

Hella von Unger¹ · Tanja Gangarova² · Omer Ouedraogo³ · Catherine Flohr⁴ ·
Nozomi Spennemann⁵ · Michael T. Wright⁶¹Institut für Soziologie, Ludwig Maximilians-Universität München, Deutschland²Deutsche AIDS-Hilfe e. V., Berlin, Deutschland³AIDS-Hilfe Hamburg e. V., Hamburg, Deutschland⁴Malteser Migranten Dienst Osnabrück, Osnabrück, Deutschland⁵VIA Berlin Brandenburg e. V., Berlin, Deutschland⁶Katholische Hochschule für Sozialwesen Berlin, Berlin, Deutschland

Stärkung von Gemeinschaften: Partizipative Forschung zu HIV-Prävention mit Migrant/innen

Hintergrund

Lebensweltliche Gemeinschaften (Communities) spielen in der Gesundheitsförderung, im Ansatz der Strukturellen Prävention und in der Partizipativen Gesundheitsforschung (PGF) eine zentrale Rolle. „Community-Based Participatory Research“ (CBPR) verfolgt das Ziel, durch die Beteiligung von Partnern aus den Communities und der professionellen Praxis, Probleme zu verstehen, Ressourcen zu identifizieren und Lösungen zu entwickeln, um die Gesundheit in den Lebenswelten zu fördern. Die beteiligten Partner, insbesondere die sozial und gesundheitlich benachteiligten Communities, sollen aus der Zusammenarbeit gestärkt hervorgehen. Inwiefern dies in der praktischen Umsetzung tatsächlich erreicht wird, bleibt allerdings häufig offen.

Dieser Beitrag führt am Beispiel eines PGF-Projekts im Bereich der HIV-Prävention für und mit Migrant/innen (PaKoMi) aus, welchen Nutzen die Community- und Praxispartner aus der Zusammenarbeit ziehen konnten. Zunächst wird der Begriff „Community“ definiert und das Handlungsfeld der HIV-Prävention für Migrant/innen vorgestellt.

Definition von Community

Der englisch-sprachige Begriff Community lässt sich nicht ohne weiteres und auf den deutschen gesellschaftlichen Kontext übertragen [15]. Er wird verschieden übersetzt, z. B. mit Gemeinschaft, Gemeinde, Kommune, Nachbarschaft, Interessenkreis, Stadtgemeinde, Dorfgemeinde etc. [17]. Im Rahmen dieses Beitrags wird „Community“ mit dem Begriff der „lebensweltlichen Gemeinschaft“ übersetzt, da dies a) der englisch-sprachigen Bedeutung im Kontext der PGF am Nächsten kommt und b) Anschlüsse an soziologische Definitionen von Gemeinschaft eröffnet, die dem notorisch vagen Begriff der „Community“ etwas Schärfe verleihen.

In der Soziologie werden nach Ferdinand Tönnies traditionell drei Formen von Gemeinschaften unterschieden: Gemeinschaften des Blutes (z. B. Familie), des Ortes (z. B. Nachbarschaft) und des Geistes (z. B. Freundschaft). In der jüngeren Soziologie werden außerdem „post-traditionale Gemeinschaften“ beschrieben, welche Interessen- und Lifestyle-basiert sein können, flüchtiger sind und auf freiwilligen Entscheidungen zur Mitgliedschaft beruhen [14]. Für traditionale und posttraditionale Gemeinschaften gilt gleichermaßen, dass sie sich durch folgen-

de Merkmale auszeichnen: a) eine Abgrenzung gegen andere, b) ein Zusammengehörigkeitsgefühl, c) geteilte Anliegen, Interessen und Wertsetzungen und d) zugängliche Interaktions- (Zeit-)Räume [14].

Ähnlich wird der Begriff in der anglo-amerikanischen PGF verstanden: Community wird definiert als „a group of people with diverse characteristics who are linked by social ties, share common perspectives and engage in joint action in geographical locations or settings“ [18]. Ausschlaggebend für die Definition von Communities sind nicht Zuschreibungen von außen, sondern das Selbstverständnis der Mitglieder selbst, ihr Gemeinschaftsgefühl und ihr gemeinsames Handeln. Menschen können ein Gemeinschaftsgefühl oder eine gemeinsame Identität in bestimmten Räumen entwickeln (z. B. in einer Nachbarschaft oder in virtuellen Räumen im Internet), aber auch über räumliche Grenzen hinweg, z. B. auf der Basis von Ethnizität, Sprache oder Sexualität. Lokalität spielt oft eine wichtige Rolle, erzeugt jedoch nicht automatisch Community. In jeder Gruppe, Gemeinde oder Nachbarschaft kann es mehr oder weniger Community (d. h. Gemeinschaftsgefühl und „gemeinsame Sache“) geben [36]. Communities sind dynamisch: Sie reagieren auf äußere Einflüsse,

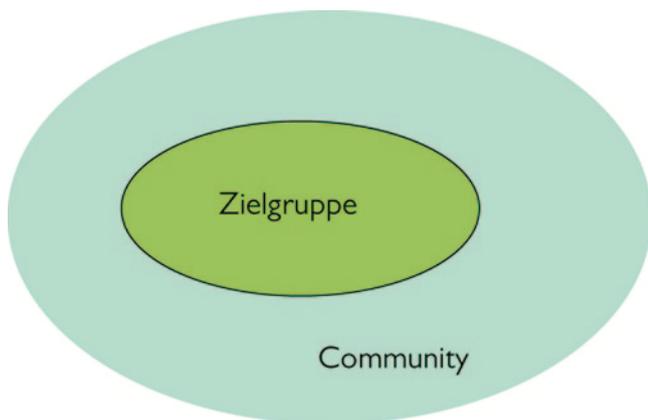


Abb. 1 ◀ Zielgruppe als Teil einer Community. (Nach [34])

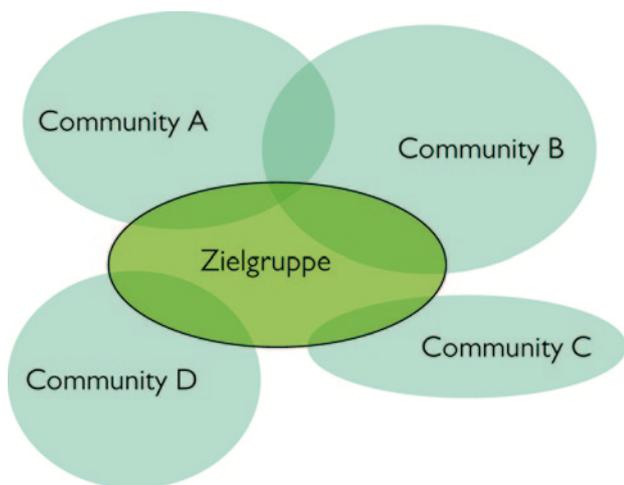


Abb. 2 ◀ Zielgruppe gehört verschiedenen Communities an. (Nach [34])

bilden sich, um etwas zu erreichen, und können aufgebaut, organisiert und mobilisiert werden – von innen („community building“, „community organizing“) oder mit Unterstützung von außen („community development“, [36]).

Communities in Gesundheitsförderung und Prävention

Im Konzept der Gesundheitsförderung spielen Communities eine zentrale Rolle. Die Ottawa-Charta der Weltgesundheitsorganisation hält fest: „Health promotion works through concrete and effective community action in setting priorities, making decisions, planning strategies and implementing them to achieve better health. At the heart of this process is the empowerment of communities, their ownership and control of their own endeavours and destinies“ [38]. Das heißt, Gesundheit wird gefördert durch die Stärkung von lebensweltlichen Gemeinschaften sowie deren verbesserte (Selbst)be-

stimmung und Kontrolle über die eigenen Gesundheitsbelange.

Auch das Konzept der strukturellen Prävention, das im Kontext der HIV-Prävention entwickelt wurde, versteht und nutzt lebensweltliche Gemeinschaftsbezüge als wesentliche Ressource [8]. Die strukturelle Prävention sieht vor, Zielgruppen und betroffene Communities zu beteiligen und individuelles Verhalten und gesellschaftliche Verhältnisse (Strukturen) zu beeinflussen, um Gesundheit lebensweltnah zu fördern und HIV-Risiken zu reduzieren. Das Konzept weist große Überschneidungen zum Konzept der Gesundheitsförderung auf. Notwendig ist an dieser Stelle eine Klärung der Begriffe Community und Zielgruppe.

Unterscheidung zwischen Zielgruppe und Community

Eine Community ist nicht das Gleiche wie eine Zielgruppe. Eine Zielgruppe wird definiert als „ein Teil der Bevölkerung bzw.

eine Gruppe von Personen, die gezielt mit bestimmten Angeboten (z. B. Aufklärungskampagnen, Trainingsprogramme) erreicht werden soll“ [2]. Zielgruppen werden von professionellen Praktikern definiert. Dabei steht häufig ein Problem im Mittelpunkt (wie z. B. HIV-Risiken oder ein anderer Bedarf). Wie oben ausgeführt, werden Communities dagegen nicht ‚von außen‘, sondern ‚von innen‘, d. h. durch Mitglieder der Gemeinschaft selbst definiert. Dabei können zwar auch gemeinsame Probleme eine Rolle spielen (wie z. B. Diskriminierungserfahrungen), aber in der Regel haben Community-Mitglieder auch Stärken und Ressourcen ihrer Gemeinschaft im Blick. Communities sind weiter gefasst als Zielgruppen (▣ Abb. 1): Inbegriffen sind Einrichtungen und Personen aus den Lebenswelten der Zielgruppen, wie z. B. die Eltern, Freunde und Bekannte, die nicht direkt von Angeboten angesprochen und erreicht werden sollen. Mitglieder einer Zielgruppe können auch verschiedene Community-Zugehörigkeiten haben (▣ Abb. 2): So sind beispielsweise in der Zielgruppe der Männer, die Sex mit Männern haben (MSM), Personen enthalten, die sich einer schwulen Community zugehörig fühlen, sowie Personen, für die dies nicht zutrifft, sondern die anderen und teilweise mehreren Gemeinschaften angehören.

Das Handlungsfeld der HIV-Prävention bei Migrant/innen

Inwiefern eignet sich ein Community-basierter Zugang nun für die HIV-Prävention bei Migrant/innen? Zunächst einige Informationen zur Epidemiologie und zum Forschungsstand. Zirka jede 3. neue HIV-Diagnose in Deutschland betrifft eine zugewanderte Person [24]. Menschen aus Subsahara-Afrika stellen dabei die größte Gruppe (34%), gefolgt von Menschen aus Zentraleuropa (16%), Westeuropa (11%), Osteuropa (10%), Südostasien (10%), Lateinamerika (6%), Nordafrika/Naher Osten (3%), Nordamerika (2%), Karibik (2%) und weiteren Ländern (6%), [24]. Die betroffenen Migrantengruppen können nicht nur nach Herkunftsregion unterschieden werden, sondern auch nach Infektionsrisiken und Ge-

H. von Unger · T. Gangarova · O. Ouedraogo · C. Flohr · N. Spennemann · M. T. Wright

Stärkung von Gemeinschaften: Partizipative Forschung zu HIV-Prävention mit Migrant/innen

Zusammenfassung

Hintergrund. Lebensweltliche Gemeinschaften („Communities“) spielen in der Gesundheitsförderung, im Konzept der strukturellen HIV-Prävention und in der Partizipativen Gesundheitsforschung (PGF) eine zentrale Rolle. „Community-Based Participatory Research“ (CBPR) verfolgt das Ziel, durch eine Zusammenarbeit mit Partnern in den Communities, Probleme zu verstehen, Ressourcen zu identifizieren und Lösungen zu entwickeln, um Gesundheit zu fördern. Die Frage ist, inwiefern die Communities in der praktischen Umsetzung tatsächlich gestärkt aus der Zusammenarbeit hervorgehen.

Ziel. Anhand eines PGF-Projekts im Bereich der HIV-Prävention für und mit Migrant/innen (PaKoMi) wird untersucht, welchen Nut-

zen die Partner aus der Zusammenarbeit ziehen konnten.

Methoden. Am PaKoMi-Projekt waren der Verband der Aidshilfen (Deutsche AIDS-Hilfe e. V.), Wissenschaftler/innen sowie lokale Einrichtungen (Aidshilfen, Beratungsstellen, Präventionsprojekte, etc.) und Akteure aus afrikanischen, bulgarischen, türkisch- und russisch-sprachigen Communities beteiligt. In vier Fallstudien wurden partizipative Forschungsprojekte geplant und durchgeführt. Ein Fokus der vorliegenden Analyse liegt auf dem Nutzen der Zusammenarbeit für die beteiligten Communities und das Handlungsfeld der HIV-Prävention.

Ergebnisse. Es wurden individuelle Kompetenzentwicklungsprozesse erzielt sowie eine

Stärkung und Weiterentwicklung von Community-Strukturen durch Vernetzung, Peer-basierte Angebote und die Gründung von Migrantenselbstorganisationen (MSO).

Schlussfolgerung. Das PaKoMi-Projekt zeigt, wie lebensweltliche Gemeinschaften durch partizipative Forschung gestärkt werden können und Community-basierte Ansätze der Prävention und Gesundheitsförderung davon profitieren.

Schlüsselwörter

Partizipative Forschung · Community · HIV-Prävention · Gesundheitsförderung · Migrant/innen

Developing Communities: Participatory Research on HIV prevention with migrant communities in Germany

Abstract

Background. Communities play a key role in health promotion, in the concept of structural prevention and also in participatory health research. Community-Based Participatory Research (CBPR) aims to equitably involve community partners in investigating problems, identifying resources and developing solutions in order to improve community health. The participating communities are supposed to benefit from the research collaboration. However, whether this aim is actually realized in practice is only rarely analyzed.

Aim. This article explores how the community partners benefited from participating in a CBPR study on HIV prevention with migrant communities in Germany (PaKoMi).

Methods. The PaKoMi-Project was a 3-year participatory research project which aimed to improve the involvement of migrant communities in HIV research and prevention services. It was conducted by the national association of community-based AIDS service organisations (Deutsche AIDS-Hilfe e. V.) in collaboration with partners from different immigrant communities, AIDS service providers and researchers from the Social Science Research Center Berlin (WZB). Community members were trained as peer researchers and supported to conduct local CBPR-projects (case studies) in four cities. In the final evaluation, the partners stated what they gained from collaborating in the project. The current analysis focuses on the benefits for the participating

partners, their communities and the field of HIV prevention.

Results. Competences were developed by the participating individuals and community capacities were strengthened, for example by developing networks, peer-based initiatives and migrant self organisations. Concepts, tools and recommendations for improving HIV prevention services for migrants were developed.

Conclusions. The PaKoMi-project shows how communities can benefit from participatory research.

Keywords

Participatory research · Community · HIV prevention · Health promotion · Migrants

schlecht: Während z. B. bei Personen aus Subsahara-Afrika mehrheitlich Frauen betroffen sind und überwiegend heterosexuelle Übertragungsrisiken vorliegen, betreffen die Neudiagnosen bei Personen aus zentral- und osteuropäischen Ländern mehrheitlich Männer, deren Infektionsrisiken auch gleichgeschlechtlichen Geschlechtsverkehr und Drogengebrauch einschließen. Die Infektionen werden nicht nur in den Herkunftsländern, sondern auch in Deutschland erworben. Bei zugewanderten MSM liegt der Anteil von

in Deutschland erworbenen Infektionen beispielsweise bei bis zu 90 % [23]. Auch bei Personen aus sog. Hochprävalenzländern wird angenommen, dass sich 20–25 % in Deutschland infiziert haben [23]. Es besteht also ein Bedarf an primärpräventiven Angeboten für Migrant/innen in Deutschland. Hinsichtlich der lebensweltlichen Kontexte der HIV-Risiken von vulnerablen Migrant/innen sind jedoch noch viele Fragen offen.

Die Versorgungssituation von Migrantinnen und Migranten in Deutschland ist

durch verschiedene Formen der Unter-, Über- und Fehlversorgung geprägt, wobei der Bereich der Prävention und Gesundheitsförderung i. Allg. durch eine Unter-versorgung gekennzeichnet ist [27]. Barrieren in der Gesundheitsförderung und -versorgung von Migrant/innen umfassen Sprachbarrieren, soziale Benachteiligung, aufenthaltsrechtliche Bestimmungen und Einschränkungen im Zugang zum Gesundheitssystem, die mangelnde interkulturelle Öffnung des Gesundheitswesens sowie kulturelle Unterschiede

de im Gesundheitsverständnis und -verhalten [4].

Im Bereich von HIV/Aids übernehmen Aidshilfen neben dem Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) und weiteren Einrichtungen (wie der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung) wichtige Aufgaben der HIV-Primärprävention. Im Hinblick auf die HIV-Prävention für und mit Migrant/innen wurden im Verband der Aidshilfen auf Basis des Konzepts der Strukturellen Prävention vielversprechende Modellprojekte und Konzepte entwickelt [37], aber es bestehen nach wie vor Herausforderungen und Handlungsbedarf [35].

Stand der Forschung

Theorien und Forschung zu HIV-Risiken und HIV-Prävention bei Migrantinnen und Migranten sind bislang in einem wenig ausgereiften Stadium. Erste Modelle erlauben es nachzuvollziehen, welche sozialespidemiologischen Faktoren den Gesundheitszustand von Migrantinnen und Migranten beeinflussen [26, 28]. Allerdings ist bislang nur skizzenhaft umrissen, wie genau HIV-bezogene Vulnerabilität im Kontext von Migration entsteht. In der Epidemiologie wurden seit der Einführung des Infektionsschutzgesetzes im Jahre 2001 wesentliche Fortschritte erzielt und auch in der sozialwissenschaftlichen HIV-Forschung ist Bewegung: Wissen, Einstellungen und Verhalten verschiedener Gruppen mit Migrationshintergrund werden zunehmend untersucht. Darunter sind Befragungen von MSM [3], Frauen, die in der Sexarbeit tätig sind [29], Menschen afrikanischer Herkunft [1, 11], Aussiedler und Aussiedlerinnen aus der ehemaligen Sowjetunion [16] und Befragungen gemischter Stichproben [29]. Diese Studien geben Hinweise auf einen Handlungsbedarf in der HIV-Prävention, lassen jedoch auch Fragen offen. Es handelt sich teilweise um quantitative Studien, deren Stichproben nicht repräsentativ sind (und es teilweise auch gar nicht sein können, aufgrund von Schwierigkeiten, die jeweilige Grundgesamtheit zu bestimmen, wie z. B. bei MSM mit Migrationshintergrund). Die quantitativen Studien lassen zudem nur eingeschränkt Rückschlüsse auf die Relevanz der Ergebnisse im le-

bensweltlichen Kontext der unterschiedlichen Migrantengruppen zu. Die qualitativen Studien, die den lebensweltlichen Kontext stärker berücksichtigen, befassen sich dagegen bislang überwiegend mit der sozialen Situation von HIV-positiven Migrantinnen und Migranten und enthalten nur begrenzt Informationen, die für die HIV-Primärprävention relevant sind.

Fest steht: Aus der sozioökonomischen, rechtlichen und kulturellen Vielfalt der Situation von Migrantinnen und Migranten in Deutschland ergeben sich besondere Herausforderungen für die HIV-Prävention [12, 21]. Es ist davon auszugehen, dass Migrant/innen, die eingeschränkte Deutschkenntnisse haben, von deutschsprachigen Angeboten, die sich an die Allgemeinbevölkerung richten, unzureichend erreicht werden und dass einzelne Migrantengruppen, die eine erhöhte Vulnerabilität haben, eine besondere Ansprache und ggf. besondere Maßnahmen benötigen. Die genaue Klärung der Frage, um welche Gruppen es sich dabei handelt, steht allerdings noch aus.

Benötigt werden qualitative und quantitative Studien, die vulnerable Gruppen mit Migrationshintergrund genauer bestimmen und deren spezifische Vulnerabilität und Bedürfnisse im Hinblick auf die HIV-Prävention im lebensweltlichen Kontext erheben. Benötigt werden außerdem partizipative Studien, die die betroffenen Gruppen und Gemeinschaften einbeziehen und die vorhandenen Kompetenzen und Wissensbestände nutzen um neues Wissen und Handlungsansätze zu generieren, und bereits im Forschungs- und Entwicklungsprozess einen praktischen Nutzen für die beteiligten Communities und das Handlungsfeld der HIV-Prävention hervorbringen.

Auf europäischer Ebene ist der Stand der Forschung zum Thema HIV-Primärprävention für Migrantinnen und Migranten etwas weiter entwickelt und das „European Center for Disease Control and Prevention“ (ECDC) koordiniert aktuell die Angleichung der epidemiologischen Datenerfassung [9]. Im Bereich der sozialwissenschaftlichen Präventionsstudien haben v. a. die Mayisha-Studie [19] und die Bassline-Studie [7, 13] in Großbritannien (GB) Vorbildcharakter, da sie empirisch sorgfältig (teilweise mit „mixed

methods“) gearbeitet und praxisrelevante Ergebnisse hervorgebracht haben, die in eine nationale Strategie zur HIV-Prävention für afrikanische Migrantinnen und Migranten in GB eingeflossen sind. Beide Studien zeichnen sich dadurch aus, dass sie partizipativ durchgeführt wurden, d. h. unter Einbeziehung der betreffenden Communities.

Community-basierte partizipative Forschung

Partizipative Forschung ist ein Oberbegriff für verschiedene Ausprägungen partnerschaftlicher Forschung in der Tradition der Aktionsforschung [32]. „Community-Based Participatory Research“ (CBPR) ist eine Forschungsstrategie, die im nordamerikanischen Raum entwickelt wurde und dort seit den 1990er Jahren zunehmend im Gesundheitsbereich angewendet wird, auch im Kontext von HIV/Aids [10, 22, 30, 33]. CBPR sieht vor, in und mit Communities die Ursachen von Gesundheitsproblemen zu erforschen und Handlungsstrategien zu entwickeln. Der Befähigung („empowerment“) und Kompetenzentwicklung („capacity building“) der Beteiligten kommt dabei ein zentraler Stellenwert zu [31]. Die betroffenen Gruppen und ihre lebensweltlichen Gemeinschaften (Communities) sowie weitere Akteure des Gesundheitswesens werden von Anfang an und gleichberechtigt in den Forschungsprozess eingebunden. Dadurch kann die Forschung zu einem Anliegen der Communities werden, und es ist möglich, auch mit Communities und Gruppen zu forschen, die für konventionelle Formen der Forschung schwer erreichbar sind. Methodologisch versteht sich CBPR als Forschungsstrategie, die sich des gesamten Repertoires qualitativer und quantitativer Methoden bedienen kann [20].

Lebensweltliche Gemeinschaften (Communities) spielen in diesem Ansatz eine zentrale Rolle. Allerdings stellt sich die Frage, inwiefern die Communities in der praktischen Umsetzung tatsächlich gestärkt aus der Zusammenarbeit hervorgehen. Anhand eines PGF-Projekts im Bereich der HIV-Prävention für und mit Migrant/innen (PaKoMi) wird im Folgenden

dargelegt, welchen Nutzen die Partner aus der Zusammenarbeit ziehen konnten.

Zielsetzung des Projekts

Das Projekt „Partizipation und Kooperation in der HIV-Prävention mit Migrant/innen“ (PaKoMi) verfolgte das übergeordnete Ziel, die Teilhabe (Partizipation) von Migrant/innen und die Zusammenarbeit von Anbietern sozialer und gesundheitlicher Dienste in der HIV-Prävention zu fördern und zu untersuchen. Darin eingeschlossen sind drei Teilziele: 1) die Lebenswelten und Bedürfnisse von vulnerablen Zielgruppen mit Migrationshintergrund partizipativ erforschen und besser verstehen; 2) gemeinsam HIV-Prävention entwickeln, d. h. partizipativ (mit Migrant/innen) und kooperativ (mit verschiedenen Anbietern) und 3) die förderlichen und hemmenden Bedingungen von Partizipation und Kooperation identifizieren und darauf aufbauend Empfehlungen entwickeln. Den Grundsätzen der partizipativen Forschung entsprechend sollten alle Beteiligten von der Zusammenarbeit profitieren und insbesondere die beteiligten Communities gestärkt aus ihr hervorgehen. Der vorliegende Beitrag legt dar, inwiefern diese Ziele erreicht werden konnten.

Methoden

Es wurde ein Studiendesign entwickelt, das sich an den Prinzipien von CBPR orientiert [33]. Am PaKoMi-Projekt beteiligt waren der Verband der Aidshilfen (Deutsche AIDS-Hilfe e. V.), Wissenschaftler/innen sowie lokale Einrichtungen (Aidshilfen, Beratungsstellen, Präventionsprojekte etc.) und Akteure aus afrikanischen, bulgarischen, türkisch- und russisch-sprachigen Communities. Das Projekt umfasste einen Zeitraum von 3 Jahren (2008–2011). Die wissenschaftliche Begleitung durch die Forschungsgruppe Public Health am Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB) wurde vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) gefördert. Das Studiendesign beinhaltete verschiedene Komponenten, an denen die Partner unterschiedlich stark beteiligt waren [33].

In vier Städten (Berlin, Hamburg, Dortmund, Osnabrück) wurden partizipative Fallstudien durchgeführt. Die Fallstudien wurden auf Basis einer Befragung [35], mithilfe des Projektbeirats und unter Berücksichtigung folgender Kriterien bestimmt: Dringlichkeit des lokalen Handlungsbedarfs, Vielfalt der vulnerablen Gruppen, aktuelle Migrationsentwicklungen, epidemiologische Relevanz (soweit bestimmbar), Heterogenität der Kommunen, Merkmale der Einrichtungen und Einschätzung der Erfolgsaussichten (ausgewählt wurden Fälle mit unterschiedlich guten Erfolgsaussichten). Die genaue Bestimmung der Zielsetzung der Fallstudien und die Definition der Communities wurden anschließend mit den Community- und Praxispartner/innen vor Ort vorgenommen.

In den Fallstudien waren Community- und Praxispartner/innen an allen Phasen der Zusammenarbeit mit Entscheidungsmacht beteiligt: von der partizipativen Bestandsaufnahme und Bedarfserhebung über die Zielsetzung, Umsetzung bis zur Auswertung und Verwertung. Es wurden Ko-Forscherinnen („peer researcher“) ausgebildet und Forschungsprojekte partizipativ geplant und durchgeführt, die sich nach dem lokalen Handlungsbedarf richteten. Forschungsethische Grundsätze wurden beachtet.

Neben klassischen Methoden der qualitativen und quantitativen Sozialforschung (wie Fragebogenerhebungen, Fokusgruppen, teilnehmende Beobachtung und qualitative Leitfadeninterviews) kamen auch spezifisch partizipative Verfahren wie „Community Mapping“ und Photovoice zum Einsatz [34]. Die Methode des „Community Mapping“ ist ein partizipatives Verfahren, mit dem die Merkmale, Ressourcen und Probleme von lebensweltlichen Gemeinschaften visualisiert und analysiert werden: Teilnehmer/innen fertigen eine Karte (engl. „map“) zu ihrer Community im Hinblick auf eine Fragestellung an [32]. Photovoice ist ein partizipatives Verfahren, das Fotografie und Erzählung verbindet: Mitglieder einer Gemeinschaft machen Fotos von ihren Lebenswelten und werten diese gemeinsam aus, um Veränderungsprozesse zu initiieren [32]. Das methodische Vorgehen in den Fallstudien

ist im PaKoMi-Handbuch detailliert beschrieben [34] und in **Tab. 1** im Überblick dargestellt.

Die partizipative Auswertung umfasste ein mehrstufiges Verfahren der fallimmanenten und fallübergreifenden Auswertung. Zunächst wurden fallimmanent die vor Ort erhobenen Daten ausgewertet und in Handlungsstrategien überführt. Anschließend wurde zum Abschluss der Fallstudien die lokale Zusammenarbeit evaluiert. Hierzu wurden auch Einschätzungen des Nutzens der Zusammenarbeit in Form von individuellen schriftlichen Rückmeldungen und Gruppendiskussionen erhoben. In einem letzten Schritt wurden die Ergebnisse des Gesamtprojekts fallübergreifend über einen Zeitraum von 6 Monaten u. a. im Rahmen von drei mehrtägigen Workshops ausgewertet und in Empfehlungen überführt. Die beteiligten Wissenschaftler/innen hatte in diesen Forschungsprozessen koordinierende, aufbereitende, anleitende und moderierende Funktionen, aber keine übergeordnete Entscheidungs- oder Deutungsmacht. Community- und Praxispartner waren gleichberechtigt beteiligt. Ein Fokus der vorliegenden Analyse liegt auf den vier Fallstudien und dem Nutzen der Zusammenarbeit für die beteiligten Communities und das Handlungsfeld der HIV-Prävention.

Ergebnisse der Fallstudien

Die vier Fallstudien erkundeten die Lebenswelten und Bedürfnisse unterschiedlicher vulnerabler Migrantengruppen und führten zu folgenden Ergebnissen:

- In Berlin wurden durch die Befragungen von Schlüsselpersonen, Nutzern von russisch- und türkischsprachigen Internetportalen, und jungen Männern, die in der mann-männlichen Sexarbeit tätig sind, neue Zugänge zu Männern, die Sex mit Männern haben, sich aber nicht als schwul verstehen, erkundet. Die Ergebnisse legen nahe, dass MSM mit Migrationshintergrund u. a. durch Internetportale und die Zusammenarbeit mit Migrantenselbstorganisationen (MSO) erreicht werden können.
- In Dortmund wurde eine neue Maßnahme der strukturellen Prävention

Tab. 1 Übersicht über Partner, Zielsetzung und Methoden der Fallstudien

Ort der Fallstudie	Lokale Praxis- und Community-Partner/innen	Zielsetzung	Methoden
Berlin	GLADT e. V. (Gays and Lesbians aus der Türkei), Hilfe-für-Jungs e. V. (Subway), Netzwerkstelle HIV/Aids und Migration, VIA Berlin/Brandenburg e. V. Schwulenberatung (manCheck) Zentrum für sexuelle Gesundheit und Familienplanung, Gesundheitsamt Berlin Charlottenburg-Wilmersdorf Russisch- und türkischsprechende MSM	Erkenntnisse und neue Zugänge zu männlichen Migranten, die Sex mit Männern haben (MSM), sich aber nicht als schwul verstehen	Partizipative Bedarfsbestimmung, Leitfadengestützte Expert/inneninterviews mit Community-Vertreter/innen (türkisch, kurdisch, deutsch) (n=22) Online-Befragung mit MSM (türkisch, russisch) (n=68) Narrative Gruppendiskussion („story dialogue“) mit männlichen Sexarbeitern (n=4)
Dortmund	AIDS-Hilfe Dortmund e. V. (Stricher-Projekt Neonlicht) Kommunikations- und Beratungsstelle für Prostituierte des Sozialdienstes katholischer Frauen e. V. (KOBBER) Bulgarisch-sprechende Sexarbeiter, Studentinnen und Sprachmittlerinnen	Bedürfnisse der Zielgruppen besser verstehen und Maßnahmen der strukturellen Prävention für männliche und weibliche Sexarbeiter aus Bulgarien entwickeln	Partizipative Bedarfsbestimmung mithilfe von informellen Interviews und Gruppengesprächen Teilnehmende Beobachtung bei Kochabenden mit weiblichen Prostituierten Fragebogenbefragung der Prostituierten (bulgarisch, türkisch, deutsch) (n=61) „Community Mapping“ mit männlichen Sexarbeitern (n=9)
Hamburg	AIDS-Hilfe Hamburg e. V. Afrikanische Migrant/innen aus überwiegend frankophonen westafrikanischen Ländern (Benin, Burkina Faso, Kamerun u. a.)	„Bewegung in die Communities bringen“, HIV-Stigma abbauen und bestehende Peer-basierte Angebote der HIV-Prävention für afrikanische Migrant/innen im urbanen Raum verbessern	Partizipative Bedarfserhebung mithilfe von Photo-voice Befragung afrikanischer Migrant/innen mithilfe eines Fragebogens (franz., engl. deutsch) (n=263) Fokusgruppen (n=24)
Osnabrück	AIDS-Hilfe Osnabrück e. V. Afrikanische Migrant/innen aus überwiegend anglophonen ostafrikanischen Ländern (Kenia, Nigeria, Tanzania u. a.)	Bedürfnisse von afrikanischen Migrant/innen im ländlichen Raum besser verstehen und Community-Strukturen aufbauen als Grundlage für Gesundheitsförderung	Partizipative Bedarfsbestimmung mithilfe von informellen Interviews und „Community Mapping“ Teilnehmende Beobachtung bei "Lovehealth"-Aktionen („community building“) auf einem Straßenfest Fragebogenbefragung von afrikanischen Migrant/innen (engl.) (n=78)

für weibliche Prostituierte in Form von Kochabenden auf dem Straßenstrich entwickelt, erprobt und evaluiert. Mit männlichen Sexarbeitern wurde eine Karte der Lebenswelt der jungen Männer gezeichnet („Community Mapping“). Beide Verfahren zeigten die besonderen Bedürfnisse dieser Zielgruppen im Hinblick auf die HIV-Prävention, die u. a. die Vermittlung von grundlegenden anatomischen Kenntnissen, Wissen über sexuell übertragbare Erkrankungen und Schutzmöglichkeiten sowie weiterführende Informationen im sozialen und alltagspraktischen Bereich beinhalten.

- In Hamburg wurden durch die Befragungen afrikanischer Migrant/innen HIV-bezogene Informationslücken sichtbar (z. B. im Hinblick

auf lokale Testangebote), ebenso wie Ressourcen und Potentiale innerhalb der afrikanischen Communities, die zukünftig für die HIV-Prävention genutzt werden (z. B. Einbeziehung von religiösen Führern).

- In Osnabrück wurden englischsprachige Personen aus ostafrikanischen Ländern durch die Community-Partner/innen befragt. In dem eher ländlichen Raum waren die Gemeinschaften weniger stark ausgeprägt als beispielsweise in Hamburg. Es wurden Strategien entwickelt, um das Gemeinschaftsgefühl zu stärken und eine MSO zu gründen, die afrikanischen Migrant/innen nachhaltig im Hinblick auf soziale und gesundheitsbezogene Fragen, den Zugang zum Gesundheitssystem und HIV-Prävention unterstützt.

Nutzen der Beteiligung von Migrant/innen

Die Beteiligung von Personen aus den Zielgruppen und Communities an der partizipativen Forschung und Entwicklung von HIV-Prävention hatte positive Auswirkungen auf mehreren Ebenen. Im PaKoMi-Projekt wurde ein praktischer Nutzen auf folgenden Ebenen erzielt: a) die Kompetenzen der beteiligten Personen wurden (weiter)entwickelt; b) die präventiven Angebote konnten besser auf die Bedürfnisse und Lebenswelten der Zielgruppen zugeschnitten werden und c) Ressourcen der beteiligten Communities wurden identifiziert und mobilisiert und Gemeinschaften gestärkt.

Die beteiligten Community- und Praxispartner beschrieben persönliche Lernerfahrungen und Kompetenzerweiterun-

gen in verschiedener Hinsicht, wie z. B. im Sprechen über HIV/Aids, in der interkulturellen Kommunikation, im Hinblick auf soziale Kontakte und Vernetzung und in Bezug auf ihre berufliche Entwicklung. Die Fallstudien haben auch für die beteiligten Einrichtungen einen Nutzen erbracht. So beschrieb ein Mitarbeiter einer Aidshilfe, der mit bulgarischen Strichern ein Mapping-Verfahren angewendet hat, dass diese Gruppe danach besser erreicht wurde und seine Klienten größeres Vertrauen zu ihm hatten und häufiger von sich aus mit Fragen und Anliegen auf ihn zu kamen.

Der Nutzen, der für die HIV-Prävention erzielt werden konnte, ging über die vier Fallstudien hinaus: Das bessere Verständnis der Lebenswelten und Bedürfnisse der beteiligten Migrant/innen sowie die entwickelten Maßnahmen und Konzepte der Prävention, die diesen entsprechen, sind (in einem gewissen Rahmen) auf andere Lokalisationen transferierbar. Dies gilt insbesondere für die partizipative, fallübergreifende Analyse der Erfahrungswerte und die Entwicklung von Empfehlungen und Tools, wie die Beteiligung von Migrant/innen ermöglicht oder verbessert werden kann. Letztere beinhalten verschiedene Formen des Zugangs zu Communities, die hauptamtliche Beschäftigung von Menschen mit Migrationshintergrund und die verschiedenen Möglichkeiten der Zusammenarbeit mit Schlüsselpersonen, MSO und Peers. Die einzelnen Forschungsprojekte der Fallstudien sowie die Erfahrungswerte und Empfehlungen sind ausführlich im PaKoMi-Handbuch beschrieben [34].

Die Fallstudien haben exemplarisch gezeigt, wie vulnerable Gruppen und ihre Bedürfnisse durch eine partizipative Zusammenarbeit genauer bestimmt und Maßnahmen der HIV-Prävention (weiter) entwickelt werden können. Die beteiligten Migrant/innen-Gruppen hatten teilweise sehr unterschiedliche Bedürfnisse. So hatten beispielsweise die Bulgar/innen, die in Dortmund in der Sexarbeit tätig waren, andere Bedürfnisse im Hinblick auf die HIV-Prävention als die in Hamburg ansässigen afrikanischen Migrant/innen. Den bulgarischen Sexarbeiter/innen fehlte grundsätzliches Wissen über Körperfunktionen, HIV und sexuell übertragba-

re Krankheiten – dies entspricht den Ergebnissen von Studien an anderen Standorten [25]. Die afrikanischen Migrant/innen in Hamburg waren dagegen gut über die sexuelle Übertragbarkeit von HIV informiert und benötigten eher gezielte Informationen über anonyme und kostenlose Testangebote sowie über die aufenthaltsrechtlichen Auswirkungen einer HIV-Diagnose. Die einen benötigten Informationen auf türkisch und bulgarisch, die anderen auf englisch und französisch. Schriftliche Materialien waren für die Subgruppe der Roma aus Bulgarien relativ unbrauchbar, weil die Alphabetisierungsrate dieser Gruppe (die auch in Bulgarien eine marginalisierte Minderheit darstellt) niedrig war, für die beteiligten Afrikaner/innen jedoch durchaus geeignet, da der Bildungsstand sehr hoch war. Schon dieser Vergleich verdeutlicht, wie unterschiedlich die Bedürfnisse von verschiedenen Migrantengruppen im Hinblick auf die HIV-Prävention sind.

Der Vergleich der Fallstudien in Hamburg und Osnabrück zeigt zudem, dass lokale Faktoren wie die Zusammensetzung und Verfasstheit der Communities an den Standorten (d. h. die Größe der Communities, das Vorhandensein von Netzwerken, Treffpunkten, Strukturen der Selbstorganisation etc.) eine entscheidende Rolle für die Entwicklung von Handlungsstrategien spielen. In Hamburg gab es ca. 20.000 gemeldete Afrikaner/innen, die in verschiedenen Communities relativ gut vernetzt und organisiert waren. In Osnabrück waren dagegen nur 500 Afrikaner/innen gemeldet und diese lebten in dem kleinstädtisch-ländlichen Bereich weit verstreut. In Hamburg konnten gezielt bestehende Angebote der Peer-basierten, lebensweltnahen HIV-Prävention ausgebaut und verbessert werden, in Osnabrück mussten erst einmal Community-Strukturen aufgebaut werden, um Afrikaner/innen zu ermöglichen, sich zu treffen, sich auszutauschen und gegenseitig zu unterstützen. In beiden Fällen hat die Beteiligung der afrikanischen Community-Partner dazu geführt, die lokal spezifischen Bedürfnisse zu identifizieren und entsprechende Schritte zu initiieren.

An den verschiedenen Standorten wurden – soweit möglich – bestehende Community-Strukturen genutzt und gefördert

und die Bildung neuer Strukturen angestoßen. Die Identifikation und Definition der Communities war nicht auf herkunfts-basierte Communities beschränkt, schloss diese aber ein und richtete sich grundsätzlich nach dem Verständnis der beteiligten Community-Partner. Es wurde mit MSO zusammengearbeitet und die Anliegen der beteiligten Community-Partner/innen unterstützt, eigene Initiativen und neue MSO zu gründen. Zum Beispiel wurden in Hamburg und Osnabrück neue lokale und überregionale Initiativen von Afrikaner/innen für Afrikaner/innen ins Leben gerufen. Diese Initiativen verfolgten das Ziel, Gemeinschaft und Gesundheit über HIV/Aids hinaus zu fördern – durch eine gestärkte Selbstorganisation, Vernetzung und gesellschaftliche Teilhabe von Migrant/innen an der deutschen Gesellschaft. Die neuen Initiativen setzten sich für grundlegende Anliegen der Gesundheitsförderung ein, wie den Abbau von Diskriminierung, den Ausbau eigener Netzwerke und Beziehungen („soziales Kapital“) und den Zugang zu Bildung und Arbeitsmarkt.

Limitationen

Es gab methodische Einschränkungen und Grenzen des Nutzens, der erzielt werden konnte. Methodisch stellte die Begrenzung der Anzahl an Fallstudien, die durchgeführt wurden, eine Limitation dar. Die vier ausgewählten Fälle können nicht die Vielzahl der Communities und Settings abbilden, in denen Gruppen mit Migrationshintergrund in Deutschland erhöhte Risiken erleben. Der Zugang zum Feld über die Aidshilfen stellte zudem eine methodische Weichenstellung dar, durch die bestehende Strukturen genutzt und bestimmte Türen geöffnet wurden, aber andere verschlossen blieben. Die Vor- und Nachteile des spezifischen Zugangs zum Feld bedarf der Reflexion [33]. Grundsätzlich ist ein Community-basierter Zugang für bestimmte Gruppen besser geeignet als für andere. Bei Zielgruppen mit relativ klaren Bezügen zu lebensweltlichen Gemeinschaften ist ein Community-basierter Zugang sehr geeignet. Bei Zielgruppen, deren Community-Bezüge weniger eindeutig sind und die bestimmte Merkmale in ihren alltagswelt-

lichen Bezügen eher geheim halten (wie z. B. manche MSM mit Migrationshintergrund) ist ein Community-basierter Zugang nicht unproblematisch. Die Beziehung zwischen Zielgruppen, die von professioneller Seite definiert werden, und Gemeinschaften, die in den Lebenswelten existieren, muss daher jeweils projektspezifisch geklärt werden.

Der Nutzen des Projekts wurde zudem durch Kontextfaktoren eingeschränkt, die außerhalb des Einflussbereichs der Akteure lagen. Dies wurde in der Fallstudie in Dortmund besonders deutlich, wo sich die Rahmenbedingungen zum Ende der Zusammenarbeit änderten als eine neue Sperrgebietsverordnung erlassen wurde, die Prostitution an öffentlichen Orten untersagte. De facto wurde die öffentliche Prostitution dadurch nicht unterbunden, sondern in die Illegalität gedrängt. Die Arbeitssituation der männlichen und weiblichen Prostituierten verschlechterte sich dramatisch: Sie verdienten weniger, nahmen größere Risiken in Kauf und hatten eine schlechtere Verhandlungsposition für Safer Sex. Ihr Arbeitsgebiet verlagerte sich, wodurch sie von aufsuchenden Angeboten schwerer erreicht werden konnten. Die vielversprechenden Ergebnisse der PaKoMi-Fallstudie konnten hier also nicht nachhaltig genutzt werden. Dies verdeutlicht eindringlich, dass der Nutzen einzelner Projekte immer nur so weit reicht, wie die gesellschaftlichen Verhältnisse es zulassen.

Diskussion

Das PaKoMi-Projekt hat gezeigt, dass die Partizipation auch von stark marginalisierten Gruppen möglich ist, wenn sie ermöglicht wird. Wer Partizipation langfristig ermöglichen möchte, muss Strukturen schaffen und Ressourcen bereitstellen. Dazu wurden Empfehlungen entwickelt [34]. Diese beinhalten die Empfehlung mehr Personen mit Migrationshintergrund hauptamtlich in den Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialwesens zu beschäftigen und Prozesse der Interkulturellen Öffnung der Einrichtungen voran zu treiben (z. B. als Teil eines übergreifenden Diversity-Ansatzes). Damit würden sich auch die Chancen erhöhen, weitere Migrant/innen auf verschie-

denen Stufen der Partizipation zu beteiligen. Hierbei ist jedoch zu beachten, dass die Migrantengruppen und Communities, die einen besonderen Bedarf bei der HIV-Prävention haben, häufig sozioökonomisch benachteiligt sind und nur einen eingeschränkten Zugang zum deutschen Arbeitsmarkt haben. Eine weitere Empfehlung besagt daher, dass Aufwandsentschädigungen (Fahrt-, Sach- und Verpflegungskosten) für die ehrenamtliche Arbeit dieser Personen ebenso gezahlt werden sollten wie Honorare für die Erfüllung bestimmter Tätigkeiten (z. B. Veranstaltungen in den Communities, Seminare etc.). Die Zahlung von Aufwandsentschädigungen und Honoraren signalisiert Wertschätzung, ist aber für diese Gruppen in vielen Fällen eine schlichte Notwendigkeit, ohne die ein Engagement nicht möglich ist.

Alle Menschen, die in Deutschland leben, sollen „unabhängig von ihrem kulturellen Hintergrund den gleichen Zugang zu Information, Prävention, Beratung und Versorgung haben“ – so lautet das Ziel der Bundesregierung im Aktionsplan zur Umsetzung der HIV/Aids-Bekämpfungsstrategie [5]. Dieses Ziel ist noch nicht erreicht – es gibt nach wie vor sprachliche, rechtliche, strukturelle und kulturelle Barrieren, und viele Menschen mit Migrationshintergrund haben noch immer nicht den gleichen Zugang zu HIV-bezogener Information, Prävention, Beratung und Versorgung wie Menschen ohne Migrationshintergrund. Die Ergebnisse des PaKoMi-Projekts legen nahe, dass ein entscheidender Schlüssel zum Erfolg in der verbesserten Zusammenarbeit und v. a. in der gestärkten Teilhabe von Migrant/innen und MSO an der Entwicklung, Durchführung und Erforschung von HIV-Prävention liegt. Das heißt, es geht darum, HIV-Prävention nicht nur für, sondern v. a. mit Migrant/innen zu machen. Sind Mitglieder aus den Zielgruppen und Communities „im Boot“, ist keine Gruppe mehr „schwer erreichbar“. Werden Lebensweltexpert/innen einbezogen, kann lokales, sprachliches und kulturelles Wissen einfließen. Das ist notwendig, um angemessene HIV-Prävention für und mit den verschiedenen Migrantengruppen zu entwickeln.

Das PaKoMi-Projekt hat außerdem gezeigt, dass partizipative Forschung nach dem CBPR-Ansatz in Deutschland machbar ist und verschiedene marginalisierte Gruppen erfolgreich an Forschungsprozessen beteiligt werden können. Allerdings muss Partizipation auch in der Forschung aktiv und bewusst ermöglicht werden – u. a. durch Ressourcen und Kompetenzentwicklung. Partizipative Forschung eröffnet neue Möglichkeiten, hat aber auch Grenzen und einen Preis.

Grenzen bestehen wie oben ausgeführt zum einen in methodischer Hinsicht und zum anderen im Hinblick darauf, dass der Community-Begriff nicht für alle Zielgruppen und Settings gleich gut geeignet ist. Er ist insbesondere dann problematisch, wenn Zielgruppen kaum Gemeinschaftsbezüge aufweisen und/oder von professioneller Seite auf Basis von Merkmalen bestimmt wurden, die von den betroffenen Personen selbst in den Lebenswelten nicht offen besprochen werden [6]. Allerdings zeigen die Fallstudien in Hamburg und Osnabrück, dass auch bei stigmatisierten Erkrankungen wie HIV/Aids ein Community-basierter Zugang sehr erfolgreich sein kann, wenn Partner/innen in den Communities eine Veränderung anstreben und zur Zusammenarbeit bereit sind. Grundsätzlich erfordert ein Community-basierter Zugang auch von den beteiligten Fachkräften und Wissenschaftler/innen eine Offenheit für die Belange und Perspektiven der Communities was bedeuten kann, dass Zielgruppen und Handlungsbedarf neu bestimmt werden.

CBPR ist voraussetzungs- und zeitaufwendig und in der praktischen Umsetzung können vielfältige Herausforderungen auftreten [10, 20, 31]. Im Hinblick auf anwendungsorientierte Vorhaben, die einen praktischen Nutzen hervorbringen sollen, überwiegen allerdings die Vorteile der Forschungsstrategie. Dies trifft insbesondere auf Forschungsfelder zu, in denen ein dringlicher Handlungsbedarf besteht und konventionellere Formen der akademischen Forschung an Grenzen stoßen. Bestimmte Gruppen sind für traditionelle akademische Forschung schwerer erreichbar. Partizipative Forschung bietet hier die Möglichkeit, nicht nur gemein-

sam mit diesen Gruppen zu forschen, sondern ihre lebensweltlichen Gemeinschaften zu stärken und damit strukturelle Voraussetzungen für verbesserte Gesundheitschancen und für Kooperationen in der Gesundheitsförderung und Prävention zu schaffen.

Fazit für die Praxis

- Partizipative Forschung eignet sich, um gemeinsam mit sog. „schwer erreichbaren“ Gruppen zu forschen und Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung zu entwickeln.
- Der Ansatz setzt voraus, dass Zielgruppen, Handlungsbedarf und Vorgehen gemeinsam mit Partner/innen aus den Lebenswelten bestimmt werden. Dies ist nicht für alle Vorhaben und (professionell bestimmte) Zielgruppen gleich gut geeignet.
- Partizipation muss ermöglicht werden – in der Forschung ebenso wie in der Praxis. Dazu gehören ausreichende finanzielle, zeitliche und personelle Ressourcen.
- Partizipative Methoden (wie Photovoice und „Community Mapping“) wurden ebenso wie klassische Methoden der qualitativen und quantitativen Forschung erfolgreich angewendet.
- Lebensweltliche Gemeinschaften (Communities) können durch partizipative Forschung gestärkt werden – dies kommt nicht nur dem spezifischen Handlungsfeld (in diesem Fall der HIV-Prävention) zugute, sondern auch den beteiligten Personen und Gruppen, deren Teilhabe- und Gesundheitschancen dadurch nachhaltig befördert werden.

Korrespondenzadresse



Prof. Dr. H. von Unger
Institut für Soziologie
Ludwig Maximilians-Universität
München, Konradstraße 6
80801 München
unger@lmu.de

Danksagung. Wir möchten allen Personen und Einrichtungen danken, die an dem PaKoMi-Projekt mitgewirkt haben. Unser Dank gilt außerdem dem Bundesministerium für Gesundheit, das die wissenschaftliche Begleitung des PaKoMi-Projekts finanziell gefördert hat.

Interessenkonflikt. Der korrespondierende Autor gibt für sich und seine Koautoren an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Literatur

1. Beier S (2005) Afrikanische Migranten in Deutschland und ihr Umgang mit HIV/AIDS. *Curare* 28(2/3):188–200
2. Blümel S, Lehmann F (2011) Zielgruppen, Multiplikatoren und Multiplikatoren. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hrsg) Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten Strategien und Methoden. BZgA, Köln, S 575–579
3. Bochow M, Schmidt AJ, Grote S (2010) MSM mit Migrationshintergrund. Schwule Männer und HIV/AIDS: Lebensstile, Szene, Sex 2007. AIDS-Forum DAH 55:181–193
4. Borde T, David M (Hrsg) (2003) Gut versorgt? Migrantinnen und Migranten im Gesundheits- und Sozialwesen. Mabuse, Frankfurt
5. Bundesministerium für Gesundheit (BMG), Bundesministerium für wirtschaftliche Z, Bundesministerium für Bildung und F (2007) Aktionsplan zur Umsetzung der HIV/AIDS-Bekämpfungsstrategie der Bundesregierung. BMG, Bonn
6. Campbell R, Sefl T, Wasco S, Ahrens C (2004) Doing community research without a community: creating a safe space for rape survivors. *Am J Community Psychol* 33(3/4):253–261
7. Dodds C, Weatherburn P, Owuor J et al (2009) African HIV prevention Handbook: putting the knowledge, the will and the power into practice. Sigma Research, London
8. Drewes J, Sweers H (Hrsg) (2010) Strukturelle Prävention und Gesundheitsförderung im Kontext von HIV. AIDS-Forum DAH, 57, Deutsche AIDS-Hilfe e. V., Berlin
9. ECDC (2011) Migrant health: HIV testing and counselling in migrant populations and ethnic minorities in EU/EAA/EFTA member states. European Center for Disease Prevention and Control (ECDC), Stockholm
10. Flicker S, Wilson M, Travers R et al (2009) Community-based research in AIDS-service organizations: what helps and what doesn't? *AIDS Care* 21(1):94–102
11. Gräser S, Krichke N, Wohlrab C (2009) HIV/AIDS-Prävention und Versorgung für Migrantinnen und Migranten aus Sub-Sahara Afrika. Eine Pilotstudie zur Evaluation des „Afrika-Projekts“ des Gesundheitsamtes Bremen. IPP Schriften Ausgabe 03, Universität Bremen: Institut für Public Health und Pflegeforschung (IPP)
12. Grimaltschi S, Klumb S (2006) Germany. In: NIGZ AIDS & Mobility Europe (Hrsg) Community needs – community responses: trends on migration and HIV/AIDS in Europe. NIGZ, Woerden, S 62–75
13. Hickson F, Owuor J, Weatherburn P et al (2009) Bass Line 2008–2009. Assessing the sexual HIV prevention needs of African people in England. Sigma Research, London
14. Hitzler R, Honer A, Pfadenhauer M (2008) Zur Einleitung: „Ärgerliche“ Gesellungsgebilde? In: Hitzler R, Honer A, Pfadenhauer M (Hrsg) Posttraditionale Gemeinschaften: Theoretische und ethnographische Erkundungen. VS Verlag, Wiesbaden, S 9–31
15. Joas H (1992) Gemeinschaft und Demokratie in den USA. Die vergessene Vorgeschichte der Kommunitarismus-Diskussion. *Blätter für deutsche und internationale Politik* 7:859–869
16. Kouznetsov L, Kouznetsov AV, Niedermeier A et al (2009) HIV/AIDS und Aussiedler aus der ehemaligen Sowjetunion. Erste Erkenntnisse über die Einstellungen und das Wissen. *Präv Gesundheitsf* 4:272–278
17. Loss J (2009) Die Gemeinde – lebensnotwendige Stimme für die Gesundheitsförderung. *Präv Gesundheitsf* 4:147–148
18. MacQueen K, McLellan E, Metzger D et al (2001) What is community? An evidence-based definition for participatory public health. *Am J Public Health* 91(12):1929–1938
19. MAYISHA II Collaborative Group (2005) Assessing the feasibility and acceptability of community based prevalence surveys of HIV among black Africans in England. Health Protection Agency Centre for Infections, London
20. Minkler M (2005) Community-based research partnerships: challenges and opportunities. *J Urban Health* 82(2 Suppl. 2):3–12
21. Narimani P (1998) Zur Notwendigkeit kulturspezifischer Angebote in der HIV/AIDS-Primärprävention. In: Archiv für Sozialpolitik (AFS) in Kooperation mit dem Verband der Initiativgruppen in der Ausländerarbeit (VIA) (Hrsg) Handbuch Migration für AIDS-Hilfen, AIDS-Fachkräfte und andere im AIDS-Bereich Tätige. Deutsche AIDS-Hilfe e. V., Berlin, S 239–261
22. Rhodes S, Malow R, Jully C (2010) Community-based participatory research: a new and not-so-new approach to HIV/AIDS prevention, care and treatment. *AIDS Educ Prev* 22(3):173–183
23. Robert Koch-Institut (2010) HIV-Infektionen und AIDS-Erkrankungen in Deutschland. Jahresbericht zur Entwicklung im Jahr 2009 aus dem Robert Koch-Institut. *Epidemiolog Bull* 22:205–220
24. Robert Koch-Institut (2012) HIV bei Migranten in Deutschland. *Epidemiolog Bull* 3:19–21
25. Santos-Hövenner C, Unger H von (2012) Kultursensible HIV/STI-Prävention bei Sexarbeiterinnen mit Migrationshintergrund. *Präv Gesundheitsf* 7(2):148–154
26. Schenk L (2007) Migration und Gesundheit – Entwicklung eines Erklärungs- und Analysemodells für epidemiologische Studien. *Int J Public Health* 52:87–96
27. Spallek J, Razum O (2007) Gesundheit von Migranten: Defizite im Bereich der Prävention. *Med Klin* 102:451–456
28. Spallek J, Razum O (2008) Erklärungsmodelle für die gesundheitliche Situation von Migrantinnen und Migranten. In: Bauer U, Bittlingmeyer U, Richter M (Hrsg) Health Inequalities. Determinanten und Mechanismen gesundheitlicher Ungleichheit. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden, S 271–288
29. Steffan E, Sokolowski S (2005) HIV/AIDS und Migrantinnen und Migranten: Gesundheitsrisiken, soziale Lage und Angebote einschlägiger Dienste: Nationale Auswertung für Deutschland. SPI Forschung, Berlin

30. Travers R, Wilson MG, Flicker S et al (2008) The greater involvement of people living with AIDS principle: theory versus practice in Ontario's HIV/AIDS community-based research sector. *AIDS Care* 20(6):615–624
31. Viswanathan M, Ammermann A, Eng E et al (2004) Community-based participatory research: assessing the evidence. Evidence Report/Technology Assessment, 99, AHRQ Publication 04-E022-2. Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ), Rockville
32. von Unger H (in press) Partizipative Forschung. Einführung in die Forschungspraxis. Springer VS Verlag, Wiesbaden
33. von Unger H (2012) Partizipative Gesundheitsforschung: Wer partizipiert woran? *Forum Qualitative Sozialforschung (FQS)* 13(1):Art. 7. <http://www.qualitative-research.net>. Zugegriffen: 18. Jan. 2013
34. von Unger H, Gangarova T (2011) PaKoMi Handbuch: HIV-Prävention für und mit Migrantinnen und Migranten. Deutsche AIDS-Hilfe e. V., Berlin
35. Unger H von, Klumb S, Gangarova T, Wright MT (2011) Herausforderungen der HIV-Prävention für Migranten. Ergebnisse einer Befragung der Aids-hilfen. *Präv Gesundheitsf* 6(1):19–26
36. Walter C (2007) Community building practice: a conceptual framework. In: Minkler M (Hrsg) *Community Organizing and Community Building for Health*, 2 Aufl. Rutgers University Press, New Brunswick, S 66–78
37. Wiessner P (Hrsg) (2010) Migration und HIV-Prävention. *AIDS-Forum DAH*, Bd 58. Deutsche AIDS-Hilfe, Berlin. <http://www.aidshilfe.de/sites/default/files/Forum58-internet.pdf>. Zugegriffen: 11. Juni 2013
38. World Health Organisation (WHO) (1986) Health Promotion. Ottawa Charter. <http://whqlibdoc.who.int>. Zugegriffen: 28. Nov. 2012