindestens die Ausnutzung der Prostitution anderer oder andere Formen sexueller Ausbeutung, Zwangsarbeit oder Zwangsdienstbarkeit, Sklaverei oder sklavereiähnliche Praktiken, Leibeigenschaft oder die Entnahme von Körperorganen.“²

In Deutschland ist der Menschenhandel strafrechtlich definiert. Seit der Änderung des Strafgesetzbuchs im Jahr 2005 stellt dieses Menschenhandel zum Zweck der sexuellen Ausbeutung (§ 232 StGB), der Ausbeutung der Arbeitskraft (§ 233 StGB) sowie die Förderung des Menschenhandels (§ 233a StGB) unter Strafe. In Paragraph 232 StGB heißt es: „(1) Wer eine andere Person unter Ausnutzung einer Zwangslage oder der Hilflosigkeit, die mit ihrem Aufenthalt in einem fremden Land verbunden ist, zur Aufnahme oder Fortsetzung der Prostitution oder dazu bringt, sexuelle Handlungen, durch die sie ausgebeutet wird, an oder vor dem Täter oder einem Dritten vorzunehmen oder von dem Täter oder einem Dritten an sich vornehmen zu lassen, wird mit Freiheitsstrafe von sechs Monaten bis zu zehn Jahren bestraft. Ebenso wird bestraft, wer eine Person unter einundzwanzig Jahren zur Aufnahme oder Fortsetzung der Prostitution oder zu den sonst in Satz 1 bezeichneten sexuellen Handlungen bringt.“ Von dieser Form des Menschenhandels sind überwiegend Mädchen und Frauen betroffen. Daher verwenden Nichtregierungsorganisationen in diesem Zusammenhang überwiegend den Begriff „Frauenhandel“ statt „Menschenhandel“.

Zur Situation gehandelter Frauen

Bevor sie nach Deutschland kommen, wissen viele Frauen beispielsweise nicht, dass sie erst nach zwei Jahren Ehebestandszeit ein eigenständiges Aufenthaltsrecht erhalten. Bis dahin ist ihr Aufenthaltsstatus vom Bestand der Ehe und dem Zusammenleben mit dem Ehemann abhängig.³ Grundlage hierfür ist § 31 Aufenthaltsgesetz (AufenthG). Diese Regelung bringt Frauen in Abhängigkeit und verschafft den Ehemännern oder Dritten Vorteile, die es ihnen ermöglichen, die

² übersetzt durch die Autorin (vgl. Artikel 3 in UN 2000)

³ Siehe hierzu auch Sanogo/Wiessner: „Aufenthaltssicherung durch Ehe oder Lebenspartnerschaft“, S. 50 ff. in diesem Band.

Frauen unter Druck zu setzen und sie finanziell, materiell oder auch sexuell auszubeuerten. Erfahrungen aus Beratungsstellen zeigen, dass viele aus Angst vor dem Verlust des Aufenthaltstitels in ausbeuterischen Ehen verbleiben. Zwar gibt es eine gesetzliche Härtefallregelung, die in der Praxis jedoch kaum zur Anwendung kommt. Oft ist es schwierig zu beweisen, dass auf die Frauen Zwang und Gewalt ausgeübt wurde. Dafür müssten sie ärztliche Atteste vorweisen, die Polizei einschalten oder Anzeige gegen die Ehemänner erstatten. Sie stehen enorm unter Druck, haben Angst und empfinden Scham. Noch schwerer lassen sich subtilere Formen von Zwang oder psychischer Gewalt nachweisen.

Aufenthaltsrechtliche Situation im Strafverfahren gegen Menschenhandel

Gelingt es einer Frau, sich aus ausbeuterischen Beziehungen zu befreien, steht ihr in Deutschland ein Netz von spezialisierten Fachberatungsstellen zur Verfügung (siehe unter www.kok-buero.de). Diese bieten anonym und unabhängig vom Aufenthaltsstatus unter anderem psychosoziale Beratung, Unterstützung, Vermittlung sicherer Unterkünfte und Begleitung bei Behördengängen und gegebenenfalls beim Strafprozess an.

124

Ist die Frau Betroffene von Menschenhandel und Bürgerin eines Drittstaates ohne gültigen Aufenthaltsstatus, hat sie laut AufenthG Anspruch auf eine Bedenk- und Stabilisierungsfrist von vier Wochen, in der sie sich entscheiden kann, ob sie mit den Strafverfolgungsbehörden kooperieren möchte oder nicht. Wenn sie das nicht will, muss sie nach Ablauf der Frist ausreisen. Entscheidet sie sich für eine Kooperation und für eine Aussage gegen den Täter, erhält sie für die Dauer des Strafverfahrens einen *vorübergehenden* Aufenthaltstitel nach § 25 Abs. 4 a AufenthG – vorausgesetzt die Staatsanwaltschaft hat entschieden, dass die Aussage der Frau glaubhaft und für das Verfahren brauchbar ist. Ob sie dann tatsächlich einen Aufenthaltstitel bekommt, liegt letztlich im Ermessen der Ausländerbehörde. Der vorübergehende Aufenthaltstitel wird bis zum Ende des Verfahrens regelmäßig verlängert. Nach Ende des Strafverfahrens besteht in Deutschland grundsätzlich kein dauerhaftes Bleiberecht; die Betroffenen müssen also ausreisen. Davon kann laut Gesetz lediglich abgesehen werden, wenn bei der Rückkehr ins Herkunftsland eine erhebliche konkrete Gefahr für Leib und Leben besteht. Dies nachzuweisen, um eine Verlängerung des Aufenthaltstitels zu erwirken, ist in der Praxis allerdings sehr schwierig, obwohl die Betroffenen durch ihre Aussagen tatsächlich meist sich selbst – und zum Teil auch ihre Familien – in erhebliche Gefahr gebracht haben.

Solche Verfahren können sich über Jahre hinziehen. In dieser Zeit haben die Betroffenen aufgrund ihres vorübergehenden Aufenthaltsstatus kaum Möglichkeiten, neue Perspektiven zu entwickeln und beispielsweise einen Arbeitsplatz zu finden oder eine Ausbildung zu machen.

Zudem stehen ihnen, wenn sie aus Ländern außerhalb der EU kommen, meist nur Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz zu. Im medizinischen Bereich umfassen diese nur akute Notfallbehandlungen, während die Behandlung chronischer Krankheiten und psychotherapeutische Hilfen in der Regel nicht abgedeckt sind. Bei Betroffenen aus den neuen EU-Ländern ist die Leistungsgewährung noch nicht einheitlich geregelt und wird in der Praxis in den einzelnen Bundesländern sehr unterschiedlich gehandhabt.

Sexuelle Ausbeutung und HIV/Aids

Gerade bei Fällen sexueller Ausbeutung ist die Gefahr einer Ansteckung mit HIV oder anderen sexuell übertragbaren Infektionen sehr hoch – für die betroffenen Frauen, aber auch die beteiligten Männer. Viele gehandelte Frauen kommen z. B. aus osteuropäischen Ländern, in denen die HIV-Infektion weit verbreitet ist. So berichteten Praktiker/innen auf einer internationalen Fachtagung zum Thema „Menschenhandel und HIV/Aids“⁴ im September 2008 von einem starken Anstieg der HIV-Infektionszahlen in mehreren Ländern Mittel- und Osteuropas bei gleichzeitig mangelnder Finanzierung von Unterstützungs- und Präventionsprogrammen. Gesundheitserziehung und sexuelle Aufklärung seien unzureichend und tabuisiert. Hinzu komme, dass für viele Migrantinnen aufgrund von restriktiven Gesetzen, Stigmatisierung und Ausgrenzung der Zugang zu gesundheitlicher Versorgung und zu Informationen – z. B. über HIV/Aids einschließlich Prävention und Behandlung – erschwert sei, was auch auf Frauen zutrefte, die von Menschenhandel betroffen sind. Ein konkreter Zusammenhang zwischen Frauenhandel und HIV-Infektionen lasse sich aber nicht herstellen.

Unterstützung und Beratung

Die betroffenen Frauen haben einerseits schwere Menschenrechtsverletzungen erlitten, sind zum Teil traumatisiert und begeben sich durch die Zusammenarbeit mit den Strafverfolgungsbehörden in eine Situation, die psychisch stark belastet und überdies Gefahren mit sich bringt. Andererseits ist ihr Aufenthaltsstatus sehr unsicher, sie haben meist keine bedarfsgerechte finanzielle Unterstützung und keinen Anspruch auf medizinische Versorgung über Notfälle hinaus.

Und selbst wenn Frauen mit HIV/Aids eine antiretrovirale Behandlung erhalten, wissen sie nicht, wie lange ihnen noch Aufenthalt gewährt wird und was sie erwartet, wenn sie in ihr Herkunftsland zurückkehren: Sie sind mit bestimmten Hoffnungen und Plänen nach Deutschland gekommen, haben aber dann Schlim-

⁴ Die Tagung wurde durchgeführt von der Evangelischen Frauenhilfe in Westfalen e. V., dem „Diakonischen Werk Rheinland, Westfalen und Lippe“, dem Netzwerk „Le Pont“, dem „Amt für Mission, Ökumene und kirchliche Weltverantwortung der Evangelischen Kirche von Westfalen“ (MÖWe) und der Frauenberatungsstelle für Opfer von Menschenhandel, Nadeschda, in Herford.

mes erlebt. Da ist die Angst, als „Opfer von Frauenhandel“ stigmatisiert zu werden, und vielleicht auch das Gefühl, versagt und die Familie enttäuscht zu haben. Im Falle eines Strafverfahrens kommt die Angst vor den Tätern hinzu und die Sorge, die lange Prozedur vielleicht umsonst durchgestanden zu haben. Die Befürchtung, wegen einer HIV-Infektion zusätzlich stigmatisiert zu werden, ist bei manchen groß.

Angesichts dieser psychischen Belastungen wäre bei HIV-positiven Frauen auch eine psychotherapeutische Behandlung sinnvoll, die aber meist nicht finanziert wird. Manche Betroffene lehnen eine Psychotherapie allerdings auch ab und wenden sich stattdessen an die Beraterinnen der Fachberatungsstellen für von Menschenhandel betroffene Frauen. Diese sind jedoch meist keine ausgebildeten Therapeutinnen und können diese Aufgabe daher nicht wahrnehmen. Zwar sind sie geschult, was das Basiswissen zu HIV/Aids wie z. B. Ansteckungswege und Schutzmöglichkeiten angeht. In vielen Beratungsstellen finden auch regelmäßige Supervisionen statt, bei denen Fragen zum Thema bearbeitet werden können. Den Beraterinnen fehlen jedoch oftmals spezifische Fachkenntnisse, weshalb bei der Unterstützung der Betroffenen Kooperationen mit Fachstellen z. B. in Krankenhäusern oder mit den Aidshilfen wichtig sind. Ebenso sollten die Beraterinnen regelmäßig zum Thema Gesundheit fortgebildet werden.

126

Erforderlich für eine bedarfsgerechte Unterstützung und Versorgung der von Menschenhandel betroffenen Frauen ist zum einen eine angemessene finanzielle und personelle Ausstattung der Fachberatungsstellen (die in vielen Fällen nicht gegeben ist!). Zum anderen gilt es, die aufenthaltsrechtliche Situation der Betroffenen durch einen gesicherten, nicht an Bedingungen gebundenen Aufenthaltstitel zu verbessern und sie bedarfsgerecht finanziell zu unterstützen.

Beim Thema Frauenhandel darf nicht nur auf die Strafverfolgung fokussiert werden. Vielmehr müssen der Opferschutz und die Wahrung der Menschenrechte der Betroffenen im Mittelpunkt stehen. Um den Frauenhandel effektiv bekämpfen zu können, muss allerdings auch in den Herkunftsländern angesetzt werden; dazu gehören vor allem die Bekämpfung von Armut und die Beseitigung struktureller Nachteile für Frauen durch einen gleichberechtigten Zugang zu Bildung und Arbeit, aber auch Informationen, beispielsweise über die arbeitsmarkt- und aufenthaltsrechtliche Situation in den Zielländern. Ein weiterer wichtiger Aspekt wäre die Schaffung von mehr Möglichkeiten zur legalen Arbeitsmigration nach Deutschland, auch für geringer qualifizierte Menschen.

Literatur

DSW 2006

Deutsche Stiftung Weltbevölkerung (DSW) (Hg.): UNFPA Weltbevölkerungsbericht 2006. Der Weg der Hoffnung – Frauen und internationale Migration. Stuttgart: Hampp Verlag GmbH 2006

Han 2003

Han, P.: Frauen und Migration. Strukturelle Bedingungen, Fakten und soziale Folgen der Frauenmigration. Stuttgart: Lucius & Lucius 2003

KOK 2001

Bundesweiter Koordinierungskreis gegen Frauenhandel und Gewalt an Frauen im Migrationsprozess – KOK e.V. (Hg.): Frauen handeln in Deutschland. Potsdam: KOK e.V. 2001

KOK 2009

Bundesweiter Koordinierungskreis gegen Frauenhandel und Gewalt an Frauen im Migrationsprozess – KOK e.V. (Hg.): Frauen handeln in Deutschland. Zweite, aktualisierte Auflage. Berlin: KOK e.V. 2009

UN 2000

UN-Zusatzprotokoll zur Verhütung, Bekämpfung und Bestrafung des Menschenhandels, insbesondere des Frauen- und Kinderhandels, zum Übereinkommen der Vereinten Nationen gegen die grenzüberschreitende organisierte Kriminalität. New York, 15. November 2000

Erfahrungen und Konzepte aus der Arbeit mit Strichern

Martin Jautz und Markus Klein

Vorbemerkung

Im Jahr 1993 schlossen sich bundesweit mehrere Stricher-Anlaufstellen zum Fachkreis für Stricherarbeit im deutschsprachigen Raum (AKSD) zusammen. Aufgrund fehlender wissenschaftlicher Studien zu diesem Thema sind die im AKSD zusammengetragenen Daten und Erfahrungen aus der Arbeit vor Ort wichtige Anhaltspunkte für Veränderungen in der Stricherszene und für die Entwicklung bedarfsgerechter Konzepte und Angebote.

Die Stricherszene

Seit Gründung des AKSD hat sich die Zielgruppe deutlich verändert – insbesondere durch die EU-Osterweiterung, die sich auf die ethnische Zusammensetzung der Stricher mit Migrationshintergrund ausgewirkt hat. Bis Ende der 1990er Jahre bildeten Türken¹, Polen und Tschechen die größten Gruppen. In den Folgejahren

¹ Sie stammten aus der zweiten und dritten Generation der sogenannten Gastarbeiterfamilien.

nahm ihre Zahl ab, während die Gruppe der Rumänen und Bulgaren stetig anwuchs. Mit günstigeren Preisen und immer wieder neuen Jungs verdrängten sie die „alten“ Anbieter sexueller Dienstleistungen vor allem aus den unteren Marktsegmenten, sprich: dem Straßen- und Kneipenstrich.² Derzeit stammt der größte Teil der Stricher in Deutschland aus Südosteuropa. In den nächsten Jahren kann es außerdem sein, dass zunehmend Jungs aus der ehemaligen Sowjetunion einreisen und in der Prostitution ihre Dienste anbieten.

Viele osteuropäische Stricher bringen nur unzureichende deutsche Sprachkenntnisse mit, können nur schlecht lesen und kaum schreiben. Sie stammen oft aus Gesellschaftsschichten, die auch in ihren Herkunftsländern diskriminiert und ausgeschlossen werden. Roma oder Gipsy³ aus Rumänien und Bulgarien, türkische Minderheiten, aber auch andere Jungs, die aus wirtschaftlich abgekoppelten Gebieten stammen, haben oft keine Chance, im staatlichen Schulsystem eine angemessene Ausbildung zu erhalten: Die staatlichen Kontrollorgane, die die Schulpflicht überwachen sollen, greifen oft nicht oder kommen ihrer Aufgabe nicht nach.

Auf der Suche nach Teilhabe an der modernen Konsumgesellschaft drängen diese Jugendlichen in den „goldenen Westen“. Der Druck durch die Erwartungen der zurückgebliebenen Familienverbände lastet schwer auf ihnen. Die allermeisten sind auf die Anforderungen einer regulären Arbeit in Westeuropa nicht annähernd vorbereitet. Die angebotenen Jobs in der südeuropäischen Agrarwirtschaft oder auf dem Hilfsarbeitermarkt der britischen Inseln sind hart und scheinen für viele keine Perspektive zu bieten. Der Ausweg, mit dem eigenen Körper vermeintlich schnelles Geld zu machen, liegt dann manchen näher. Und in der Tat haben die jüngeren, gut aussehenden und frisch Zugewanderten in den ersten Wochen Erfolg – zumindest so lange, bis sie von noch jüngeren, besser aussehenden oder in der Szene noch nicht bekannten Jungs abgelöst werden. Auf die harte Konkurrenz kann nur reagieren, wer die besseren Kontakte hat oder wer billiger arbeitet und interessantere Angebote macht. Letztere Möglichkeiten sind oftmals mit höheren gesundheitlichen Risiken verbunden, weil dabei auch unsafe Sexpraktiken im Spiel sind oder Kontakte mit Freiern, die man unter besseren Umständen ablehnen würde.

Fakt ist, dass der Markt mehr als gesättigt ist. Die Freier bestimmen den Preis und haben eine scheinbar unbegrenzte Auswahl. In der Szene kann man oft dreibis fünfmal so viele Stricher wie Freier beobachten. Trotzdem bleiben sie dort, denn es gibt keine andere Arbeit für junge Männer, die kaum lesen, schreiben und rechnen können und keine Berufsausbildung oder Arbeitserfahrung nachzuwei-

² Für Jungs aus Polen und Tschechien eröffneten sich andere Betätigungsfelder: einerseits durch die erleichterte Einreise infolge des Beitritts ihrer Herkunftsländer zum Schengener Abkommen, andererseits durch den steigenden Lebensstandard in der Heimat.

³ Selbstbezeichnung der Roma



sen haben. Selbst wer sich auf dem Strich professionalisieren möchte, muss einen Computer bedienen und *chat messages* schreiben können.

In der Heimat aber warten die Frau oder Freundin – vielleicht mit einem oder mehreren Kindern –, die Eltern und Geschwister (oder gar Gläubiger) auf das dringend benötigte Geld. Können die Erwartungen der Familie nicht erfüllt werden, droht der Ausschluss, mindestens aber ein Verlust des Standes innerhalb der Familie oder auch des Gemeinwesens. Wer dagegen Geld verdient, macht dies überall publik, weil er sich auf diese Weise Anerkennung und Ansehen verschaffen kann. In den letzten Jahren konnten in einigen Stricheranlaufstellen ganze Familiendynastien beobachtet werden: Onkel, Neffen und Vettern, Schwager und Brüder und so weiter. So wird der „Goldgräbermythos“ immer weiter genährt und gleichzeitig den Verlierern der Rückzug verbaut.

130

Die Risiken

Der Erwartungsdruck durch die Familienverbände in der Heimat und die Konsumhaltung der jungen Männer in der Fremde bedingen weitere Schwierigkeiten. Die massive Konkurrenz innerhalb der Stricherszene und der Druck, auch mit anderen Szene-Angeboten – insbesondere solchen im Internet – konkurrieren zu müssen, führen nicht selten zum Verzicht auf Safer Sex oder zur Anwendung unlauterer Mittel wie z. B. Diebstahl oder das Vortäuschen eines Sexangebots, um sich dann mit dem Geld des Freiers aus dem Staub zu machen. So manche Freier wiederum wissen die prekäre Situation der Stricher für die Befriedigung ihrer Bedürfnisse auszunutzen, indem sie unsafe Sex verlangen, verabredete Preisabsprachen nicht einhalten oder die „Zeche“ komplett prellen. Dabei wissen sie sehr genau, dass die

durch das Prostitutionsgesetz⁴ geschaffene Möglichkeit, einen Freier zu verklagen, von den jungen Männern aus Osteuropa nicht genutzt werden kann, weil sie weder eine Arbeitsgenehmigung haben noch ihre Einkünfte korrekt versteuern: Mit einer Anzeige bei der Polizei würden sie sich nur selbst schaden.

In einige Mitgliedsorganisationen des AKSD kommen vermehrt Stricher aus Bulgarien und Rumänien, bei denen eine HIV-Infektion oder Aids diagnostiziert wurde. Aufgrund der EU-Bestimmungen haben sie in Deutschland keinen Anspruch auf Behandlung, wenn sie hier nicht gemeldet und versichert sind. Viele haben aber auch in den Herkunftsländern keine Versicherung. Da eine HIV-Therapie oder die Behandlung von Folgeerkrankungen mit extrem hohen Kosten verbunden ist, können die Betroffenen nicht selbst dafür aufkommen. Eine Rückkehr in die Heimat ist für die meisten ausgeschlossen, weil sie als HIV-Infizierte oder Aidskranke mit Diskriminierung rechnen müssen und es für sie kaum Behandlungsmöglichkeiten gibt – entgegen den Versprechungen der jeweiligen Staaten vor dem EU-Beitritt. Hinzu kommt, dass Diskretion und Datenschutz für Menschen mit einer so stark geächteten Infektion in den Herkunftsländern nicht im gebotenen Umfang sichergestellt ist. Man muss daher damit rechnen, dass die HIV-Infektion auch in der Familie und im weiteren sozialen Umfeld bekannt wird – dorthin zurückzukehren ist dann kaum möglich. Das Gleiche gilt, wenn bekannt wird, dass man schwul ist oder in der mann-männlichen Prostitution arbeitet.

Die Erfahrungen der AKSD-Mitgliedsorganisationen in Deutschland zeigen, dass eine verschärfte Ausländer-Gesetzgebung kombiniert mit ordnungsrechtlichen Maßnahmen (verstärkte Polizeikontrollen, Abschiebungen und Razzien) die Einwanderung von Migranten ohne geregelten Aufenthaltsstatus nicht verhindert, sondern diese dazu veranlasst, ganz in die Illegalität abzutauchen. Für Angebote der HIV- und STI⁵-Prävention und der medizinischen Versorgung sind sie dann nur noch sehr schwer oder gar nicht mehr erreichbar.

Antworten auf die prekäre Situation ausländischer Stricher

Interkulturelle Kommunikation

In der HIV/Aids- und STI-Prävention sowie bei gesundheitsfördernden Maßnahmen für Migranten steht die interkulturelle Kommunikation an erster Stelle. Sprachliche Besonderheiten, kulturell geprägte Normen und Werte sowie persönliche wie auch soziale und politische Hintergründe im Herkunftsland müssen in die verbale und nonverbale Kommunikation und Informationsvermittlung einbezogen werden. Das Ziel dabei ist, Neuinfektionen zu verhindern (Primärpräven-

4 Das „Gesetz zur Regelung der Rechtsverhältnisse der Prostituierten“ (Prostitutionsgesetz – ProstG; siehe unter <http://www.gesetze-im-internet.de>) trat am 1. Januar 2002 in Kraft.

5 STIs = sexuell übertragbare Infektionen (engl.: sexually transmitted infections)

tion), bestehende Infektionen und Krankheiten zu behandeln (Sekundärprävention) und gesundheitsbewusste Verhaltensweisen zu fördern.

Präventive Informationen und Botschaften können nicht eins zu eins aus dem Deutschen in die jeweilige Muttersprache übersetzt werden, sondern sind kultursensibel anzupassen, damit sie aufgenommen und akzeptiert und schließlich auch umgesetzt werden können. Einstellungen z. B. zu Homosexualität und Prostitution sind kulturell geprägt; wer dies nicht berücksichtigt, läuft Gefahr, nicht (richtig) verstanden zu werden. Für eine effektive und nachhaltige Präventionsarbeit ist eine kulturelle Mediation daher unverzichtbar. Fast in jedem Stricherprojekt gibt es Mediatoren, die bei der Kontaktaufnahme und -pflege sowie bei Beratungsgesprächen zwischen den Sozialarbeitern und den Adressaten der Präventionsbotschaften vermitteln. Idealerweise stammen die Mediatoren aus demselben Kulturkreis wie die Zielgruppe; zumindest aber müssen sie über Sensibilität für die kulturell bedingten Eigenheiten des zu Beratenden verfügen, um zwischen den Gegebenheiten im Herkunftsland und im Aufenthaltsland vermitteln zu können. Gefragt sind also nicht nur sprachliche Fähigkeiten (Dolmetschen), sondern – umfassender – interkulturelle Kompetenzen.

Lebensweltorientierung

Die Stricherarbeit der AKSD-Mitgliedsorganisationen orientiert sich an der Lebenssituation der Jungs: Die Mitarbeiter holen sie dort ab, wo sie gerade stehen, um dann gemeinsam mit ihnen Strategien zur Verbesserung ihrer Situation zu entwickeln. Dieser partizipative Ansatz stellt in der Arbeit mit Migranten besonders hohe Anforderungen an die professionellen Helfer. Die Jungs in der Beratung zu motivieren und zu aktivieren, ist jedoch wichtig: Bei Lösungswegen, die sie selbst mitentwickelt haben, ist die Chance größer, dass sie diese auch umsetzen. In der Prävention geht es also um Beziehungsarbeit, um persönliche Gespräche, Beratung und Betreuung. Der Einsatz von Printmedien hat dabei lediglich unterstützende und begleitende Funktion. Tabuisierte Themen wie Homosexualität und Prostitution können nur im Kontakt mit den Mitarbeiter(inne)n angemessen zur Sprache gebracht werden. Voraussetzung dafür ist der gelungene Aufbau einer Vertrauensbasis – sie zu erreichen, ist bei Strichern mit Migrationshintergrund allerdings schwieriger als bei Strichern mit „deutscher“ Sozialisation.

Befriedigung primärer Bedürfnisse

Der aufenthaltsrechtliche Status, Misstrauen gegenüber vermeintlich „staatlichen“ Einrichtungen und die Tabuisierung von Homosexualität und Prostitution erschweren es Strichern, Hilfseinrichtungen aufzusuchen. Der Zugang zu Angeboten, die primäre Bedürfnisse wie Essen, Trinken, Waschen und Schlafen befriedigen, ist jedoch wichtig für das Überleben. Die psychische und körperliche

Verfassung von Strichern, die auf der Straße leben, ist in der Regel sehr schlecht, was sich zwangsläufig auf das präventive und gesundheitsfördernde Verhalten auswirkt.

Obdachlosigkeit ist bei Strichern aus dem Ausland ein häufiges Problem. Viele lösen es, indem sie bei Freiern übernachten – und sich dann auch eher auf unsafe Praktiken einlassen, um das „Dach über dem Kopf“ nicht zu verlieren. Die Schaffung von Schlafplätzen ist eine strukturelle Maßnahme mit positivem Effekt auf die Gesundheit der Jungs. Bei den meisten AKSD-Mitgliedsorganisation gehören daher zumindest Tagesruhebetten zu der Palette von Angeboten, die sie zur Befriedigung der primären Bedürfnisse bereithalten.

Medizinische Versorgung

Trotz entsprechender EU-Abkommen sind fast alle ausländischen Stricher weder in Deutschland noch im Heimatland krankenversichert und haben daher keinen Zugang zum Gesundheitssystem. Zu den wichtigsten strukturellen Maßnahmen der Stricherarbeit gehört daher die Schaffung von Angeboten der medizinischen Versorgung.

Die meisten der AKSD-Mitgliedsorganisationen bieten medizinische Beratung und Behandlung an, und einige kooperieren mit externen Ärzten und Ärztinnen, um die Versorgung der Stricher vor Ort sicherzustellen. Die Behandlung anderer als sexuell übertragbarer Krankheiten zu ermöglichen, stellt für Stricherprojekte allerdings eine große – vor allem finanzielle – Herausforderung dar, weil hierfür niemand die Kosten übernimmt. Die Finanzierung solcher zusätzlichen, aber notwendigen Angebote muss daher durch Spendengelder sichergestellt werden. Wichtig für ein bedarfsgerechtes Angebot ist in jedem Fall die Vernetzung und Kooperation mit anderen Einrichtungen wie z. B. Gesundheitsämtern, Aidshilfen oder Ambulanzen speziell für Migrant(inn)en.

Auch im Rahmen der medizinischen Beratung und Behandlung kommt es auf leicht verständliche, gut nachvollziehbare Informationen an – am besten in der Muttersprache. Eine kulturelle Mediation kann wesentlich zu einer erfolgreichen Zusammenarbeit zwischen Arzt und Patient beitragen.

Einbeziehung aller relevanten Akteure

Präventionsarbeit muss versuchen, alle relevanten Akteure einzubeziehen und sie für Lebenswelten und Probleme von Strichern mit Migrationshintergrund zu sensibilisieren. Dazu gehören auch und gerade die Freier: Sie können sehr viel zu einer erfolgreichen HIV- und STI-Prävention beitragen. Wenn sie sich ebenfalls schützen wollen, ist es für die Jungs nicht mehr schwierig, Safer Sex durchzusetzen. Auf der anderen Seite vermitteln auch Freier immer wieder Jungs zu Stricher-einrichtungen, weil sie wissen, dass sie dort Hilfe bekommen. Weitere Partner in

der Prävention sind die Betreiber und Mitarbeiter von Stricher kneipen, die in der Regel ein Interesse daran haben, dass die bei ihnen verkehrenden Jungs auch gesund sind. Sie sind immer anwesend und haben daher wesentlich häufiger Kontakt zu den Jungs als die Sozialarbeiter der Strichereinrichtungen. Sie geben ihnen Safer-Sex-Tipps, händigen ihnen Broschüren aus und verteilen Kondome und Gleitmittel.

Modellprojekt „Sastimos“

Viele Stricher mit Migrationshintergrund pendeln zwischen ihren Herkunftsländern und Deutschland und treten in Gruppen mit immer neuen Mitgliedern auf (sie unterscheiden sich damit von jenen Strichern, die in der Regel als Einzelgänger unterwegs sind). Daher erscheint es sinnvoll zu versuchen, sie mit gruppenspezifischen Angeboten zu erreichen. Das 2008 von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) mit dem Präventionspreis ausgezeichnete Modellprojekt „Sastimos“⁶ von SUB/WAY Berlin e. V. zielt auf junge Roma und wendet dabei den Peer-Education-Ansatz an. Dabei werden aus der Stricherszene gewonnene Schlüsselpersonen (*peer leaders*) für die HIV- und STI-Prävention ausgebildet.

134

Zunächst werden in der Szene Schlüsselpersonen identifiziert, die bei ihren *peers* hohes Ansehen genießen und Verantwortung für sie tragen. Dies setzt voraus, dass die Projektmitarbeiter gute Kontakte zur Zielgruppe aufgebaut haben und von dieser akzeptiert werden. Die Einzelschulungen erfolgen anhand eines speziell für „Sastimos“ entwickelten Curriculums, das auf die Lebenswelt und die Bedürfnisse junger Roma in der Stricherszene zugeschnitten ist und das erforderliche Wissen sowie ausreichende Handlungssicherheit vermittelt. Einzelne zu schulen ist wichtig, da Homosexualität und Prostitution bei Roma stark tabuisiert und schambesetzt sind.

Durch die geschulten *peer leaders* ist es möglich, Wissen über HIV/Aids und STIs, aber auch über alternative Arbeitsmöglichkeiten und Unterstützungsangebote in Deutschland in die Szene zu transportieren und risikobewusste Verhaltensweisen zu fördern. Über die bestehenden Migrations- bzw. Kommunikationswege bietet sich zugleich eine Chance, junge Roma bereits in ihren Herkunftsländern mit Präventionsbotschaften und wichtigen Informationen über Deutschland zu erreichen, noch bevor sie sich auf den Weg nach Westen machen. Dies zeigt, dass der bewährte Ansatz der Peer-Education sehr gut für neue Herausforderungen genutzt werden kann. Wichtig dabei ist vor allem, dass junge Roma „auf Augenhöhe“ und als Partner in die Aidsprävention einbezogen werden und die Suche nach Möglichkeiten eines Ausstiegs aus der Stricherarbeit unterstützt wird.

6 *Sastimos heißt „Gesundheit“ auf Romanes.*

Schlussbemerkung

Die Erfahrungen der Mitgliedsorganisationen des AKSD zeigen, dass die Anstrengungen in der HIV-Primär- und -Sekundärprävention bei Strichern mit Migrationshintergrund nicht ausreichend sind. Gleiches wird uns auch immer wieder aus sozialen Einrichtungen in den Herkunftsländern, besonders Bulgarien und Rumänien, berichtet. Die gefährdeten Zielgruppen werden überhaupt nicht oder nur mangelhaft erreicht – die Vorbehalte gegenüber Homosexualität und Prostitution sind immer noch zu groß, und Männer, die Sex mit Männern haben, wie auch Menschen mit HIV/Aids werden nach wie vor stark diskriminiert und ausgegrenzt. Der Umgang mit HIV/Aids in Osteuropa hält viele Stricher, die in Deutschland positiv getestet wurden, von einer Rückkehr in ihre Heimat ab. Zwar mussten alle neuen EU-Mitgliedsländer vor ihrem Beitritt versprechen, anonyme Behandlungsmöglichkeiten zu schaffen und der Diskriminierung und Verfolgung von Homosexuellen entgegenzuwirken, doch bisher ist man davon noch weit entfernt. Bisweilen machen offizielle Stellen, z. B. in Rumänien, auch kein Hehl daraus, dass kein weiteres Interesse besteht, etwas gegen Diskriminierung zu tun. Hier ist die Europäische Gemeinschaft in Brüssel gefragt, die in den EU-Verträgen gemachten Versprechungen auf Einhaltung und Umsetzung zu kontrollieren und dies gegebenenfalls einzufordern.

Literaturempfehlungen

Fink, K./Werner, W. B.

Fink, K./Werner, W. B.: Stricher Ein sozialpädagogisches Handbuch zur mann-männlichen Prostitution. Berlin u. a.: Pabst Science Publishers 2005

Wright, M. T.

Wright, M. T. (Hrsg.): Prostitution, Prävention und Gesundheitsförderung. Teil 1: Männer. AIDS-Forum DAH, Band 45, Berlin: Deutsche AIDS-Hilfe e. V. 2003

Mitgliedsorganisationen des Fachkreises für Stricherberatung in Deutschland (AKSD)

- SUB/WAY Berlin e. V. → www.subway-berlin.de
- Nachtfalke (Essen) → www.nachtfalke-ruhr.de
- Basis-Projekt e. V. (Hamburg) → www.basis-projekt.de
- AIDS-Hilfe Frankfurt e. V. → www.frankfurt.aidshilfe.de
- Looks e. V. (Köln) → www.looks-ev.org
- Verein zur Förderung von Jugendlichen mit besonderen sozialen Schwierigkeiten e. V. (Stuttgart) → www.verein-jugendliche.de
- Marikas – Beratungsstelle für anspruchsvolle junge Männer in München → www.marikas.de

Migranten im Suchthilfesystem¹

Petra Narimani

Das Suchthilfesystem wird mit unterschiedlichsten Bedürfnissen und Besonderheiten konfrontiert und muss sich aufgrund kontinuierlicher Veränderungen in der Gesellschaft wie auch bei Drogenkonsummustern immer neuen Herausforderungen stellen. In allen Gruppen, für die Angebote gemacht werden, finden sich auch Migranten, die mit zusätzlichen Belastungen konfrontiert sind. Benachteiligung, Diskriminierung, Haftstrafe und angedrohte oder rechtskräftige Abschiebung gehören hier – neben den Folgen des Drogenkonsums – zum Alltag. Eine Lobby gibt es so gut wie gar nicht, wahrscheinlich auch aufgrund der Tatsache, dass hier Drogenpolitik, Gesundheitspolitik und Migrationspolitik zusammentreffen. Widersprüchliche oder nicht aufeinander abgestimmte Gesetze erschweren die Arbeit in diesem Bereich. Solange Migrationspolitik neben der Drogenpolitik gemacht wird, kann es im Grunde auch nicht zu einer wirklichen Verbesserung der Gesamtsituation kommen (vgl. Narimani 2004).

¹ *Der vorliegende Beitrag beschränkt sich auf die Situation männlicher Migranten. Drogenabhängige Migrantinnen sind mit zusätzlichen Problemen konfrontiert, auf die hier nicht eingegangen werden kann.*

Statistische Daten

Im Drogen- und Suchtbericht 2008 der Drogenbeauftragten der Bundesregierung finden sich kaum Hinweise auf Migranten. Lediglich unter der Überschrift „Öffentliche Gesundheit“ (Drogen- und Suchtbericht 2008, S. 19) wird im Zusammenhang mit HIV/Aids und die nationale, europäische und internationale politische Verantwortung in Bezug auf Menschenrechte insbesondere auf Drogen Injizierende und deren Partner, auf Männer, die Sex mit Männern haben, junge Menschen, Frauen, Migrant(inn)en, Kinder, Menschen in Haft, Sexarbeiter/innen hingewiesen.² Konkrete Zahlen zu Drogen konsumierenden Migranten liefert der Drogen- und Suchthilfebericht nicht – zu Recht, da sie aufgrund von Definitionsproblemen eher fragwürdig ausfallen dürften. Gewisse Anhaltspunkte gibt die Suchthilfestatistik der ambulanten und stationären Suchthilfe-Einrichtungen des Landes Berlin.

Der für 2005 erfasste Migrations- und Aufenthaltsstatus der Klienten mit substanzbezogenen Hauptdiagnosen wurde gesondert für die Statistik des Landes Berlin ausgewertet und ermöglicht keinen Vergleich mit Bundesdaten (vgl. Hellwich u. a. 2006). Besonders hervorzuheben ist hier die Erkenntnis, dass der Migrations- vom Aufenthaltsstatus zu trennen ist. Dabei wird deutlich, dass nur 2 % der Opiatabhängigen Asylsuchende bzw. Flüchtlinge sind – 5,2 % sind Aussiedler, 2,6 % Eingebürgerte, 7,1 % Nicht-Eingebürgerte, 1,2 % nicht unter die genannten Kategorien Fallende, und bei 82 % von insgesamt 7.198 Opiatabhängigen handelt es sich um Deutsche ohne Migrationshintergrund. Im Jahr 2007 liegt der Anteil der stationären Patienten mit deutscher Staatsbürgerschaft bundesweit bei 85 % (Opiate) und 97 % (Alkohol) (vgl. Eichmann u. a. 2008). Somit finden sich unter den alkoholabhängigen Klienten laut Statistik fast keine Migranten. Die Erfahrungen der Suchtarbeit lehren jedoch, dass ein hoher Anteil kokain- oder heroinabhängiger Migranten ein zusätzliches Alkoholproblem hat, das gerne verschwiegen wird und sich erst nach intensiver Einzelarbeit zeigt. Ein Vergleich mit der deutschen Klientel – z. B. Alter bei Erstkonsum, Wohnsituation oder auch Schulbildung – ist bisher leider nicht möglich. Offiziell erfasst wird auch nicht die jeweilige Aufenthaltsdauer in Deutschland.

Wovon ist die Rede?

Das Bundesministerium für Gesundheit schreibt in einer öffentlichen Bekanntmachung zum Thema „Zugang zum Suchthilfesystem von Menschen mit Migrationshintergrund“: „Ein niedrigschwelliger und bedarfsgerechter Zugang zum

² Hier sei noch einmal angemerkt, dass Migrant(inn)en in allen aufgeführten Gruppen zu finden sind und ihre separate Nennung häufig den Blick darauf verstellt, dass sie auch noch andere Probleme haben, die nicht mit ihrem Migrantenstatus zusammenhängen.

Suchthilfesystem ist Voraussetzung für eine frühe und effektive Hilfe bei Suchtgefährdung und Suchterkrankung. Aktuelle Untersuchungen zeigen jedoch, dass das Suchthilfesystem in Deutschland von Menschen mit Migrationshintergrund seltener und oftmals später in Anspruch genommen wird als von Menschen ohne Migrationshintergrund. Als Gründe werden z. B. Sprachbarrieren, eine nicht ausreichend migrationsensible Ausrichtung der Suchthilfe und institutionelle Rahmenbedingungen diskutiert. Ebenfalls gibt es Hinweise, dass ein anderes Suchtverständnis bzw. ein anderer Umgang mit Sucht und Drogen (z. B. Tabuisierung und andere Toleranzschwellen) und ein geringer Bekanntheitsgrad vorhandener Beratungs- und Hilfesysteme von Bedeutung sind“ (BMG 2008). Es wird ferner darauf hingewiesen, dass von teilweise unterschiedlichen Verläufen der Suchterkrankung ausgegangen werden kann, die Zeitspanne vom ersten Konsum bis zur Suchterkrankung deutlich kürzer scheint und spezifische Begleiterkrankungen wie beispielsweise Hepatitis C vermehrt vorkommen. „Häufige Therapieabbrüche“, so das Papier weiter, „werfen darüber hinaus Fragen bezüglich einer zielgerichteten und bedarfsgerechten Behandlung auf“.

Die entscheidende Rolle, die der ausländerrechtliche Status bei diesem Thema spielt, wird hier leider ausgeklammert. Die genannten Barrieren bedürfen einer differenzierten Betrachtungsweise, denn dahinter verbergen sich vielfältige Probleme. Von welchen Migrantengruppen wird hier gesprochen, und was heißt in diesem Zusammenhang „bedarfsgerechter Zugang“? Das „andere“ Suchtverständnis ist nicht zwangsläufig oder ausschließlich kulturell bedingt, sondern hängt immer auch von einer individuellen Definition ab. Der Bekanntheitsgrad des Suchthilfesystems ist auch bei Deutschen, die nichts mit Sucht zu tun haben, gering. Und was genau bedeuten Sprachbarrieren? Es sei hier weit über die Suchthilfe hinaus zu denken, so der Bundesverband der Arbeiterwohlfahrt in seinem Leitfaden „Interkulturelle Öffnung der Suchtberatung“ (AWO 2006, S. 53): „In einer Einwanderungsgesellschaft kann Partizipation und Chancengleichheit nicht durch die Inanspruchnahme der Dienste von Migrantenorganisationen und der Migrationssozialarbeit allein gewährleistet werden, sondern gehört in die Gesamtzuständigkeit von Verwaltungen, Institutionen und Versorgungssystemen.“

Der unzweifelhaft bestehende Zusammenhang zwischen Sucht und Migration ist bisher wenig erforscht und so komplex, dass derzeit wohl nur der Blick auf zwei Aspekte weiterhelfen wird: die interkulturelle Öffnung der Suchthilfe und die Lobbyarbeit für rechtlich benachteiligte drogengebrauchende und -abhängige Migranten.

Definitionen

Wenn es um Migranten geht, gilt es zunächst zu definieren, welche Gruppen wie benachteiligt werden und mit welchen Problemen sie konfrontiert sind. Letztere sind weitaus weniger sprachlicher oder gar kultureller Art, sondern betreffen vielmehr die rechtliche Situation Einzelner. Hierzu bedarf es genauerer Erläuterungen, sind rechtliche Benachteiligungen doch in den meisten Fällen Ergebnis einer langjährigen Drogenkarriere.

Die Hauptgruppen, für die das Suchthilfesystem besondere Angebote bereitstellen muss, lassen sich wie folgt beschreiben:

- » Menschen, die in Deutschland geboren oder aufgewachsen sind, jedoch nicht über die deutsche Staatsbürgerschaft verfügen. Sie haben (noch) einen gesicherten Aufenthaltsstatus und eine Arbeitserlaubnis, müssen aber rechtliche Nachteile in Kauf nehmen, da für sie das Zuwanderungsgesetz gilt. Bei jeder neuen Straftat droht der Verlust des sicheren Aufenthalts.
- » Menschen, die in Deutschland geboren oder aufgewachsen sind, jedoch nicht über die deutsche Staatsangehörigkeit verfügen und durch eine lange Drogenkarriere ihren ehemals sicheren Aufenthaltsstatus verloren haben. Sie sind von Abschiebung bedroht, fallen unter das Asylbewerberleistungsgesetz und haben nur geringe oder gar keine Chancen, in eine ambulante oder stationäre Therapie oder in ein Substitutionsprogramm aufgenommen zu werden.
- » Menschen, die seit Langem in Deutschland leben, denen jedoch aufgrund ihrer Herkunft ein sicherer Aufenthaltsstatus bisher verwehrt wurde. Sie verfügen über eine Duldung und fallen wie die vorgenannte Gruppe unter das Asylbewerberleistungsgesetz. Dies trifft vorwiegend auf Palästinenser oder ehemalige Bürgerkriegsflüchtlinge zu.
- » EU-Bürger, die aufgrund ihrer langen Drogenkarriere und entsprechender Straftaten in ihre Herkunftsländer abgeschoben werden sollen (und werden).³
- » Bürger aus neueren EU-Staaten (Polen, baltische Länder), die keinen Anspruch auf Leistungen nach dem Sozialgesetzbuch Buch II (SGB II) haben.
- » Menschen, die in Deutschland Asyl beantragt haben und aufgrund ihrer Unterbringung in Heimen mit Drogen in Kontakt gekommen sind. Die meisten Suchthilfeangebote bleiben ihnen wegen ihres Status und oft auch wegen mangelnder Sprachkenntnisse verwehrt. Ihr Anteil innerhalb des Suchthilfesystems ist jedoch eher gering.
- » Menschen, deren Identität nicht geklärt ist oder deren Aufenthaltsstatus aufgrund längerer Haftzeiten überprüft wird. Die Ausländerbehörde stellt bis zur

³ Auch wenn EU-Bürger einen besonderen Schutz genießen, so kommt es bei einer Drogenabhängigkeit doch immer wieder zu Abschiebungen in EU-Herkunftsländer. Wie kompliziert sich Fälle gestalten können, zeigt das Beispiel eines in Berlin als Sohn algerischer Eltern geborenen jungen Mannes, der durch seine Familie im Besitz eines französischen Passes ist. Obwohl er nicht französisch spricht und nie in Frankreich war, soll er nach mehreren Gefängnisaufenthalten nach Frankreich abgeschoben werden.

Klärung der Identität oder des jeweiligen Aufenthaltsstatus eine sogenannte Fiktionsbescheinigung aus. Diese erschwert den Umgang mit Behörden erheblich und trägt zu großer Verunsicherung bei.

- » Jugendliche Migranten und „unbegleitete Minderjährige“, die unter die §§ 34 und 35 a des SGB VIII fallen.

Für weitere Gruppen können sich, obwohl sie keinerlei ausländerrechtlichen Beschränkungen (mehr) unterworfen sind, trotzdem gesellschaftspolitische Probleme ergeben, auf die nicht immer adäquat reagiert werden kann. Dazu gehören etwa

- » Menschen mit Migrationshintergrund, die in Deutschland geboren oder aufgewachsen sind und die deutsche Staatsbürgerschaft besitzen. Gleichzeitig in zwei Kulturen zu leben und zwischen zwei Welten pendeln zu müssen, geht häufig mit Identitäts- und Zugehörigkeitsproblemen einher.
- » Aussiedler und Spätaussiedler aus verschiedenen Ländern und Regionen Osteuropas. Sie besitzen zwar einen deutschen Pass, haben jedoch ähnliche Probleme wie die vorgenannte Gruppe und noch größere Schwierigkeiten als diese, sich in der deutschen Sprache auszudrücken. Eine nicht unbedeutende Rolle spielt zudem das jeweilige Herkunftsland.
- » Migranten der zweiten und dritten Generation, die wegen ihrer Drogenabhängigkeit immer noch Ausgrenzung und Diskriminierung als Ausländer erfahren und deshalb einer besonderen Ansprache bedürfen.

140

Abschiebung

Bei diesen Definitionen fällt die rechtliche Benachteiligung deutlich ins Auge. Gerade hier werden Menschenrechte in Frage gestellt. So weist Kaya (2001) darauf hin, dass eine Abschiebung besonders für diejenigen Klienten dramatisch ist, die hier geboren und/oder aufgewachsen sind. Von einer Abschiebung könne in diesen Fällen eigentlich nicht gesprochen werden, da die Betroffenen ihr Herkunftsland oder die Heimat ihrer Eltern nicht wirklich kennen würden. Besonders gravierend sei eine Abschiebung im Falle einer Therapie. Die dadurch erzeugte Hoffnungslosigkeit habe negative Auswirkungen auf die Therapie, außerdem erhalte hier die Bearbeitung ausländerrechtlicher Probleme Vorrang vor therapeutischen Zielen. Welche Zukunftsperspektiven der Klientel anzubieten seien, bleibe immer ungewiss.

In dem am 1. Januar 2005 in Kraft getretenen Zuwanderungsgesetz finden sich verschiedene Paragraphen, die sich mit der Ausreisepflicht eines Ausländers, der Beendigung des rechtmäßigen Aufenthalts, der zwingenden Ausweisung, der Ausweisung im Regelfall, mit Fragen der inneren Sicherheit sowie mit Abschiebung beschäftigen. So besagt § 54 ZuwanderungsgG, dass ein Ausländer

im Regelfall ausgewiesen wird, wenn „er wegen einer oder mehrerer Straftaten rechtskräftig zu einer Jugendstrafe von mindestens zwei Jahren oder zu einer Freiheitsstrafe verurteilt und die Vollstreckung der Strafe nicht zur Bewährung ausgesetzt worden ist“. Ausgewiesen wird er in der Regel auch, wenn „er den Vorschriften des Betäubungsmittelgesetzes zuwider ohne Erlaubnis Betäubungsmittel anbaut, herstellt, einführt, durchführt oder ausführt, veräußert, an einen anderen abgibt oder in sonstiger Weise in Verkehr bringt oder mit ihnen handelt oder wenn er zu einer solchen Handlung anstiftet oder Beihilfe leistet“. Im Zuge des Antiterrorgesetzes sieht das Gesetz eine Verschärfung der Ausweisungstatbestände vor. Dazu findet sich in § 55 ZuwanderungsG die Formulierung: „(1) Ein Ausländer kann ausgewiesen werden, wenn sein Aufenthalt die öffentliche Sicherheit und Ordnung oder sonstige erhebliche Interessen der Bundesrepublik Deutschland beeinträchtigt“ – ein bei abhängigen Migranten oft zitierter Ausweisungsgrund.

Aussetzung der Haftstrafe

Werden Personen wegen einer Straftat, die infolge einer Betäubungsmittelabhängigkeit begangen wurde, zu einer Freiheitsstrafe von nicht mehr als zwei Jahren verurteilt, kann deren Vollstreckung gemäß § 35 Betäubungsmittelgesetz (BtmG) durch die Justizbehörde ausgesetzt werden, wenn sich der Verurteilte wegen seiner Abhängigkeit in eine Entwöhnungsbehandlung begibt. Voraussetzung für die Aussetzung der Haftstrafe ist ferner, dass eine „Platzzusage“ der Entwöhnungseinrichtung vorliegt, wofür allerdings eine Kostenübernahmeerklärung des Rehabilitationsträgers (z. B. Rentenversicherung, Krankenkasse oder Sozialhilfeträger) erforderlich ist. Ohne diese kann der Verurteilte gegenüber der Justizbehörde keinen Therapieplatz nachweisen, und sein Antrag auf Haftentlassung hat keine Aussicht auf Erfolg (vgl. Drogen- und Suchtbericht 2008, S. 115 f.).

Dieser Weg bleibt den vielen Migranten mit Duldung in der Regel verschlossen. Gleiches gilt für die Versorgung Suchtkranker in psychiatrischen Einrichtungen. Zur Erinnerung: Drogenabhängige oder Drogen gebrauchende Migranten mit Duldung haben zu einem hohen Prozentsatz ihren einstmaligen sicheren Aufenthaltsstatus aufgrund einer langen Drogenkarriere verloren. In Berlin besteht für diese Migranten nur in einem einzigen Projekt die Möglichkeit einer Therapie. Auch wenn das aus Mitteln der Berliner Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz finanzierte Projekt ADV-Nokta aus seiner geschichtlichen Entwicklung heraus und aufgrund fehlender Alternativen begrüßenswert ist, so soll es doch nicht über die Tatsache hinwegtäuschen, dass damit die Ausgrenzung drogenabhängiger Migranten verstärkt und die Gleichbehandlung innerhalb des Suchthilfesystems verhindert wird.

Fallbeispiele

Welche Auswirkungen die beschriebenen rechtlichen Probleme auf hier aufgewachsene oder geborene Migranten haben, zeigen folgende Beispiele⁴:

Samir

Samir, 40 Jahre alt, Palästinenser, kommt im Alter von knapp vier Jahren gemeinsam mit seinen Eltern und neun Geschwistern nach Berlin. Hier wächst er in einem Kiez auf, in dem er auch heute noch lebt, hier geht er in den Kindergarten und später zur Schule. Durch Gruppenzwänge und sicher auch Identitätskonflikte findet er sich trotz guter schulischer Leistungen und Interesse an sportlichen Aktivitäten bereits als 15-Jähriger wegen Beteiligung an einer kriminellen Handlung im Jugendknast. Dort kommt er erstmals mit Drogen in Berührung. Es folgt eine über 20-jährige Drogenkarriere, die nur aus Haft, Straftaten, Drogenkonsum und kurzen Zeiten körperlicher Erholung besteht. Seit 1992 hat Samir eine rechtskräftige Abschiebung, was ihm aber erst im Sommer 2008 durch eine längere Drogenabstinenz bewusst wird. Abgeschoben werden kann er allerdings nicht, weil er Palästinenser ist.

142

Seit seiner Ankunft in Deutschland unterliegt er dem Asylbewerberleistungsgesetz. Samir sagt: „*Die behandeln mich so, als ob ich hier 36 Jahre lang nicht gelebt hätte, als ob ich hier zu nichts zu gebrauchen wäre. Mann, ich bin doch nicht mit vier Jahren hierher gekommen, um kriminell zu werden.*“ Und er meint: „*Mir sind die Hände gebunden. Ich bin frei und doch in Haft. Berlin durfte ich noch nie verlassen, in 36 Jahren nicht einmal. Ich will doch keinem zur Last fallen, aber es kommt mir immer vor, als ob die sagen: Nimm weiter Drogen, geh weiter klauen, dann haben wir unsere Ruhe vor dir. Die wollen mich abschieben. Aber was soll ich da drüben? Mensch, ick bin Berliner. Im Libanon bin ich Analphabet.*“

Er fühlt sich alleine gelassen mit all seinen Problemen. Im Suchthilfesystem kennt man ihn gut. An die vielen Berater während seiner langen Drogenkarriere erinnert er sich gerne, die haben viel für ihn getan. Aber: „*Egal, was ich beantragen wollte, ob Substitution, einen Entzug im Krankenhaus oder eine Therapie, immer gab's Probleme. Jeder Behördengang war die Hölle. Die Deutschen hatten alles sofort, für mich war keiner zuständig. Ich dachte immer, dass sich keiner für meine rechtliche Situation interessiert, das war auch so. Ich hab nie versucht, da rauszukommen. Ich wusste auch nicht wie, und außerdem war ich immer drauf.*“ Im Grunde will sich Samir auch jetzt nicht mit seiner Duldung beschäftigen; die kränkt ihn zutiefst, denn er ist hier aufgewachsen. Will er künftig doch noch einmal Fuß in dieser Gesellschaft fassen, steht ihm ein langer Weg voll Frustrationen und Kränkungen bevor. Die Angst, das nicht zu schaffen und wieder rückfällig zu werden, lässt ihn nicht los.

⁴ Alle Namen in den hier vorgestellten Fällen wurden verändert.

Mounir

Auch Mounir kommt Anfang der 1970er mit knapp drei Jahren als Kind palästinensischer Eltern nach Berlin. Da Vater und Mutter drogenabhängig sind, wächst Mounir in einem Heim unter ausschließlich deutschen Kindern auf. Wie seine Eltern hat er zunächst einen Fremdenpass, später eine Aufenthaltserlaubnis. Die frühe Drogenkarriere bringt ihn immer wieder in Haft. Als er 1996 nach zweieinhalbjähriger Strafe entlassen wird, erhält er eine Ausweisungsverfügung, die 1997 rechtskräftig wird. Ab diesem Zeitpunkt wird er nur noch geduldet, obwohl man ihn als Palästinenser ja nicht ausweisen kann. In Zeiten, in denen er keine Drogen nimmt, ist er wütend; ständig hat er ein Bild vor Augen: Ein deutsches und ein ausländisches Ehepaar zeugen jeweils ein Kind. Beide Kinder nehmen den gleichen Weg und werden drogenabhängig. Aber warum gelten für sie unterschiedliche Gesetze? Und warum wird das eine Kind ausgeschlossen?

Als er erneut in Haft kommt, beschließt er, sein Leben zu ändern. Er macht dort seinen Realschulabschluss und wird 2003 „*fit und wie neu geboren*“ entlassen. Alles hat er sich gut überlegt: zuerst eine stationäre Therapie, dann Führerschein und – mit dem Realschulabschluss – eine Arbeit suchen. Aber man verweigert ihm die Übernahme der Therapiekosten: Eine Therapie ist nach dem Asylbewerberleistungsgesetz nicht vorgesehen. Drei Jahre lang muss er dafür kämpfen, gemeinsam mit seiner Anwältin und seiner Bewährungshelferin. Dann bekommt er vor dem Oberverwaltungsgericht Recht. Als er die Therapie schließlich antreten kann, merkt er, dass für ihn nach der Therapie gar nichts gehen wird. Seine Duldung schließt keine Arbeitserlaubnis ein. Alle in seiner Gruppe haben ihre Zukunft geplant, sich überlegt, was sie nach der Therapie machen wollen. „*Ich stand nur daneben*“, sagt Mounir. „*Ich fühlte mich so was von abgelehnt. Ich meine, ich bin als Kind jeden Sonntag in die Kirche gegangen. Warum ich das gemacht habe, weiß ich auch nicht.*“

Wenigstens seine Hepatitis C will er mit einer Interferon-Behandlung angehen. „*Das ging komischerweise sehr leicht*“, sagt er. „*Die haben mich in eine Studie reingenommen.*“ Auf die Frage, ob er wisse, was es bedeute, in eine Studie genommen zu werden, macht er große Augen. „*Na ja, da hab ich Glück gehabt*“, antwortet er, „*das Medikament war gut*“.

Slava

Aspekte der gesundheitlichen Versorgung geraten bei suchtbedingten Problemen meist in den Hintergrund. „*Ich war mit was anderem beschäftigt*“, sagt Slava aus der Ukraine. Mit dem Suchthilfesystem ist der junge Mann eigentlich zufrieden, es habe ihm an nichts gefehlt, sogar Russisch habe er sprechen können. Aber schließlich solle man in Deutschland versuchen, Deutsch zu sprechen. Informationen zu seiner Hepatitis C habe er in dem Augenblick bekommen, als er sich da-

für interessierte. Dann allerdings verlor er seinen Aufenthaltsstatus. Jetzt hat er Angst, seine begonnene Behandlung abbrechen zu müssen. Den Erklärungen des Beraters, dass eine Ausweisung in diesem Fall nicht so leicht sei, steht er skeptisch gegenüber. Die Angst bleibt.

Mohamad

Mohamad, der „Gott sei Dank nur eine Hepatitis C“ hat, könnte, wenn er HIV-positiv wäre, „das mit Sicherheit nicht über die Lippen bringen. Ich blieb damit allein und würde mich sofort von meiner Familie zurückziehen. Ich würde im Drogensumpf verenden“. Die Hepatitis C, die er sich in Haft geholt hat, verdrängt er. Er hat sie seit Langem, aber „ich war ja süchtig, wozu sollte ich über meine Leber reden?“. Zu Hause, bei seiner Familie, ist auch das eher ein Tabuthema. „Wenn ich das Wort ‚Spritze‘ erwähne, kann ich meiner Mutter nicht in die Augen sehen.“ Obwohl auch Mohamad in Berlin aufgewachsen ist, begegnet er der Familie gemäß ihren aus dem Libanon mitgebrachten Erwartungen, was gerade in drogenfreien Zeiten zu Identitätskonflikten führt. Die Scham wegen seiner Drogenkarriere verhindert notwendige und vielleicht auch von ihm gewünschte Abgrenzungen.

Bereits die Behandlung einer Hepatitis C mit Interferon setzt viele gemeinsame Überlegungen mit dem Drogenberater oder Therapeuten voraus: Hat der Betroffene eine entsprechend stabile Familiensituation? Kann, soll oder muss die Familie in den Behandlungsprozess eingebunden werden? Wie kann das oftmals extreme Schamgefühl der Betroffenen gegenüber der eigenen Familie überwunden werden? Soll ein von Abschiebung Bedrohter sich möglichst bald einer Therapie unterziehen, oder sollte lieber abgewartet werden, wie sich seine ausländerrechtliche Situation gestaltet? Soll oder kann sich ein Abhängiger trotz nicht zu stoppender Abschiebung einer Behandlung unterziehen? Oder soll er das gerade wegen der Abschiebung tun, weil er im Herkunftsland mit Sicherheit keine Behandlung erhält?

Nasir

Auf Seite 84 des Drogen- und Suchtberichts 2008 finden sich die Ergebnisse des 4. Internationalen Fachtags Hepatitis C und Drogengebrauch in Hamburg 2007. Als eines der Erfordernisse in der Prävention und Versorgung der Hepatitis C bei Drogenabhängigen wird für HCV-infizierte Migranten eine Verbesserung des Zugangs zum Hilfesystem (Prävention, Testung, Behandlung) gefordert. Aber auch hier ist vor allem die ausländerrechtliche Situation entscheidend, wie folgendes Beispiel zeigt:

Der in Berlin-Neukölln geborene Nasir ist 35 Jahre alt, ledig, hat zwei Kinder mit einer deutschen Partnerin und konsumiert seit 15 Jahren Cannabis und Kokain. Sein Vater, den er erst im Alter von 14 Jahren zufällig kennengelernt hat, ist eben-

falls drogenabhängig. Nasir soll nach insgesamt dreijähriger Haft (ausschließlich drogenbezogene Straftaten) in die Türkei abgeschoben werden. Dort ist er seit seinem 16. Lebensjahr nicht mehr gewesen. Nasir offenbart seine seit über zehn Jahren bestehende Hepatitis C und bekennt, dass er all die Jahre jeden Abend den Tod erwarte – aus Angst und Scham hatte er nie eine ärztliche Aufklärung in Anspruch genommen. Es stellt sich heraus, dass Nasir außerdem eine chronische Hepatitis B in Kombination mit Hepatitis D hat – eine sogenannte Superinfektion mit chronischem Verlauf und dem erheblichen Risiko eines Leberversagens. Um den genauen Schaden der Leber feststellen zu können, ist nach Aussagen des behandelnden Arztes eine Leberpunktion erforderlich, die er auch für den schnellstmöglichen Termin anordnet. Zur Sicherheit soll der Patient eine Nacht im Krankenhaus verbringen. Da Nasir abgeschoben werden soll und damit über keinen Aufenthaltsstatus mehr verfügt, sondern nur noch für die Zeit einer Drogentherapie eine Duldung hat, fällt er unter das Asylbewerberleistungsgesetz. Damit muss jeder ärztliche Eingriff vom Sozialamt genehmigt werden. Dieses schaltet den zuständigen Ärztlichen Dienst ein, der die Leberpunktion mit Hinweis auf das Asylbewerberleistungsgesetz ablehnt, nach dem eine Behandlung nur im Falle akuter Schmerzzustände erfolgen darf. Der behandelnde Arzt ist ratlos, der Berater schockiert, Nasir versteht die Welt nicht mehr.

Karim

Karim kommt gleich aus der Haft in die stationäre Therapie. Er bringt HIV-Medikamente für drei Tage mit, die er dreimal täglich nehmen muss. Er bittet die ihn aufnehmende Mitarbeiterin, die Medikamente im Büro aufzubewahren: Er möchte sie heimlich in einem Hinterzimmer einnehmen, damit weder die anderen Mitarbeiter noch die Therapiegruppe von seiner Krankheit erfahren. Seine panische Angst vor Ablehnung oder Isolation ist ihm auch nach mehr als vier Monaten Aufenthalt nicht zu nehmen, und er lehnt es auch ab, andere Betroffene kennenzulernen. Karims Duldung ist abgelaufen, sie konnte in Haft nicht verlängert werden. Damit er krankenversichert wird, ist schnellstens ein Antrag auf Hilfe zum Lebensunterhalt (gemäß Asylbewerberleistungsgesetz) beim zuständigen Sozialamt zu stellen. Die Bearbeitung verzögert sich, da die Ausländerbehörde plötzlich Karims Geburtsdatum anzweifelt und ein anderes einsetzt. Das hat zur Folge, dass nun ein anderes Sozialamt zuständig ist, an das der Antrag weitergeleitet wird. Das Wochenende kommt, und Karim hat keine Medikamente mehr. Sein verzweifelter Anruf bei seinem früheren Arzt ergibt, dass die Praxis sie nicht kostenlos abgeben kann, weil sie so teuer sind und Karims Situation mehr als unsicher ist. Karim und sein Betreuer entschließen sich, dem jetzt hoffentlich zuständigen Sachbearbeiter beim Sozialamt Karims Krankheit zu offenbaren. Karim ist verzweifelt und hat Angst, auch die Ausländerbehörde könne davon

erfahren und ihn abschieben. An eine „richtige“ Suchttherapie ist wochenlang nicht zu denken.

Karims Beispiel verdeutlicht: Wenn ein drogenabhängiger HIV-positiver Migrant in Haft eine Kombinationstherapie erhält und sein Aufenthaltsstatus in Haft abgelaufen ist oder eine Abschiebung droht, so ist er nach der Haftentlassung zunächst nicht krankenversichert – im besten Fall nur einige Tage, falls er es schafft, sofort zur Ausländerbehörde zu gehen (die ihm im Übrigen nur eine befristete Duldung ausstellen wird) und sich danach um eine Krankenversicherung beim Sozialamt zu kümmern. Die HIV-Medikamente erhält er in dieser Zeit nicht. Hat er nicht die Kraft, zu den Behörden zu gehen, oder stößt er dort auf Schwierigkeiten, wird er sehr schnell wieder in den Kreislauf von Kriminalität, Drogenkonsum und Haft geraten.

Bernard

Abgesehen von HIV, Hepatitis C und anderen (sexuell) übertragbaren Infektionen können bei drogenabhängigen Migranten viele weitere gesundheitliche Beeinträchtigungen vorliegen. Auch dazu ein Beispiel:

Bernard ist (noch) im Besitz einer Aufenthaltserlaubnis und spricht so gut deutsch, dass er sich problemlos im Suchthilfesystem zurechtfinden kann. Trotzdem wünscht er sich eine Bezugsperson, die seine Muttersprache spricht, vor allem auch deshalb, weil er durch schon länger zurückliegende Kriegserlebnisse schwer traumatisiert ist und bisher keine entsprechende Hilfe gefunden hat. Die wenigen Projekte, die es speziell für Traumatisierte und Folteropfer gibt, lehnen es meist ab, mit Drogenabhängigen zu arbeiten: Erst müsse, so heißt es, eine Drogentherapie erfolgen. Da Traumatisierung und Sucht jedoch nicht selten in direktem Zusammenhang stehen, sieht sich der Betroffene in einer Situation gefangen, aus der ihm auch ein engagierter Berater kaum helfen kann. Als Bernard sich an das Hilfesystem wendet, wird lediglich in seiner Sprache ein mögliches Hindernis gesehen, was sich später aber als nachrangig herausstellt.

Hieran wird deutlich, dass die oft angeführten Sprachprobleme als Zugangsbarriere zum Suchthilfesystem kritisch zu hinterfragen sind. Sicher gibt es einen Bedarf an muttersprachlicher Beratung, und diesem kann teilweise durch Mitarbeiter/innen mit Migrationshintergrund entsprochen werden. Tatsache ist freilich auch, dass viele von ihnen nicht unbedingt im Suchtbereich arbeiten möchten. In jedem Fall aber ziehen russisch-, arabisch- oder türkischsprachige Kolleg(inn)en im Suchthilfesystem eine Klientel an, die bisher kaum entsprechende Angebote wahrgenommen hat. Kolleg(inn)en mit Migrationshintergrund bringen zudem neue Sicht- und Herangehensweisen in die Arbeit ein, welche die interkulturelle Öffnung wesentlich fördern.

Suchthilfe muss sich auf Menschen aus aller Welt einstellen

Auch wenn das Ausländerrecht die größte Herausforderung in der Arbeit mit drogenabhängigen Migranten darstellt, weil damit meist aufwendige, auf den Einzelfall bezogene Vorgehensweisen verbunden sind, so darf darüber die interkulturelle Öffnung der Suchthilfe nicht aus dem Blick geraten. Das Schweizer Bundesamt für Gesundheit (BAG 2002) empfiehlt im Kontext einer migrations-spezifischen Drogenarbeit einen „transkulturellen Wandel“ in den Institutionen. Auch der Paritätische Wohlfahrtsverband (DPW 2002) betont die Notwendigkeit spezifischer Ansätze für Migranten und Aussiedler mit Suchtproblemen, orientiert an ihren biografischen und kulturellen Hintergründen – ungeachtet ihres Aufenthaltsstatus. Allerdings wird ausdrücklich darauf hingewiesen, dass dabei Kenntnisse des Ausländer- und Asylrechts unerlässlich sind.

Suchthilfe hat sich dabei auf Menschen aus allen Teilen der Welt einzustellen: aus der Türkei, dem Iran, aus arabischen und fernöstlichen Ländern, dem russischsprachigen Raum, aus Polen, Bulgarien, Rumänien, Italien, Spanien und Portugal, Ex-Jugoslawien und – eher selten – aus lateinamerikanischen und afrikanischen Ländern. In Berlin beispielsweise finden sich im Suchthilfesystem kaum Menschen aus den letztgenannten Weltregionen, und das wird seine Gründe haben, denn es ist eher unwahrscheinlich, dass sie keine Drogen konsumieren.

Außerdem ist bei manchen Migranten auf ihre ethnische Zugehörigkeit zu achten. So kommen Kurden nicht nur aus der Türkei, sondern auch aus dem Libanon, aus Syrien oder dem Iran. Für die Suchthilfe sind solche Informationen – auch ausländerrechtlich – wichtig, geht es doch darum, mit der Ausländerbehörde über den Erhalt eines Aufenthaltsstatus zu verhandeln, Menschen ohne Papiere zu legalisieren, ihnen einen Zugang zum Hilfesystem zu verschaffen oder einer drohenden Abschiebung entgegenzuwirken. Zu beachten bei Beratung und Therapie sind ebenso die Zugehörigkeit zu einer Religion und möglicherweise zu einer politischen Gruppierung. Ehemalige Mitglieder politischer Organisationen tragen oft schwer an Kriegserfahrungen, Folter und Traumatisierung. Zahlreiche drogenabhängige Migranten kommen aus Familien, in denen ein oder beide Elternteile drogen-, alkohol- oder tablettenabhängig sind. Nicht wenige haben in der Familie Missbrauch und Gewalt erfahren und sind oft Opfer und Täter zugleich. Der Einfluss von Großfamilien kann einerseits einer Verelendung ihrer Mitglieder vorbeugen, andererseits aber suchtververlängernd wirken und individuelle Entscheidungsprozesse verhindern. Dabei sind Drogenkarrieren völlig unterschiedlich. Die einen haben schon im Herkunftsland Drogen genommen, sind z. B. durch Kriegserfahrungen abhängig geworden, die anderen sind aus unterschiedlichsten Gründen in Deutschland in den Drogenkonsum eingestiegen. Viele blicken auf eine 15- bis

20-jährige Drogenkarriere zurück, andere – wie etwa die meisten Aussiedler, die durch ihre Familien oft schnell ins Hilfesystem finden – haben nur wenige Jahre konsumiert, dies allerdings vorrangig intravenös.

Insbesondere in therapeutischen Zusammenhängen spielt die Biografie eine zentrale Rolle. Sucht hat immer auch mit der Migrationsgeschichte zu tun. Die Suchthilfe hat sich also – auch in interkultureller Hinsicht – enormen Herausforderungen zu stellen. Sie tut dies mit zahlreichen Initiativen und Projekten. Nach Erfahrungen der Drogenhilfe Mudra in Nürnberg (www.mudra-online.de) integrieren sich Migranten sehr schnell in bestehende Strukturen, wenn einmal eine Vertrauensbasis geschaffen ist (siehe NLS 2001). Spezielle Angebote werden dann vermehrt und gerne genutzt. Wichtige Voraussetzung für das Gelingen der Arbeit mit Migranten ist jedoch, dass man sich von den gewohnten Arbeitsabläufen und Erkenntnissen im Suchtbereich verabschiedet und auf neue Sichtweisen und Bedürfnisse einstellen muss: Nicht die Hilfesuchenden müssen sich an die Angebote anpassen, sondern die Angebote müssen auf die Bedürfnisse der Hilfesuchenden zugeschnitten werden. Dies geht nur in Zusammenarbeit und in der Auseinandersetzung mit der Klientel selbst (vgl. Hofmann 2001).

Zusammenfassung und Fazit

Menschen mit Migrationshintergrund sind in allen Gruppen Drogen gebrauchender und drogenabhängiger Menschen vertreten. Sie sind meist mehrfach benachteiligt, womit sich für das Suchthilfesystem besondere Aufgaben stellen. Ein zentrales Problem ist, dass zahlreiche Migranten ihren ehemals sicheren Aufenthaltsstatus durch eine langjährige Drogenkarriere verlieren, was den Zugang zu den Angeboten erheblich erschwert oder gänzlich unmöglich macht.

Die Zusammenhänge zwischen Sucht und Migration sind wenig erforscht. Ohne genauere Kenntnis von Ursache und Wirkung lassen sich aber kaum wirksame Konzepte entwickeln. Um den unterschiedlichen Bedürfnissen von Migranten im Suchthilfesystem gerecht werden, weitere Migrantengruppen in das System einbeziehen und effektive Präventionsangebote machen zu können, bedarf es einer genauen Kenntnis der biografischen Hintergründe. Künftige Aufgabe des Suchthilfesystems sollte es sein, Lobbyarbeit für besonders benachteiligte Migrantengruppen zu leisten und sich auch als politische Vertretung dieser von vielen Angeboten Ausgeschlossenen zu sehen. Wichtig ist eine Vernetzung mit Bündnispartnern, die weit über das Suchthilfesystem hinausgeht. Diese dient ebenso dazu, Probleme in der Versorgung zu erkennen und zu einer gemeinsamen Vorgehensweise zu finden, die drogenabhängige Menschen gleichberechtigt in das Suchthilfesystem einbezieht – unabhängig von ethnischer Zugehörigkeit, Nationalität oder Aufenthaltsstatus.

Literatur

AWO 2006

Arbeiterwohlfahrt Bundesverband: Interkulturelle Öffnung der Suchtberatung. Ein Leitfaden für die Praxis. AWO Schriftenreihe Theorie und Praxis. Bonn: AWO Bundesverband e.V. 2006, S. 53

BAG 2002

Bundesamt für Gesundheit: Bedeutung einer migrationspezifischen Drogenarbeit und deren Folgen für die Praxis. Broschüre im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit, Bern, basierend auf den Ergebnissen der Studie „Migration und Drogen“. Bern: Institut für Ethnologie der Universität Bern 2002, S. 12

BMG 2008

Bundesministerium für Gesundheit: Zugang zum Suchthilfesystem von Menschen mit Migrationshintergrund. Öffentliche Bekanntmachung. Bonn, 4. März 2008

DPW 2002

Der Paritätische Wohlfahrtsverband: Positionen des Paritätischen für die Suchtprävention und die Suchthilfe. Papier des Arbeitskreises Suchtfragen. Frankfurt am Main 2002, S. 9

Drogen- und Suchtbericht 2008

Drogenbeauftragte der Bundesregierung (Hg.): Drogen- und Suchthilfebericht. Berlin 2008

Eichmann u. a. 2008

Eichmann, A./Bauer, C./Sonntag, D.: Suchthilfestatistik 2007. Bericht zur aktuellen Situation und den Aktivitäten der ambulanten und stationären Suchthilfeeinrichtungen des Landes Berlin. IFT-Bericht Bd. 171. München: IFT Institut für Therapieforchung 2008

Hofmann 2001

Hofmann, M.: Migrationssozialarbeit als Aufgabenfeld in der Drogenprävention. Referat zur Fachtagung „Aussiedlerintegration“ am 6. April 2001. Magdeburg: Paritätischer Gesamtverband 2001

Hellwich u. a. 2006

Hellwich, A./Bauer, C./Sonntag, D.: Suchthilfestatistik 2005. Bericht zur aktuellen Situation und den Aktivitäten der ambulanten Suchthilfeeinrichtungen des Landes Berlin. IFT-Berichte Bd. 160. München: IFT Institut für Therapieforchung 2006

Kaya 2001

Kaya, D.: Dönüs. Beitrag zum Thema Migration und Sucht. Beispielhafte Projekte und Hilfsangebote für junge Migrantinnen und Migranten. Dokumentation der Tagung am 9. Mai 2001 im Technologiezentrum Duisburg. Landeszentrum für Zuwanderung Nordrhein-Westfalen, Dokumentation 4/2002, S. 88–89

NLS 2001

Niedersächsische Landesstelle gegen die Suchtgefahren (Hg.): Sucht und Migration. Suchtgefährdung und Suchthilfekonzepte für junge Drogenkonsumierende aus Osteuropa. Dokumentation der Jahresfachtagung vom 21. November 2000. Hannover 2001

Narimani 2004

Narimani, P.: Folgen eines durch die Drogenkarriere verschlechterten Aufenthaltsstatus von Migrantinnen und Migranten. Dokumentation des Fachgesprächs „Wohin geht die Reise?“. Publikation zur Integration Nr. 2. Berlin: odak e.V. 2004, S. 10–12

Das Afrika-Projekt in Bremen

Robert Koami Akpabli

Das Afrika-Projekt ist aus dem seit 1995 bestehenden Arbeitsschwerpunkt Migration der AIDS/STD¹-Beratung des Gesundheitsamts Bremen hervorgegangen. Die Fokussierung auf die afrikanische Community entwickelte sich aus der Arbeit mit HIV-infizierten oder an Aids erkrankten afrikanischen Migrant(inn)en und angesichts der weiten Verbreitung der HIV-Infektion in den südlich der Sahara gelegenen Regionen Afrikas.

Zu den Aufgaben und Zielen des vom Gesundheitsamt Bremen, der Deutschen AIDS-Stiftung und dem Europäischen Flüchtlingsfonds finanzierten Afrika-Projekts gehören

» Entwicklung von Ansätzen der Gesundheitskommunikation² für die HIV/Aids-Prävention mit afrikanischen Migrant(inn)en

1 STDs = Abkürzung für (engl.) „sexually transmitted diseases“, zu Deutsch „sexuell übertragbare Krankheiten“

2 Der Begriff „Gesundheitskommunikation“ bezeichnet „die Vermittlung und den Austausch von Wissen, Meinungen und Gefühlen zwischen Menschen, die als professionelle Dienstleister oder Patienten/Klienten in den gesundheitlichen Versorgungsprozess einbezogen sind und/oder als Bürgerinnen und Bürger an Fragen von Gesundheit und Krankheit und öffentlicher Gesundheitspolitik interessiert sind“ (K. Hurrelmann, A. Leppin [Hg.]: *Moderne Gesundheitskommunikation*. Bern: Verlag Hans Huber 2001, S. 9–21).

- » Begleitung und Betreuung afrikanischer Migrant(inn)en mit HIV/Aids mittels Peer-Education und aufsuchender bzw. zugehender Arbeit
- » Vernetzung mit Einrichtungen, die mit Migrant(inn)en arbeiten, um eine kultursensible psychosoziale Beratung und Betreuung für Menschen aus Schwarzafrika sicherzustellen
- » Öffnung der afrikanischen Community für das Thema HIV/Aids, um eine entsprechende Bewusstseinsbildung und Sensibilisierung zu erreichen
- » Erarbeitung von Informationsmaterialien und Leitlinien für die Arbeit mit afrikanischen Migrant(inn)en im öffentlichen Gesundheitsdienst
- » Evaluation des Projekts und Überprüfung der einzelnen Aktivitäten auf ihre Übertragbarkeit auf die Arbeit mit anderen Migrantengruppen.

Die aufsuchende Arbeit erfolgt durch ein Team, dem ein Projektmitarbeiter mit Migrationshintergrund, ein deutscher Mitarbeiter der AIDS/STD-Beratung sowie aus verschiedenen Ländern Afrikas stammende Multiplikator(inn)en angehören. Das Team geht vor allem auf Schlüsselpersonen aus Subsahara-Afrika zu (z. B. Pastoren und Besitzer von Afrosshops oder afrikanischen Diskotheken), informiert sie über das Projekt und nutzt ihre Position, um in der Community Aufklärungsaktionen oder -schulungen zu HIV/Aids durchzuführen.

Die afrikanischen Communities in Bremen

Nach dem Einwohnermelderegister leben in Bremen ca. 5.000 Afrikaner/innen aus Subsahara-Regionen, davon 1.000 mit deutschem Pass. Sie sind in der Regel als politische oder Wirtschaftsflüchtlinge oder als Studierende nach Bremen gekommen. Die größte Gruppe stammt aus Ghana (ca. 1.000), gefolgt von Migrant(inn)en aus Nigeria und Kamerun (jeweils um die 400). Etwa 200 Personen kommen jeweils aus Togo, Gambia und Sierra Leone und um die 100 aus dem Senegal. Aus südlicheren Regionen (z. B. Tansania, Kenia oder Südafrika) stammen nur ungefähr 100 Migranten.

Afrikanische Migrant(inn)en wohnen oft gehäuft in bestimmten Stadtteilen, z. B. Gröpelingen, Neue Vahr oder Huchting. In der Neustadt und am Bahnhof konzentrieren sich ihre Geschäfte wie etwa Call-Center, Afrosshops, Geldtransfer-Läden, Restaurants, Friseurläden und die eine oder andere Diskothek. Ein großer Teil der nicht Selbständigen sind in der Zeitarbeit als Lager- oder Küchenhelfer oder in der Lebensmittelindustrie beschäftigt. Die ungefähr 30 Kirchengemeinden – zum großen Teil Pfingstler, Baptisten, Adventisten, Zeugen Jehovas usw. – sind in der ganzen Stadt verstreut. Während z. B. Ghanaer nur in Läden von Landsleuten einkaufen, Kenianer nur in kenianischen Restaurants essen und Togoer nur zu ihrem togoischen Friseur gehen, vermischen sich die Ethnien in den Kirchengemeinden etwas stärker.

Zugang zu den Communities

Um die verschiedenen Gruppen erreichen zu können, müssen verschiedene Zugangswege genutzt werden. Zunächst einmal ist herauszufinden, wo sie sich treffen. In der Regel werden Informationen über diese Orte durch Mundpropaganda oder Aushänge in Afroshops weitergegeben.

Einzelpersonen ...

... werden z. B. in Call-Centern, Afroshops, Diskotheken oder bei besonderen Anlässen wie etwa Tanzabenden oder afrikanischen Fußballturnieren angesprochen. Entweder die Projektmitarbeiter/innen kennen sie bereits, oder ein Vermittler stellt den Kontakt her. Im Gespräch wird dann das Projekt vorgestellt und über seine Ziele informiert. Häufig wird gleich abgewehrt: „Aber wir sind hier kein Sexshop! Warum sollten wir mit unseren Kunden über Sex sprechen oder Kondome an sie verteilen?“ Hier gilt es zu überzeugen, weshalb es wichtig ist, mit den Kunden oder Gästen über HIV und Aids zu reden, wie etwa in dem Fall eines Callshop-Besitzers, der das Projekt in seinem Laden nicht wollte. Ich fragte ihn: „Weißt du, mit wem die Leute telefonieren, die hierher kommen?“ Er sagte nein. Darauf erwiderte ich: „Vielleicht ruft er gerade eine Frau an, um sich mit ihr für heute Abend zu verabreden. Dann wäre es doch nicht schlecht, wenn er beim Rausgehen noch schnell ein kostenloses Kondom mitnimmt. Vielleicht hast du ihm oder ihr damit einen großen Dienst erwiesen.“ Nach einigen Minuten mit gesenktem Kopf stimmte er zu, dass ich Kondome dalasse oder mit den Kunden spreche.

Mit den Kunden spreche ich in der Regel erst einmal über allgemeine Themen, bevor ich auf HIV und Aids komme. Ich frage dann oft: „Wissen Sie, was HIV ist, wie HIV übertragen wird und wie man sich davor schützen kann?“ Und schließlich, wie man herausfinden kann, ob man positiv oder negativ ist und wo man sich testen lassen kann. Außerdem informiere ich noch darüber, wie die Infektion und die Krankheit verlaufen kann. Zunächst sind die Leute oft zurückhaltend und wollen nichts mit dem Thema zu tun haben. Aber überraschenderweise sind sie nach einiger Zeit sehr interessiert und stellen viele Fragen. Ich stelle immer wieder fest, dass sie sehr wenig über HIV und Aids wissen und gerne mehr darüber erfahren möchten.

Communities ...

... werden auf die gleiche Art angesprochen wie Einzelpersonen. Wenn der Vorsitzende mit einer Veranstaltung einverstanden ist, gibt es einen Termin mit dem Mitgliederkomitee, um auch dieses für das Thema zu gewinnen. Anschließend wird ein Termin für eine Veranstaltung abgesprochen. Diese kann bis zu drei Stunden dauern und einen PowerPoint-Vortrag, einen Film und eine Diskussi-

on zu Themen rund um die HIV-Infektion umfassen. In Kirchengemeinden ist es wichtig, nicht als jemand aufzutreten, der „Unwissende belehren“ will, sondern den Mitgliedern zu verdeutlichen: „Sie wissen ja bereits viel über HIV; ich möchte Sie nun über den neuesten Wissensstand informieren und mit Ihnen darüber diskutieren.“ Zum anderen darf der Gemeinde keinesfalls vermittelt werden, sie habe HIV nach Deutschland „mitgebracht“. Ihre Mitglieder wissen, dass sie in Deutschland als potenzielle „HIV-Träger“ angesehen werden, da sie aus Hochprävalenzländern stammen.

Manche Kirchenleute sagen zu mir, dass sie nichts mit dem Thema zu tun haben. Dann erwähne ich z. B. einen Passus aus der Bibel, in dem steht, dass Gottes Volk aufgrund von Ignoranz sterben wird. Daraus leite ich ab, dass die Gemeinde immer für Wissen offen sein muss, um nicht aus Unwissenheit zu sterben. In der Bibel steht auch, dass die Kirchenmitglieder das Licht der Welt sein sollten. Um das Licht in die Welt tragen zu können, müssen sie selbst das Wissen in sich tragen. Auf diese Weise wende ich den Blick weg von der Schuldfrage hin zur Verantwortung für die Gemeinschaft. Die Gemeinde ist dann eher bereit, neues Wissen aufzunehmen.

Um Afrikaner zur Solidarität mit HIV-Infizierten zu motivieren, nutze ich häufig ein Zitat aus dem ersten Brief an die Korinther, Kapitel 12: „Das Auge kann nicht zur Hand sagen: Ich bin nicht auf dich angewiesen. Der Kopf kann nicht zu den Füßen sagen: Ich brauche euch nicht.“ Jeder Körperteil braucht alle anderen Körperteile, und wenn einer von ihnen krank ist, ist der ganze Körper krank, und „gerade die schwächer scheinenden Glieder des Leibes sind unentbehrlich“. Eine Kirchengemeinde ist wie ein Körper, und die Mitglieder sind die einzelnen Körperteile: „Ihr aber seid der Leib Christi, und jeder Einzelne ist ein Glied an ihm.“ Wenn ein Mitglied krank ist, ist die ganze Gemeinde krank. Von daher sollen sich ihre Mitglieder gegenseitig unterstützen, wie die Teile des Körpers sich gegenseitig unterstützen.

Barrieren für die Präventionsarbeit

„Das Problem existiert doch nur in Afrika!“

Im Kontakt mit der Zielgruppe kommt immer sehr schnell die Frage auf: „Was macht das Projekt für meine kranken Schwestern und Brüder in Afrika? Für uns hier ist Aids doch gar kein Problem.“ In Deutschland wird die HIV-Infektion kaum wahrgenommen und für eine afrikanische Krankheit gehalten. In Afrika hat fast jeder schon einen Freund oder Verwandten an Aids sterben sehen, hier dagegen scheinen HIV und Aids nicht zu existieren. Solange Afrikaner sich nicht krank fühlen und nicht im Bett liegen, sind sie ihrem Verständnis nach auch nicht krank und müssen sich um wichtigere Dinge als Krankheit kümmern, z. B. Arbeit

und Geld verdienen. Dafür sind sie nach Europa gekommen, dafür haben sie all die Erschwernisse der Flucht auf sich genommen, oder Verwandte haben Geld für die schwierige Reise gegeben. Von daher hat die HIV-Prävention für Afrikaner in der Regel keine Priorität. Wenn man also über HIV und Aids spricht, wird oft eingewandt: „Wieso Aids, ich habe das doch gar nicht, das Problem existiert nur in Afrika!“ Schnell geht es dann nur noch um das weit entfernte Afrika und um finanzielle Hilfen für Betroffene dort und nicht mehr um die Situation hier vor Ort.

Die Bedrohung durch HIV wird auch deswegen weniger wahrgenommen, weil die Krankheit in Deutschland behandelbar ist und es hier ausreichend Medikamente gibt. Zum anderen wird geglaubt, dass HIV von den Amerikanern oder Europäern erfunden wurde, um die Afrikaner von der Globalisierung auszuschließen; die Weißen würden HIV nur als Erklärung dafür nutzen, weshalb Afrikaner nichts produzieren können und krank und arm sind. Sich vor einer Krankheit zu schützen, die nur in weißen Köpfen existiert, ist folglich unsinnig und unnötig.

Kondome = Prostitution

Viele Afrikaner glauben, dass HIV hauptsächlich durch Prostituierte übertragen wird, diese aber in Deutschland auf ihre Gesundheit kontrolliert würden, weshalb hier kein Risiko bestehe. Für viele bietet ein Leben nach den Regeln der Religion ausreichend Schutz vor HIV. In einigen afrikanischen Kirchen herrschen fundamentalistische Haltungen vor, wonach z. B. HIV-Infizierte Sünder sind, die sich nicht an Gottes Wort gehalten haben. Oft werden Menschen, die sich einfach nur mit dem Thema HIV/Aids beschäftigen, für Ehebrecher oder Prostituierte gehalten. Auch wer Kondome mit sich führt, kann verdächtigt werden, der Prostitution nachzugehen. Die Empörung ist manchmal sehr groß, wenn ich einer Frau ein Kondom anbiete, da ich damit anzudeuten scheine, sie sei eine Prostituierte. Außerdem kennt jeder Afrikaner das Sprichwort: „Sex mit Kondom ist wie Bonbonlutschen mit Papier“, sprich: Kondome verringern die Lust und kommen somit kaum in Betracht.

HIV = Schande

HIV gilt als eine Schande für die Betroffenen und ihre Angehörigen, da das Virus in der Regel mit einer Sünde gegen Gott, die Ahnen oder die Gesellschaft in Verbindung gebracht wird. Allein schon die Beschäftigung mit dieser Krankheit kann Misstrauen erzeugen. Jede Familie hat Angst, dass diese Schande ihr zu nah kommt, und isoliert die Betroffenen, um nicht den Ruf der Familie zu gefährden. Aus demselben Grund wird versucht, um HIV-präventive Botschaften einen weiten Bogen zu machen.

Aufenthaltsstatus und Angst vor Behörden

Ein unsicherer Aufenthaltsstatus trägt zu promiskem Verhalten bei. Für Afrikaner gibt es nicht viele Möglichkeiten, legal in Deutschland zu leben, und in der Regel haben sie nur wenig Zeit, die rechtlichen Auflagen der Behörden zu erfüllen. Wer seinen Aufenthalt auf diesen Weg nicht regeln kann, versucht schnell, mit einer deutschen Frau ein Kind zu zeugen oder eine Ehe einzugehen. Die Sorge um HIV tritt dann hinter die Angst vor einer möglichen Abschiebung zurück.

Die schlechten Erfahrungen mit Ämtern und Behörden, vor allem dem Ausländeramt, führen dazu, dass deren Angebote von Afrikanern häufig nicht in Anspruch genommen werden. Darüber hinaus denken einige, dass die Behörden nur herausfinden wollen, ob sie positiv sind, um sie dann aus dem Land auszuweisen. Diese Angst vor den Behörden und der unsichere Aufenthaltsstatus sind auch Gründe, weshalb manche HIV-positive Afrikaner von mir oder den Multiplikatoren nicht beraten oder begleitet werden möchten. Sie gehen dann lieber zu deutschen Beratern, weil sie glauben, wir würden den öffentlichen Stellen verraten, was sich hinter ihren Geschichten in Wahrheit verbirgt. Sie wissen, dass deutsche Berater ihre Geschichte kaum durchschauen können, und gehen davon aus, dass das Hilfsangebot dann mehr im Sinne der Ratsuchenden gestaltet wird. Gleichzeitig haben sie Angst, dass wir der Community etwas von ihrer HIV-Infektion erzählen könnten, was für sie eine große Schande wäre und zu Diskriminierung und Isolation führen würde. Zu all den genannten Barrieren kommt schließlich noch die Sprachbarriere hinzu.

Erfahrungen aus unserer Arbeit

Für die Community bin ich zunächst einmal Togoer

Zunächst hatte ich angenommen, dass für mich als Afrikaner die Arbeit mit der Zielgruppe einfach sein und ich schnell Zugang zu ihr bekommen würde. Bald musste ich jedoch feststellen, dass das nicht stimmte. Aus deutscher Sicht sind Schwarzafrikaner eine relativ homogene Gruppe, die sich vor allem durch ihre dunkle Hautfarbe abgrenzen und eingrenzen lässt. Unter uns Afrikanern jedoch spielt die Hautfarbe keine Rolle, dort bin ich zunächst einmal ein Togoer. Und als solcher habe ich einen einfachen Zugang zu den frankophonen Afrikanern, aber einen schwierigeren zu den anglophonen wie den Nigerianern oder meinen Nachbarn, den Ghanaern. Aber auch dann noch bin ich ein Ewe und nicht ein Bamileke aus dem frankophonen Kamerun oder ein Fon aus Benin. Und zu allem Überfluss spielt es überall in Afrika und so auch in meiner kleinen Heimat eine Rolle, aus welchem Landesteil man kommt, ob ich also ein Ewe aus dem Süden, ein Kotokoli aus der Mitte oder ein Kabye aus dem Norden Togos bin. Und außerdem kommt es immer auch darauf an, ob man Christ, Moslem oder Animist ist.

Unter den einzelnen Ethnien und Religionsangehörigen herrscht oft großes Misstrauen, und der Projektmitarbeiter muss schnell lernen, mit diesen Berührungspunkten umzugehen. Hieran wird deutlich, wie wichtig und sinnvoll der Einsatz von Multiplikatoren ist.

Aufwandsentschädigung für ehrenamtliche Arbeit

Ein Projekt wird wenig Erfolg haben, wenn bei der Auswahl der Multiplikator(innen) nicht auf deren Prestige oder Status in der Gemeinde geachtet wird und wenn ihnen keine Aufwandsentschädigung gezahlt werden kann. Ihre Arbeit wird in den Communities umso weniger respektiert, je mehr bekannt wird, dass sie umsonst geleistet wird: „Wenn diese Arbeit den Deutschen so wenig wert ist, dass sie kein Geld dafür ausgeben wollen, warum sollte sie dann für uns Afrikaner einen Wert haben? Was sagt es über das Verhältnis zwischen Afrikanern und Deutschen aus, wenn für Projekte mit uns nie Geld vorhanden ist?“ Die Mitglieder der Community werden dann auf die ehrenamtliche Arbeit herabschauen, wenngleich sie nicht grundsätzlich missachtet wird. In Afrika bringt das Ehrenamt Ehre, Prestige und Respekt in der Gesellschaft ein, aber hier in Deutschland leben wir noch zu sehr am Rande der Gesellschaft und haben in der Regel einen erschwerten Zugang zu bezahlter Arbeit. Von daher müssen wir zunächst unsere finanzielle Situation regeln und unseren Platz in der Gesellschaft eingenommen haben, bevor wir an ein ehrenamtliches Engagement denken können. Dazu kommt, dass afrikanische Migranten zum Teil nicht nur ihren eigenen Lebensunterhalt in Deutschland, sondern auch den von Familienmitgliedern in der Heimat absichern müssen, sodass die Multiplikatoren ohne jeglichen finanziellen Anreiz nach einiger Zeit demotiviert wären.

156

Auf den eigenen Ruf achten

Als Projektmitarbeiter und Multiplikatoren müssen wir sehr darauf achten, dass uns die Präventionsarbeit keinen schlechten Ruf einbringt. Das Thema ist hochsensibel, es wird verbunden mit Schande, mit Rassismus und Diskriminierung von Schwarzafrikanern. In der Community kann schnell der Eindruck entstehen, dass ich ein Verräter bin, der von den Weißen gekauft wurde, um das „schmutzige Thema“ zu seinen Brüdern und Schwestern zu tragen. Nach Jahren der Präventionsarbeit kam eines Tages ein Freund zu mir, um mit mir zu reden. Er kam sehr früh am Morgen, was die Wichtigkeit seines Anliegens unterstreichen sollte. Er habe von vielen Seiten Gerede über mich und meine Arbeit gehört, und als guter Freund sei es seine Aufgabe, mich zu beraten. Er schlug mir vor, dass ich diese Arbeit, die meinen Namen und meine Reputation beschmutzt, besser lassen und lieber einen Gabelstaplerführerschein machen sollte, um einer richtigen Arbeit nachzugehen.

HIV in allgemeine Gesundheitsthemen einbetten

Schulmedizinisches Wissen zu Gesundheit und Krankheit ist in vielen afrikanischen Communities nicht ausreichend vorhanden. Deshalb wäre es sinnvoll, in HIV-Projekten auch andere gesundheitliche Themen aufzugreifen, um das Wissen in der Community entsprechend zu erweitern. Außerdem wäre es einfacher, erst einmal mit einem weniger angstbesetzten Thema wie beispielsweise Diabetes oder „Wie funktioniert das deutsche Gesundheitssystem?“ auf die Community zuzugehen und erst dann, wenn ein Vertrauensverhältnis aufgebaut ist, das Tabuthema HIV anzusprechen.

HIV berührt Tabuthemen

Der Mangel an Wissen über HIV/Aids führt dazu, dass die Menschen Angst vor der Krankheit haben und HIV-Positive in den Communities stigmatisiert werden. Aus kulturellen Einstellungen heraus wird die HIV-Infektion immer mit schlechtem Verhalten verbunden und entsprechend als Strafe angesehen. Vor diesem Hintergrund werden der Schutz vor HIV und die medizinische Behandlung der Krankheit unwichtig, da der Mensch nicht verhindern kann, was Gott oder die Ahnen wollen. Die Menschen vertrauen dann nicht der Medizin: Heilung kann nur durch das Gebet oder durch Zeremonien für die Ahnen kommen.

Für die Arbeit mit der Zielgruppe ist außerdem wichtig zu wissen, dass das Thema Homosexualität meist verdrängt wird: Entweder gibt es sie überhaupt nicht oder nur bei den Weißen. Sollte Homosexualität in der Community doch einmal vorkommen, dann wird sie mit Prostitution gleichgesetzt – ein Afrikaner macht das nur des Geldes wegen und niemals, weil er das möchte. In Afrika hatten die meisten Afrikaner nie Kontakt zu Menschen, die sich öffentlich zu ihrer Homosexualität bekannt haben, und auch in der aus unserer traditionellen Sicht oft zu libertären deutschen Gesellschaft versuchen viele, das Thema zu meiden. Unsere Einstellungen stehen oft konträr zu den progressiven Ansichten der Aidshilfen, weshalb es für sie schwierig sein dürfte, ein Projekt für diese Zielgruppe durchzuführen.

Schlussfolgerungen

Trotz der genannten Hindernisse ist das Projekt gut in der Community verankert. Shop-Besitzer rufen im Büro an, um neue Kondome zu bestellen, und bitten uns, vorbeizukommen. In einigen Kirchen wird das Thema auch während der Predigten angesprochen, und es ist einfacher geworden, bei Tanzabenden oder anderen Veranstaltungen Kondome zu verteilen: Die Angesprochenen wenden sich nicht mehr sofort erschrocken und abwehrend ab.

Die Anbindung des Projekts an den öffentlichen Gesundheitsdienst – hier: an eine Aids- und STD-Beratung – erweist sich als sehr sinnvoll. Das Projekt kann auf

die langjährigen Erfahrungen der Beratungsstelle zurückgreifen, wodurch es bei der Zielgruppe an Prestige gewinnt. Die Beratungsstelle wiederum profitiert von den Erfahrungen in der Projektarbeit, was dazu beiträgt, dass die Angebote des öffentlichen Gesundheitsdienstes von der Zielgruppe als unterstützend erlebt werden.

Eine gut funktionierende Projektarbeit erfordert eine verantwortungsvolle Begleitung durch die Trägereinrichtung. Für das Projekt sollte in jedem Fall ein hauptamtlicher Mitarbeiter der Einrichtung zuständig sein. Für sie/ihn gilt es, Wege innerhalb der Organisationsstruktur zu ebnen, Kontakte zu anderen Institutionen und Organisationen der Mehrheitsgesellschaft aufzubauen, die Anfangsphase des Projekts mitzugestalten und Verantwortung für die Finanzierung zu übernehmen.

Entscheidend für den Erfolg eines solchen Projekts ist seine Durchführung durch einen Mitarbeiter oder eine Mitarbeiterin aus Subsahara-Afrika – am besten in hauptamtlicher Tätigkeit: Dies trägt zur Aufwertung der Berufstätigkeit von afrikanischen Migrant(inn)en bei, die ansonsten noch häufig am Rande der Mehrheitsgesellschaft stehen, und fördert die Stellung und die Wahrnehmung des Projekts in der Zielgruppe.

158

Kompetenzen des Projektmitarbeiters/der Projektmitarbeiterin

Der Projektmitarbeiter sollte fähig sein, das Anliegen des Projekts anschaulich zu präsentieren und für jede Zielgruppe die richtigen Argumente zu finden, ohne das Gefühl zu vermitteln, ihr überlegen zu sein und sie belehren zu wollen. So muss man z. B. wissen, wie die Mitglieder fundamentalistischer Kirchen, wie Moslems, Studierende oder Menschen, die kaum die Schule besucht haben, überzeugt werden können, oder wie man mit Migranten mit unsicherem Aufenthaltsstatus ins Gespräch kommt. Da der Glaube an Hexerei, Zauberei, Voodoo, Geister, Ahnen, Wunder und dergleichen in vielen afrikanischen Gesellschaften eine wichtige Rolle spielt, müssen Community-Mitglieder z. B. auch von der Notwendigkeit einer schulmedizinischen Behandlung überzeugt werden. Außerdem ist zu verdeutlichen, dass das Afrika-Projekt nicht aus egoistischen Gründen der Mehrheitsgesellschaft („weil die Deutschen Angst vor uns haben und sich damit selbst schützen wollen“) entwickelt wurde.

Wichtig ist ebenso, dass es sich bei diesem Mitarbeiter oder dieser Mitarbeiterin um eine Respektsperson handelt, die aufgrund von Lebenserfahrung oder Leistung in der Community etwas „darstellt“ und von vielen geachtet wird: Afrikanische Gesellschaften sind schließlich traditionelle, patriarchale, stark von religiösen Vorstellungen geprägte und gerontokratische Gesellschaften. Diese Person muss zugleich transkulturelle Fähigkeiten haben, das heißt, sie muss in der Lage sein, ihre eigenen kulturellen und religiösen Grenzen und Vorurteile zu überwin-



Das Team des Afrika-Projekts: (u.l.n.r.) Martin Tashies (Projektkoordinator), Lynda Crommwell und Virginie Kamché (Multiplikatorinnen), Robert Koami Akpabli (Projektleiter), Romaricson Alognon und Festus Ayegbusi (Multiplikatoren)

den, um mit Menschen verschiedener Religionen, Sprachen und Kulturen zusammenarbeiten und sie motivieren zu können, sich als Multiplikatoren für das Projekt zu engagieren.

Zugleich muss diese Person Vermittler zur Mehrheitsgesellschaft sein und sollte daher wissen, wie Deutsche denken und welche „Bilder“ sie von Afrikanerinnen und Afrikanern haben. Sie sollte z. B. den Mitarbeiter(inne)n von Ämtern, Behörden und anderen Einrichtungen die Gründe für bestimmte Verhaltensweisen afrikanischer Klientinnen und Klienten erklären können, um so einen kleinen Beitrag zur Optimierung des Umgangs mit afrikanischen Migranten zu leisten. Neben der Projektarbeit sollte man in der Community auch noch anderweitig (politisch oder sozial) aktiv sein, um nicht bei jeder Gelegenheit – so etwa, wenn man jemanden bei einem Behördengang begleitet – mit dem Projekt in Verbindung gebracht zu werden.

Nicht zuletzt muss der Mitarbeiter oder die Mitarbeiterin bereit sein, auch außerhalb der üblichen Bürozeiten – am Wochenende und in den Abendstunden – zu arbeiten. Die in Deutschland übliche Trennung von Beruf und Privatleben lässt

sich bei dieser Zielgruppe nicht so konsequent vollziehen, wenn die Projektziele in absehbarer Zeit erreicht werden sollen.

Multiplikatorinnen und Multiplikatoren

Die speziell ausgebildeten Multiplikatoren und Multiplikatorinnen, die im Sinne des Peer-Education-Ansatzes mit der jeweiligen Klientel im Hinblick auf Geschlecht, Herkunftskultur, Muttersprache usw. möglichst übereinstimmen sollten, stellen ein großes Potenzial für Bewusstseins- und Verhaltensänderungen dar. Aus diesem Grund sind für die HIV-Prävention religiöse und kulturelle Meinungsführer mit ins Boot zu holen. Ihre ideelle Unterstützung der Projektziele ist wichtig für die Akzeptanz von Präventionsmaßnahmen und Solidaritätskampagnen, da sich traditionelle Gesellschaften an Meinungsführern orientieren.

Es braucht viel Zeit

Für die Umsetzung der im Projektauftrag beschriebenen Ziele ist viel Zeit notwendig. Bei der Beurteilung, wie viel Zeit dafür gebraucht wird, hilft ein Blick auf die Mehrheitsgesellschaft: In Deutschland hat man etwa 25 Jahre benötigt, um ein solidarisches Klima für HIV-positive Menschen zu schaffen – doch es gibt auch heute noch Stigmatisierung, Ausgrenzung und Ängste im Umgang mit betroffenen Menschen. HIV-Infizierte überlegen sich z. B. sehr gründlich, ob sie ihren Arbeitgeber über ihre HIV-Infektion informieren, aus Sorge vor Entlassung und der Angst, dass diese Information nicht vertraulich behandelt wird. Vor diesem Hintergrund sind Veranstaltungen in der afrikanischen Community wie z. B. Vorträge zu HIV und Sexualität in einem Gottesdienst als ein Erfolg zu werten. Die ersten Schritte sind getan, und für die weiteren Schritte ist Zeit erforderlich, genauso, wie dies in der Mehrheitsgesellschaft der Fall war.

Präventionsaktionen auf Afrikapartys

161

Sandra Steinberg

Schon seit Jahren führen Aidshilfen in der schwul-lesbischen Szene und auf Hetero-Partys gezielt Präventionsaktionen durch. Mit der Unterstützung zahlreicher ehrenamtlicher Helferinnen und Helfer können so Jahr für Jahr Tausende von Jugendlichen und jungen Erwachsenen mit Präventionsbotschaften erreicht werden. Die AIDS-Hilfe Düsseldorf e. V. (AHD) hat drei feste Mitarbeiter für die HIV-Prävention auf Partys. Zum einen gibt es die *LifeGuards*¹, die in der Düsseldorfer Clubszene mit Präventionsaktionen für 16- bis 26-Jährige unterwegs sind, zum anderen die *Health!angels* aus der 1995 in Nordrhein-Westfalen gestarteten Kampagne „Herzenslust“². Die *Health!angels* sind seit Jahren fester Bestandteil auch der AHD und der Schwulenszene in Düsseldorf und regelmäßig bei Veranstaltungen anzutreffen.

Immer wichtiger werden Präventionsangebote für die stetig wachsende Zahl der Migrant(inn)en. Ein neuer Kooperationspartner ermöglichte es den *LifeGuards* Anfang 2008, auch auf Partys mit hohem Migrantenanteil tätig zu werden. Et-

¹ <http://www.life-guards.de>

² <http://www.herzenslust.de>

wa 13 % der bisher erreichten jungen Menschen hatten einen Migrationshintergrund.³

Ausgangslage

Der Anteil HIV-positiver Migrantinnen und Migranten an den Klienten der AIDS-Hilfe Düsseldorf ist in den vergangenen Jahren kontinuierlich gestiegen. Im Jahr 2004 machten sie bei sekundär- und tertiärpräventiven Maßnahmen 14 % der Klienten aus, 2006 waren es bereits 19,8 % und 2007 schließlich 23 %.

Die epidemiologische Entwicklung zeigt, dass Migrant(inn)en in Deutschland die zweitgrößte Gruppe der von HIV und Aids Betroffenen stellen.⁴ Im Jahr 2006 wurden in der HIV-Ambulanz der Uniklinik Düsseldorf 150 Patientinnen und Patienten aus dem südlichen Afrika (Subsahara) und aus Südostasien behandelt (2005 waren es 117 Personen), wobei Erstgenannte die Mehrheit stellten. Laut Ausländerzentralregister (Stand 30.06. 2006) leben in Düsseldorf etwa 2.440 Menschen aus dem südlichen Afrika.⁵ Wahrscheinlich sind es aber mehr, wenngleich die Zahl undokumentierter Migrant(inn)en aus dieser Region nicht bekannt ist.

Für die AHD bedeutete dies, mit entsprechenden Angeboten zu reagieren. Im Jahr 2006 wurde eine neue Stelle für die Umsetzung transkultureller Ansätze eingerichtet. In enger Zusammenarbeit mit den Migranten-Communities der Stadt sollte die Inanspruchnahme medizinischer und psychosozialer Hilfen für diese Gruppen verbessert werden. Ziel war es, die Akzeptanz HIV-positiver Menschen in ihren Communities zu erhöhen und den Zugang zu Informationen über HIV/Aids zu verbessern. Der Schwerpunkt wurde dabei auf Afrikaner/innen aus Ländern südlich der Sahara gelegt, aber auch andere Migrantengruppen sollten die neuen Angebote nutzen können.

Da die Subsahara-Region viele Länder umfasst und die kulturelle Vielfalt selbst innerhalb dieser Länder sehr groß ist, lassen sich kaum Angebote schaffen, die alle Gruppen aus dieser Region ansprechen. Wir gehen davon aus, dass Migranten-Communities generell nur schwer über herkömmliche Angebote wie z. B. Broschüren erreicht werden können. Religiös-kulturelle Barrieren und sexuelle Tabus hindern vermutlich viele Migrant(inn)en, sich mit allgemeinen Präventionsbotschaften zu identifizieren und daraus das entsprechende Schutzverhalten für sich abzuleiten. Gerade für Klient(inn)en aus Subsahara-Afrika scheint auch der Zugang zu den lokalen Aidshilfen sehr hochschwellig zu sein. Einige berichteten uns, dass sie aus Angst, von Mitgliedern ihrer Community gesehen zu werden, nicht zur Aidshilfe gehen. Manche lassen sich lieber an Orten beraten, die nicht mit Aids in Verbindung gebracht werden, oder suchen dafür eine Aidshilfe weitab

3 vgl. Jahresbericht 2007, http://www.duesseldorfaidshilfe.de/fileadmin/downloads/Jahresbericht_2007.pdf; letzter Zugriff: 8.4. 2010)

4 siehe www.rki.de → Infektionskrankheiten A-Z → Aids → Epidemiologisches Bulletin

5 Die genannten Zahlen stammen aus eigenen Recherchen.

von ihrem Wohnort auf. In vielen afrikanischen Ländern wird Aids als eine Strafe Gottes angesehen; den Eindruck zu erwecken, man habe mit dieser tabuisierten, schambesetzten Krankheit etwas zu tun, stellt daher ein großes Problem dar. Dies wurde z. B. daran deutlich, dass einige Klienten unsere Visitenkarten so zurecht-geschnitten hatten, dass das Wort „Aids“ nicht mehr zu sehen war.

Wie also können diese Menschen, die aus einer Region mit hoher HIV-Prävalenz stammen, von Aidshilfen erreicht werden, ohne in der Folge als Gefahrenquelle abgestempelt und diskriminiert zu werden? Wo sind sie am besten erreichbar – in Afroshops, Restaurants, auf Reggae-Partys? Wie wird ein solches Angebot überhaupt ankommen? Werden sich Afrikaner/innen nicht sofort stigmatisiert und diskriminiert fühlen, wenn man mit Präventionsbotschaften gezielt auf sie zugeht? Würde die Aidshilfe damit einer doppelten Ausgrenzung im Sinne von „schwarze Haut = Aids“ Vorschub leisten? Liefern wir Gefahr, als rassistisch abgestempelt zu werden? Diese und andere Fragen stellten sich uns vor Programmstart.

Um eine Vertrauensbasis zu afrikanischen Communities aufzubauen, braucht man viel Zeit, Geduld und neue Konzepte. Eine junge Frau aus dem Niger mit muslimischem Hintergrund wird wahrscheinlich viel vorsichtiger mit dem Thema Sexualität umgehen als eine Christin aus Kenia – vielleicht ist es aber auch umgekehrt. Fest steht, dass manche Menschen diese oder jene Art der Aufklärung kritisieren oder ablehnen werden, selbst wenn Mitglieder afrikanischer Communities an Präventionskonzepten und -materialien mitgewirkt haben. An diesem Punkt könnte man nun die Flinte ins Korn werfen, da man in der kultursensiblen Präventionsarbeit ohnehin nur in Fettnäpfchen treten kann. Aber wäre das nicht zu einfach?

Der passende Event

Trotz all dieser scheinbar unüberwindbaren Hindernisse näherten wir uns der Idee an, Präventionsaktionen auf Partys durchzuführen, auf der viele Afrikaner/innen anzutreffen sind, um mehr Menschen dieser Communities auf die Angebote der AHD aufmerksam zu machen. Ein Kooperationspartner und eine passende Party waren schnell gefunden. Das ZAKK – Zentrum für Aktion, Kultur und Kommunikation⁶ – in Düsseldorf war 2007 der einzige regelmäßige Anlaufpunkt für Afrikaner/innen und veranstaltete in Zusammenarbeit mit dem Projekt „Enije“⁷ einmal im Monat das „African Dance Jamboree“. Dort traten unterschiedliche Bands auf, die traditionelle wie auch moderne afrikanische Musik spielten. Im Anschluss an die Konzerte gab es eine afrikanische Disco mit wechselnden Djs.

⁶ <http://www.zakk.de>

⁷ „Enije“ (<http://www.enije.com>) ist ein Projekt zur Unterstützung von Künstler(inne)n, um die afrikanische Kunst und Kultur zu bewahren und weiterzuentwickeln.

Für die AHD bot dieser Rahmen die Möglichkeit, primärpräventive Maßnahmen durchzuführen und dadurch den Kontakt zu afrikanischen Communities herzustellen. Dies sollte als Basis für die transkulturelle Präventionsarbeit dienen, die ohne Schlüsselpersonen aus den Communities nur schwer umsetzbar ist. Mit den Veranstaltern der Partys gab es Vorgespräche, um die Inhalte der Aktionen zu planen. Es wurde festgelegt, die Aktionen möglichst niedrigschwellig zu halten.

Präventionsmaterialien

Zusammen mit ehrenamtlichen Helfer(inne)n wurden die Aktionen vorbereitet. Wir besorgten kleinformatische englisch- und französischsprachige Broschüren, ebenso Postkarten, Rote Schleifen, Streichhölzer und Kondome und legten diese Materialien auf einem kleinen Tisch aus, der am Eingang stand. Die Broschüren



sollten zugleich als Aufhänger für weiterführende Gespräche dienen. Für die Kondome entwickelten wir Aufkleber mit der Botschaft „Protège-toi“ und „Protect yourself“ sowie dem Hinweis auf die Homepage und die Anschrift der AHD. Außerdem hängten wir verschiedene Plakate auf, unter anderem eines mit dem Titel „Rund um die Welt“ aus der Kampagne „mach’s mit“ der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA).

Die Zielgruppe

Schnell wurde deutlich, dass Menschen der ursprünglichen Zielgruppe – Afrikaner und Afrikanerinnen – auf den Partys stets in der Unterzahl waren. Ob dies nun am relativ hohen Eintrittspreis von 8 € lag oder andere Gründe hatte, bleibt unklar. Mit den Präventionsbotschaften wurde tendenziell eher deutsches Publikum erreicht. Die afrikanischen Besucher/innen machten oft einen großen Bogen um den Infotisch, was darauf schließen ließ, dass das Thema HIV/Aids noch immer ein großes Tabu darstellt und die Angst vor Stigmatisierung groß ist.

Uns fiel auf, dass die Partys und Konzerte von vielen Frauen besucht wurden, die offensichtlich daran interessiert waren, afrikanische Männer kennenzulernen. Natürlich ist nicht jede Frau, die solche Partys besucht, auf ein sexuelles Abenteuer aus. Trotzdem drängten sich uns hier Klischees und Vorurteile auf, die wir als politisch korrekte Sozialpädagogen und Sozialarbeiter am liebsten sofort wieder verwerfen wollten, z. B.: „Wahrscheinlich kriegt sie keinen deutschen Mann ab.“

Deshalb sucht sie sich einen Afrikaner, der jede nehmen würde, um in Deutschland bleiben zu können.“ Für viele Afrikaner ist die Eheschließung mit einer europäischen Frau tatsächlich oft der einzige oder zumindest einfachste Weg, einen gesicherten Aufenthaltsstatus zu erlangen. Auf einer senegalesischen Website wird dieser Weg denn auch als sehr erfolversprechend angepriesen und unter anderem erwähnt, dass die in Frage kommenden Frauen auf dem europäischen Heiratsmarkt keine Chancen mehr hätten.⁸ Einige Partygängerinnen wiederum berichteten uns, dass sie häufiger von afrikanischen als von deutschen Männern angesprochen werden und dass es viel leichter ist, mit ihnen in Kontakt zu kommen. Manche gaben sehr deutlich zu verstehen, sie fänden afrikanische Männer sehr reizvoll und seien einem sexuellen Abenteuer nicht abgeneigt.

Gespräche mit Beraterinnen verschiedener Aidshilfen ergaben, dass sie vermehrt Frauen beraten, die sich bei One-Night-Stands mit afrikanischen Männern mit HIV infiziert haben. Auch wenn hierzu keine offiziellen Zahlen vorliegen, stellt sich die Frage, wie diese Zielgruppe am besten erreicht werden kann, um Neuinfektionen zu verhindern. Bisher haben sich nur wenige Aidshilfen an dieses Thema „herangetraut“. Fehlende Projektmittel und Zeitmangel, aber auch die vielen Fallstricke (Diskriminierung, Stigmatisierung, Rassismus) mögen dies verhindert haben.

Reaktionen der Partygäste

Bei der ersten Party war das Interesse der Besucher sehr verhalten. Wir hatten den Eindruck, dass unser mit zwei Mitarbeiterinnen besetzter Infotisch eine große Barriere darstellte. Kaum jemand nahm sich Infomaterialien oder Kondome mit. Erst am späten Abend, als die Stimmung schon etwas gelockert war, kamen Gespräche zustande, und einige Partygäste steckten sich auch Kondome ein. Interessant war für uns zu sehen, dass erst dann, wenn wir uns vom Infotisch entfernten, mehr Personen an ihn herantraten. Auf der zweiten Party nutzten wir daher nur noch einen mit wenigen Infomaterialien bestückten Stehtisch, und wir selbst begaben uns in den Veranstaltungsraum, wo wir kleine Päckchen verteilten, die ein Kondom und Infobroschüren enthielten. Bei den weiteren Partys hat es sich bewährt, Kondome auf den Damen- und Herrentoiletten auszulegen: In diesem geschützten Rahmen waren sie meist nach kurzer Zeit vergriffen.

Mit steigendem Alkoholkonsum wurde es leichter, mit den Partygästen in Kontakt zu kommen. Insgesamt jedoch waren die Gespräche zur HIV-Prävention sehr begrenzt. Die Reaktionen der Frauen waren unterschiedlich. Manche nahmen einfach unsere Päckchen entgegen, andere wiederum stellten Fragen wie z. B., ob man sich auch beim Küssen mit HIV anstecken könne. Mit den Frauen sprachen wir nur über die wichtigsten Schutzmaßnahmen, denn für Hintergrundinforma-

⁸ http://www.senegalaisement.com/senegal/venir_en_france.php

tionen und Hinweise auf spezielle Infektionsrisiken fehlte es uns an Zeit und Ruhe. Außerdem vermieden wir es, das erhöhte Infektionsrisiko beim Sex mit Menschen aus Hochprävalenzländern anzusprechen: Der Rahmen schien uns dafür nicht geeignet, außerdem hätte man dies wahrscheinlich als diskriminierend und beleidigend empfunden. Für uns war es vor allem wichtig, Safer-Sex-Botschaften zu vermitteln. Die afrikanischen Männer reagierten in den Gesprächen meist beschämter als die Frauen. Manche wiederum wollten gleich einen ganzen Vorrat an Kondomen einstecken, wohl um ihre Männlichkeit unter Beweis zu stellen.

Insgesamt hatten wir den Eindruck, dass unsere Präventionsaktionen geschätzt wurden. Man bewertete es positiv, dass HIV und Aids thematisiert wurden und jemand vor Ort präsent war, der hierzu angesprochen werden konnte. Die meisten Partygäste freuten sich außerdem über die kostenlosen Kondome.

Ausblick

Der Erfolg unserer Präventionsaktionen bleibt unklar. Fakt ist, dass pro Abend Hunderte von Kondomen in den Taschen der Partygäste verschwanden. Die Präventionsaktionen im ZAKK stellen lediglich einen Anfang dar. Es bedarf weiterer Aktivitäten, die Frauen in der Reggae- oder Salsaszene sowie Partys mit hohem Migrantenanteil einschließen. Prävention muss immer auf aktuelle Entwicklungen reagieren – wir sehen hier einen eindeutigen Bedarf. Diesem kann in Zeiten knapper Mittel und befristeter Projektstellen allerdings kaum angemessen entsprochen werden. Hier böte es sich an, dass vermehrt ehrenamtliche Teams in Aktion treten. Doch wer nimmt sich dieses Themas an: die Präventionsteams, die Kolleg(inn)en aus den Bereichen Frauen oder Migration? Wer fühlt sich verantwortlich? Welche Präventionsansätze sind geeignet? Wer unterstützt diese Arbeit?

Unsere Bedenken, wir würden durch unsere Aktionen zur Diskriminierung der Zielgruppe beitragen, haben sich jedenfalls nicht bestätigt. Wir halten es für dringend notwendig, sich auch künftig in diesem Feld zu engagieren. Bedenkenträger gab es in der Vergangenheit genug. Die Zeit ist reif, diesen Arbeitsbereich weiterzuentwickeln.

Prävention mit Aussiedlern

167

Natalie Kusmin

Aufgrund der demografischen Entwicklung in Deutschland und der epidemiologischen Situation in Osteuropa sind Aussiedler zu einer relevanten Zielgruppe der HIV-Prävention geworden. Dabei werden sie häufig als eine für Präventionsmaßnahmen schwer erreichbare Klientel bezeichnet. „Wir stellten uns in der AIDS-Hilfe Paderborn immer wieder die Frage, warum wir die große Zahl osteuropäischer Mitbürger mit dem Thema HIV und Aids nicht erreichen. Es überstieg unsere Arbeitskapazität, dem Grund auf die Spur zu kommen, und wir hatten Schwierigkeiten, uns bei Kontakten sprachlich zu verständigen“, erinnert sich Diplom-Sozialarbeiterin und Familientherapeutin Lena Arndt, eine der Initiatoren des von 2005 bis 2006 durchgeführten Modellprojekts *APFEL – Aidsbezogene Präventionsarbeit für/mit Frauen, Erweiterung der Lebenskompetenzen*. Sein Ziel war die interkulturelle Öffnung der Aidshilfe-Strukturen für Migrantinnen und Migranten vor Ort und die Erprobung neuer Methoden der HIV-Prävention.

Bevor ich auf das Projekt eingehe, möchte ich einige Charakteristika der Zielgruppe skizzieren.

Merkmale der Zielgruppe

Rechtliche und soziokulturelle Lage

Aussiedler sind nach dem Bundesvertriebenengesetz (BVFG)

- » Nachfahren von deutschen Auswanderern, die seit dem 18. und 19. Jahrhundert in Ostmitteleuropa, Osteuropa und teilweise in Asien lebten
- » deutschstämmige Immigrationswillige, die im Sinne von Artikel 116 Absatz 1 des Grundgesetzes das Rückkehrrecht nach Deutschland in Anspruch genommen haben.

Der seit dem 31. Dezember 1992 im amtlichen Sprachgebrauch übliche Begriff „Spätaussiedler“ gilt für deutschstämmige Zuwanderer, die in einem Aufnahmeverfahren ihre deutsche Volkszugehörigkeit und (seit 1997) in einem mündlichen Test ausreichende deutsche Sprachkenntnisse nachweisen müssen. Während Aussiedler bzw. Spätaussiedler¹ rechtlich der einheimischen deutschen Bevölkerung gleichgestellt sind, haben ihre nichtdeutschen Ehegatten oder Abkömmlinge im Hinblick auf Rentenversicherung und Zuwendungen für Integration eingeschränkte Rechte.² Aussiedler haben meist die deutsche Staatsbürgerschaft.

Durch rechtliche Vorteile gegenüber anderen Migrantengruppen und durch kulturelle Unterschiede zur deutschen Bevölkerung haben Aussiedler eine Sonderstellung: Sie sind „Fremde unter den Gleichen“ und zugleich „Fremde unter den Fremden“. Obwohl sie als Deutsche gelten, müssen die meisten im Alltag die gleichen Herausforderungen bewältigen wie andere Migranten, da auch sie mit den gesellschaftlichen, sozialen, beruflichen und kulturellen Gegebenheiten in Deutschland nicht vertraut sind.

Demografische und epidemiologische Situation

Aussiedler mit ihren Nachkömmlingen und Familienangehörigen bilden zurzeit die stärkste Migrantengruppe in Deutschland. Deutschstämmige Zuwanderer aus Osteuropa reisten schon ab 1945 nach Deutschland ein. Präzise Daten zu dieser Bevölkerungsgruppe gibt es nicht, da Personen, die als Aussiedler Aufnahme finden, zum Großteil als Deutsche in die Zuzugsstatistik eingehen.³ Die altersmäßige Zusammensetzung dieser Bevölkerungsgruppe wirkt sich positiv auf die demografische Entwicklung der Gesamtbevölkerung in Deutschland aus.⁴

1 In diesem Beitrag wird fortan der Begriff „Aussiedler“ verwendet.

2 Die für das Jahr 2005 vom Bundesverwaltungsamt (BVA) veröffentlichten Zahlen zur Einwanderung von Aussiedlern umfassen neben „Aussiedlern in eigener Person“ (21,2%) auch ihre Ehegatten und Abkömmlinge (65,4%) und „weitere Familienangehörige“ (Schwiegereltern, Schwiegeröhne und -töchter usw., 13,4%) (<http://www.auslaender-statistik.de/auszie.htm>; letzter Zugriff: 18.2.2010).

3 Vgl. Migrationsbericht 2008 des Bundesamtes für Migration und Flüchtlinge im Auftrag der Bundesregierung, Bundesministerium des Innern/Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (Hg.), 2008, S. 14

4 Nach Angaben des Bundes der Vertriebenen (BdV) waren 41% der 2004 aufgenommenen Aussiedler unter 25 Jahren (www.bund-der-vertriebenen.de/infopool/spaetauss2.php3, letzter Zugriff: 18.02.2010). Von den in den Jahren 2005 und 2006 Aufgenommenen waren 72,9% bzw. 64% 45 Jahre alt, während in denselben Jahren nur knapp 55 Prozent der Gesamtbevölkerung auf diese Altersgruppe entfielen (www1.bpb.de → wissen → Zahlen und Fakten → Die soziale Situation in Deutschland → Migration → Aussiedler; letzter Zugriff: 19.2.2010).

Zwischen 1990 und 1999 war der Zuzug von Aussiedlern am höchsten (über 200.000 pro Jahr).⁵ Dieses Jahrzehnt war durch die Verbreitung der HIV-Infektion in osteuropäischen Ländern wie Russland und der Ukraine gekennzeichnet. Die statistischen Angaben zur HIV-Verbreitung in Osteuropa unterscheiden sich je nach Quelle erheblich. Laut Angaben der Weltgesundheitsorganisation (WHO) zur globalen HIV/Aids-Epidemie und dem Gemeinsamen HIV/Aids-Programm der Vereinten Nationen (UNAIDS) lebten in Europa Ende 2003 zwischen 1,72 und 2,48 Millionen Menschen mit HIV, zwei Drittel davon in der Russischen Föderation und in der Ukraine.⁶ Nach Einschätzung der WHO gab es in Russland Ende 2004 zwischen 750.000 und 1,2 Millionen HIV-Infizierte; 80 % der Infizierten sind zwischen 15 und 29 Jahre alt.⁷

HIV verbreitete sich in den GU-Staaten überwiegend durch den gemeinsamen Gebrauch von Spritzen und Zubehör. Die HIV-Übertragung durch homosexuelle Kontakte ist statistisch kaum erfasst, da das Thema „Homosexualität und HIV“ bisher kaum wahrgenommen wird. Der Verlauf der Epidemie in den letzten fünf Jahren zeigt einen Anstieg heterosexueller Übertragungen und entspricht der Vorhersage von Experten, dass der Anteil von Frauen an der Gesamtzahl der Betroffenen zunehmen und die Epidemie von den Hauptbetroffenengruppen in die Allgemeinbevölkerung übergehen wird.⁸

Integration

Die gesellschaftliche Eingliederung von Zugewanderten, die von einem anderen politischen, ökonomischen und kulturellen System geprägt sind, ist ein langfristiger Prozess. Wie erfolgreich und schnell dieser verläuft, hängt nicht nur von der Befähigung und Lebensweise jedes Einzelnen ab, sondern ebenso von Einflüssen des sozialen Umfelds sowie des politischen und gesellschaftlichen Klimas. Obgleich die meisten Aussiedler gut in die deutsche Gesellschaft eingegliedert sind und sich in Deutschland wohlfühlen, gibt es dennoch eine erhebliche Anzahl von Menschen, die sich in ihrer neuen Heimat unbehaglich und fremd fühlen. Sie gelten als eine für die HIV-Prävention besonders schwer erreichbare Gruppe.

- 5 Laut Angaben des Bundesverwaltungsamtes wanderten im Rahmen des Aussiedlerzuzugs im Zeitraum 1990 bis 2008 etwa zweieinhalb Mio. Menschen nach Deutschland ein. Die Zuwanderung von Aussiedlern erreichte 1990 ihren Höhepunkt (397.073) und hat seither stetig abgenommen. Im Jahr 2000 ging der Zuzug erstmals auf unter 100.000 Personen zurück. Seit 1999 ist auch die Zahl der neu gestellten Aufnahmeanträge nahezu kontinuierlich gesunken (vgl. Migrationsbericht 2008 des Bundesamtes für Migration und Flüchtlinge, a.a.O., S. 55).
- 6 In Osteuropa und Zentralasien liegt die geschätzte HIV-Prävalenz bei Erwachsenen mittlerweile bei 0,9 %, was nur durch die Zahlen in Subsahara-Afrika und in der Karibik übertroffen wird. (www.euro.who.int/mediacentre/PR/2003/20031201_2?language=German; letzter Zugriff: 19.2.2010)
- 7 Vgl. <http://www.auswaertiges-mt.de/diplo/de/Laenderinformationen/01Laender/Gesundheitsdienst/Symposien/X/Winkler.pdf> (letzter Zugriff: 19.2.2010)
- 8 Nach der offiziellen russischen Statistik vom 31.12.2007 wurden in Russland seit Registrierung der Epidemie (1987) 408.535 HIV-Infizierte erfasst, davon sind 2.719 Kinder, die von 1.297 HIV-infizierten Müttern geboren wurden (Quelle: Aids in Russland vom 10.7.2008, <http://www.russland.ru/aids/morenews.php?iditem=105>; letzter Zugriff: 9.4.2010).

Erfahrungsgemäß fällt manchen Aussiedlern und ihren Familienangehörigen die Eingliederung in die deutsche Gesellschaft aus verschiedenen Gründen schwer:

- » Sie sind mit falschen Erwartungen nach Deutschland gekommen oder können ihre Wünsche hier nicht verwirklichen. Sie haben z. B. nicht mit Arbeitslosigkeit oder der Nichtanerkennung ihrer beruflichen Qualifikationen gerechnet und sind daher oft unzufrieden und schwermütig.
- » Sie sind nicht freiwillig ausgewandert, sondern „mitgeschleppt“ worden. Meistens sind es Jugendliche, die am Verlust ihrer sozialen Beziehungen und an der Nichtakzeptanz durch Gleichaltrige leiden. Um sich sicher zu fühlen, bleiben sie lieber unter sich.
- » Sie müssen erst noch den „Kulturschock“ verarbeiten. Viele kommen aus kleinen russischen, kasachischen oder kirgisischen Orten, wo sie sehr naturverbunden und einfach lebten. Nach ihrer Umsiedlung in die industriell hoch entwickelten Städte Deutschlands müssen sie sich mit den gewaltigen sozialen, ökonomischen und kulturellen Veränderungen in ihrem Alltag auseinandersetzen. Diese psychische und physische Dauerbelastung und die Anforderungen der Leistungsgesellschaft führen oftmals zu Frustration und Resignation.

Die Auswertung der APFEL-Befragung⁹ unter osteuropäischen Migranten in Paderborn ergab, dass sich eine gelungene Integration von Aussiedlern nur mäßig im Wissensstand zu HIV/Aids ausdrückt. So haben z. B. bei den älteren Generationen (Vierzigjährige und Ältere) Faktoren wie Aufenthaltsdauer oder Kenntnis der deutschen Sprache geringen Einfluss. Kriterien wie etwa der Bildungsgrad wirken sich dagegen günstig aus: Menschen mit Hochschulreife oder Hochschulabschluss wissen besser über das Thema Bescheid als diejenigen, die nur einen Hauptschulabschluss haben. Bei jüngeren Aussiedlern, die als Kinder nach Deutschland kamen oder hier geboren wurden, spielen der Erziehungsstil in der Familie und das Bildungsniveau eine wichtige Rolle.

Mangelnde Aufklärung in den Herkunftsländern

In den meisten Ländern des ehemaligen Ostblocks ist HIV/Aids in der Öffentlichkeit immer noch ein Tabuthema. Nach den gewaltigen politischen und sozialen Veränderungen in Osteuropa und einer entsprechenden Umstrukturierung der Gesundheitssysteme wurden Bereiche wie Prävention und Gesundheitsförderung besonders vernachlässigt. Im sozialistischen Bildungssystem gab es keine Sexualaufklärung, und seit der ideologischen Wende hat die orthodoxe Kirche großen Einfluss auf die Formierung von Werten und Erziehungsmethoden. Die autoritäre religiöse Sittlichkeit lehnt die meisten Themen ab, die bei Sexualaufklärung und HIV-Prävention anzusprechen sind.

⁹ Vgl. Kusmin, N./AIDS-Hilfe Paderborn e. V. (Hg.): *Evaluationsbericht des Projekts APFEL. Paderborn 2007*, S. 36–39. Der Bericht ist bei der AIDS-Hilfe Paderborn erhältlich.

Aidshilfe-Strukturen, wie sie sich in Deutschland etabliert haben, gibt es in den GU-Staaten nicht. Stattdessen gibt es medizinische Aids-Zentren (angesiedelt in großen Städten), die den wachsenden Bedarf an Präventionsarbeit jedoch nicht decken können. Ehrenamtliches Engagement und niedrigschwellige Angebote sind zurzeit nur in Nichtregierungsorganisationen (NGOs) vorhanden, und dies auch nur spärlich. In den meisten osteuropäischen Ländern sind in der Regel Ärzte dafür zuständig, zu gesundheitsbezogenen Fragen zu beraten und Betroffene zu betreuen.

In Russland haben sich Präventionsmaßnahmen wie die Verteilung von Informationsschriften oder TV-Spots als wenig effektiv erwiesen.¹⁰ Diverse Seiten im russischen Internet enthalten Informationen zu Themen wie Sexualität, HIV-Infektion oder HIV-Test. Aus Internet-Foren geht jedoch hervor, dass die meisten Menschen nur dürftig darüber aufgeklärt sind.

Geringe Nutzung von Angeboten der HIV-Prävention

Aufgrund der genannten Bedingungen in den Herkunftsländern sind osteuropäische Migranten bzw. Aussiedler nur gering für HIV-Infektionsrisiken sensibilisiert. Sie wissen nicht, dass in Deutschland für Beratende die Schweigepflicht gilt und dass die Persönlichkeitsrechte von Rat- und Hilfesuchenden gewahrt werden müssen. Sie sind es auch nicht gewöhnt, Angebote von NGOs in Anspruch zu nehmen, da entsprechende Strukturen in den Herkunftsländern fehlen.

Dass Präventionsangebote von Aussiedlern kaum genutzt werden, ist nicht nur ein Problem der Aidshilfe, sondern des ganzen hiesigen Gesundheitssystems. Dies spiegelt einerseits die unzureichende gesundheitliche Aufklärung, andererseits die wirtschaftliche und psychosoziale Lage der Betroffenen wider. Dazu der Leiter des Ethno-Medizinischen Zentrums Hannover: „Angesicht der komplexen Anpassungsleistungen, die Migranten erbringen müssen, lässt sich unschwer vorstellen, dass Gesundheitsvorsorge im Bewusstsein der Migranten zunächst eine untergeordnete Rolle spielt.“¹¹ Von Menschen, die sich nur schwer an die neue Lebenssituation anpassen können, kann auch nicht erwartet werden, dass sie selbstbewusst Angebote der HIV-Prävention nutzen oder sich ehrenamtlich in diesem Bereich engagieren. Aber auch Aussiedlern, die bereits die deutsche Sprache beherrschen und einigermaßen in die Gesellschaft integriert sind, fällt es schwer, sich in ihren Communities mit einem so unpopulären Thema wie HIV/Aids auseinanderzusetzen.

Kaum eine der zu Beginn des APFEL-Projekts befragten Personen mit Migrationshintergrund war über das Aidshilfe-System in Deutschland und die Angebote vor Ort informiert, und fast keiner der Befragten hatte sie schon einmal eigenstän-

¹⁰ Vgl. www.de.rian.ru/russia/20080710/113710298.html (letzter Zugriff: 19.2.2010)

¹¹ Salman, R.: *Prävention und Gesundheitsförderung für Migrantinnen und Migranten als Beitrag zur „gesunden Integration“*. In: Heidebrecht, M. (Hg.): *Innovation in der kommunalen Integrationsarbeit*. Integrationsbüro: Paderborn 2007 (14), S. 13 f.

dig in Anspruch genommen. Aus den Projektergebnissen und Evaluationsrecherchen geht ebenso hervor, dass Migranten aus Osteuropa sich wegen ihrer Sprachprobleme besonders bei so heiklen Themen wie HIV/Aids unsicher fühlen, es nicht gewöhnt sind, offen über ihr Sexualleben zu sprechen, und mit Fragen der Familienplanung anders umgehen, wobei auch religiöse Aspekte eine Rolle spielen.

Präventionsangebote für Aussiedler

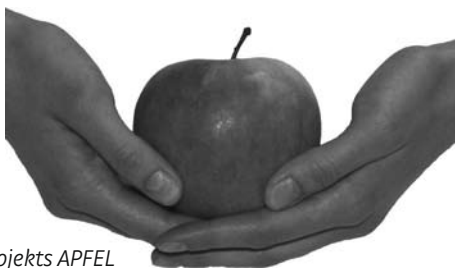
Muss man für Aussiedler spezielle Angebote entwickeln und etablieren oder gilt es zuallererst, auf eine bessere Integration dieser Bevölkerungsgruppe hinzuwirken? Diese Frage wird in Gremien und Arbeitsteams häufig diskutiert, weil soziokulturelle Unterschiede und Verständigungsschwierigkeiten in der Präventionsarbeit viel Zeit und Energie kosten. Dabei darf man nicht vergessen, dass Integration ein langfristiger und komplexer Prozess ist, in dem es zugleich auf Chancengleichheit in gesundheitlicher Hinsicht ankommt. Wirtschaftliche und psychosoziale Schwierigkeiten, sprachliche und kulturelle Unterschiede dürfen keine Gründe sein, neue Mitbürger aus der HIV-Prävention auszuschließen. Dies entspricht auch den Empfehlungen der Weltgesundheitsorganisation (WHO) für die europäische Gesundheitspolitik: „Benachteiligte Gruppen müssen durch Schaffung von ‚Sicherheitsnetzen‘ Zugang zu sozialer Fürsorge sowie zu einer bedarfsgerechten, akzeptablen und nachhaltigen Gesundheitsversorgung erhalten.“¹² Bedauerlicherweise werden auf politischer Ebene verfasste Konzepte kaum verwirklicht. Oft nämlich behindern Mittel-, Personal- und Raumknappheit die Entwicklung zielgruppenorientierter Präventionsangebote, aber auch Faktoren wie z. B. interkulturelle Inkompetenz oder Vorurteile bei den Verantwortlichen spielen eine Rolle.

Modellprojekt APFEL

Der Anteil von Aussiedlern an der Bevölkerung liegt in Paderborn mit 9 % weit über dem Landes- und Bundesdurchschnitt.¹³ Angesichts massiv steigender HIV-Infektionsraten in Osteuropa zeichnete sich ein dringender Bedarf an spezifischen Angeboten der HIV-Prävention für Migranten aus dieser Region ab, der durch umfassende Recherchen der AIDS-Hilfe Paderborn e. V. in den Jahren 2003 und 2004 bestätigt wurde. Zu der Zeit existierten vor Ort kaum gesundheitsbezogene Angebote speziell für Aussiedler. Es gab aber auch nur wenig Literatur mit Empfehlungen und Konzepten für auf diese Zielgruppe zugeschnittene Maßnahmen der HIV-Prävention und Versorgung, und ebenso mangelte es an praxisbezogenen Fortbildungsangeboten.

12 Weltgesundheitsorganisation Regionalbüro für Europa (Hg.): Europäische Schriftenreihe „Gesundheit für alle“, Nr. 6. Kopenhagen 1998, S. 16

13 Vgl. www.paderborn.de/microsite/bauen_wohnen/downloads/stadtentwicklungsbericht2010.pdf (letzter Zugriff: 19.2.2010)



Logo des Modellprojekts APFEL

Da die AIDS-Hilfe Paderborn dem Bedarf der Zielgruppe mit den vorhandenen Kapazitäten nicht entsprechen konnte, entschloss sie sich, ein Modellprojekt ins Leben zu rufen. Seine wichtigsten Bausteine waren

- » die Entwicklung und Etablierung einer kultursensiblen HIV- und Aids-Prävention sowie
- » die Gewinnung und Schulung von Frauen mit osteuropäischem Migrationshintergrund und die Eingliederung dieser „Peers“ in die Projektmaßnahmen.

Nutzung interkultureller Kompetenzen

So manches Projekt scheitert nicht etwa an einem falschen Konzept, sondern an ungeeigneten Mitarbeitern. Ein entscheidender Aspekt von APFEL war daher eine nutzerorientierte Personalbesetzung. Wie die Ergebnisse des Modellprojekts belegen, sind Mitarbeiter mit interkulturellen Kompetenzen für eine erfolgreiche HIV- und Aids-Prävention mit Migranten unverzichtbar. So konnten z. B. Fachkräfte, die eine osteuropäische Sprache beherrschen, kulturelle Schranken öffnen und eine bessere Kommunikation erreichen.

Vorteilhaft für das Projekt war die aktive Mitarbeit von Frauen osteuropäischer Herkunft. Hier Beispiele für die Beweggründe solchen Engagements¹⁴:

- » „Ich komme selbst aus Osteuropa und finde es wichtig, Menschen aus dieser Region aufzuklären.“
- » „Ich bin eine Migrantin und zurzeit arbeitslos. Ich brauche praktische Erfahrungen für meine zukünftige berufliche Tätigkeit.“
- » „Ich habe Interesse an der Präventionsarbeit mit osteuropäischen Migranten, da ich persönlich die Ziele des Projekts sehr ansprechend und aktuell finde.“
- » „Ich will Erfahrungen sammeln und mich auf die selbstständige Arbeit mit der Zielgruppe vorbereiten.“
- » „Ich habe großes Interesse an Präventionsarbeit mit jungen Erwachsenen und Schülern, weil ich selber Mutter von acht Kindern bin. Außerdem macht die Arbeit im Projekt viel Spaß.“

14 siehe Kusmin/AIDS-Hilfe Paderborn, a.a.o., S. 26

Wege zur besseren Erreichbarkeit der Zielgruppe

Informieren

Über Projektziele, Präventionsangebote und HIV/Aids zu informieren, war eine der wichtigsten Aufgaben von *APFEL*. Durch umfangreiche Öffentlichkeitsarbeit wurden die Paderborner für das Thema HIV/Aids sensibilisiert und ehrenamtliche Mitarbeiter geworben. Doch ohne persönliche Kontakte mit Aussiedlern lässt sich keine erfolgreiche Zusammenarbeit erreichen. Daher wurden Treffen bei Migrantenvereinen und -selbstorganisationen sowie mit dem Deutschen Roten Kreuz, der Caritas, der Arbeiterwohlfahrt, mit Kirchengemeinden usw. organisiert.

Vertrauen schaffen

Für eine erfolgreiche und effektive HIV- und Aids-Prävention mit Migranten bzw. Aussiedlern ist Vertrauen unverzichtbar, weshalb das Projektteam für eine vertrauensfördernde Kommunikation mit allen Beteiligten sorgte. Die Sprachkenntnisse der zehn weiblichen Peers (Deutsch, Russisch, Polnisch und Serbokroatisch) unterstützten beim Aufbau guter Beziehungen mit den Migranten-Communities. Das gute Arbeitsklima in der AIDS-Hilfe Paderborn förderte die Motivation der Hauptakteurinnen von *APFEL*, was sich positiv auf die Kommunikation zwischen allen weiteren am Projekt Beteiligten auswirkte.

174

Durch Gespräche auf gleicher Augenhöhe gelang es uns, Aussiedler für eine Mitwirkung an unserem Projekt (z. B. an der Befragung) zu gewinnen. Den belehrenden Zeigefinger haben wir bei der Aufklärung tunlichst vermieden, wohl aber legten wir Wert auf sicheres Auftreten. Für Vertrauen sorgte ebenso das fachliche Niveau der haupt- und ehrenamtlichen Projektmitarbeiter, deren Wissen zu HIV/Aids, sexuell übertragbaren Infektionen und Sexualerziehung durch interne und externe Fortbildungen auf den jeweils neuesten Stand gebracht wurde, sowie ein erfahrener und engagierter Frauenarzt, den wir als Referenten für an Frauen gerichtete Seminare gewinnen konnten.

Kultursensibel aufklären

Bei der Präventionsarbeit des *APFEL*-Projekts stand die Aufklärung im Vordergrund, wobei wir gruppenspezifische Differenzen berücksichtigten. Veranstaltungen wie Gesundheitsunterricht, Workshops, Seminare für Frauen oder Infoabende wurden nach den Interessen und Bedürfnissen der Teilnehmer gestaltet. Für Mädchen führten wir das Projekt „Liebe, Sex und mehr“ in einer Schule durch, und für Auszubildende in einer Pflegeschule entwickelten und erprobten wir ein berufsspezifisches Programm. In den Seminaren für Frauen standen die Themen „Aids-Hilfe System in Deutschland“, „Gesundheit und Sexualität“, „Kinder in der Pubertät“, „Sexualerziehung in der Familie“, „Sexuell übertragbare Infektionen – Prävention und Behandlung“ sowie „Mädchen- und Frauengesundheit“ auf dem Programm.

Auf eine möglichst barrierefreie Aufklärung zielten ebenso muttersprachliche Informationsmaterialien, leicht verständliche Presseberichte, Beratungsangebote (face-to-face, telefonisch, online; bei Bedarf muttersprachlich), die Einbettung des Themas HIV/Aids in Sprachkurse für Migranten sowie Infostände und Gesundheitskioske. Als besonders erfolgreich erwies sich ein PowerPoint-Aufklärungsprogramm, das speziell für die Zielgruppe entwickelt und ins Russische, Polnische und Serbokroatische übersetzt wurde. Es enthält viele Abbildungen, Zeichnungen und Grafiken und kann in unterschiedlichen Settings, z. B. Sprachkursen oder Pflegeseminaren, eingesetzt werden. Außerdem übernimmt es Dolmetscherfunktion, wenn jeweils zwei Sheets mit gleichem Inhalt, aber in verschiedenen Sprachen (z. B. Deutsch und Russisch) nacheinander aufgerufen werden.

Arbeitsweise und Medien evaluieren

Die begleitende Evaluation des Projekts zielte unter anderem auf die Optimierung der bei APFEL angewendeten Methoden und Materialien. Diese wurden mit Hilfe von Recherchen und Untersuchungen bewertet und bei Bedarf überarbeitet.

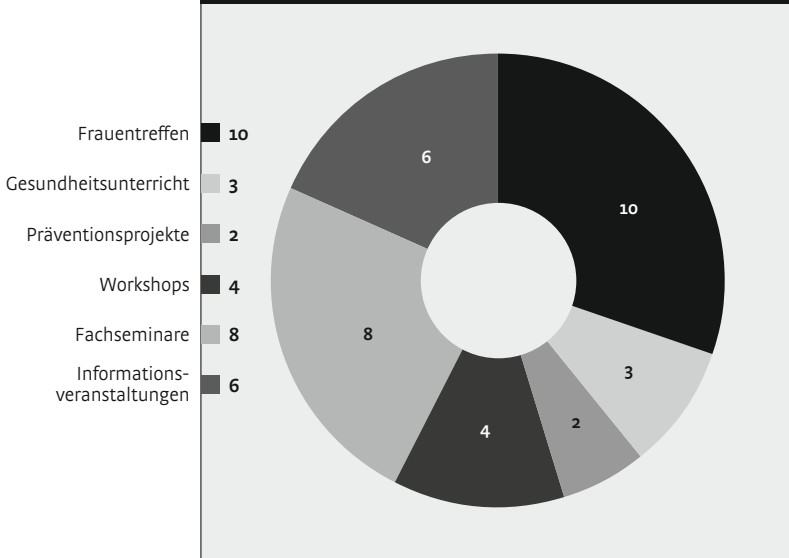
Vorhandene Strukturen nutzen

Dass Paderborn eine Universitätsstadt ist und es vor Ort viele Beratungs-, Bildungs- und Freizeitangebote für Aussiedler gibt, wirkte sich positiv auf die Projektarbeit aus. Studenten der Universität Paderborn beteiligten sich ehrenamtlich, die Kooperation und Vernetzung mit Migranten-Selbstorganisationen und anderen relevanten Einrichtungen öffneten uns Türen für die Präventionsarbeit in Settings, die den Aussiedlern vertraut sind und von ihnen akzeptiert werden. Besonders durch die Zusammenarbeit mit „Monolith e.V. – Netzwerk Aussiedler“ konnten viele Menschen erreicht und tragfähige Beziehungen mit Frauen-, Jugendlichen- und Elterngruppen aufgebaut werden.

Fazit

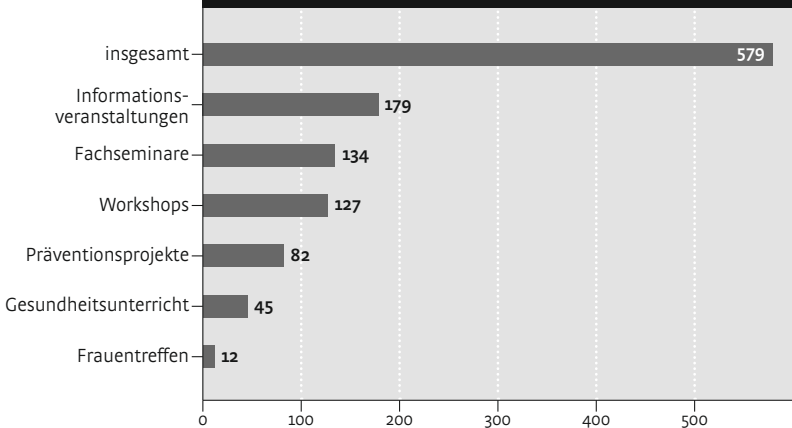
Zwar lässt sich der Erfolg primärpräventiver Maßnahmen nur schwer messen; die Analyse der Fragebogen-Erhebung und mehrerer Quiz-Aktionen zum Thema HIV/Aids vor und nach den Informationsveranstaltungen ergab jedoch, dass die Aufklärung durchaus etwas bewegt hat. Insgesamt hat das Projekt APFEL gezeigt, dass man mit großem Enthusiasmus, viel Energie und einer kulturell aufgeschlossenen Arbeitsweise das Vertrauen einer „schwierigen“ Klientel gewinnen kann. Um in der HIV-Prävention nachhaltige Wirkung zu erzielen, darf man allerdings nicht nur auf kurzfristige Projekte setzen, sondern muss diese Arbeit kontinuierlich leisten.

Abb. 1: Präventionsveranstaltungen von APFEL



176

Abb. 2: Teilnehmerzahlen



Quelle: Kusmin/AIDS-Hilfe Paderborn, a.a.O., S. 24

Ein besonders erfreulicher Aspekt des Projekts war sein zehnköpfiges ehrenamtliches Team. Die persönlichen Erfahrungen dieser Migrantinnen aus Russland, Polen, Kroatien, Kasachstan und Kirgisien sowie die Präsenz von drei osteuropäischen Sprachen unterstützten die kultursensible Arbeit mit Aussiedlern. Vier Frauen des Teams wurden für die Präventionsarbeit mit Migranten geschult und

fürten anschließend viele Aktionen selbstständig durch. Durch die Mitarbeiterinnen wurde die Palette der Projektangebote interessanter und vielfältiger. Aus der am Ende des Projekts durchgeführten Befragung der Frauen geht hervor, dass die Mitwirkung ihnen viel Freude bereitet hat.

Das Projekt setzte außerdem Impulse in der Integrationspolitik Paderborns. Am Runden Tisch „Frauengesundheit und Migration“ zum Weltfrauentag 2007 kamen in der AIDS-Hilfe Paderborn alle Kooperationspartner von APFEL und die Vertreterinnen von Migrantengruppen zusammen. In der gemeinsamen Diskussion kristallisierte sich heraus, dass Prävention und Gesundheitsförderung in Zukunft wichtige Bestandteile der Integrationsmaßnahmen sein sollten. Im Weiteren wurde die Arbeitsgruppe „Migration und Gesundheit“ gegründet, die zurzeit im Rahmen des Integrationsprojekts *KOMM-IN NRW* agiert.¹⁵

Um ehrlich zu sein: Dieses Projekt zu leiten, war manchmal schwierig, und nicht immer schmeckte der APFEL süß – es gab auch saure, sogar bittere Erlebnisse. Doch „sich regen bringt Segen“, wie ein deutsches Sprichwort sagt. Und zum guten Schluss noch ein russisches Sprichwort: „Mit Elan und Toleranz kann man Berge versetzen.“



Das Team des Modellprojekts APFEL.

¹⁵ Mit dem im Jahr 2005 gestarteten Projekt *KOMM-IN NRW* möchte die Landesregierung Städte und Kreise bei der strategischen Entwicklung ihrer Integrationsarbeit vor Ort unterstützen. Vgl. www.paderborn.de/microsite/integration/10901010000042308.php?p=0 (Quelle im Internet vom 19.02. 2010)

Kooperationsprojekt „Flucht und Gesundheit – FluG“

Annette Sprotte

Der 2005 vom baden-württembergischen Innenministerium zusammen mit dem Europäischen Flüchtlingsfonds (EFF) ausgeschriebene Förderschwerpunkt Flüchtlingshilfe bot die Möglichkeit, in unserer Region ein breit gefächertes Angebot für diese Zielgruppe aufzustellen. Das gemeinsam vom Landesverband des Badischen Roten Kreuzes, dem Gesundheitsamt Karlsruhe und der AIDS-Hilfe Freiburg e.V. entwickelte und durchgeführte Projekt „FluG“ förderte der EFF für den Zeitraum Dezember 2005 bis Juni 2008.

Mit der Teilnahme an der bundesweiten Ausschreibung des Deutschen Präventionspreises der Bertelsmann Stiftung und der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung ist das Modellprojekt einer breiten Fachöffentlichkeit zugänglich gemacht worden.¹ Im Mai 2007 wurde FluG mit dem ersten Preis ausgezeichnet, der mit 15.000 Euro dotiert war. Diese Mittel wurden nach Absprache der Projekt-

¹ Vergl. „Gesundheit und Integration – ein Handbuch für Modelle guter Praxis“, zusammengestellt und bearbeitet vom bundesweiten Arbeitskreis „Migration und öffentliche Gesundheit“ der Beauftragten der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration. Berlin 2006 (ISBN 3-937619-21-6)

träger in einen allgemeinen Gesundheitsfonds investiert, der Einzelfallhilfen für bedürftige Flüchtlinge an den Projektstandorten bereitstellen soll.



Verleihung des Deutschen Präventionspreises am 27. Mai 2007 in Berlin; (u.l.n.r.) Herr von Hirschhausen (Moderator), Pia Grau-Christensen (Gesundheitsamt Landkreis Karlsruhe), Frau Wilroth-Sacherer (Landesgeschäftsführung Badisches Rotes Kreuz), Jochen Hilpert (Landesverband Badisches Rotes Kreuz), Ulrike Hoffmeister (Geschäftsführerin der AIDS-Hilfe Freiburg e. V.), Rolf Schwanitz (Parlamentarischer Staatssekretär im Bundesministerium für Gesundheit)

Am 1. Oktober 2008 startete FluG II mit gleicher Ausrichtung, nur etwas veränderten Schwerpunkten. Im Folgenden soll über das erste FluG-Projekt, seine Ziele, Angebote und die dabei gemachten Erfahrungen berichtet werden.

Zielgruppe

Die AIDS-Hilfe Freiburg e. V. (AHF) berät und betreut Menschen mit HIV/Aids und anderen sexuell übertragbaren Infektionen im gesamten südbadischen Raum. Eine unserer Hauptzielgruppen sind Migrant(inn)en. Viele stammen aus Subsahara-Afrika, wobei der Anteil der Frauen aus diesen Regionen in Freiburg besonders hoch ist. Aktuell begleitet die AHF ca. 450 Betroffene, davon etwa ein Drittel Migrant(inn)en und ca. 50 Angehörige (Stand 2009). Der Anteil der weiblichen Klienten in der Region Südbaden/Freiburg liegt etwas über dem Bundesdurchschnitt. Dies erklärt sich dadurch, dass die Szene der Männer, die Sex mit Männern haben (MSM), hier kleiner ist als in anderen Städten ähnlicher Größe oder in Ballungszentren.

Projektziele und -planung

Die Auswertung freiwilliger Untersuchungen auf HIV bei Flüchtlingen und Asylbewerbern in der Landesaufnahmestelle in Karlsruhe (LAST) bestätigt, dass bei der Zielgruppe trotz rückläufiger Zugänge der Anteil der HIV-Infizierten weiterhin überproportional hoch ist. Die gesundheitliche Versorgung dieser Menschen ist nach Asylbewerberleistungsgesetz auf die Behandlung akuter Erkrankungen und Schmerzzustände, auf Leistungen bei Schwangerschaft und Geburt sowie auf Vorsorgeuntersuchungen beschränkt. Bedarfe bestehen daher bei der Behandlung chronischer Krankheiten und vor allem bei gezielter Prävention. Sprachliche und kulturelle Verständigungsprobleme sowie der eingeschränkte Zugang zum Gesundheits- und Sozialwesen erschweren jedoch eine nachhaltige Gesundheitsförderung und gefährden die gesundheitliche Situation der Zielgruppe.

Um eine Stigmatisierung von Flüchtlingen und Asylbewerbern in der Öffentlichkeit zu verhindern, bot es sich an, Maßnahmen der HIV-Prävention in ein Gesamtkonzept allgemeiner Gesundheitsförderung für die Zielgruppe zu integrieren. Die Projektziele lassen sich wie folgt zusammenfassen:

- » Verbesserung der Informationslage zu HIV/Aids und Gesundheitsförderung
- » Schaffung und Ausbau zielgruppenspezifischer Beratungsinstrumente und -systeme für besonders gefährdete Gruppen und für HIV-Infizierte
- » Entwicklung zielgruppenspezifischer Präventionskonzepte
- » interkulturelle Öffnung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes
- » Vernetzung der Öffentlichkeitsarbeit zum Thema.

Das Projekt fokussierte auf Wissenszuwachs und Verhaltensänderungen sowohl bei Migrant(inn)en als auch bei relevanten Akteuren der Mehrheitsgesellschaft (z. B. Einrichtungen des Sozial- und Gesundheitswesens). Als wichtige Faktoren für die Wirksamkeit der Maßnahmen wurden bereits im Konzept eine kultursensible Ausrichtung der Angebote und die strategische Einbeziehung der Zielgruppen (partizipativer Ansatz) benannt. Über ehrenamtliche Multiplikator(inn)en mit Migrationshintergrund, sogenannte Peers, sollten bereits vorhandene Kompetenzen der Zielgruppe für das Projekt genutzt werden.

Angebote von FluG

FluG umfasste themen- und personenbezogene Hilfen für Jugendliche und Erwachsene allgemein wie auch für Gruppen mit besonderen Gesundheitsrisiken (z. B. alleinstehende junge Männer). Die Projektpartner veranstalteten in den Gemeinschaftsunterkünften für Flüchtlinge Gesundheitsworkshops mit Basisinformationen zu sexuell übertragbaren Infektionen (STIs) und HIV/Aids, boten Maßnahmen der Einzelfallhilfe und Krisenintervention an, ermöglichten die Teil-

nahme an Fortbildungen und führten zum Internationalen Flüchtlingstag am 20. Juni 2008 im Dreiländereck eine Präventionsaktion mit Aids-Fachkräften durch.

Aufgrund der hohen HIV-Prävalenz bei Flüchtlingen und Asylbewerbern stellte die Aids-Prävention neben den Maßnahmen zur allgemeinen Gesundheitsförderung einen Schwerpunkt des Projekts dar. An allen Projektstandorten wurden zusätzlich zu den Grundkenntnissen zur Gesundheitsförderung und Gesunderhaltung Informationen zum deutschen Gesundheitswesen vermittelt. Sämtliche Gruppenangebote dienten nicht allein der Wissensvermittlung, sondern ebenso dem Erfahrungsaustausch und der Förderung des Gemeinschaftsgefühls. Außerdem gab es eine Rechtsberatung zu aufenthalts- und sozialrechtlichen Problemen.

Aufgaben der AIDS-Hilfe Freiburg e. V.

Die Mitarbeiter/innen der AHF erfüllten im Projekt eine Doppelfunktion: Zum einen führten sie an den Standorten der Flüchtlingshilfe des Deutschen Roten Kreuzes in Emmendingen, Freiburg, Offenburg und Villingen-Schwenningen Informationsveranstaltungen zur HIV- und STI-Prävention durch. Sie klärten dabei über Infektionsrisiken und Schutzmöglichkeiten auf und vermittelten Wissen zu verantwortungsvollem und gesundheitsbewusstem Verhalten bei bereits bestehender Infektion. Durch den Einsatz von Dolmetscher(inne)n oder Peers wurde es außerdem möglich, Migrant(inn)en mit nur geringen Deutschkenntnissen die Notwendigkeit der medizinischen Behandlung zu verdeutlichen – ein wichtiger Beitrag, um Fehldiagnosen, überflüssige Therapien und ständigen Arztwechsel zu vermeiden.

Der zweite inhaltliche Schwerpunkt war die Schulung von Multiplikator(in-n)en – Fachkräfte, die mit Flüchtlingen arbeiten, und Peers (siehe unten) – sowie die Schulung ausgebildeter Dolmetscher/innen. Dabei ging es um interkulturelle Sensibilisierung und die Vermittlung von medizinischen, rechtlichen und kulturspezifischen Basiskenntnissen zu HIV und Aids.

Schulung von Peers

Die Maßnahmen zur Gesundheitsförderung und HIV-Prävention ließen sich im Projekt nur durch die Mitwirkung freiwilliger Mitarbeiter/innen umsetzen. Die AHF bildete deshalb sieben Ehrenamtliche mit Migrationshintergrund aus, sodass diese im Sinne des Peer-Education-Ansatzes eigenständig Präventionsmaßnahmen durchführen und im Gespräch zwischen Arzt und Patient als Dolmetscher/innen und Kulturmittler/innen fungieren konnten. Da in Migrantengruppen das Thema HIV/Aids oftmals stark tabuisiert wird, müssen Peers auf die Arbeit in ihren Communities gut vorbereitet werden. Bei regelmäßigen Gruppentreffen und bundesweiten Fortbildungen der Deutschen AIDS-Hilfe erhielten sie Gelegenheit,

Kenntnisse zu HIV/Aids, Hepatitiden und anderen (sexuell) übertragbaren Infektionen sowie zu Safer Sex, Empfängnisverhütung und Schwangerschaft zu erwerben, wobei auch die Lebensbedingungen von Migrant(inn)en berücksichtigt wurden.

Ein umfassendes Projekt

Im Rahmen von FluG wurden außerdem

- » öffentlichkeitswirksame Aktionen wie z. B. eine mehrsprachige Radiosendung mit HIV-Präventionsbotschaften durchgeführt,
- » ein mehrsprachiger Gesundheitsleitfaden² für Migrant(inn)en erstellt mit Tipps, Adressen und Hinweisen zum regionalen Gesundheitssystem, mit Informationen zu HIV/Aids und STIs sowie zu aufenthaltsrechtlichen Fragen,
- » eine Telefonhotline von Migrant(inn)en für Migrant(inn)en eingerichtet und
- » vor Ort Informations- und Versorgungsnetzwerke etabliert und ausgebaut.

Die Maßnahmen des Projekts zielten einerseits auf Verhaltensänderungen, um HIV-Infektionen zu vermeiden, andererseits auf einen erleichterten Zugang zum Gesundheitssystem für bereits infizierte Flüchtlinge: Sie sollten im Bedarfsfall durch geschulte Fachkräfte an die jeweils geeigneten Beratungsstellen, Kliniken oder niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte vermittelt werden können.

182

Erfahrungen

Wie im Projekt deutlich wurde, können Flüchtlinge und Asylbewerber, unterstützt durch haupt- und ehrenamtliche Projektmitarbeiter/innen, motiviert und befähigt werden, Verantwortung für ihre eigene Gesundheit und die Gesundheit ihrer Angehörigen zu übernehmen. Dies geschah zum einen durch gezielte Aufklärung darüber, wie man die Übertragung von HIV und anderen (sexuell) übertragbaren Infektionen vermeiden kann, zum anderen durch Informationen, wo man im Notfall Hilfe bekommt, durch Ermutigung, diese Hilfe bei Bedarf auch in Anspruch zu nehmen, sowie durch den Abbau von Ängsten. Dass gesundheitliche Ziele erreichbar sind, lässt sich unter anderem daran ablesen, dass die Zahl der Flüchtlinge, die sich einem freiwilligen HIV-Test unterziehen, an den Projektstandorten zugenommen hat.

Während der dreijährigen Laufzeit von FluG konnten insgesamt bis zu 2.500 Flüchtlinge mit allgemeinen Präventionsangeboten erreicht werden.

Einsatz von Peers

Der Peer-Education-Ansatz war ein zentraler Aspekt des Projekts. Die anfängliche Skepsis, Afrikaner/innen würden sich wohl nur ungern öffentlich zu HIV/Aids

² AIDS-Hilfe Freiburg e. V./Projekt FluG (Hg.): Leitfaden Gesundheit, ein mehrsprachiger Wegweiser durch das deutsche Gesundheitssystem für Freiburg und Region Südbaden (zurzeit nur als CD in deutscher Version erhältlich)

äußern, erwies sich als unbegründet: Nach den Informationsveranstaltungen in den Gemeinschaftsunterkünften meldeten sich an einer Mitarbeit interessierte Frauen und Männer direkt beim Sozialdienst des Deutschen Roten Kreuzes. Auch HIV-positive Klient(inn)en zeigten Interesse, im Projekt mitzuarbeiten. Den festen Stamm unserer Peer-Gruppe bildeten schließlich sieben Personen. Einige Peers, die um ihr Aufenthaltsrecht kämpften oder finanzielle Probleme hatten, erwarteten für ihre Mitarbeit eine Bezahlung, die wir aber leider nicht in Aussicht stellen konnten, wodurch sich die Zahl der Gruppenmitglieder etwas reduzierte.

Informationsstand der Migrant(inn)en

Die Projektmitarbeiter/innen stellten fest, dass viele afrikanische Migrant(inn)en schon in ihren Heimatländern zumindest ansatzweise über HIV/Aids informiert worden waren. Die tatsächlichen Infektionsrisiken und biomedizinische Zusammenhänge waren dagegen kaum bekannt oder wurden einfach ausgeblendet. Einige sahen jedoch einen dringenden Bedarf, in den Communities über das Thema zu sprechen, und wollten sich für ihre Landsleute engagieren – ihnen kam das Projekt gerade gelegen. Migrant(inn)en aus dem arabisch-kurdischen Kulturkreis waren tendenziell schlechter informiert und zeigten sich sehr viel zurückhaltender im Gespräch. Zwar bekundeten auch sie großes Interesse am Thema, neigten aber eher dazu, Schuldige für die HIV-Epidemie zu benennen. Zugleich fiel es ihnen schwerer, die Notwendigkeit für Präventionsbotschaften in ihrer Community anzuerkennen, da ihrer Meinung nach die Normen und Werte ihrer Herkunftsgesellschaft die Weiterverbreitung der HIV-Infektion verhindern würden.

Geschlechtsspezifische Angebote

Da die Mehrzahl der neu diagnostizierten HIV-Infektionen unter Migrantinnen und Migranten (nicht nur in Deutschland) Frauen betrifft, richteten wir die Maßnahmen für Flüchtlinge stärker auf den Informationsbedarf von Frauen aus, indem wir z. B. das Frauencafé in der Freiburger Gemeinschaftsunterkunft (GU) mehrmals besuchten und dort über die Körperfunktionen bei Mann und Frau, sexuell übertragbare Infektionen, HIV/Aids, Schwangerschaft und Geburt informierten. Eine Informationsveranstaltung speziell für Männer gab es im Männercafé der GU, die gut angenommen wurde. Bei allen Veranstaltungen in den Gemeinschaftsunterkünften im Projektgebiet wurden Kondome ausgegeben, die starken Absatz fanden. Teilweise wurden Kondome auch noch nachträglich per Post verschickt.

Schulungen

Der zunehmenden Zahl der Betreuungen und den erweiterten Betreuungsinhalten – insbesondere bei HIV-positiven Schwangeren – haben wir durch Pa-

tientenschulungen zu entsprechen versucht. Die Schulung zur medizinischen Behandlung der HIV-Infektion führte ein Arzt der Uniklinik Freiburg durch, der viele HIV-Patient(inn)en mit Migrationshintergrund betreut. Trotz der intensiven Bewerbung des Angebots mit persönlichem Anschreiben nahmen nur sieben Personen an dieser Abendveranstaltung teil. Dies lässt sich mit der in Migranten-Communities stark ausgeprägten Stigmatisierung und Diskriminierung von HIV-Patient(inn)en erklären. Durch die geringe Teilnehmerzahl konnte jedoch besser auf die Belange und Fragen Einzelner eingegangen werden.

Unsere Schulungen für Fachkräfte, die mit Flüchtlingen arbeiten, wurden von den Fachdiensten und vor allem in den Landratsämtern sehr interessiert aufgenommen. Durch die Vorstellung des Projekts in der Teamsitzung des Sozialdienstes für Flüchtlinge konnte der Landkreis Breisgau-Hochschwarzwald als Partner hinzugewonnen werden (er war bisher nicht im Projekt, da die dortigen Unterkünfte nicht vom Deutschen Roten Kreuz betreut werden). Das Konzept für diese Schulungen (verschiedene Module mittels PowerPoint-Präsentation mit anschließender Diskussion) hat sich bewährt und wurde über die gesamte Laufzeit fast unverändert angeboten. Es gab sogar Anfragen aus benachbarten Landkreisen nahe der Schweizer Grenze, die nicht im Projektgebiet lagen und daher nicht bedient werden konnten.

Die am Anfang der Projektlaufzeit durchgeführte Dolmetscherschulung war ein voller Erfolg. Über 20 Personen wollten sich anmelden, doch aus Kapazitätsgründen mussten wir die Gruppe auf 20 Teilnehmer/innen begrenzen. Die Gruppe war sehr heterogen, da wir nicht nur vereidigte Dolmetscher/innen und Übersetzer/-innen eingeladen hatten (auch einige Personen aus dem Pool des Dolmetscherdienstes der Universitätsklinik Freiburg waren an unserem Angebot interessiert), sondern auch die ehrenamtlichen Mitarbeiter/innen des Deutschen Roten Kreuzes in Freiburg und der AIDS-Hilfe Freiburg e. V. Unsere Erwartungen an den Einsatz der geschulten Dolmetscher/innen bei Arzt-Patient-Kontakten mussten wir allerdings etwas zurückschrauben, da die Krankenkassen seine Finanzierung kategorisch ablehnten. Demgegenüber stand der gerechtfertigte Anspruch der vereidigten Dolmetscher/innen, für ihre Arbeit auch bezahlt zu werden. Für dieses Problem haben wir noch keine Lösung gefunden.

Sekundärprävention

Im Bereich Betreuung stellten wir bereits nach kurzer Projektlaufzeit einen Anstieg der Zahl HIV-positiver Flüchtlinge fest – vor allem bei jungen Schwangeren. Aufgrund der hervorragenden Zusammenarbeit mit der Landesaufnahmestelle für Flüchtlinge in Karlsruhe konnten HIV-positiv getestete Personen mit deren Einverständnis direkt an uns weiterverwiesen werden, was Zeitverluste vermeiden half. Nicht zuletzt deshalb konnten HIV-positive Schwangere umgehend

einer medizinischen Behandlung zugeführt werden, sodass es im gesamten Projektzeitraum zu keiner HIV-Übertragung von der Mutter auf das Kind kam.

Aktionen

Öffentlichkeitswirksame Aktionen sollten die Mehrheitsbevölkerung auf die Lebensverhältnisse und die gesundheitliche Situation von Flüchtlingen aufmerksam machen und Stigmatisierungen entgegenwirken. Die grenzüberschreitende Zusammenarbeit und Vernetzung mit der französischen Organisation AIDES Mulhouse hat sich dabei als sehr effektiv herausgestellt. Gemeinsam führten wir zum Internationalen Flüchtlingstag am 20. Juni 2008 in der Stadt Weil am Rhein eine Präventionsaktion an der Dreiländerbrücke über den Rhein durch, worüber französische und deutsche Zeitungen ausführlich berichteten.



Präventionsaktion mit AIDES Mulhouse 20.06.08 an der Dreiländerbrücke in Weil am Rhein

Resümee und Ausblick

In den vergangenen Jahren sank in Baden-Württemberg der Zugang von Asylbewerber(inne)n um durchschnittlich 30 % pro Jahr.³ Auch wenn die HIV-Neudiagnosen in dieser Gruppe seit geraumer Zeit zurückgehen, besteht dennoch weiterhin Bedarf an geeigneten kultursensiblen Präventions- und Beratungskonzepten. Dem zahlenmäßigen Rückgang der Zielgruppe zum Trotz müssen über die Gemeinschaftsunterkünfte hinaus neue Zugangswege zu Flüchtlingen gefunden werden, um auch diejenigen erreichen zu können, die nicht (mehr) dort wohnen. Diese Aufgabe stellt sich für FluG II, das im Oktober 2008 begonnene Nachfolgeprojekt.

Der personelle und zeitliche Aufwand für die aufsuchende primärpräventive Arbeit ist nicht zu unterschätzen. Durch persönliche Ansprache konnten wir Personen mit Migrationshintergrund dafür gewinnen, sich als ehrenamtliche Multiplikator(inn)en für ein Thema zu engagieren, das in ihrer Community weitgehend tabuisiert ist. Dass sie sich bei all ihren migrationsbedingten Problemen und oft auch finanziellen Sorgen unentgeltlich engagieren, erachten wir als eine große Leistung. Dennoch sind wir der Ansicht, dass in Projekten, bei denen der Einsatz von Peers eine so wichtige Rolle spielt, eine Entlohnung der Mitwirkenden selbstverständlich sein sollte.

Der Umstand, dass die gesetzlichen Krankenkassen in Baden-Württemberg den Einsatz von Dolmetscher(inne)n bei Arzt-Patient-Kontakten nicht finanzieren müssen und sich darauf berufen können, dass Migrant(inn)en für die Erlangung von Sprachkompetenz selbst verantwortlich seien, sollte überprüft und geändert werden. Es sollte klar sein, dass Behandlungsfehler oder Therapieabbrüche aufgrund von Verständigungsproblemen und die damit verbundene Verschlechterung des Gesundheitszustandes nicht im Sinne eines verantwortlichen Umgangs mit den immer knapper werdenden finanziellen Ressourcen sein kann.

Die Weltküche

187

Interview mit Pablo Fernandez

Die Weltküche (www.die-weltkueche.de) in Berlin ist ein gemeinnütziger Zweckbetrieb im Gastronomiebereich. Der Träger ist der Verein „Positive Aktion – Migranten gegen Aids e. V.“, der HIV-positive Migrantinnen und Migranten beim Aufbau von Selbsthilfegruppen unterstützt. Im November 2008 befragte Peter Wiessner den Leiter der Weltküche, Pablo Fernandez, zu den Zielen, Inhalten und Herausforderungen des Beschäftigungsprojekts.



Pablo, was verbirgt sich hinter eurem Beschäftigungsprojekt? Was macht ihr, was zeichnet euch aus?

Die Weltküche ist eigentlich kein Projekt mehr, sondern ein Betrieb, denn die Projektziele sind verwirklicht. Die Weltküche ist ein soziales Unternehmen, das vorwiegend HIV-positive Menschen einstellt, die aufenthaltsrechtliche Schwie-

rigkeiten haben. Durch die Arbeit in unserem Betrieb sollen sie zu einem besseren Aufenthaltsstatus kommen. Es gibt für viele keine andere Alternative. Wenn sie in ihre Länder zurückgehen müssten, hätten sie keine gesundheitliche Versorgung, zumindest keine so gute wie hier. Einen Aufenthaltsstatus erhält man aber oft nur dann, wenn man eine Arbeitserlaubnis hat. Für viele von uns war das ein großes Problem, denn die Gesetzgebung in Deutschland ist sehr restriktiv. Abgesehen davon war die Chance der bei uns beschäftigten Leute, auf dem Berliner Arbeitsmarkt Fuß zu fassen, gleich null. Deshalb sagten wir uns, okay, dann gründen wir halt ein Unternehmen, in dem wir selbst beschäftigt sind.

Gab es noch andere Gründe, ein solches Projekt zu entwickeln?

Dass für Menschen mit HIV der Zugang zum Arbeitsmarkt generell erschwert ist, ist bekannt. Das Problem trifft Migranten aber noch härter als Einheimische. Aber es geht ja nicht nur darum, dass wir etwas für *andere* machen: Wir sind eine Selbsthilfe-Initiative. Alles hat damit angefangen, dass Menschen, die in dieser Lage sind, sich zusammengetan und dann diese Idee entwickelt haben. Durch harte Arbeit haben wir aus unserer Idee einen Betrieb gemacht.

188

Auch einige Aidshilfen haben Beschäftigungsprojekte. Wäre auch ein Projekt wie die Weltküche in der Aidshilfe denkbar?

Wir sind nicht Mitglied im Dachverband der Deutschen AIDS-Hilfe. Wir hätten das machen können, aber wir wollen uns eine gewisse Unabhängigkeit bewahren. Trotzdem ist es ja nicht so, dass wir nichts mit Aidshilfe-Projekten zu tun gehabt hätten. Die Weltküche verdankt beispielsweise viel dem Projekt „Essen in Gesellschaft“ der Münchner Aids-Hilfe; am Anfang unseres Projekts habe ich mich von seinen Mitarbeitern beraten lassen. Übrigens waren wir ja mal in einer Aidshilfe, das hätte ich jetzt beinahe vergessen. Die Weltküche hat in der Berliner Aids-Hilfe angefangen. Wir waren damals von der Idee überzeugt, dass die Entwicklung von Lebensperspektiven sehr viel mit Arbeit, mit Beschäftigung zu tun hat. So haben wir damals unsere Geschäftsidee entwickelt und sie der Geschäftsführung der Berliner Aids-Hilfe vorgeschlagen. Aber sie wurde abgelehnt. Ich sage das nicht im Groll, aber es war kein Durchkommen. Die Umsetzung der Idee war der Aidshilfe zu riskant. Sie fragten uns: „Wer soll das alles machen?“ Ich habe dann gesagt: „Wir machen das, ihr braucht das nicht zu machen, dabei geht es ja um *unsere* Idee.“ Als wir gemerkt haben, dass dort aus unserem Projekt nichts werden kann, sind wir zum Projekt „Zukunft Positiv“, zu Friedhelm Krey und Michael Krone von der Berliner Schwulenberatung gegangen. Die haben uns dann sofort aufgenommen. Wir waren auch sehr willkommen. „Zukunft Positiv“ machte damals fast nur Beratung zum Thema „Beschäftigung für HIV-Positive“, und wir kamen plötzlich mit einer konkreten Geschäftsidee.

Worin besteht für dich der wesentliche Unterschied zwischen Aidshilfe und Selbsthilfe, wie ihr sie verwirklicht?

Ich finde, dass die Aidshilfen, zumindest diejenigen, die ich hier in Berlin kennengelernt habe – und ich habe nur Erfahrungen in Berlin –, nur noch sehr wenig mit Selbsthilfe zu tun haben. Ich weiß das aus eigener Erfahrung. Ich war ja selbst ein Mitglied der Selbsthilfe. Dabei ging es mir nicht darum, Leute zu betreuen. Ich bin ja auch kein Sozialarbeiter, ich habe BWL studiert. Aus dem Grund ist die Weltküche vielleicht auch ein Betrieb geworden und keine Beratungsstelle. Was die Weltküche macht, der Impuls und die Struktur, all das hat wenig mit einer Aidshilfe zu tun. Die Aidshilfen schaffen zwar einen Raum für Selbsthilfegruppen, aber das ist nicht so ernst gemeint. Anfangs habe ich mich darüber geärgert. Inzwischen kann ich das ein bisschen nachvollziehen. Es ist wohl eine normale Entwicklung, dass Initiativen, die als Selbsthilfe beginnen, sich professionalisieren. Und dann müssen andere Leute ran, Leute, die Kenntnisse und das Know-how haben. Nur HIV-positiv zu sein, reicht dann nicht mehr aus. Aber man darf, finde ich, um der Institution Aidshilfe eine Zukunft zu geben, die eigenen Grundsätze nicht vergessen. Wenn man mit Selbsthilfe gut umgehen kann, ist das eine unglaubliche Energiequelle. Das ist etwas, was die Aidshilfen brauchen. Meiner Meinung nach sind sie orientierungslos. Mal machen sie dies, mal das und erkennen dabei nicht, dass die „Betroffenen“, um dieses schreckliche Wort zu verwenden, vieles bringen könnten, wenn man ihnen zuhören würde.

In dem Flyer eures Projekts lese ich, dass ihr jetzt selbstständig werden wollt.

Ein bisschen sind wir ja schon selbstständig. Schon in den Zeiten, als wir noch über die Entwicklungspartnerschaft LINK-UP¹ zusammenarbeiteten, hatten wir uns bereits zu 80% über eigene Einnahmen selbst finanziert. Das ist für ein Selbsthilfeprojekt ziemlich viel. Aber das ist natürlich auch sehr anstrengend, ein hartes Geschäft. Man muss wie ein Verrückter arbeiten, aber du bist frei, was ich sehr wichtig finde. Du kannst deine eigenen Entscheidungen treffen, die wir dann auch frei von externen Einflüssen getroffen haben. Weil das eben unser Betrieb ist. Weil wir *selbst* das Geld verdienen. Wir müssen nicht irgendwelche staatlichen Stellen um Geld bitten. Das war für mich bei LINK-UP so schrecklich. Erinnerung dich daran: dieser Stichtagsbericht!²

Jetzt können wir Entscheidungen treffen, die wir wollen. Natürlich sind wir ein Verein. Es gibt auch Regeln. Wir machen nicht irgendwelchen Unsinn. Das ist viel wert. Nicht nur für mich, auch für die Leute, die hier arbeiten. Es geht um Aner-

¹ Die durch Mittel des Europäischen Sozialfonds geförderte Entwicklungspartnerschaft LINK-UP der Deutschen AIDS-Hilfe e. V. umfasste mehrere Teilprojekte örtlicher Aidshilfen. Eines davon war die Weltküche.

² Der Autor war selbst Leiter eines LINK-UP-Teilprojekts (Tagungszentrum der Münchner AIDS-Hilfe). Um die Mittel des Sozialfonds abzurechnen, mussten zu festgelegten Zeiten „Stichtagsberichte“ abgegeben werden.

kennung. Die erfährst du oft nur, wenn du das Ergebnis siehst von dem, was du herstellst. Wenn wir zum Beispiel ein Catering für 300 Leute machen und die Auftraggeber dann sagen: „Das war klasse, das war lecker!“ Wenn wir das den hier Beschäftigten weitergeben können, dann sind sie stolz darauf. Das bedeutet viel für Leute, die vor einigen Jahren noch nicht einmal davon hätten träumen können, dass sie hier jemals eine Arbeitsstelle bekommen. Dann gibt es in der Weltküche noch etwas, was ich sehr wichtig finde: Unsere Kunden sind prominent. Wir haben Ministerien hier. Wir hatten zweimal den Integrationsgipfel mit der Bundeskanzlerin bewirtet. Wir haben keine Firmen als Kunden, aber viele Organisationen, die mit Migration zu tun haben. Das sind Stammkunden, die bestellen immer wieder. Das ist eine große Anerkennung. Die Menschen, die bei uns arbeiten, gehen bei Aufträgen natürlich auch in die Ministerien und machen dort den Service. Man hätte sich nie vorgestellt, dass irgendwelche Flüchtlinge oder Asylbewerber der Bundeskanzlerin etwas servieren. Und sie selber bestimmt auch nicht! (lacht)

Ich habe selbst mal drei Jahre als Koch gearbeitet und weiß, was für ein Stress das sein kann. Wo bleibt bei euch Zeit für – ich zitiere aus eurem Flyer – „Begegnungen“ und „gegenseitige Hilfe“?

190

Das verändert sich ständig. Es gibt Phasen, wo wir sehr viel Arbeit haben. Dann gibt es keine Zeit. Die Küche ist aber auch ein Ort der Kommunikation. Dieses Zusammenarbeiten verbindet die Leute. Ich erlebe das immer wieder, obwohl ich längst nicht mehr selber in der Küche arbeite. Aber wenn ich da bin, dann bemerke ich den Kontakt untereinander. Das hat auch viel mit Sprache zu tun. Es sind hier Leute, deren Deutschkenntnisse noch nicht so gut sind. In einer Küche brauchst du nicht so viel zu reden, aber man muss ein Team bilden. Das macht die Arbeit aus, die Leute kommen zusammen. Das ist etwas, was die Selbsthilfe bringen kann. Natürlich gibt es auch Leute, die nicht miteinander klarkommen. Deshalb ist die Gastronomie zum Teil sehr anstrengend. Aber man schafft etwas, was man gleich sieht und weitergibt. Und dass man gleich eine Rückmeldung bekommt, hat einen großen Vorteil. Die Leute, die hier arbeiten, waren nicht mehr daran gewöhnt. Sie waren dazu verdammt, Sozialhilfeempfänger zu sein, in einer Bettlerposition zu leben oder Almosen zu bekommen.

Was sind derzeit eure größten Herausforderungen?

Die großen Herausforderungen sind die, die jeder Unternehmer hat. Der Betrieb muss weitergehen. Das ist der Reiz der Selbstständigkeit, negativ ist das nicht. Du musst jeden Tag neu kämpfen. Das ist manchmal sehr anstrengend, und es ist eine große Ungewissheit. Und natürlich ist unsere Arbeit konjunkturabhängig. Wir wissen z. B. nicht, wie das in den nächsten Monaten sein wird, wie sich die Re-

zession weiter auswirken wird. Das spürt man sofort. Du hast dann Leute, die du bezahlen musst. Es ist dann nicht immer klar, wie lange man das hier noch weitermachen kann. Du musst dann z. B. auch Leute entlassen. Wir haben das schon erlebt, nicht nur aus finanziellen Gründen natürlich.

Kommt ihr dabei manchmal nicht an die Grenzen der Selbsthilfe?

Klar, musst du auch. Ich kann die Aidshilfen zum Teil auch verstehen. Die Prozesse haben wir auch erlebt. Wir sind in eine Lage gekommen, in der wir mit anderen Cateringketten in Berlin konkurrieren, mit guten Ketten. Wir haben Kunden, wir haben Aufträge, wir müssen Qualität bieten. Deshalb muss sich auch eine Hierarchie bilden. Das geht nicht alles auf gleicher Ebene. Da muss es einen Chef geben. Der bin ich. Jemand, der manchmal, nicht wie ein Tyrann, aber ... Ich habe schon Reaktionen erlebt wie beispielsweise: „Du bist nicht mehr so, wie du früher mal warst.“ Oder: „Du hast keine Zeit mehr für uns.“ Das ist eben so. Aber das war auch eine bewusste Entscheidung der Mitarbeiter. Irgendwann einmal, da waren wir noch bei „Zukunft Positiv“, fragten wir uns: Bleiben wir eine Selbsthilfegruppe, die ab und zu mal im Café Positiv kocht und ein paar popelige Veranstaltungen macht, oder wagen wir den Schritt, daraus eine Firma zu machen? Alle haben sich für den zweiten Weg entschieden. Du musst dann eine Struktur bilden. Da ist nicht mehr so viel Zeit für Betüddelung. Aber der Ursprung des Ganzen ist eine bewusste Entscheidung der Selbsthilfegruppe. Das rechtfertigt das Ganze dann auch.

Ihr schreibt in eurem Flyer, die Aufgabe von Selbsthilfe sei gesellschaftliche Integration. Aber sollten das nicht besser andere machen?

Wir müssen das selbst machen. Man darf von niemanden etwas erwarten (lacht). Von den Politikern umso weniger. Wir müssen das selbst erledigen, es muss unsere Initiative sein. Wir sind diejenigen, die als Vorbilder gelten. Wir haben keine Zeit, um große Vorträge zu halten, oder für Lobbyarbeit, wie andere große Organisationen das kennen. Was wir machen, ist eben unsere Beschäftigung, unser Betrieb. Das ist inzwischen politische Arbeit. Wenn du ein Catering für das Bundeskanzleramt machst, wissen die Verantwortlichen dort, dass die Menschen, die dann kommen, HIV-positiv sind. Das steht ja auch auf unserer Website. Wir versuchen nicht, das zu verstecken, ganz im Gegenteil. Darum geht es ja eigentlich, das ist etwas, woran sich die Leute erst gewöhnen müssen.

Über jemanden, der beim Bundesamt für Migration arbeitet, haben wir erfahren, dass es vor dem Migrationsgipfel intern einen ziemlichen Konflikt gegeben hat. Wie könne man der Frau Bundeskanzler zumuten, dass HIV-positive Menschen für sie kochen?! Solche Reaktionen. Davon erfahren wir natürlich meistens nichts. Und ich kann auch nicht mit Gewissheit sagen, ob sich das wirklich so zu-

getragen hat. Wie auch immer: Da waren Leute im Bundeskanzleramt, die sich für uns engagiert haben. Das ist, finde ich, schon eine Umkehrung des Ganzen: Eine Behörde, die eigentlich für Integration zuständig ist, hat durch uns irgendwas in den eigenen Köpfen geändert ... Man darf natürlich nicht erwarten, dass sie das für dich machen. Uns wurde gesagt, dass die Kanzlerin selber die Gerichte ausgesucht hätte und sehr interessiert sei. Sie hat wohl von der Auseinandersetzung gehört. Wir wissen nicht, ob das wirklich stimmt. Zumindest war am Schluss klar, dass *wir* das Catering machen sollten und niemand anderes. Und das hat damit zu tun, dass wir sind, wer wir sind, weil wir etwas verkörpern. Vor einigen Wochen hatten wir den Integrationsgipfel. Und abgesehen davon, dass er politische Bedeutung hat, war auch noch das Essen gut. Das freut uns natürlich. Sonst hätten die uns ja auch nicht genommen.

Medizinische Versorgung von HIV-Positiven ohne Papiere

Marion Chenevas und Antje Sanogo

Einführung

Das Recht auf Gesundheitsversorgung ungeachtet des Aufenthaltsstatus oder Einkommens ist in mehreren internationalen und europäischen Vertragstexten festgeschrieben. So heißt es z. B. im Artikel 11 der *Europäischen Sozialcharta* vom 18.10.1961: „Jedermann hat das Recht, alle Maßnahmen in Anspruch zu nehmen, die es ihm ermöglichen, sich des besten Gesundheitszustands zu erfreuen, den er erreichen kann.“ Außerdem wird im Artikel 13 bestimmt, dass jeder Mensch „das Recht auf Fürsorge [hat], wenn er keine ausreichenden Mittel hat“. Der *Internationale Pakt über wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte* der Vereinten Nationen vom 19. Dezember 1966 erkennt im Artikel 12 „das Recht eines jeden auf das für ihn erreichbare Höchstmaß an körperlicher und geistiger Gesundheit an“. Darüber hinaus umfassen „die von den Vertragsstaaten zu unternehmenden Schritte zur vollen Verwirklichung dieses Rechts (...) die erforderlichen Maßnahmen (...) zur Schaffung der Voraussetzungen, die für jedermann im Krankheits-

fall den Genuss medizinischer Einrichtungen und ärztlicher Betreuung sicherstellen“.

Dennoch gibt es auch in Deutschland Menschen, für die der Zugang zur Gesundheitsversorgung erschwert ist. Das gilt besonders für bestimmte Gruppen von Migrantinnen und Migranten:

- » Menschen aus den neuen EU-Ländern dürfen sich zwar seit 2004 legal in Deutschland aufhalten. Ihre Arbeitserlaubnis und ihr Anspruch auf staatliche finanzielle Hilfen sind jedoch beschränkt. Viele sind darauf angewiesen, sich in Arbeitsfeldern wie Reinigung oder Bau selbstständig zu machen. Meist reicht das verdiente Geld nur knapp für den Lebensunterhalt, aber nicht mehr für den Abschluss einer privaten Krankenversicherung.
- » Hierzulande leben viele Menschen ohne Aufenthaltsstatus – allein in München sind es nach Expertenschätzungen ca. 30.000. Keine Krankenversicherung nimmt sie auf, sodass sie in der Regel ihre medizinische Behandlung selbst bezahlen müssen, wozu sie aber oft nicht imstande sind. In akuten Fällen haben sie einen Anspruch auf die Übernahme der Behandlungskosten durch die zuständigen Sozialämter.

Im Folgenden soll die medizinische Versorgung HIV-positiver Menschen ohne Papiere und Krankenversicherung – unter anderem am Beispiel der Hilfseinrichtung *open.med – Ärzte der Welt e. V.* – dargestellt werden.

Möglichkeiten und Grenzen von open.med

Der Verein *open.med – Ärzte der Welt* (www.aerztederwelt.org) ist der deutsche Zweig der internationalen humanitären Organisation *Médecins du Monde*, die hilfsbedürftige Menschen in Krisensituationen unabhängig von ihrer Herkunft behandelt und versorgt. *Ärzte der Welt e. V.* arbeitet nicht nur in den sogenannten Entwicklungsländern, sondern auch in Europa, um für benachteiligte Bevölkerungsgruppen den Zugang zur Gesundheitsversorgung zu verbessern.

Im September 2006 öffnete die erste medizinische Anlaufstelle von *open.med* in München. In Kooperation mit dem „Café 104“ bietet *open.med* seither zweimal wöchentlich nichtversicherten Menschen ohne regulären Aufenthaltsstatus eine kostenlose und anonyme medizinische Grundversorgung an, die auch eine allgemeinärztliche Untersuchung sowie individuelle Beratung umfasst. Jeweils einer der zehn ehrenamtlich tätigen Ärzte steht für die Sprechstunde in der Anlaufstelle zur Verfügung. Bei Bedarf werden die Patient(inn)en an einen der etwa 60 niedergelassenen Ärzte vermittelt, die sie kostenlos oder gegen ein geringes Honorar behandeln. Außerdem wird ihnen psychosoziale Beratung angeboten.

Viel wurde seit Beginn des Projekts schon erreicht, doch bestehen nach wie vor Engpässe. Zu den problematischen Bereichen gehört insbesondere die stationäre

Behandlung nichtversicherter Patientinnen und Patienten. Die Kostenübernahme für solch umfangreiche medizinische Leistungen ist bislang ungeklärt. Nicht weniger schwierig ist die Versorgung nichtversicherter HIV-positiver Menschen, vor allem deshalb, weil die Kosten für antiretrovirale Medikamente für die meisten unerschwinglich sind, wenn sie nicht von einer Krankenkasse oder einem Sozialhilfeträger übernommen werden. So belaufen sich die Kosten für das Medikament Trizivir®, das drei Wirkstoffe in einer Tablette kombiniert, pro Monat auf ca. 1.175 Euro. Das ist eine der preisgünstigsten Therapien, denn die modernen, nebenwirkungsärmeren Medikamente sind wesentlich teurer. Auf Dauer können so hohe Kosten weder von den Betroffenen noch von humanitären Organisationen getragen werden.

Bei *open.med* könnten Menschen mit einer nachgewiesenen, aber noch nicht behandlungsbedürftigen HIV-Infektion unter Umständen unterstützt werden. Im medizinischen Referenznetz ließen sich Labors bzw. Ärzte finden, die zumindest eine minimale Kontrolle der wichtigsten Immunparameter sicherstellen. So kann wenigstens für den Zeitraum, in dem Kontakt zu der betroffenen Person besteht, gewährleistet werden, dass der Eintritt der Behandlungsbedürftigkeit nicht erst über schwere Erkrankungen bemerkt wird. Wenn eine Therapie erforderlich wird, muss allerdings nach anderen Lösungen gesucht werden. Die wichtigste Frage dabei ist, wie ein Krankenversicherungsschutz erreicht werden kann. Zunächst gilt es festzustellen, *weshalb* ein solcher nicht besteht; oft liegt das an finanziellen Problemen. Die Betroffenen sollten dann bei der Beantragung der entsprechenden Sozialleistungen (SGB II, SGB XII) unterstützt werden, um auf diesem Weg in die gesetzliche Krankenversicherung zu kommen.

Antiretrovirale Therapie bei HIV-positiven undokumentierten Migranten

Komplizierter ist die Situation, wenn keine Sozialleistungen beantragt werden können, weil kein Aufenthaltstitel vorhanden ist. In EU-Ländern wie Spanien, Frankreich oder Belgien, wo Migranten ohne Papiere Zugang zum regulären Gesundheitssystem haben, ist auch eine kostenlose antiretrovirale Therapie gewährleistet. In Deutschland dagegen ist dies nur dann der Fall, wenn der Aufenthalt legalisiert werden kann und dann über die Beantragung von Sozialleistungen (in der Regel zunächst über das Asylbewerberleistungsgesetz) das Sozialamt die Kosten für die Behandlung übernimmt.

Eine Legalisierung des Aufenthalts ist realistisch, wenn die Aussicht besteht, dass die behandlungsbedürftige HIV-Infektion als Abschiebungshindernis anerkannt wird. Dies ist dann der Fall, wenn im Herkunftsland keine Behandlungsmöglichkeiten bestehen oder aufgrund hoher Kosten für die Betroffenen nicht zu-

gänglich sind. Sind diese aufgrund schwerer HIV-bedingter Erkrankungen nicht reisefähig, besteht ebenfalls ein Abschiebungshindernis.

Fallbeispiel

Frau Y. wird während ihres Besuchs bei einer entfernten Verwandten mit einer schweren Lungenentzündung ins Krankenhaus eingeliefert. Ihr Zustand verschlechtert sich rasch. Sie fällt ins Koma und muss auf die Intensivstation verlegt werden. Dort wird eine HIV-Infektion diagnostiziert. Ziemlich schnell stellt sich heraus, dass Frau Y. weder eine Krankenversicherung noch einen Aufenthaltstitel hat. Das Krankenhauspersonal wendet sich an die Aidshilfe.

Um die weitere Behandlung nicht zu gefährden, beschließen alle Beteiligten, den Aufenthalt von Frau Y. bei der zuständigen Ausländerbehörde bekannt zu geben. Da die Patientin nicht ansprechbar ist, muss dies in Vertretung und ohne ihre Vollmacht erledigt werden. Zum Glück liegt ihr Pass vor, und ihre Verwandte ist einverstanden, dass eine Mitarbeiterin der Aidshilfe bei der zuständigen Ausländerbehörde vorspricht. Die behandelnden Ärzte stellen ein Attest über die Reiseunfähigkeit von Frau Y. aus. Mit diesen Unterlagen gelingt es, eine Bescheinigung der Ausländerbehörde zu erhalten, in der bestätigt wird, dass der Aufenthalt bekannt und geduldet ist. Eine reguläre Duldung wird in Aussicht gestellt, sobald es möglich ist, eine Vollmacht von Frau Y. vorzulegen. Damit ist zunächst auch geklärt, dass die bisher aufgelaufenen und noch entstehenden Behandlungskosten vom zuständigen Sozialamt über das Asylbewerberleistungsgesetz übernommen werden können.

Nach zwei Wochen ist der Zustand von Frau Y. so weit stabilisiert, dass sie wieder ansprechbar ist. Nun stürzt alles auf sie ein – die HIV-Infektion, die Behandlungskosten, die Frage, wie es in Zukunft weitergehen soll. Lange Besuche im Krankenhaus durch die Verwandte und die Mitarbeiterin der Aidshilfe folgen.

Mit der inzwischen vorliegenden Vollmacht werden die Duldung und die Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz beantragt. Die vollständige Übernahme der Krankenhauskosten durch das Sozialamt kann erreicht werden. Als die Entlassung näher rückt, muss die Unterbringung in einer Gemeinschaftsunterkunft geregelt werden.

Bei der Regelung all dieser Angelegenheiten wird immer wieder auch über die Zukunft gesprochen. Wie soll es weitergehen? Ist eine Rückkehr ins Heimatland realistisch? Können die Medikamente dort bezahlt wer-

den? Gibt es überhaupt welche? Hilfsorganisationen im Heimatland werden angeschrieben und um Auskunft gebeten. Frau Y. muss eine Entscheidung treffen: Eigentlich wollte sie zurück nach Hause, aber es wird immer unsicherer, ob sie die Therapie dort mit den Medikamenten fortsetzen kann, die sie aufgrund der fortgeschrittenen HIV-Infektion benötigt. Die Auskünfte der Hilfsorganisationen sind eindeutig. Eines der Medikamente, das sie unbedingt benötigt, ist nur schwer beschaffbar und sehr teuer. Also in Deutschland bleiben? Für Frau Y. ist das eine schwere Entscheidung. Sie wird bleiben.

Es gelingt, die Feststellung eines Abschiebungshindernisses aufgrund der HIV-Infektion zu erreichen und nach mehr als drei Jahren schließlich einen geregelten Aufenthaltsstatus zu bekommen. Frau Y. macht in der Zwischenzeit einen Deutschkurs und eine Ausbildung zur Pflegehelferin bei einem Gesundheitsprojekt für Migrantinnen.

HIV-Test und Prävention

Menschen ohne Papiere sind für helfende Organisationen und medizinisches Personal nur schwer erreichbar. Im Jahre 2007 veröffentlichte das europäische Netzwerk von *Médecins du Monde* die Ergebnisse einer Untersuchung über den Zugang dieser Menschen zur medizinischen Versorgung in Europa.¹ In dieser hauptsächlich in sieben Ländern – Belgien, Spanien, Griechenland, Frankreich, Italien, Portugal und Großbritannien – durchgeführten Studie, in der insgesamt 835 Menschen ohne Aufenthaltsstatus befragt wurden, stellte man fest, dass in allen beteiligten Ländern ein kostenloser HIV-Test möglich ist, aber auch, dass die Mehrheit der Befragten (54,2%) nicht wusste, dass sie einen Anspruch darauf haben.

Gerade für Menschen ohne Papiere kann jedoch ein besonderes HIV-Infektionsrisiko bestehen, so etwa dann, wenn sie ihren Lebensunterhalt teilweise oder ganz durch Prostitution erwirtschaften. In dieser Situation sind vor allem Frauen vom Verlust ihrer sexuellen Selbstbestimmung bedroht. Erschwert ist auch der Zugang zu Verhütungsmitteln, unter anderem deshalb, weil dafür kaum Geld vorhanden ist. Der Anteil der HIV-Positiven war in der oben genannten Untersuchung daher sehr hoch: Er betrug 2,3%, wobei Befragte aus Ländern südlich der Sahara besonders stark betroffen waren (14%). In der Allgemeinbevölkerung der EU liegt dieser Anteil dagegen bei 1%.²

¹ *European Survey on undocumented migrants' access to healthcare*, Médecins du Monde European Observatory on Access to Healthcare, June 2007 (<http://www.mdm-international.org/IMG/pdf/rapportobservatoireenglish.pdf>, letzter Zugriff: 8.4.2010)

² *EuroHIV*, Institut de Veille Sanitaire, 2006

Aus medizinischer wie auch präventiver Sicht ist es wichtig, möglichst früh über eine HIV-Infektion Bescheid zu wissen, da eine rechtzeitige und konsequente Behandlung mit antiretroviralen Medikamenten das Fortschreiten der HIV-Infektion verhindern und – unter bestimmten Bedingungen – auch die Infektiosität der Betroffenen senken kann. Das allerdings setzt voraus, dass bei nachgewiesener HIV-Infektion der Zugang zur antiretroviralen Therapie gewährleistet ist, auch wenn jemand keinen Aufenthaltstitel hat.

Was *open.med* tun kann

In der Sprechstunde von *open.med* wird auf jeden Fall versucht, Menschen ohne Papiere zu informieren, wie sie sich und andere vor einer HIV-Infektion schützen können. Dies erfolgt vor allem über mehrsprachige Präventionsbroschüren. Seit kurzem werden in der Sprechstunde auch Kondome ausgelegt. Ein richtiges Beratungsgespräch kann jedoch kaum geführt werden, weil die räumlichen Bedingungen die dafür erforderliche Diskretion nicht zulassen. Hinzu kommen oft Verständigungsschwierigkeiten aufgrund der Sprachenvielfalt in dieser Patientengruppe. Umso problematischer ist dies bei schwangeren Frauen, deren Anteil an der Gesamtzahl der Patienten mit ca. 25% sehr hoch ist: Eine ausführliche und einfühlsame Beratung darüber, wie im Falle einer HIV-Infektion eine Virusübertragung auf das Kind verhindert werden kann, ist hier besonders wichtig, damit die Schwangere eine informierte Entscheidung für oder gegen den Test treffen kann. Deshalb haben wir uns entschlossen, mit dem Merkblatt „Ich bin schwanger. Warum wird allen Schwangeren ein HIV-Test angeboten?“³ zu arbeiten, das bisher aber nur in Deutsch vorliegt. Wir behelfen uns daher mit intern erstellten Übersetzungen ins Englische und Französische.

198

Erfahrungen in der Zusammenarbeit von *open.med* und Münchener AIDS-Hilfe

Bereits in der Konzeptionsphase von *open.med* thematisierten die Mitarbeiterinnen von *Ärzte der Welt* die Frage der Versorgung HIV-positiver Patient(inn)en und die Möglichkeiten für die HIV-Prävention. Sie nahmen Kontakt zur Münchener Aids-Hilfe (MüAH) auf, und es folgten mehrere Gespräche, in denen diese Fragen diskutiert wurden. Zum Start des Projekts war geklärt, dass HIV-positive Patient(inn)en von der MüAH weiter betreut werden können, was medizinische Fragen und die Klärung des Aufenthalts- und Versicherungsstatus betrifft. Die MüAH hat sich bereit erklärt, die medizinische Versorgung bis zur Klärung der Kostenübernahme bei den Münchner HIV-Schwerpunktpraxen kostenlos oder zumindest preisgünstig zu organisieren. Außerdem können Patient(inn)en mit

³ Das vom Gemeinsamen Bundesausschuss herausgegebene Merkblatt findet sich im Internet unter <http://www.g-ba.de> → Informationsarchiv → Patienteninformationen (letzter Zugriff: 18.09.2009).

Beratungsbedarf zu HIV/Aids jederzeit an die Aidshilfe verwiesen werden, da sie über geeignete Räumlichkeiten für ein vertrauliches Gespräch verfügt.

Die gemeinsamen Bemühungen um ein Konzept zur HIV-Prävention in der medizinischen Anlaufstelle von *open.med* befinden sich noch in der Anfangsphase. Bisher wurde von der Aidshilfe fremdsprachiges Informationsmaterial zur Verfügung gestellt. Geplant ist die Verteilung von Kondomen; ist diese Maßnahme erfolgreich, wird die MüAH kontinuierlich Kondome zur Verfügung zu stellen. Da sich auch dort immer wieder Nichtversicherte einstellen, die schnellen und unbürokratischen Zugang zu medizinischer Grundversorgung benötigen, profitiert auch die MüAH von den durch *open.med* bereitgestellten Ressourcen. Bisher gab es in der *open.med*-Anlaufstelle nur wenige Fälle, in denen es um die medizinische Versorgung von nichtversicherten HIV-Positiven ging. In einem Fall galt es, eine Behandlung zu organisieren, um die Zeit bis zum Erhalt einer Krankenversicherung zu überbrücken (die Vermittlung an eine HIV-Schwerpunktpraxis war erfolgreich), in einem anderen Fall vermittelte *open.med* einen Patienten in die psychosoziale und medizinische Beratung der MüAH.

Empfehlungen

Menschen ohne Aufenthaltsstatus und ohne Zugang zu medizinischer Versorgung sind eine von HIV besonders bedrohte Bevölkerungsgruppe. Einrichtungen, die für diese Menschen medizinische Versorgung bereithalten oder dies planen, sollten in ihr Konzept deshalb auch die Möglichkeiten für die Versorgung von HIV-Positiven und für Maßnahmen der HIV-Prävention einbeziehen. Bedacht werden sollte ebenso, wie der für Schwangere empfohlene HIV-Test und die dazu erforderliche Beratung organisiert werden kann und wie im Falle eines positiven Testergebnisses vorgegangen werden soll, wenn die Betroffenen keine Papiere haben. Sinnvoll ist, das Konzept je nach materiellen und räumlichen Gegebenheiten immer wieder neu zu diskutieren und bei Bedarf anzupassen.

Eine enge Zusammenarbeit zwischen Aidshilfen und Einrichtungen mit Angeboten für Menschen ohne Papiere ermöglicht es, eine von HIV besonders betroffene Bevölkerungsgruppe mit medizinischer Versorgung und Maßnahmen der HIV-Prävention zu erreichen, die sonst davon abgeschnitten ist.

„Das Medizinische ist eher der kleinere Teil des Problems“

Interview mit Helmut Hartl

Helmut Hartl ist Facharzt für Haut- und Geschlechtskrankheiten und betreut seit 1995 Patienten mit HIV und Aids – seit 2001 in einer Praxisgemeinschaft in München. Im Dezember 2008 befragte ihn Peter Wiessner zu seiner Arbeit mit Migrantinnen und Migranten.

Helmut, wie viele Patienten kommen in eure Praxis, und wie viele haben keinen deutschen Pass?

Wir haben fast 500 Patienten, davon betreue ich eigenständig um die 200 Patienten, überwiegend schwule Männer. Von diesen 200 sind zwischen zehn und 20 Prozent keine gebürtigen Deutschen.

Was fällt dir als Erstes ein, wenn du an deine Patienten mit Migrationshintergrund denkst?

Ich denke als Allererstes an Sprachschwierigkeiten. Sich nicht in der Muttersprache ausdrücken zu können, ist für alle Beteiligten schwierig, für den Arzt genauso

wie für den Patienten. Was dann meist dazukommt, ist eine schwierige Lebenssituation, sprich: unklarer Aufenthaltsstatus, kein Geld, keine Arbeitsmöglichkeiten, Mehrbettzimmer-Belegung, sehr schwierige soziale Verhältnisse.

Die ganze Palette also. Wie bekommst du das mit?

Üblicherweise erzählen die Patienten davon oder ich frage nach, ob der Aufenthaltsstatus geklärt ist, um herauszufinden, ob sie auch entsprechend betreut werden. Oft besteht die Notwendigkeit, einen Berater der Aidshilfe oder einer anderen Beratungsstelle einzubeziehen.

Wie löst du Sprachprobleme? Man steht doch sicherlich etwas hilflos vor Patienten, die einen nicht verstehen ...

Es ist natürlich ganz gut, wenn man ein paar Fremdsprachen beherrscht. Trotzdem bleibt es problematisch. Englisch geht bei mir ganz gut, Französisch mit Abstrichen, dann wird es immer schwieriger. Ich hatte hier in der Praxis auch schon einmal mit einem Übersetzer zu tun. Aber dann geht das immer hin und her. Und vieles wird vielleicht nicht so übersetzt, wie man sich das wünscht. Bis dann wieder eine Antwort kommt, vergeht einige Zeit. Natürlich geht das irgendwie, aber es bleibt einfach schwierig, für den Arzt und für den Patienten.

Und wenn du nicht genau weißt, was dem Patienten fehlt – rätst du dann einfach?

Das ist eine gute Frage. Auf der einen Seite hast du natürlich nicht nur das, was der Patient dir erzählt, sondern auch Laborwerte oder andere medizinische Informationen, die die Diagnose betreffen und dir weiterhelfen. Aber manchmal ist es wie das Fischen im Trüben.

Oft hört man, dass es Barrieren gibt, die Migranten vom Arztbesuch abhalten. Statistiken besagen, dass sie oftmals zu spät zum Arzt gehen. Kannst du das bestätigen?

Auch ich habe den Eindruck, dass Asylbewerber oder andere Menschen mit Migrationshintergrund relativ spät in die Klinik oder zum Arzt gehen. Das liegt manchmal daran, dass Menschen, die bereits mit einer HIV-Infektion einreisen, erst beim Ausbruch der Krankheit den Arzt in Anspruch nehmen. Wohingegen deutsche HIV-Patienten, die in der Regel eine gute Krankenversicherung haben, auch einfach mal so zum Arzt gehen: für eine Beratung oder eine Kontrolle, für Laboruntersuchungen oder Ähnliches. Das ist bei kranken Migranten zum Teil schwieriger, was sicher auch daran liegt, dass sie das Gesundheitssystem nicht kennen und erst einmal mitbekommen müssen, wie das hier bei uns funktioniert. Manchmal ist es auch das Problem, dass der Aufenthaltsstatus nicht gesichert ist. Die Leute

haben dann Angst, beim Arzt „auffällig“ und dann ausgewiesen zu werden. Sie befürchten, dass der Arzt staatliche Kontrollfunktionen wahrnehmen könnte.

Was wissen Migranten, die zu dir in die Praxis kommen, über HIV und Aids? Gibt es da Unterschiede zu Patienten, die hier geboren und aufgewachsen sind?

In meiner Praxis würde ich eher sagen: nein. Ich habe unter den Migranten Patienten, die sich für die Krankheit interessieren, die auch informiert sind. Die bereits wissen, dass das eine Virusinfektion ist. Die ahnen, dass es in unserem Land Therapiemöglichkeiten gibt und zum Teil auch danach fragen. Aber es gibt natürlich auch welche, die mit großen Augen dastehen und im Prinzip über ihre Erkrankung gar nichts wissen. Dass ist aber auch bei deutschen Patienten so. Auch da gibt es welche, die sich damit auseinandergesetzt haben, die sich in einer Aidshilfe beraten ließen, die etwas darüber gelesen haben. Und natürlich gibt es auch welche, die von Tuten und Blasen keine Ahnung haben. Die einen interessiert es, die anderen nicht. Die meisten liegen irgendwo in der Mitte: Sie sind interessiert an ihrer Gesundheit und möchten wissen, warum sie die Medikamente nehmen müssen und was diese für Folgen haben. Im Laufe der Jahre, in denen sie betreut werden, wird das medizinische Wissen dann auch immer besser.

202

Wie schätzt du es ein: Brauchen wir bessere Informationsmaterialien für Migranten?

Auf der einen Seite ja. Die eine oder andere Broschüre in dieser oder jener Sprache – das würde sicher nicht schaden. Auf der anderen Seite habe ich den Eindruck, dass die Aidshilfe sehr viele fremdsprachige Broschüren hat. Und wenn darauf zurückgegriffen wird, erfüllen sie ihren Zweck. Ansonsten bräuchte man vielleicht eine Broschüre über Sozialrecht und Ähnliches, über Themen wie Aufenthaltsstatus und so weiter. Die gibt es, glaube ich, nur bedingt.

Immer wieder wird berichtet, dass Migranten für HIV und Aids ganz andersartige Bilder und Deutungsmuster haben, was die Verständigung erschweren würde ...

Das ist mir bei Migranten genauso selten passiert wie bei Patienten ohne Migrationshintergrund. Es gibt immer Menschen, die sehr utopische oder exotische Vorstellungen haben. Aber das ist einer von hundert oder einer von tausend Patienten. Ich habe nicht den Eindruck, dass das etwas mit einem Migrationshintergrund zu tun hat.

Oft heißt es auch, Migranten würden Krankheit und Beschwerden anders zur Sprache bringen als Einheimische. Stimmt das?

Auch das würde ich mit „nein“ beantworten. Schmerzen und Leidensfähigkeit sind sehr unterschiedlich ausgeprägt. Es gibt Menschen, die sehr schnell und heftig leiden, das auch zum Ausdruck bringen und dazu Bilder benutzen. Andere haben wiederum eine sehr hohe Leidensfähigkeit – Frauen üblicherweise eine höhere als Männer. Ansonsten beschreiben Migranten körperliche Mängel oder Schmerzen ähnlich oder genauso wie andere Patienten auch.

Hast du den Eindruck, dass Migranten besonders große Probleme haben, die HIV-Infektion und die Folgen eines positiven Testergebnisses zu verstehen?

Das hängt sehr von Bildungshintergrund ab. Ich hatte oft Asylbewerber, die in Afrika beispielsweise ein Technikstudium abgeschlossen hatten. Ich hatte aber auch Menschen, die aus sehr einfachen Verhältnissen kamen. Da macht es sicherlich einen Unterschied, wie bestimmte Dinge erklärt oder vermittelt werden können. Zu Beginn des Kontakts ist es sicher eine besondere Herausforderung, die Dinge einfach darzustellen und klar zu formulieren, sodass sie verstanden werden. Man muss die eigene Sprache und das zu vermittelnde Wissen an den Patienten anpassen. Den schon besser Informierten kann ich am Anfang mehr erzählen, den anderen nur die Basics: virale Erkrankung, lebenslange Therapie, chronisch und nicht notwendigerweise tödlich endend. Aber das geschieht in Schritten. Bei der ersten Begegnung kann man sowieso nicht alles erklären. Und dann ist es auch hier wieder sehr unterschiedlich: Die einen interessieren sich für ihre Erkrankung, sie kommen öfter, lassen sich immer wieder beraten, wollen immer wieder neue Sachen erfahren. Andere kümmern ihre Erkrankung nicht so sehr. Die verlassen sich dann darauf, dass der Arzt die entsprechenden Maßnahmen ergreift.

Und wie sieht es bei der Compliance, der „Therapietreue“ aus? Hast du da irgendwelche Besonderheiten beobachtet?

Was ich beobachte, sind die manchmal sehr schlechten Voraussetzungen für die Compliance. Ich denke jetzt an einen Patienten, der keinen Kühlschrank hatte und Medikamente verschrieben bekam, die er kühl aufbewahren musste. Das war für ihn ein bisschen schwierig. Ein anderer Patient war in einem Drei- oder Vierbettzimmer untergebracht, und es gab nur einen einzigen Kühlschrank, weshalb er diese Medikamente partout nicht haben wollte. Wenn Migranten die Möglichkeiten haben, dann glaube ich, dass ihre Compliance ähnlich gut oder ähnlich schlecht ist wie bei anderen Patienten auch. Manchmal kommt es dazu, dass sie für einen längeren Zeitraum nach Hause fahren, wenn sie das dürfen. Da muss man dann bereits im Vorfeld bestimmte Dinge klären: dass sie die Medikamente mitnehmen, dass man genug dabei hat und Ähnliches. Aber das sind dann eher logistische Probleme. Ansonsten gibt es in meiner Praxis Migranten, die ihre Me-

dikamente zu hundert Prozent nehmen – mit einem super Therapieerfolg –, aber auch welche, die aus besagten Gründen mit ihrer Compliance Probleme haben. Und wahrscheinlich auch, weil sie einfach schlecht strukturiert sind und deshalb mit ihrer Medikamenteneinnahme nicht klarkommen.

Es wird immer wieder behauptet, es sei so schwierig, mit Migranten über Sexualität zu sprechen. Ich denke mal, dass Sexualität in der medizinischen Betreuung hin und wieder ein Thema ist. Was sind deine Erfahrungen?

Sexualität ist für alle Menschen ein wichtiges Thema, gerade auch für Menschen mit HIV. Aber wie sie damit umgehen, ist unterschiedlich. Manche wollen sehr viel darüber wissen; dann wird auch viel über Sexualität oder die Praktiken gesprochen. Andere erzählen nicht so viel und wollen auch nicht so viel erfahren. Ich weiß dann immer nicht, ob man bei diesen Patienten mit der Tür ins Haus fallen soll. Ich rede mit meinen Migranten über Sexualität – ich glaube, nicht viel mehr oder weniger als mit meinen schwulen Patienten. Immer wenn es sich ergibt, wenn ein Aufhänger da ist, wenn Fragen kommen. Bei Frauen ist es oft das Thema Kinderwunsch, bei den Männern mal mehr, mal weniger.

204

Aber es ist noch keiner schreiend davongelaufen, wenn du Sexualität zur Sprache gebracht hast ...

Nein. Einer meiner Patienten hat auch immer wieder nach Kondomen gefragt, weil er sich die nicht leisten konnte. Wir mussten sie für ihn dann immer in der Praxis haben. Und ich gehe davon aus, dass er mit den Kondomen dann auch Sex hat und sie nicht aufbläst (lacht).

Denkst du, dass Ärzte eine spezielle Ausbildung bräuchten, um besser mit Migranten umgehen zu können?

Um das mal böse zu formulieren: Wir Mediziner lernen überhaupt nicht, wie wir mit unseren Patienten umgehen sollen. Wir lernen die Technik und die fachlichen Dinge. Aber Menschenführung oder wie ich mit Patienten spreche, lerne ich nicht. Da wäre eine gewisse Ausbildung in Gesprächsführung und Ähnlichem sicherlich adäquat. Aber ob das jetzt nur in Bezug auf Migranten sein muss, das glaube ich nun wieder nicht. Das Problem ist vor allem die Verständigung, was Fremdsprachen betrifft, und dass man manchmal nicht genügend Zeit hat, um länger mit den Patienten zu sprechen.

Sind die Fragen, die ich dir hier gestellt habe, für deine Arbeit interessant? Waren für dich auch Denkanstöße dabei?

Da gibt es durchaus Denkanstöße. Über das Thema Sex habe ich gerade eben nachgedacht. Ich glaube, mit den Frauen hier in der Praxis rede ich mehr über

Sex als mit den Männern, was, wie gesagt, mit dem Thema Kinderwunsch zusammenhängt. Ich denke an eine Patientin, eine sehr hübsche Afrikanerin, die mir neulich von ihrem Leben überhaupt und ihrem Sexualleben erzählt hat. Was ich spannend fand: Würde sie *nicht* sagen, dass sie HIV-infiziert ist, könnte sie jeden Abend mit einem Kerl ins Bett hüpfen. Aber in dem Moment, wo sie es sagt, verändert sich das ganz ungemein. Das ist ein Dilemma, aber das gleiche, in dem auch ein schwuler Mann steckt. Wenn du vor dem Sex sagst, du bist HIV-positiv, dann kann es gut sein, dass dir der Bub davonläuft. Die Schwulen sind ein bisschen besser an HIV und Aids gewöhnt, von daher sind ihre Chancen wahrscheinlich ein wenig größer. Aber die armen Heteros, die erschrecken dann immer. Und dann sind sie weg.

Hab ich bei meinen Fragen etwas vergessen? Wo du dir vielleicht gedacht hast: Warum fragt er das denn nicht, das wäre doch das Zentrale ...

Nein. Wie gesagt, etwas Zentrales ist das Sozialrecht. Die medizinischen Dinge kriegt man bei Asylbewerbern relativ schnell in den Griff. Aber das ganze Sozial- und Gesundheitssystem, die Gesetzgebung, bei der kein Mensch mehr durchblickt, das ist einfach schwierig. Da braucht einfach jeder, der neu im System ist, eine gute Beratung und Hilfe. Das Medizinische ist eher der kleinere Teil des Problems. Was wir bräuchten, wären eher Broschüren zu den Themen „Wie funktioniert unser Gesundheitssystem?“ oder „Wie kann ich eine fachärztliche Betreuung durchsetzen und in Anspruch nehmen?“

Undokumentierte Migranten mit HIV/Aids in Europa

PICUM – Plattform für internationale Zusammenarbeit zum Thema „undokumentierte Migranten“¹

Diskussionspapier von Michèle LeVoy² für die Konferenz „Das Recht auf HIV/Aids-Prävention, Behandlung, Pflege und Unterstützung für Migranten und ethnische Minderheiten in Europa: die Perspektive der Community“ vom 7. bis 8. Juni 2007 in Lissabon (Portugal), organisiert von der European Aids Treatment Group (EATG) und der Grupo Português de Activistas sobre Tratamentos de VIH/SIDA Pedro Santos (GAT).

Undokumentierte Migranten in Europa

Hierbei handelt es sich um Menschen ohne einen Aufenthaltstitel, der zum regulären Aufenthalt im Zielland berechtigen würde. PICUM hat in seiner Arbeit mit zwei Grundtypen undokumentierter Migranten zu tun:

- ¹ PICUM ist eine Nichtregierungsorganisation, deren Ziel es ist, die Anerkennung der Menschenrechte von undokumentierten Migranten in Europa voranzutreiben. Kontakt: PICUM – Platform for International Co-operation on Undocumented Migrants, Rue Gaucheret 164, 1030 Brüssel, Belgien; Tel: +32/2/2 74 14 39, Fax: +32/2/2 74 14 48, info@picum.org, www.picum.org
- ² PICUM-Geschäftsführerin Michèle LeVoy hat das von ihr verfasste Diskussionspapier im April 2010 aktualisiert. Entwicklungen in der Gesetzgebung seit der Konferenz in Lissabon sind dabei berücksichtigt worden. Übersetzung: Christine Höpfner

- » Menschen, die das Zielland auf legalem Wege erreicht haben, dann aber feststellen mussten, dass sie die beträchtlichen Kosten, die mit der Migration einhergehen, aufgrund sehr begrenzter Chancen auf dem offiziellen Arbeitsmarkt nicht begleichen können
- » Menschen, die das Zielland auf illegalen Wegen erreicht haben und lange Zeit mit knappen Geldmitteln auskommen mussten, vor ihrem Aufbruch aber nicht unbedingt illegal einreisen wollten.

Die Zahl undokumentierter Migranten in Europa wurde im Jahr 2008 auf 3,8 Millionen geschätzt.³ Doch für die politisch Verantwortlichen bleiben sie unsichtbar. Besonders gefordert sind daher lokale Akteure wie z. B. NGOs, Gesundheits- und Bildungsfachkräfte und Behörden, die aber oft nur über begrenzte Ressourcen verfügen, um für die Grundrechte dieser Menschen – einschließlich dem Recht auf Gesundheitsfürsorge, Ausbildung und Schulung, faire Arbeitsbedingungen und Unterkunft – einzutreten. Diese lokalen Akteure müssen tagtäglich miterleben, dass ein beträchtlicher Teil der Bevölkerung aufgrund unregelmäßigen Aufenthalts am Zugang zu sozialen Grundleistungen gehindert wird. Was ihr professionelles Ethos ihnen zu tun aufgibt, kollidiert mit dem von Anschuldigungen geprägten Diskurs zu Menschen ohne Papiere.

Keine Papiere = kein Recht auf Gesundheitsfürsorge?

Für undokumentierte Migranten in Europa ist der Zugang zu Leistungen der Gesundheitsfürsorge allgemein erschwert. Zwar haben die EU-Mitgliedstaaten zahlreiche internationale Übereinkommen zum Schutz der Menschenrechte ratifiziert, die jedem Menschen (unabhängig von seinem verwaltungsrechtlichen Status) ein Grundrecht auf Gesundheitsfürsorge zusichern. Doch in vielen europäischen Ländern weichen die Gesetze und die Praxis von diesen Verpflichtungen ab.⁴

Eine Verbesserung des Zugangs zur Gesundheitsfürsorge für undokumentierte Migranten ist dringend erforderlich, denn es hat sich erwiesen, dass ein mangelnder Zugang nicht nur für diese Gruppe, sondern für die öffentliche Gesundheit allgemein ernste Folgen hat.

Wie die von PICUM durchgeführten Untersuchungen und die Erfahrungen der im Netzwerk vertretenen Organisationen zeigen, bestehen zwischen den EU-Mitgliedstaaten große Unterschiede, was die rechtlichen Ansprüche undokumentierter Migranten auf Basisleistungen der Gesundheitsfürsorge angeht. Allgemein ist Folgendes zu beobachten:

³ *Clandestino Project "Undocumented Migration": Counting the Uncountable – Data and Trends across Europe, 2009* (http://irregular-migration.hwwi.net/typo3_upload/groups/31/4.Background_Information/4.2.Policy_Briefs_EN/ComparativePolicyBrief_SizeOfIrregularMigration_Clandestino_Nov09_2.pdf; letzter Zugriff: 19. Mai 2010)

⁴ *Siehe Luca Bicchieri und Michele LeVoy: Undocumented Migrants Have Rights! An Overview of the International Human Rights Framework. PICUM, März 2007* (<http://www.picum.org/sites/default/files/data/UndocumentedMigrantsHaveRights!.pdf>; letzter Zugriff: 21. Mai 2007)

- » In einigen Mitgliedstaaten haben undokumentierte Migranten keinen Zugang zur staatlich bezuschussten Gesundheitsfürsorge, sondern können Leistungen nur gegen Bezahlung in Anspruch nehmen (z. B. Schweden und Österreich).
- » Einige Mitgliedstaaten (wie etwa Deutschland) gewähren Zugang zu bezuschussten Leistungen in sehr wenigen Fällen.
- » Einige Mitgliedstaaten verfügen über „parallele“ Leistungen der Gesundheitsfürsorge für undokumentierte Migranten (z. B. Frankreich, Belgien, Niederlande).
- » Einige Mitgliedstaaten bieten undokumentierten Migranten kostenlose Leistungen der Gesundheitsfürsorge zu fast gleichen Bedingungen wie ihren Staatsbürgern an (so etwa Spanien und Italien).⁵

Hinzu kommt bei allen relevanten Akteuren (lokalen Behörden, Anbietern gesundheitsbezogener Leistungen, Nichtregierungsorganisationen und nicht zuletzt auch den undokumentierten Migranten selbst) ein Mangel an klaren Definitionen und ein geringes Bewusstsein hinsichtlich der rechtlichen Ansprüche auf Leistungen der Gesundheitsfürsorge. Dies führt dazu, dass eine große Zahl undokumentierter Migranten in ganz Europa keinen Zugang zu angemessenen Leistungen hat.

In den letzten Jahren war in Europa die Tendenz zu beobachten, den Zugang zur Gesundheitsfürsorge für undokumentierte Migranten einzuschränken und ihn stärker an die Einwanderungspolitik zu koppeln. Solche Strategien untergraben nicht nur fundamentale Menschenrechte, sondern überfordern auch Migranten-Communities, die häufig ohnehin schon marginalisiert sind und in prekären Verhältnissen leben. „Auseinandersetzungen über den Einwanderungsstatus gehen oft zu Lasten von Fürsorge und Behandlung, sodass Kranke nicht behandelt werden und nur von Mitgliedern ihrer Community unterstützt werden, die selbst nur über ein Minimum an Einkommen und sozialen Leistungen verfügen.“⁶

Undokumentierte Migranten mit HIV/Aids gehören heute zu den besonders vulnerablen Gruppen in Europa. Sie werden als Migranten diskriminiert und leben aufgrund ihres unsicheren Rechtsstatus in prekären Verhältnissen. Mit einer schweren Krankheit ist es extrem schwierig, für den Lebensunterhalt und das Überleben zu sorgen, und wer im informellen Sektor arbeitet, sieht sich häufig von Arbeitgebern missbraucht und ausgebeutet. Hinzu kommt die Stigmatisierung aufgrund von HIV/Aids und vielleicht sogar die Zurückweisung durch Mitglieder der eigenen ethnischen Community.

⁵ Diese Information basiert auf einer Untersuchung, die PICUM in elf EU-Mitgliedstaaten durchgeführt hat (Österreich, Belgien, Frankreich, Deutschland, Ungarn, Italien, Niederlande, Portugal, Spanien, Schweden und Großbritannien). Siehe PICUM: Access to Health Care for Undocumented Migrants in Europe. PICUM, November 2007 (<http://www.picum.org/sites/default/files/data/Access%20to%20Health%20Care%20for%20Undocumented%20Migrants.pdf>; letzter Zugriff: 27. April 2010)

⁶ Siehe AIDS and Mobility Europe: Preface: The ideal of migrant-friendly health care. In: How HIV-positive people with an uncertain residence status survive in Europe: You can speak! AIDS and Mobility Europe, 2006, S. 2 (<http://w55.e-vision.nl/systeem3/images/WG%20IV%20-%20You%20can%20speak.pdf>; letzter Zugriff: 18.03.2010)

Zugang zum HIV-Test und zur Behandlung

Wer in Schweden HIV-positiv ist und keinen legalen Aufenthaltsstatus hat, wird bei Entdeckung in das Herkunftsland zurückgeschickt. Das geschah Sebastian, der die Kosten für seine Arztbesuche selbst tragen musste. Undokumentierte Migranten mit HIV behandelt das schwedische Gesundheitssystem nicht wie Staatsbürger, obwohl nach schwedischem Recht das Hauptinteresse des Arztes der Gesundheit des Patienten gilt. Diese Patienten sehen sich in Schweden zu einem langsamen und stillen Tod verurteilt, da antiretrovirale Medikamente nur für schwedische Staatsbürger erhältlich sind. Für undokumentierte Migranten wie Sebastian gibt es keinen Ausweg.⁷

Im Interesse der öffentlichen Gesundheit bietet man undokumentierten Migranten in fast allen EU-Mitgliedstaaten anonyme und kostenlose HIV-Tests an. Das gilt jedoch nicht immer für die Behandlung der HIV-Infektion. PICUM-Untersuchungen auf diesem Gebiet ergeben folgendes Bild:⁸

- » Einige EU-Mitgliedstaaten stellen für undokumentierte Migranten mit HIV/Aids in bestimmten Fällen und unter bestimmten Voraussetzungen kostenlose Behandlung bereit (z. B. Belgien, Frankreich, Italien, Niederlande, Spanien und Portugal).
- » In einigen EU-Mitgliedstaaten werden undokumentierte Migranten mit HIV/Aids nur gegen Bezahlung medizinisch behandelt (z. B. Österreich, Schweden und Großbritannien).
- » In Deutschland haben undokumentierte Migranten im Rahmen des AsylbLG⁹ Zugang zu Versorgungsleistungen¹⁰, wenn sie einen vom Sozialamt ausgestellten Krankenschein vorlegen können. Bis 2009 waren die Einrichtungen des öffentlichen Gesundheitsdienstes und der Verwaltungen jedoch verpflichtet, Menschen mit ungeregeltem Aufenthaltsstatus an die Ausländerbehörde zu melden, wodurch dieser Zugang außer Kraft gesetzt wurde. Durch eine im September 2009 erlassene Verwaltungsvorschrift wurde die Pflicht der Krankenhausverwaltungen und Sozialhilfebehörden, diese Menschen zu melden, jedoch zurückgenommen.¹¹

210

7 Siehe *AIDS and Mobility Europe: Sweden: Mikael's testimony about his friend Sebastian: Denied the medication he needed to live*. In: *How HIV-positive people with an uncertain residence status survive in Europe: You can speak! AIDS and Mobility Europe, 2006, S. 27–29* (<http://w55e-vision.nl/systeem3/images/WG%20IV%20-%20You%20can%20speak.pdf>, letzter Zugriff: 18.03. 2010)

8 Siehe PICUM: *Access to Health Care for Undocumented Migrants in Europe*. PICUM, November 2007

9 Anm.d.Red.: Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz für ausreisepflichtige Ausländer (dazu zählen i.d.R. undokumentierte Migranten) umfassen die Behandlung von akuten Schmerzzuständen und die notwendige Versorgung von chronischen Erkrankungen, um deren Verschlechterung zu verhindern.

10 HUMA Network: *Access to Health Care for Undocumented Migrants and Asylum Seekers in 10 EU Countries, 2009* (<http://www.huma-network.org/News-Press-Releases/Access-to-health-care-A-fundamental-right-not-respected-in-Europe>; letzter Zugriff: 27. April 2010)

11 Allgemeine Verwaltungsvorschrift zum Aufenthaltsgesetz vom 19.9.2009, Nr. 88.2.3, (http://www.forum-illegalitaet.de/Kath_Forum_Erl_uterung_AVV_Aufenthalts-gesetz.pdf; letzter Zugriff: 27. April 2010)

In vielen EU-Mitgliedstaaten, in denen kein Rechtsanspruch auf eine HIV-Therapie besteht, bietet das Gesetz die Möglichkeit, eine Aufenthaltserlaubnis aus medizinischen oder humanitären Gründen zu beantragen. Sie zu erhalten, ist in der Praxis jedoch sehr schwierig. Hinzu kommt, dass die Verfahrensweisen und Kriterien dem Ermessen der Behörden überlassen sind.

Angesicht der oben dargestellten Schwierigkeiten, undokumentierten Migranten mit HIV/Aids eine Behandlung zu ermöglichen, spielen zivilgesellschaftliche Organisationen und lokale Akteure eine entscheidende Rolle. Überall in Europa gibt es Organisationen und Krankenhäuser, die für Migranten ohne Papiere den Zugang zur Behandlung sicherstellen wollen und dazu alle verfügbaren Strategien anwenden. Doch manchmal können selbst sie diese extrem ausgeschlossene Migrantengruppe nicht erreichen. Viele von ihnen kommen dann nur noch zum Sterben ins Krankenhaus.

Migration und HIV/Aids

Empfehlungen der Community

Die „Empfehlungen der Community“ basieren auf der europäischen Konferenz „Das Recht auf HIV/Aids-Prävention, Behandlung, Pflege und Unterstützung für Migranten und ethnische Minderheiten in Europa: Die Perspektive der Community“, veranstaltet vom 7. bis 8. Juni 2007 in Lissabon.¹ Sie wurden erstmals beim EU-Treffen der nationalen AIDS-Koordinatoren vorgestellt, das unter dem Motto „Prinzipien in Taten umsetzen“ vom 12. bis 13. Oktober 2007 in Lissabon stattfand, und anschließend bei verschiedenen weiteren Veranstaltungen, z. B. auf der Aids-Konferenz Osteuropas und Zentralasiens (EECAAC) 2008 in Moskau. Hier eine Wiedergabe des in englischer Sprache verfassten Dokuments in der deutschen Übersetzung:

Hintergrund

Migration ist eine globale Wirklichkeit. Mit zunehmender Globalisierung nimmt auch die grenzüberschreitende Mobilität zu. Migration wird durch viele „Push-

¹ Maßgeblich verantwortlich für die Planung und Durchführung der Konferenz in Lissabon sowie die Entwicklung und Verbreitung der hier vorgestellten Empfehlungen waren Luis Mendão, Raminta Stuiškyte und Peter Wiessner.

und Pull-Faktoren“ gefördert und aufrechterhalten, z. B. Nachfrage nach ausgebildeten Fachkräften und Hilfsarbeitern, Familienzusammenführung, soziale und wirtschaftliche Ungleichheit, Krieg, Verfolgung, Menschenrechtsverletzungen oder Armut. Dadurch kann sich eine Dynamik entwickeln, die Einzelne wie auch ganze Bevölkerungsgruppen zur Migration bewegt.

Im Jahr 2005 betrug der Anteil der Migrant(inn)en an der Weltbevölkerung drei Prozent.² Im selben Jahr suchten 8,4 Mio. Flüchtlinge³ Sicherheit und Schutz – die Hälfte von ihnen waren Frauen, weshalb man von einer Feminisierung der Migration spricht. Auch die Migrationsrouten haben sich geändert. Zu den traditionellen Zielländern (wie Australien, Kanada, Neuseeland, Großbritannien oder die USA) sind neue hinzugekommen (z. B. Irland, Italien, Norwegen oder Portugal), manche Länder haben als Durchgangsstation an Bedeutung gewonnen (so etwa Spanien, Portugal oder Frankreich). Zugenommen haben ebenso die Arbeitsmigration von Menschen aus Mitteleuropa, Osteuropa und Zentralasien sowie kurzfristige zirkuläre Migrationsbewegungen. Durch die EU-Erweiterungen 2004 und 2007 wurde die Niederlassungsfreiheit ausgebaut; außerdem kam es zu transnationalen Übereinkommen, was zu einem bedeutenden Zuwachs an Mobilität geführt hat.

Migrant(inn)en in Europa sind folglich eine äußerst heterogene Gruppe mit vielen Querverbindungen und Überschneidungen. Dabei kann es sich um Männer, Frauen oder Kinder handeln, um Menschen aus EU-Staaten, Nicht-EU-Staaten, Osteuropa und Zentralasien, um Angehörige ethnischer Minderheiten oder Nachkommen von Migrant(inn)en. Die globale Migration verändert und bereichert Gesellschaften und ist zugleich integraler Bestandteil der Weltwirtschaft. Die von Migranten getätigten Überweisungen in ihre Herkunftsländer belaufen sich pro Jahr auf über 170 Milliarden Euro.⁴ Migranten transportieren neue Kenntnisse, Fertigkeiten und Erfahrungen in ihre Herkunftsländer und tragen in den Zielländern entscheidend zu Wirtschaftswachstum und -entwicklung und zu kultureller Vielfalt bei.

Restriktive Gesetze, soziale Ausgrenzung und Stigmatisierung bringen Migrant(inn)en und ethnische Minderheiten in eine prekäre Situation. Oft werden sie mit einer Politik konfrontiert, die fremdenfeindliche und rassistische Einstellungen schürt und für ihre eigenen Zwecke nutzt. Migrant(inn)en werden dadurch rechtlich und sozioökonomisch beeinträchtigt und zugleich am Zugang zu Gesundheitsfürsorge, HIV-Prävention und medizinischer Behandlung behindert.

2 United Nations Department of Economic and Social Affairs/Population Division: *International Migration 2006* (http://www.un.org/esa/population/publications/2006Migration_Chart/Migration2006.pdf; letzter Zugriff: 24.2.2010)

3 UNHCR global refugee tally at 26-year low, but more internally displaced (<http://www.unhcr.org/cgi-bin/texis/ux/news/opendoc.htm?tbl=NEWS&id=448915214>; letzter Zugriff: 24.2.2010)

4 Siehe Abteilung der Vereinten Nationen für wirtschaftliche und soziale Angelegenheiten/Bevölkerungsabteilung: *Trends in Total Migrant Stock: The 2005 Revision* (http://www.un.org/esa/population/migration/hld/Text/Migration_factsheet.pdf; letzter Zugriff: 24.2.2010)

Migrantinnen und Migranten weisen ein erhöhtes Risiko für HIV-Infektionen auf, was auf die Bedingungen des Migrationsprozesses zurückzuführen ist. Marginalisierte Gruppen⁵ wie z. B. Menschen ohne Papiere, Sexarbeiter/innen, von Menschenhandel Betroffene, ethnische Minderheiten, intravenös Drogen Gebrauchende, Männer, die Sex mit Männern haben (MSM), Inhaftierte⁶ und mit HIV/Aids lebende Menschen werden leicht zu Opfern von Ausbeutung, Gewalt und Ausgrenzung. Hohe Mobilität, ungesicherter Aufenthaltsstatus, soziale Ausgrenzung, Sprachprobleme und kulturelle Differenz, Mangel an Information, Bildung und Arbeit, fehlender oder unzureichender Zugang zu Prävention, Schadensminimierung und gesundheitlicher Versorgung: all dies trägt zur Vulnerabilität von Migrant(inn)en teil. Gegen Menschen mit HIV erlassene Einreise- und Aufenthaltsbeschränkungen⁷ sowie Abschiebung stellen eine Verletzung der Menschenrechte dar und können Leben und Gesundheit bedrohen.

Die europäischen Staaten haben sich verpflichtet, das Recht auf Gesundheit zu realisieren: Es handelt sich um ein Menschenrecht, das allen Menschen ungeachtet ihres Status oder ihrer Staatsangehörigkeit gleichermaßen zusteht.⁸ Aus diesem Grund müssen HIV-Prävention, medizinische Behandlung, Pflege und Unterstützung für alle zugänglich sein. Die europäischen und zentralasiatischen Regierungen sind im Hinblick auf die HIV-Infektion strenge Verpflichtungen eingegangen, die unter anderem auch die Situation von Migrant(inn)en und ethnischen Minderheiten berücksichtigen, so etwa die Erklärung der UNGASS zu HIV/Aids (2001), die Erklärungen von Dublin (2004), Vilnius (2004) und Bremen (2007) oder die Resolution der Generalversammlung der Vereinten Nationen (2006). Auf den Prinzipien von Gleichheit und Partizipation gründende Ansätze werden für die HIV/Aids-Bekämpfung als wesentlich erachtet. Doch die Angebote der Gesundheitsfürsorge und HIV-Prävention wie auch der medizinischen Versorgung reichen weder aus, noch berücksichtigen sie die spezifischen Bedürfnisse von Migrant(inn)en und ethnischen Minderheiten. Durch ihre Ausrichtung verstärken einige Programme sogar noch das Maß an Ausgrenzung und Marginalisierung, statt einen Zugang für alle zu garantieren.

Die folgenden „Empfehlungen der Community“ sollen die Umsetzung notwendiger Maßnahmen unterstützen und fördern. Sie fassen die wichtigsten Anliegen

5 Die genannten Gruppen überschneiden sich häufig, was mehrfache Diskriminierung zur Folge haben kann.

6 Dazu gehören sowohl aufgrund einer kriminellen Straftat Verurteilte wie auch Untersuchungs- oder Abschiebehäftlinge.

7 Mehr als 100 Staaten haben Einreisebeschränkungen gegen Menschen mit HIV/Aids erlassen, wie eine Studie der Deutschen AIDS-Hilfe e. V. belegt. Die entsprechenden Daten finden sich unter <http://www.hiurestrictions.org>.

8 Artikel 25 der Allgemeinen Erklärung der Menschenrechte (1948); Artikel 2 des Internationalen Pakts über bürgerliche und politische Rechte (1976); Artikel 12 des Internationalen Pakts über wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte (1976); Artikel 5 des Internationalen Übereinkommens über die Beseitigung jeder Form von Rassendiskriminierung (1969); Artikel 12 der UN-Konvention zur Beseitigung jeder Form von Diskriminierung der Frau (1981); Artikel 24 des Internationalen Übereinkommens über die Rechte des Kindes (1990); Artikel 11 und 13 der (revidierten) Europäischen Sozialcharta (1999); Artikel 35 der Charta der Grundrechte der Europäischen Union (2000).

der Konferenzteilnehmer/innen zusammen und bringen zugleich die Stimmen von Migrant(inn)en und ethnischen Minderheiten zum Ausdruck. Eingeflossen sind die Kenntnisse und Erfahrungen vieler Expertinnen und Experten, die in den Bereichen HIV/Aids, Migration, ethnische und kulturelle Minderheiten tätig sind.⁹ Mit den Empfehlungen wollen wir politischen Entscheidungsträgern, nationalen Aids-Koordinatoren und anderen Interessensvertretern relevante Informationen übermitteln und zugleich den Handlungsbedarf in diesem Bereich verdeutlichen. Partnerorganisationen und andere Kooperationspartner sollen auf nationaler und internationaler Ebene mit Hilfe der Empfehlungen darauf hinwirken, dass die Perspektiven der Community berücksichtigt werden.

Prinzipien

Aufgrund unserer Erfahrungen als gemeinnützige Organisationen wollen wir folgende Grundsätze für die Umsetzung integrativer Strategien hervorheben:

Ausrichtung der Programme an den Menschenrechten

Migrant(inn)en als „Risikopopulation“ mit besonderem Bedarf an HIV-bezogenen Dienstleistungen zu behandeln, birgt die Gefahr, dass bestimmte Gruppen noch stärker stigmatisiert werden. Daher sollten Programme entwickelt werden, die den Zugang zu gesundheitsbezogenen Dienstleistungen als Menschenrecht deklarieren. Artikel 12 des Internationalen Pakts über wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte¹⁰ besagt, dass jeder Mensch ein Recht auf das für ihn erreichbare Höchstmaß an körperlicher und geistiger Gesundheit hat, ungeachtet seiner Rasse, Religion und politischen Anschauung, seiner wirtschaftlichen oder sozialen Stellung. Die Staaten sind verpflichtet, innerhalb ihres Hoheitsgebietes die Menschenrechte aller – unabhängig von der Staatsangehörigkeit – zu respektieren, durchzusetzen und zu schützen. Sie sind daher zu angemessenen Maßnahmen auf den Ebenen Legislative, Verwaltung, Budgetierung, Gerichtsbarkeit usw. verpflichtet, um den Menschenrechten – insbesondere dem Recht auf Gesundheit – Geltung zu verschaffen. Die Staaten sind darauf hinzuweisen, diese Verpflichtung zu erfüllen, auf dass die Rechte besonders schutzbedürftiger und marginalisierter Populationen gewahrt werden.

Förderung der öffentlichen Gesundheit

Der für alle gesicherte Zugang zu HIV/Aids-Prävention, medizinischer Behandlung und Versorgung ist nicht nur eine Frage der Menschenrechte, sondern zugleich

⁹ Die Liste der Unterzeichner findet sich im Anhang.
¹⁰ Vgl. *United Nations, Economic and Social Council: The right to the highest attainable standard of health, 11/08/2000* ([http://www.unhchr.ch/tbs/doc.nsf/\(Symbol\)/40d009901358b0e2c1256915005090be?Opendocument](http://www.unhchr.ch/tbs/doc.nsf/(Symbol)/40d009901358b0e2c1256915005090be?Opendocument); letzter Zugriff: 25.2.2010)

kosteneffizient und förderlich für die öffentliche Gesundheit. Schadensmindernde Maßnahmen (z. B. Bereitstellung von sterilen Spritzbestecken und Kondomen, zugehende Sozialarbeit, Peer Education, Substitutionsprogramme) haben sich in Freiheit wie auch unter Haftbedingungen als wirksam und effizient erwiesen. Die hochaktive antiretrovirale Therapie (HAART) vermag die Erkrankungs- und Sterblichkeitsrate bei Menschen mit HIV/Aids nachweislich zu senken, und sie ermöglicht ihnen die Teilhabe am sozialen und Erwerbsleben. Außerdem senkt sie die Viruslast und verringert dadurch die Wahrscheinlichkeit einer HIV-Übertragung, was der öffentlichen Gesundheit wie auch der Gesellschaft insgesamt zugute kommt.

Politisches Engagement

Die Förderung Community-gestützter Maßnahmen durch die Regierungen ist ein wichtiger Beitrag zur Entwicklung erfolgreicher und nachhaltiger Interventionsprogramme. Deshalb sollen Programme, die ihre Zielgruppen in die Planung, Durchführung und Evaluierung aktiv einbeziehen, politisch und finanziell unterstützt werden. Diesen Ansatz verfolgen bereits mehrere europäische und internationale Partnerschaften, in denen lokale Einrichtungen mit Vertreter(inne)n ethnischer Gruppen kooperieren. Sie spielen eine entscheidende Rolle bei der Förderung der Rechte marginalisierter Gruppen.

216

Umfassende Ansätze im Bereich sexuelle und reproduktive Gesundheit

Sex ist einer der Hauptübertragungswege von HIV; die Einbindung von Dienstleistungen für sexuelle und reproduktive Gesundheit und von HIV/Aids-Initiativen in Community-gestützte Programme ist daher wichtig. Prävention, Behandlung und Versorgung schließen hier immer auch Aufklärung und Beratung zu Safer Sex, Verhütung, Schwangerschaft und Geburt ein. Die Programme sollten so angelegt sein, dass sie möglichst viele Menschen erreichen, wobei Frauen, Mütter und Mädchen aus Migrant*innen-Communities und ethnischen Gruppen besonders zu berücksichtigen sind.

Einbindung marginalisierter Gruppen

Ein für alle garantierter Zugang zu gesundheitsbezogenen Einrichtungen, Gütern und Dienstleistungen wirkt sich auf Einzelne und die Gesellschaft als Ganzes positiv aus. Integrative Ansätze spielen dabei eine besondere Rolle, weil sich gesundheitsfördernde Botschaften damit besser und breiter kommunizieren lassen. Die Einbindung marginalisierter Gruppen – z. B. Migrant*innen, ethnische Minderheiten, HIV-Positive, Drogengebraucher*innen, MSM, Menschen in Haft, Sexarbeiter*innen – in Politikentwicklung sowie Planung, Durchführung und Evaluierung von Dienstleistungen ist unverzichtbar, wenn es darum geht, deren Qualität und Zugänglichkeit zu verbessern.

Empfehlungen

Um den Zugang zu allgemeinen gesundheitlichen Leistungen für alle sicherzustellen und dem Recht von Migrant(inn)en und ethnischen Minderheiten auf HIV/Aids-Prävention, medizinische Behandlung und Versorgung Geltung zu verschaffen, plädieren die unterzeichnenden Organisationen auf die Umsetzung folgender Empfehlungen:

Allgemeine Empfehlungen

1. Wir rufen alle beteiligten Akteure auf, das Recht auf Gesundheit als unveräußerliches Menschenrecht anzuerkennen und den Zugang zu gesundheitsbezogenen Einrichtungen, Gütern und Dienstleistungen für alle sicherzustellen. Für besonders schutzbedürftige und marginalisierte Gruppen – z. B. ethnische Minderheiten, Menschen ohne Papiere oder Sexarbeiter/innen, Häftlinge und Drogengebraucher/innen mit Migrationshintergrund – bedarf es dazu besonderer Maßnahmen.
2. Die Einbeziehung von Migrant(inn)en und ethnischen Gruppen (einschließlich Menschen mit HIV/Aids, intravenös Drogen Gebrauchende, Transgender, MSM, Sexarbeiter/innen und Opfer von Menschenhandel) in alle Phasen der Entwicklung, Durchführung und Evaluierung von Interventionsprogrammen ist unverzichtbar.
3. Wir empfehlen Entscheidungsträgern die Anwendung kultur-, religions- und sprachsensibler Ansätze, die den verschiedenen kulturellen Hintergründen und den Bedürfnissen von Migrant(inn)en und ethnischen Minderheiten Rechnung tragen.
4. Wir plädieren für die Beendigung schädlicher Praktiken wie z. B. die Abschiebung von Menschen mit HIV/Aids. Es ist nicht hinzunehmen, dass Menschen an Orte deportiert werden, an denen Behandlung und Pflege nicht garantiert werden kann. Der Unterdrückung, Kriminalisierung und Illegalisierung marginalisierter und stigmatisierter Gruppen sollte unbedingt ein Ende gesetzt werden: Solche Praktiken behindern erheblich den Zugang zu HIV/Aids-Prävention, medizinischer Behandlung und Versorgung.
5. Dringend erforderlich und unterstützenswert in ganz Europa sind Maßnahmen, die auf Bewusstseinsbildung, Lobbying, Schulung sowie Wissens- und Informationsaustausch im Hinblick auf Migration und HIV/Aids zielen.

Empfehlungen für politische Entscheidungsträger

1. Politische Entscheidungsträger sollten wahrnehmen, dass Migrant(inn)en und ethnische Minderheiten nur begrenzt Zugang zu gesundheitsbezogenen Dienstleistungen haben, und dies auf höchster politischer Ebene zur Sprache bringen.
2. Auf die gesundheitlichen Bedürfnisse marginalisierter Gruppen (einschließlich Menschen ohne Papiere sowie intravenös Drogen Gebrauchende, Transgender, Sexarbeiter/innen, Inhaftierte und HIV-Positive mit Migrationshintergrund) zielende Strategien sollten in die Strategien der öffentlichen Gesundheitsförderung aufgenommen werden und einen integralen Bestandteil nationaler und internationaler Aktionspläne bilden.
3. Die Gesundheitspolitik sollte den universellen Zugang zu Prävention, Behandlung und Versorgung als zentrales Element der Gesundheitsförderung in den Vordergrund rücken. Auf Ausweisung und Repression sollte verzichtet werden, da sie vulnerable Gruppen noch verletzbarer machen und den Weg zu einem für alle garantierten Zugang zu Prävention, Behandlung und Versorgung behindern.
4. Politik und Gesellschaft sollten erkennen, dass die globale Migration keine sozialen und wirtschaftlichen Lasten verursacht, sondern viele Vorteile bringt.
5. Europäische und nationale Gesetze sollten harmonisiert werden, um Antidiskriminierungsgesetze verankern und die Rechte schutzbedürftiger Gruppen wahren zu können.
6. Alle Staaten sollten internationale Kooperationen und die Vernetzung aller Verantwortlichen unterstützen, um den gesundheitlichen Belangen von Migrant(inn)en Geltung verschaffen zu können.
7. Gesetzliche Bestimmungen, die den Zugang zu nationalen Gesundheitssystemen für EU-Bürger und andere sich in der EU aufhaltende Personen reglementieren und damit das Recht auf Bewegungsfreiheit einschränken, sollten abgeschafft werden.
8. Der Öffentliche Gesundheitsdienst sollte mit Vertretern der Communities auf allen Ebenen eng zusammenarbeiten und sicherstellen, dass Dienstleistungen und finanzielle Mittel gleichmäßig verteilt werden.
9. Zu einer umfassenden Strategie der HIV-Prävention bei Migrant(inn)en in Haft gehört nicht zuletzt, dass die Zahl der Inhaftierten verringert wird: Überfüllte Gefängnisse wirken sich negativ auf die Gesundheit der Gefangenen aus und tragen zur Ausbreitung von HIV bei. Deshalb gilt es, Alternativen zur Haft verstärkt zu fördern. Haft aus aufenthaltsrechtlichen Gründen sollte so weit wie möglich vermieden werden. Die Verantwortung für die Erbringung gesundheitlicher Leistungen in Gefängnissen und Abschiebeeinrichtungen sollte nicht bei den Justiz- oder Innenministerien verbleiben, sondern den Gesundheitsministerien übertragen werden.

Empfehlungen für das Gesundheitswesen

1. Da Gesundheit weit mehr ist als die Abwesenheit von Krankheit, ist ganzheitlichen Ansätzen der Vorzug zu geben. Das Thema HIV sollte in den Bereich „sexuelle und reproduktive Gesundheit“ eingebettet werden. Die Vernetzung von Dienstleistungen und die Einbindung von Psycholog(inn)en, Sozialarbeiter(inne)n, Sozialpädagog(inn)en usw. ist wesentlicher Bestandteil einer ganzheitlichen und umfassenden Behandlung. Diese gilt es ausreichend zu finanzieren und für alle – einschließlich Menschen ohne Papiere und Inhaftierte – zugänglich zu machen.
2. Um allen Menschen Zugang zu gesundheitsbezogenen Einrichtungen, Gütern und Dienstleistungen zu verschaffen, sollten sich die Akteure des Gesundheitswesens aktiv für entsprechende Anpassungen einsetzen. Dazu gehören strukturelle Veränderungen genauso wie die Beschäftigung von zwei- oder mehrsprachigen Mitarbeiter(inne)n und von Kulturmediator(inn)en. Zudem sollte auf allen Dienstleistungsebenen auf Wissens- und Kompetenzerwerb sowie Weiterbildung gesetzt werden.
3. HIV-Tests sind immer – auch in Gefängnissen und Abschiebeeinrichtungen – auf freiwilliger Basis durchzuführen und in eine Beratung vor und nach der Testdurchführung einzubetten. Die Befunde sind streng vertraulich zu behandeln. Zwangstests sind unethisch, verstärken die Stigmatisierung von Betroffenen und untergraben die Bemühungen um Aufklärung und Prävention.
4. Nationale Aids-Komitees sollten Vertreter/innen von Migranten-Communities und ethnischen Minderheiten als Delegierte einberufen.
5. Da Prävention kosteneffizient ist, sollte das Gesundheitswesen rechtzeitig in kultursensible Präventionsprogramme investieren.
6. Um in der gesundheitlichen Versorgung Kontinuität zu gewährleisten, sollte der Zugang zu entsprechenden Leistungen sowohl in den Zielländern als auch den Herkunftsländern überprüft und evaluiert werden.

Empfehlungen für Anbieter sozialer Dienstleistungen

1. Kultur- und gendersensible Ansätze, die den Bedürfnissen marginalisierter Gruppen Rechnung tragen, sollten besonders gefördert werden – dies vor allem dann, wenn es um so schwierige Themen wie sexuelle und reproduktive Gesundheit geht.
2. Nur auf die Mehrheitsbevölkerung zielende Ansätze sollten möglichst vermieden werden. Vielmehr sollte man auf die Einbeziehung von Migrant(inn)en und Vertreter(inne)n anderer marginalisierter Gruppen setzen.
3. Anbieter von sozialen Dienstleistungen sollten mit Migranten-Communities und ethnischen Minderheiten Koalitionen und Partnerschaften bilden und gemeinsam nachhaltige Programme der Schadensminimierung entwickeln.

4. Den Bedürfnissen von Migrant(inn)en und ethnischen Minderheiten kann am besten im Rahmen zugehender Arbeit entsprochen werden. Peer-Education und Kulturmediation eignen sich besonders für die Arbeit mit schutzbedürftigen Gruppen.
5. Die Mitarbeiter/innen sozialer Einrichtungen sollten geschult, informiert und sensibilisiert werden, um auf die speziellen Bedürfnisse schutzbedürftiger Gruppen angemessen reagieren und Diskriminierung vermeiden zu können.

Empfehlungen für die Communities

1. Politische Entscheidungsprozesse und Entwicklungen in Hinblick auf Migration und HIV sollten von Minderheiten wie z. B. afrikanischen Communities, Roma und Sinti oder osteuropäischen Migrant(inn)en auf internationaler, nationaler und regionaler Ebene durch aktive Mitwirkung beeinflusst und gestaltet werden. Dabei gilt es, vor allem auch Frauen und Jugendliche einzubinden.
2. Community-Vertreter/innen sollten durch Mitwirkung an politischen Entscheidungsprozessen die Anliegen ihrer Gruppe auf höherer politischer Ebene platzieren. Sie sollten sich an Forschungsprojekten beteiligen und zur Bewusstseinsbildung in den Medien beitragen, um eine nicht diskriminierende Berichterstattung zu befördern.
3. Kooperationen verschiedener Organisationen und Partnerschaften sollten ausgebaut werden: Sie leisten einen wertvollen Beitrag zum Erwerb von Wissen und Handlungskompetenz sowie zur Förderung von Information, Aufklärung und Kommunikation in den einzelnen Communities.

220

Empfehlungen für Wissenschaft und Forschung

1. Migrationsbezogene Daten sollten Bestandteil der epidemiologischen Überwachung sein. Studien zur Migration sollten zwischen den Ländern abgestimmt und in regelmäßigen Abständen durchgeführt werden.
2. Um einen besseren Einblick in das Thema „Migration und Gesundheit“ zu erhalten, sollten zusätzlich interdisziplinäre Studien entwickelt und durchgeführt werden.
3. Berater/innen aus Minderheiten-Communities sollten in den gesamten Forschungsprozess eingebunden werden.

Empfehlungen für die Medien

1. Die Medien haben große Verantwortung, was die öffentliche Meinungs- und Bewusstseinsbildung angeht. Bei Berichten, die marginalisierte Gruppen wie z. B. Menschen ohne Papiere oder Sexarbeiter/innen, Drogengebraucher/innen, MSM, Häftlinge oder HIV-Positive mit Migrationshintergrund betreffen, gilt es daher, auf Diskriminierung und Stigmatisierung in Wort und Bild zu verzichten.

2. Medienvertreter/innen sollten deshalb versuchen, marginalisierte Gruppen und ihre Belange besser zu verstehen. Außerdem sollten sie beachten, dass auch Angehörige dieser Gruppen ein Recht auf Vertraulichkeit haben.
3. Im Sinne einer umfassenden und sorgfältigen Berichterstattung sollten sich die Medien bewusst sein, dass Vertreter/innen der Migranten-Communities und ethnischen Gruppen wertvolle Informationsquellen sein können.

Liste der Erstunterzeichner

- » African Health Project, Waverly Care Trust (Großbritannien)
- » African AIDS Policy Network (Großbritannien)
- » Aids Action Europe (Holland und Litauen)
- » Aids Coalition To Unleash Power – ACT UP-Hellas (Griechenland)
- » Aids Fonds and STI AIDS (Holland)
- » Aids-Hilfe Schweiz (Schweiz)
- » AIDS-i Tugikeskus (Estland)
- » Amnesty for Women e. V. (Deutschland)
- » Arbeitsgemeinschaft Aids & Haft in Bayern
- » Associação de Apoio a Pessoas com VIH/SIDA (ABRAÇÃO) (Portugal)
- » Association Against AIDS (JAZAS) (Serbien)
- » Augsburgener AIDS-Hilfe e. V. (Deutschland)
- » Center for Democratic Development and Initiatives (Mazedonien)
- » Correlation Network (Holland)
- » Deutsche AIDS-Hilfe e. V. (Deutschland)
- » DIA+LOGS (Lettland)
- » Estonian Network of People Living with HIV (Estland)
- » Eurasian Harm Reduction Network (EHRN) (formerly the Central and Eastern European Harm Reduction Network – CEEHRN) (Litauen)
- » European AIDS Treatment Group (EATG) (Belgien)
- » European Youth Network for Sexual and Reproductive Health and Rights (YouAct) (Portugal)
- » Foundation of Social Education (Polen)
- » Global Network of People Living with HIV/AIDS (GNP+) (Holland)
- » Grupo Português de Activistas sobre Tratamentos de VIH/ SIDA – Pedro Santos (GAT) (Portugal)
- » Health and Social Development Foundation (Bulgarien)
- » HIV-Sverige (Schweden)
- » Humanitarian Action Fund (Russland)
- » Hungarian Civil Liberties Union (Ungarn)
- » Initiative for Health Foundation (Bulgarien)

- »» International Community of Women Living with HIV/AIDS (ICW) (Großbritannien)
- »» International Foundation and the European Network for HIV/STI Prevention and Health Promotion among Migrant Sex Workers (TAMPEP) (Holland)
- »» International Parenthood Planning Federation (IPPF) (Belgien)
- »» International Treatment Preparedness Coalition (ITPC) in Eastern Europe and Central Asia (Russland)
- »» Lega Italiana per la Lotta contro l'AIDS (Italian League for Fighting AIDS) (Italien)
- »» Movimento de Apoio à Problemática da Sida (MAPS) (Portugal)
- »» Münchner Aids-Hilfe e. V. (Deutschland)
- »» National Institute for Health Development (Estland)
- »» National Union of the PLWHA Organisations (UNOPA) (Rumänien)
- »» Notts County DAAT (Großbritannien)
- »» Odessa Charity Fund THE WAY HOME (Ukraine)
- »» Odysseus (Slowakei)
- »» Platform For International Cooperation on Undocumented Migrants (PICUM) (Belgien)
- »» Project for AIDS Prevention & Care, for Surinam, the Antilles & Aruba (PASAA) (Holland)
- »» Pro-tukipiste ry (Prostitute Counselling Centre) (Finnland)
- »» Sensoa, Flemish Centre for Services and Expertise with Regard to Sexual Health and HIV/AIDS (Belgien)
- »» Social AIDS Committee (Polen)
- »» Terre des Hommes Foundation (Schweiz)
- »» The Finnish Aids Council (Finnland)
- »» The Unit for National Coordination of HIV/STI Prevention, National Board of Health and Welfare (Schweden)

Weiterführende Informationen unter www.eatg.org

Autorinnen und Autoren

Robert Akpabli

Der aus Togo stammende Diplom-Biologe und Referent für Gesundheitsförderung ist Mitarbeiter im Gesundheitsamt Bremen und leitet dort das Afrika-Projekt.

Bernd Aretz

Wahlhoffenbacher, geb. 1948 im Rheinland. Der Jurist, Rentner, Autor, Vorleser und Fotograf ist seit 1984 in der Aids(selbst)hilfe auf unterschiedlichsten Ebenen engagiert.

Jörg Bätzing-Feigenbaum

Facharzt für Allgemeinmedizin, Infektiologie und Tropenmedizin sowie MPH mit Schwerpunkt Epidemiologie. Klinische Tätigkeiten in Deutschland, Indien, Tansania, Ruanda und Angola. Von 2004–2006 Leiter eines bevölkerungsbasierten HIV-Surveys und eines PMTCT-Programms in Südafrika. Von 2006–2009 Wissenschaftlicher Mitarbeiter im Fachgebiet „HIV und andere sexuell und durch Blut übertragbare Infektionen“ des Robert Koch-Instituts in Berlin. Seit Oktober 2009 Leiter des Fachgebiets Infektionsschutz/ Infektionsepidemiologie am Berliner Landesamt für Gesundheit und Soziales (LAGeSo).

Olivia Deobald

Diplom-Sozialarbeiterin, seit 2007 bei ragazza e. V. in Hamburg tätig.

Martin Jautz

Diplom-Sozialpädagogin, war von 1999–2007 in Beratungsstellen für Stricher in Hamburg und München tätig und Teilnehmer am Fachkreis für Stricherarbeit im deutschsprachigen Raum. Seit 2007 ist er Mitarbeiter der Psychosozialen Beratungsstelle – Schwerpunkt Haft – der Münchner Aids-Hilfe e. V. und der Online-Prävention der DAH.

Osamah Hamouda

Humanmediziner und MPH mit Schwerpunkt Epidemiologie. Seit 1987 in den Bereichen Prävention, Surveillance und Epidemiologie tätig und seit 1995 Leiter des Fachgebiets „HIV/AIDS und andere sexuell oder durch Blut übertragbare Infektionen“ am Robert Koch-Institut in Berlin. Dort ist er seit 2001 gleichzeitig stellvertretender Leiter der Abteilung für Infektionsepidemiologie.

Guy Oscar Kamga Wambo

Facharzt für Innere Medizin und MPH. Von 2007–2009 wissenschaftliche Mitarbeit und Postgraduierten-Ausbildung in angewandter Epidemiologie am Robert Koch-Institut in Berlin mit den Schwerpunkten Surveillance, Lehre und angewandte Forschung, u. a. im Rahmen der HIV-Inzidenzstudie. Seit Oktober 2009 Arzt in der Kardiologie am Vivantes Klinikum Neukölln in Berlin.

Silke Klumb

Jg. 1969, Diplom-Pädagogin und Buchhändlerin, ist seit 2000 Mitarbeiterin der DAH-Bundesgeschäftsstelle, wo sie in verschiedenen Feldern tätig war, zuletzt als Referentin für „Frauen“ und als Referentin für „Migration“. Seit Februar 2010 ist sie Geschäftsführerin der DAH mit den Schwerpunkten Öffentlichkeitsarbeit, Fundraising, nationale und internationale Kooperationen mit Politik und Wirtschaft sowie Zusammenarbeit im Verband.

Régisse Kouabré

Stammt von der Elfenbeinküste und studiert in Hannover Informationstechnik. Zugleich engagiert er sich als Präventionsaktivist in der afrikanischen Community und koordiniert das Netzwerk Afro-Leben+ in Deutschland.

Natalie Kusmin

MPH und Zahnärztin, studierte in Russland und Deutschland. Sie war als Zahnärztin in Russland und Polen tätig und arbeitete in Deutschland in mehreren Gesundheitsprojekten mit. Von 2005–2007 war sie Leiterin des Modellprojekts APFEL in der Aids-Hilfe Paderborn (AHP) und von 2008–2009 Leiterin des DAH/AHP-Kooperationsprojekts „Promig“ der Aids-Hilfe Paderborn.

Ulrich Marcus

Seit 1984 am Robert Koch-Institut in verschiedenen Positionen und Arbeitsbereichen mit dem Thema HIV beschäftigt und dort seit 2001 stellvertretender Leiter des Fachgebiets „HIV und andere sexuell und durch Blut übertragbare Infektionen“.

Zahra Mohammadzadeh

Dr. der Humanbiologie, war von 1993–2007 für das als „Bremer Modell“ bekannte Gesundheitsprogramm für Asylsuchende, Flüchtlinge und Aussiedler am Gesundheitsamt Bremen verantwortlich und leitete dort ab 1996 das Referat „Migration und Gesundheit“. Neben Lehraufträgen in Bremen und Oldenburg wirkte sie an der Bremischen Gesundheitsberichterstattung mit und ist Gründungsmitglied des Arbeitskreises „Migration und öffentliche Gesundheit“ der Bundesintegrationsbeauftragten. Seit 2007 ist sie Mitglied der Bremischen Bürgerschaft und migrationspolitische Sprecherin der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen.

Veronica Munk

Brasilianerin, studierte Soziologie, Journalismus und Grafikdesign und war von 1970–1991 in Rio de Janeiro als Grafikerin tätig. Seit 1992 ist sie kulturelle Mediatorin und Koordinatorin von TAMPEP Deutschland (Teil des EU-Projekts TAMPEP – European Network for HIV/STI Prevention and Health Promotion among Migrant Sex Workers) bei Amnesty for Women e. V. in Hamburg.

Petra Narimani

Die ehemalige Justizbeamtin ist Übersetzerin und Diplom-Sozialpädagogin. Sie hielt sich mehrere Jahre in Lateinamerika auf, arbeitete von 1995–2000 in Projekten des AIDS-Komitees in Ho-chi-minh-Stadt (Vietnam) mit und war von 1986–1995 DAH-Mitarbeiterin und Referentin für internationale Kontakte. Seit 2001 ist sie in einer Einrichtung zur stationären Drogenlangzeittherapie für Menschen aus verschiedenen Kulturen tätig.

Sonja Obermüller

Diplom-Sozialpädagogin, seit 2002 bei ragazza e. V. in Hamburg tätig.

Antje Sanogo

Diplom-Pädagogin, beschäftigt als Sozialpädagogin bei der Münchner Aids-Hilfe e. V. im Fachbereich „Beratung und Prävention“ mit Schwerpunkt „HIV und Migration“.

Sarah Schwarze

Mitarbeiterin bei KOK – Bundesweiter Koordinierungskreis gegen Frauenhandel und Gewalt an Frauen im Migrationsprozess e. V. in Berlin (www.kok-buero.de).

Annette Sprotte

Jg. 1966, Diplom-Sozialpädagogin (FH), seit fast zehn Jahren Mitarbeiterin der AIDS-Hilfe-Freiburg e. V., anfangs in der Beratung und Betreuung – Schwerpunkte: Frauen, Suchtkranke, Migrant(inn)en –, aktuell in den Projekten „Flucht und Gesundheit“ (FlUG) und „Gesundheitsförderung und HIV/AIDS-Prävention für Menschen aus Osteuropa“ (GEMO).

Sandra Steinberg

Jg. 1978, Studium der Diplom-Pädagogik in Trier und Münster, anschließend Praktikum in Sambia und Stipendium in Kambodscha. Von 2006–2008 in der AIDS-Hilfe Düsseldorf e. V. im Bereich „Transkulturelle HIV- und Aids-Arbeit“ tätig. Zurzeit Mitarbeiterin der GGUA Flüchtlingshilfe und Mitglied im Vorstand der AIDS-Hilfe Münster e. V.

Elisabeth Suttner-Langer

Jg. 1964, Erzieherin und Diplom-Sozialpädagogin (FH), ist seit 1990 im Öffentlichen Gesundheitsdienst tätig und seit 2004 Leiterin des HIV- und STI-Präventionsprojekts JANA.

Hella von Unger

Dr. phil, Sozialwissenschaftlerin; forscht seit 1997 zu HIV/Aids: von 2000 bis 2004 an der Columbia University/New York und seit 2006 am Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB); von 2008 bis 2011 wissenschaftliche Leitung des Projekts „Partizipation und Kooperation in der HIV-Prävention mit Migrant(inn)en“ (PaKoMi)

Lieselotte Voß

War als Ärztin in einer Berliner AIDS-Beratungsstelle, HIV-Schwerpunktpraxis und HIV-Ambulanz tätig und ist seit 1991 Mitarbeiterin im Robert Koch-Institut. Dort ist sie seit 1993 für das HIV-Register zuständig.

Peter Wiessner

Jg. 1961, Ausbildung als Koch, Diakon, Sozialpädagoge (FH) und Sozialwissenschaftler (Politik/Soziologie). War von 2001–2006 Mitarbeiter der Münchner Aids-Hilfe e. V. mit dem Schwerpunkt „Haftarbeit“ und „Beschäftigung für Menschen mit HIV/Aids“ und ist seit vielen Jahren freiberuflich für die DAH tätig. Engagiert sich ehrenamtlich für die European AIDS Treatment Group (EATG) und ist Mitglied des HIV Civil Society Forums der EU.

Kontakt: peter-wiessner@t-online.de

Migration und HIV-Prävention

„Migration und HIV-Prävention“ beschreibt die epidemiologischen, rechtlichen und gesellschaftlichen Rahmenbedingungen des Arbeitsfeldes, gewährt Einblick in die Lebensverhältnisse und Versorgungslage besonders vulnerabler Migrantengruppen und präsentiert Beispiele guter Praxis in Prävention, medizinischer Versorgung und psychosozialer Unterstützung. Dabei wird immer wieder sichtbar: Für Migranten-Communities zu arbeiten, heißt vor allem mit ihnen zu arbeiten, um zu bedürfnisorientierten und damit auch tatsächlich nutzbaren und effektiven Angeboten zu kommen. Deutlich wird aber auch, dass diese Kooperation die Bereitschaft erfordert, an eigenen Haltungen und Überzeugungen zu arbeiten, um dem, was als „anders“ oder „fremd“ wahrgenommen wird, aufgeschlossen begegnen zu können.

Mitgewirkt an diesem Band haben Expertinnen und Experten aus Wissenschaft, Praxis und Selbsthilfe – Menschen mit und Menschen ohne Migrationshintergrund. Dass sie nicht immer zu den gleichen Schlüssen kommen, liegt auf der Hand. Unterschiede in den Sichtweisen sichtbar zu machen, ist allerdings auch gewollt, um die Diskussion in diesem Arbeitsfeld und somit auch seine Weiterentwicklung anzuregen.