

Verhalten und Verhältnisse beeinflussen

Strukturelle HIV-Prävention mit MigrantInnen

In einer Befragung der Aids-Hilfen zu Angeboten der HIV-Prävention für MigrantInnen beschreibt eine Aids-Hilfe die Situation wie folgt: „MigrantInnen sind oft mit ganz anderen Themen, wie zum Beispiel der Absicherung der finanziellen Existenz, der Arbeitslosigkeit, dem Aufenthaltsrecht usw. beschäftigt und haben kaum Bezug zur Gesundheitsförderung oder Prävention“.

Diese Aussage trifft natürlich nicht auf alle MigrantInnen zu. Es gibt Personen und Gruppen mit Migrationshintergrund, die sich sehr für Gesundheitsförderung und HIV-Prävention interessieren und engagieren – das zeigt auch unsere PaKoMi (Participatory Development of HIV Prevention with Migrants)-Studie, die wir zur Zeit aus Mitteln des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) gemeinsam mit der Deutschen Aids-Hilfe e.V. und verschiedenen lokalen Partnern und Einrichtungen durchführen. Das Zitat spiegelt vielmehr eine Erfahrung von Aids-Hilfen in der Arbeit mit sozial und rechtlich extrem benachteiligten MigrantInnen wider, die erhöhte HIV-Risiken haben und verstärkt von HIV/Aids betroffen sind. Dazu zählen zum Beispiel Menschen aus afrikanischen Ländern, die einen unsicheren Aufenthaltsstatus haben, von Diskriminierung betroffen sind und unter Umständen ihren Beruf nicht ausüben dürfen. Dazu zählen auch Per-

sonen aus Zentral- und Osteuropa wie zum Beispiel BulgarInnen, die als neue EU-BürgerInnen zwar legal in Deutschland leben und arbeiten, aber teilweise keine Krankenversicherung und keinen Zugang zum Gesundheitssystem besitzen. Solche Lebenssituationen und Bedingungen sind nicht immer förderlich für den Schutz vor HIV/Aids und den Umgang mit einer Infektion. Gute HIV-Prävention sieht diesen Tatsachen ins Auge und zieht daraus Konsequenzen.

Das Konzept der strukturellen Prävention

Möglich ist dies zum Beispiel mit dem Konzept der Strukturellen Prävention der Aids-Hilfen (vgl. auch den nachfolgenden Artikel von Phil Langer in diesem Heft). Dieses Konzept sieht vor, individuelles Verhalten und gesellschaftliche Verhältnisse zu beeinflussen, dabei die Zielgruppen und Communities zu stärken und zu beteiligen, und die Präventionsebenen (Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention) so zu verschränken, dass Gesundheit lebensweltnah gefördert und HIV-Risiken reduziert werden (Drewes & Sweers 2010, Etgeton 1998, Ketterer 1998). Das heißt, es gibt sowohl präventive Angebote, die sich an einzelne Personen richten (zum Beispiel Beratungsangebote und aufsuchende Arbeit mit Informationsmaterial, Kondomen und Gleitgel), als auch Maßnahmen, die auf kollektiver Ebene angesiedelt sind und die gesellschaftlichen Bedingungen beeinflussen, die zu HIV-Risiken

und Schutzverhalten beitragen. Zum Beispiel engagieren sich die Aids-Hilfen traditionell stark für die Rechte von schwulen Männern. Der Abbau von sozialer und rechtlicher Diskriminierung und die Stärkung von Selbsthilfe und Empowerment haben wesentlich zur Förderung der Gesundheit dieser Gruppe beigetragen.

Vielfalt von MigrantInnen und HIV-Risiken

Fast jede dritte neue HIV-Infektion betrifft eine MigrantIn, das heißt eine Person, die aus einem anderen Herkunftsland zugewandert ist (RKI 2010). Die Infektionswege dieser MigrantInnen sind ebenso vielfältig wie die Herkunftskulturen und Lebensbedingungen in Deutschland. Betroffene Personen kommen vor allem aus

Primäre Prävention will den Gesundheitszustand verbessern und Unfälle oder die Entstehung von Krankheiten vermeiden. Zum Beispiel die Verhinderung von Infektionskrankheiten durch Impfungen.

Sekundäre Prävention bezieht sich auf Früherkennung von Krankheiten und Behandlung in einem möglichst frühen Stadium. Zum Beispiel bei der Krebsvorsorge.

Zur **tertiären Prävention** zählen Maßnahmen, die Krankheitsrückfällen vorbeugen, die Verschlimmerung von chronischen Erkrankungen verlangsamen und Folgestörungen bei bestehenden Krankheiten verhindern – also Rehabilitation.

Bei der **Verhaltensprävention** soll durch Aufklärung und Stärkung der Persönlichkeit dazu motiviert werden, Risiken zu vermeiden beziehungsweise gesundheitsfördernde Verhaltensweisen zu übernehmen. Bei der **strukturellen Prävention** werden verschiedene Lebensbereiche (Arbeit, Familie, Freizeit) möglichst risikoarm gestaltet.

Hochprävalenzregionen (Subsahara-Afrika, Südostasien), aber auch aus Zentral-, West- und Osteuropa. Während 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 (Sex mit Männern) und Drogengebrauch einschließen. Die Infektionen werden teilweise aus den Herkunftsländern mitgebracht, teilweise in Deutschland erworben. Bei zugewanderten Männern, die Sex mit Männern haben (MSM), liegt der Anteil von in Deutschland erworbenen Infektionen bei über 90 Prozent (RKI 2010). Auch bei Personen aus Hochprävalenzländern (HPL) wird angenommen, dass sich 20 bis 25 Prozent in Deutschland infiziert haben (wahrscheinlich durch sexuelle Kontakte mit Partnern aus derselben Herkunftsregion). Es gilt daher, Angebote der HIV-Primärprävention auf die Bedürfnisse von MigrantInnen abzustimmen.

Die große Heterogenität der MigrantInnen mit erhöhten HIV-Risiken, die vorhandene Vielfalt an Lebensweisen, Sprachen, Kulturen und rechtlichen Status in Deutschland, machen es sehr schwer über „die MigrantInnen“ als einer Gruppe zu sprechen. Angemessener erscheint eine differenzierte Betrachtung, welche Gruppen erhöhte HIV-Risiken haben und eine besondere Ansprache benötigen.

Probleme in der Gesundheitsversorgung

In der Gesundheitsversorgung von MigrantInnen in Deutschland treten vielfältige Probleme auf, die unter anderem mit Sprachbarrieren, rechtlicher und sozialer Benachteiligung, so-

wie kulturellen Unterschieden im Gesundheitsverständnis und -verhalten in Zusammenhang stehen. MigrantInnen sind nicht per se weniger gesund – das Gegenteil kann zutreffen, was als „healthy migrant effect“ beschrieben wird (Razum 2006). In Bezug auf HIV/Aids liegen wie oben beschrieben für bestimmte MigrantInnen-Gruppen erhöhte Risiken vor. In der gesundheitlichen Versorgung von MigrantInnen kommt es zu Unter-, Über- und Fehlversorgung – wobei der Bereich der Prävention und Gesundheitsförderung tendenziell durch Unterversorgung geprägt ist (Spallek/Razum 2007).

Partizipation von MigrantInnen fördern

Um den bestehenden Herausforderungen gerecht zu werden, bedarf es der verstärkten Teilnahme und Teilhabe (Partizipation) von MigrantInnen, auch an der Entwicklung und Durchführung von Maßnahmen der HIV-Prävention. Nur sie können die Brücke zu den Lebenswelten herstellen und dabei helfen, die Frage zu beantworten, ob die Bedürfnisse der verschiedenen Gruppen mit Migrationshintergrund durch bestehende, nicht-migrationspezifische Angebote erfüllt werden, oder ob es weitere Angebote und Maßnahmen bedarf, die gezielter auf die diversen sprachlichen, rechtlichen, kulturellen und sozio-strukturellen Bedürfnisse von MigrantInnen eingehen.

Das Konzept der Strukturellen Prävention konsequent anzuwenden heißt, sowohl die rechtliche und soziale Benachteiligung als auch die individuellen und kollektiven Ressourcen von MigrantInnen zu berücksichtigen. Eine HIV-Primärprävention, die die gesellschaftlichen Verhältnisse ausblenden würde, die zu erhöhten HIV-Risiken beitragen, bliebe in ih-

rer Wirkung begrenzt. Allerdings dürfen auch die Ressourcen und Handlungsspielräume von Individuen, Gruppen und Communities nicht aus dem Blick geraten.

Fazit

Um Angebote der HIV-Prävention besser auf die Bedürfnisse von MigrantInnen abzustimmen, müssen MigrantInnen verstärkt an der Prävention beteiligt und in ihrer Selbstorganisation unterstützt werden. Problem- und defizitorientierte Sichtweisen sind nicht ausreichend. Es gilt ressourcenorientiert vor zu gehen und das lebensweltliche Wissen, die Kompetenzen und die Kreativität von MigrantInnen zu nutzen und zu fördern. HIV-Prävention ist daher in ein weiter gefasstes Konzept der Gesundheitsförderung einzubetten. Dies kommt den Interessen der Communities entgegen und ermöglicht es, auch die gesellschaftlichen Verhältnisse zu berücksichtigen, die zu den HIV-Risiken von MigrantInnen beitragen (Strukturelle Prävention).

Literaturhinweise können bei der Verfasserin angefordert werden unter E-Mail: unger@wzb.eu



Dr. Hella von Unger ist Sozialwissenschaftlerin und arbeitet seit Mitte der 1990er Jahre zum Thema HIV/Aids. Sie ist in der Forschungsgruppe Public Health am Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB) tätig und forscht aktuell in Kooperation mit der Deutschen Aids-Hilfe e.V. zu Partizipation und Kooperation in der HIV-Prävention mit MigrantInnen (PaKoMi).