

Prävention und Gesundheitsförderung

Elektronischer Sonderdruck für
H. Unger

Ein Service von Springer Medizin

Präv Gesundheitsf 2011 · 6:19–26 · DOI 10.1007/s11553-010-0267-9

© Springer-Verlag 2010

zur nichtkommerziellen Nutzung auf der
privaten Homepage und Institutssite des Autors

H. von Unger · S. Klumb · T. Gangarova · M.T. Wright

Herausforderungen der HIV-Prävention für Migranten

Ergebnisse einer Befragung der Aidshilfen

Herausforderungen der HIV-Prävention für Migranten

Ergebnisse einer Befragung der Aidshilfen

Hintergrund und Fragestellung

Fast jede 3. neue HIV-Diagnose in Deutschland betrifft eine Person mit Migrationshintergrund [24]. Seit 2001 werden Herkunftsland und Infektionsland bei HIV-Meldungen systematisch erhoben. Bei 31,4% (n=4984) der neuen HIV-Diagnosen, bei denen (im Zeitraum 01/2001–06/2009) Angaben zum Herkunftsland vorlagen, war ein anderes Herkunftsland angegeben [24]. Die betroffenen Personen kommen v. a. aus Hochprävalenzregionen (42% Subsahara-Afrika, 11% Südostasien), aber auch aus Zentraleuropa (12%), Westeuropa (10%) und Osteuropa (10%) [24]. Die Gruppen unterscheiden sich nicht nur nach Herkunftsregion, sondern auch nach Infektionsrisiken und Geschlecht: 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 (Sex mit Männern) und Drogengebrauch einschließen [24]. Die Infektionen werden sowohl aus den Herkunftsländern mitgebracht, als auch in Deutschland erworben. Bei zugewanderten Männern, die Sex mit Männern haben (MSM), liegt der Anteil von in Deutschland er-

worbenen Infektionen beispielsweise bei >90% [25]. Auch bei Personen aus Hochprävalenzländern (HPL) wird angenommen, dass sich 20–25% in Deutschland infiziert haben (wahrscheinlich durch sexuelle Kontakte mit Partnern aus derselben Herkunftsregion; [25]). Es gilt daher, Angebote der HIV-Primärprävention auf die Bedürfnisse von Migranten abzustimmen.

Aidshilfen übernehmen in vielen Kommunen neben dem Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) und weiteren Einrichtungen Aufgaben der HIV-Primärprävention. Das Aidshilfekonzept der „Strukturellen Prävention“ sieht dabei vor, Zielgruppen und Communities zu stärken und zu beteiligen, individuelles Verhalten *und* gesellschaftliche Verhältnisse zu beeinflussen, und die Präventionsebenen (Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention) so zu verschränken, dass Gesundheit lebensweltnah gefördert und HIV-Risiken reduziert werden [11]. In Bezug auf die HIV-Prävention bei Migranten ist die Umsetzung dieses „Erfolgsmodells“ [26] allerdings weniger weit fortgeschritten als bei anderen Gruppen.

Migranten wurden erst mit einer gewissen Verzögerung und unter anhaltenden Vorbehalten zu Zielgruppen der HIV-Prävention [32]. Erste Programme und Maßnahmen der HIV-Prävention für Migranten wurden in den 1990er Jah-

ren entwickelt, fast eine Dekade nach denen für andere Gruppen [14, 30]. Diese historische Verzögerung hing zum einen mit dem Infektions- und Migrationsgeschehen zusammen, aber auch mit gesellschaftlichen Rahmenbedingungen, wie der sozialen und rechtlichen Marginalisierung von Migranten, dem fehlenden politischen Willen und der Gefahr der Mehrfachstigmatisierung, die auch Engagierte zur Zurückhaltung bewog. Die Konstruktion von „Risikogruppen“ und Stigmatisierungsprozesse im Kontext von HIV/Aids haben sich auch auf andere Gruppen nachteilig ausgewirkt. Migranten sind jedoch sozial und rechtlich besonders verletzlich. Auch „Ethnisierung“ und „Kulturalisierung“ richten Schaden an [12]. Denn werden ethnische Identitäten und kulturelle Unterschiede überbewertet, und sozioökonomische und rechtliche Faktoren unterschätzt, wird „Fremdheit“ erzeugt und festgeschrieben. Um die bestehende Fremdenfeindlichkeit nicht weiter zu verschärfen, wurde die thematische Verknüpfung von HIV/Aids und Migration vermieden. Migranten wurden in Bezug auf HIV/Aids also lange Zeit entweder ignoriert oder übermäßig beschützt [14].

Erschwerend kommt hinzu, dass der Begriff „Migranten“ sehr unterschiedliche Personengruppen aus verschiedenen Ländern mit unterschiedlichen

rechtlichen Status und HIV-Risiken zusammenfasst.¹ Angesichts der Heterogenität dieser „Gruppe“, die im sozialen Leben keine ist, kann weder im Allgemeinen noch im Singular von „den Migranten“ als einer Zielgruppe der HIV-Primärprävention gesprochen werden [22, 31].

Trotz der schwierigen Rahmenbedingungen und konzeptuellen Herausforderungen wurden seit den 1990er Jahren in der HIV-Prävention für Migranten Fortschritte erzielt, auch im Verband der Aidshilfen: Die „interkulturelle Öffnung“ der Aidshilfen wurde diskutiert und angestrebt [1, 5, 31], Fortbildungen wurden angeboten, und erste Studien zu interkultureller Beratung und Versorgung durchgeführt [9, 20]. Ein „Handbuch Migration“ wurde erstellt [1], in dem auch die Notwendigkeit einer sprachlich und kulturell angemessenen HIV-Primärprävention mit Migranten dargelegt wurde [22]. Innovative Modellprojekte und Konzepte wurden entwickelt, um HIV/Aids-Prävention mit Migranten kultur- und migrations-sensibel zu gestalten: z. B. durch „peer involvement“ in Form von Gesundheitsdolmetschern [6], Multiplikatorenfortbildungen [4, 7], community- und migrationspolitische Arbeit [27], sowie lokal angepasste Vernetzung und Zusammenarbeit in der Flüchtlingsarbeit [8]. Diese Entwicklungen zeigen, dass die Aidshilfen – insbesondere in Zusammenarbeit mit Migrantenselbstorganisationen (MSO) und anderen Einrichtungen des Sozial- und Gesundheitswesens – wichtige Beiträge zur HIV-Prävention für Migranten leisten können. Um dieses Potential weiter zu verwirklichen, ist es jedoch notwendig, auch die Herausforderungen zu verstehen, die sich in der praktischen Präventionsarbeit stellen.

¹ Zur Begriffsklärung: In diesem Beitrag (und auch in der Befragung, deren Ergebnisse hier vorgestellt werden) werden die Begriffe „Migranten/innen“ und „Personen mit Migrationshintergrund“ gleichbedeutend benutzt. Gemeint sind Personen, die selbst oder deren Eltern zugewandert sind. Zu den Schwierigkeiten der Begriffsbestimmung und für eine differenziertere Aufgliederung der verschiedenen Gruppen (nach Staatsangehörigkeit, Geburtsland und eigenem Migrations- bzw. Aufenthaltsstatus), die unter dem Oberbegriff „Personen mit Migrationshintergrund“ zusammengefasst sind (s. [23]).

Diese Frage wurde bislang empirisch noch nicht untersucht. Theorien und Forschung zu HIV-Prävention im Kontext von Migration befinden sich in einem wenig ausgereiften Stadium. In der Epidemiologie wurden in der letzten Dekade wesentliche Fortschritte erzielt. Die sozialwissenschaftliche Gesundheitsforschung hat bislang jedoch nur wenige Untersuchungen zu HIV-Prävention für Migranten hervorgebracht. Darunter sind Befragungen von Personen mit Migrationshintergrund [3, 18, 16] sowie Befragungen von Praktikern der HIV-Prävention – letztere allerdings eher zu sekundär- und tertiärpräventiven Fragen [9, 20] bzw. zu einzelnen Gruppen wie Sexarbeitern [28] oder Afrikanern [2]. Auf europäischer Ebene und im englischen Sprachraum ist der Stand der Forschung schon etwas weiter entwickelt [10, 14, 15, 17, 29]. Die vorliegende Analyse leistet einen Beitrag zur deutschen gesundheitswissenschaftlichen Diskussion, in dem die Herausforderungen der HIV-Prävention für Migranten aus Sicht von Aidshilfen auf Basis einer bundesweiten Erhebung untersucht werden.

Studiendesign und Untersuchungsmethoden

Um einen aktuellen Überblick über die Angebote, Erfahrungen und Einschätzungen der Aidshilfen in der HIV-Primärprävention für Migranten zu gewinnen, wurde im Frühjahr 2009 im Rahmen eines partizipativen Forschungsprojekts eine Befragung der Mitgliedsorganisationen der Deutschen AIDS-Hilfe e.V. (DAH) durchgeführt. „Partizipation und Kooperation in der HIV-Prävention mit Migrant/innen“ (PaKoMi) ist ein Projekt der DAH, das vom Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB) begleitet wird. Die wissenschaftliche Begleitung durch das WZB wird gefördert durch das Bundesministerium für Gesundheit (BMG). Das Projekt zielt darauf ab, die Teilhabe (Partizipation) von Migranten und die Zusammenarbeit (Kooperation) verschiedener Anbieter und Einrichtungen in der HIV-Primärprävention für Migranten zu fördern und zu untersuchen. Als erster Schritt wurde mit dieser Befragung eine Bestandsaufnahme und Bedarfserhebung im Verband der

Aidshilfen durchgeführt. Das Erhebungsinstrument wurde mit dem Projektbeirat entwickelt, in dem Wissenschaftler, Communityvertreter und professionelle Praktiker (z. B. aus dem ÖGD und Aids-Beratungsstellen) vertreten sind. Im Fragebogen sind offene und geschlossene Fragen zu folgenden Themenbereichen enthalten:

- a) Zielgruppen und Angebote der HIV-Prävention der Aids-Hilfen,
- b) Beteiligung von Personen mit Migrationshintergrund,
- c) weitere Angebote in den Kommunen und Kooperationen,
- d) Erfahrungswerte der Aidshilfen (Bewährtes, Erfolge, Probleme, Besonderheiten),
- e) Einschätzung des lokalen Handlungsbedarfs,
- f) Weiterbildungsbedarf,
- g) interkulturelle Öffnung der Einrichtung.

Der Fragebogen wurde einem Pretest unterzogen, an dem 7 Aidshilfe-Organisationen teilgenommen haben. Anschließend wurde der überarbeitete Fragebogen an die 118 Mitgliedsorganisationen der DAH versandt (Totalerhebung). Um den Rücklauf zu erhöhen, wurde telefonisch nachgefasst (die Einrichtungen, die zu dem vorgegebenen Datum noch keinen Fragebogen zurückgesandt hatten, wurden mindestens 2-mal telefonisch kontaktiert). Die Daten wurden mit SPSS (Version 17.0) statistisch ausgewertet (Häufigkeiten) und die Antworten auf offene Fragen wurden mithilfe einer Software für qualitative Datenanalyse (Atlas.ti, Version 6.0) inhaltsanalytisch ausgewertet.

Der Fokus der hier vorliegenden Analyse liegt auf den Herausforderungen, die insbesondere in den offenen Antworten auf die Fragen „Worin bestehen die Besonderheiten der HIV-Prävention für Migrant/innen?“, „Worin bestehen die negativen Erfahrungen?“ und „Welche Probleme behindern bei Euch vor Ort die HIV-Prävention für Migrant/innen?“ beschrieben wurden. Außerdem werden Häufigkeiten zu der Beteiligung von Migranten an der Prävention, bewährten Methoden, Zusammenarbeit auf kom-

munaler Ebene und Einschätzungen des Handlungsbedarfs dargelegt.

Ergebnisse

Die teilnehmenden Aidshilfe-Einrichtungen

Von den 118 Mitgliedsorganisationen der DAH haben 90 Einrichtungen an der Befragung teilgenommen (Rücklaufquote: 76%). Unter den 24%, die nicht teilgenommen haben, waren Einrichtungen, die keine HIV-Primärprävention anbieten und/oder dem Thema „HIV-Prävention für Migrant/innen“ keine hohe Priorität zumessen. Von den teilnehmenden Einrichtungen ist die Hälfte in mittelgroßen Städten (100.000–500.000 Einwohner) angesiedelt und jeweils ein Viertel befindet sich in Großstädten (von >500.000 Einwohnern) bzw. in kleineren Städten (mit <100.000 Einwohnern). Die personelle Ausstattung ist sehr unterschiedlich: manche Aidshilfen werden auf rein ehrenamtlicher Basis betrieben, während andere (vor allem solche mit professionellen Betreuungsangeboten) bis zu 120 hauptamtliche Mitarbeiter/innen haben. Der Durchschnitt liegt bei acht hauptamtlichen Mitarbeiter (Median = 4), 27 ehrenamtlichen (Median = 15) und zwei geringfügig beschäftigten Mitarbeitern (z. B. auf Honorarbasis, Median = 1).

Beteiligung von Migranten

In der Mehrzahl der Einrichtungen (n=52; 58%) arbeiten auch Personen mit Migrationshintergrund (m.M.) mit, wobei dies deutlich häufiger auf ehrenamtlicher Basis der Fall ist, als im Rahmen einer angestellten (entlohnenden) Beschäftigung: 50% der befragten Einrichtungen haben ehrenamtliche Mitarbeiter m.M. (n=45) und jeweils 21% (n=19) haben hauptamtliche und geringfügig beschäftigte Mitarbeitende m.M.. Von den 88 Aidshilfen mit Präventionsangeboten beteiligen 56% Migranten an der HIV-Prävention: 40% als ehrenamtliche Mitarbeiter, 31% als Kooperationspartner, 16% als geringfügig Beschäftigte (z. B. Sprachmittler auf Honorarbasis) und 13% als hauptamtliche Mitarbeiter (Abb. 1).

Zusammenfassung · Abstract

Präv Gesundheitsf 2011 · 6:19–26 DOI 10.1007/s11553-010-0267-9
© Springer-Verlag 2010

H. von Unger · S. Klumb · T. Gangarova · M.T. Wright

Herausforderungen der HIV-Prävention für Migranten. Ergebnisse einer Befragung der Aidshilfen

Zusammenfassung

Hintergrund. Mittlerweile entfallen ca. 30% der HIV-Neudiagnosen in Deutschland auf Personen mit Migrationshintergrund. Maßnahmen der HIV-Primärprävention sollen daher besser auf die Bedürfnisse von Migranten abgestimmt werden.

Methoden. Um einen Überblick über die Angebote und Erfahrungen der Aidshilfen in der HIV-Prävention für Migranten zu gewinnen, wurde eine Befragung der 118 Mitgliedsorganisationen der Deutschen AIDS-Hilfe e.V. (DAH) mithilfe eines strukturierten Fragebogens durchgeführt. Die Befragung ist Teil eines partizipativen Forschungsprojekts (PaKoMi). Der Fokus der Analyse liegt auf den Herausforderungen, die von den Aidshilfen beschrieben werden.

Ergebnisse. An der Befragung haben 90 Aidshilfeorganisationen (76%) teilgenommen. Die überwiegende Mehrheit (89% der teilnehmenden Organisationen) erreicht mit ihren Präventionsangeboten auch Personen mit Migrationshintergrund. Über die Hälfte (53%) verzeichnen einen lokalen Handlungsbedarf in Bezug auf die HIV-Prävention für Migranten und nur 10% sind mit der Zusam-

menarbeit in ihrer Kommune zu diesem Thema zufrieden. Herausforderungen der HIV-Prävention mit Migranten bestehen aus Sicht der Aidshilfen insbesondere: im Umgang mit kulturellen Unterschieden und Tabus, mangelnden Ressourcen, im eingeschränkten Zugang zu den Zielgruppen/Communities, in Sprachbarrieren, Stigmatisierungsprozessen, sowie praktischen und konzeptionellen Fragen, die aus den oft komplexen Problemlagen der Migranten, die erhöhte HIV-Risiken haben, resultieren.

Schlussfolgerungen. Um die Herausforderungen zu meistern, müssen Personen mit Migrationshintergrund verstärkt einbezogen und die Zusammenarbeit von Anbietern und Einrichtungen in den Kommunen verbessert werden. Konzeptionell scheint der Ansatz der strukturellen Prävention und die Einbettung von HIV-Prävention in ein breiteres Konzept der Gesundheitsförderung angemessen.

Schlüsselwörter

HIV-Prävention · Migranten · Partizipation · Gesundheitsförderung · Strukturelle Prävention

Challenges of HIV prevention for immigrant communities. Results from a survey of German AIDS service organizations

Abstract

Background. Approximately 30% of new HIV infections in Germany occur among immigrants. HIV prevention thus needs to be better tailored to immigrant communities.

Methods. A survey of the 118 members of the national association of AIDS service organizations (Deutsche AIDS-Hilfe e.V.) was conducted to assess their experiences in providing HIV prevention services to immigrants. The survey is part of a participatory research project (PaKoMi). The analysis focuses on the challenges described by the AIDS service organization (ASO).

Results. A total of 90 ASO participated in the survey (return rate 76%). The great majority (89%) provide HIV prevention services to immigrants. More than half (53%) state a need for further action to improve prevention services to immigrants in their locality. Only a small minority (10%) are satisfied with the level of communal cooperation among local actors on this issue. Major challenges in providing HIV prevention services to immigrants include: intercultural challenges in dealing with cultural differences and taboos, lack of

resources, limited access of ASOs to immigrant communities, language barriers, stigmatization processes, and practical and conceptual challenges resulting from the complex needs and multilayered problems of those immigrant groups who are most at risk for HIV/AIDS.

Conclusions. To better manage the challenges described by the ASOs, the participation of immigrant communities in HIV prevention and the cooperation of health and social service providers with community-based immigrant organizations should be improved. Given the social structural factors and legal issues which contribute to the specific vulnerability and increased HIV risks of immigrants, the concept of “structural prevention” seems appropriate which conceptualizes HIV prevention as health promotion in the broader social context.

Keywords

HIV prevention · Immigrant · Participation · Health promotion · Structural prevention

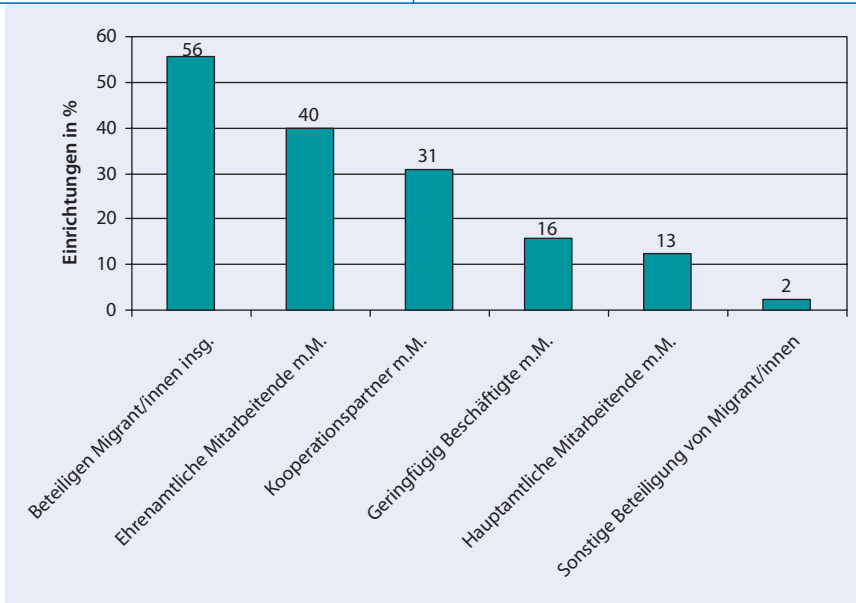


Abb. 1 ▲ Aidshilfe-Einrichtungen, die Migranten an der HIV-Prävention beteiligen (in %; n=88) (m.M. mit Migrationshintergrund)

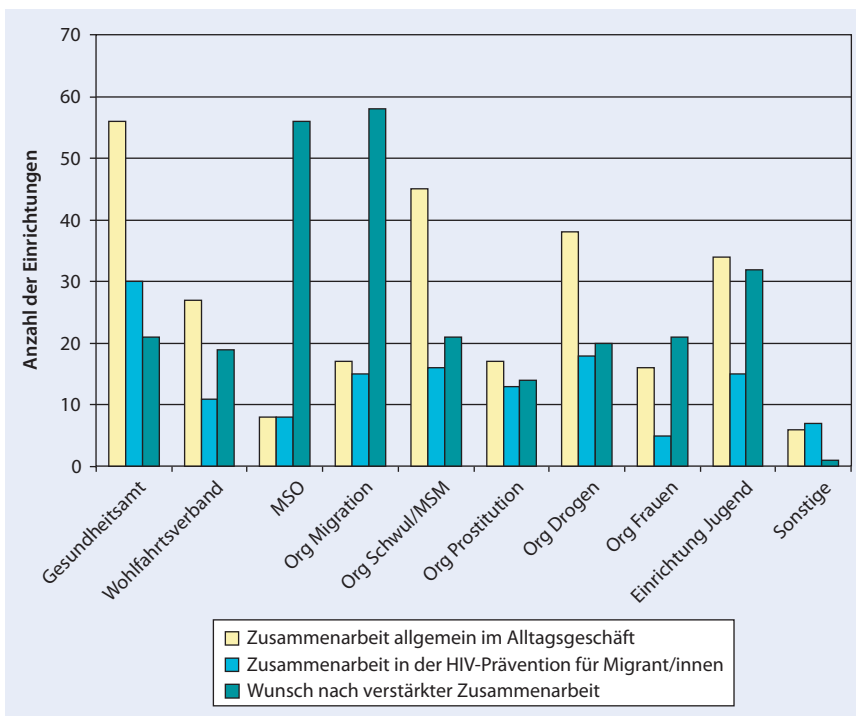


Abb. 2 ▲ Bestehende und gewünschte Zusammenarbeit vor Ort (n=80; Anzahl der Aidshilfen, die angeben „sehr eng“ oder „eng“ mit der jeweiligen Einrichtung zusammenzuarbeiten bzw. diesen Wunsch haben; Org Organisation im jeweiligen Bereich, MSO Migrantenselbstorganisation, MSM Männer, die Sex mit Männern haben)

Wie werden Migranten erreicht?

Migranten werden von 89% der befragten Einrichtungen erreicht, insbesondere mit Angeboten der HIV-Prävention, die sich an Jugendliche (z. B. Schüler), die Allgemeinbevölkerung und Per-

sonen mit HIV/Aids richten. Ein Drittel (35%) der Aidshilfen haben zusätzlich Angebote der HIV-Primärprävention, die sich *speziell* an Gruppen mit Migrationshintergrund richten. Dies sind in der Regel Angebote für Teilnehmer von Integrationskursen oder für ethnisch, sprachlich

oder rechtlich definierte Gruppen mit erhöhten HIV-Risiken und/oder erschwertem Zugang zum Gesundheitssystem (wie Flüchtlinge und Asylbewerber, afrikanische Communities, türkischstämmige Communities, Sexarbeiter und MSM aus zentral- und osteuropäischen Ländern, russlanddeutsche Drogengebrauchende etc.).

Bewährte Methoden

Methoden, die sich aus Aidshilfesicht bewährt haben, um Menschen mit Migrationshintergrund zu erreichen, sind insbesondere personalkommunikative Angebote (Einzelgespräche, Beratungen), mehrsprachige und bebilderte Präventionsmaterialien (z. B. BZgA-Piktogramme), der Einsatz von Multiplikatoren und Sprachmittlern (d. h. Übersetzern mit kulturellen Vermittlungskompetenzen) sowie die Zusammenarbeit mit Schlüsselpersonen in den Communities. Gute Erfahrungen werden auch damit gemacht, „bestehende Strukturen zu nutzen“ (wie z. B. Integrationskurse, selbstorganisierte Migrantengruppen, oder Veranstaltungen von Kulturvereinen) und Präventionsangebote darin einzupassen.

Zusammenarbeit auf kommunaler Ebene

Die meisten Aidshilfen arbeiten mit anderen Anbietern von HIV-Prävention in ihrer Kommune zusammen, insbesondere mit Gesundheitsämtern (GA; n=56 arbeiten in ihrem Alltagsgeschäft allgemein „eng“ oder „sehr eng“ mit GA zusammen; **Abb. 2**). Auch in der HIV-Prävention für Migranten ist das GA häufigster Kooperationspartner (**Abb. 2**).

Nur sehr wenige Aidshilfen (n=9; 10%) sind jedoch mit der Zusammenarbeit in den Kommunen zum Thema HIV-Prävention für Migranten zufrieden (**Abb. 3**). Gewünscht wird insbesondere eine verstärkte Zusammenarbeit mit Vereinen und Organisationen im Migrationsbereich (n=58; 64%) und mit Migrantenselbstorganisationen (MSO, n=56, 62%; **Abb. 2**). Viele Aidshilfen sehen die HIV-Primärprävention für Migranten als eine Aufgabe in geteilter Verantwortung an, bei der v. a. auch MSO und der ÖGD

gefragt sind. Dies wird in offenen Antworten deutlich, die in einer anderen Analyse vertiefend ausgewertet wurden [32].

Herausforderungen

Die HIV-Prävention für Migranten beinhaltet aus Sicht der Aidshilfen vielfältige Herausforderungen. Die Mehrheit der Aidshilfen (n=75) hat die offenen Fragen nach Besonderheiten, negativen Erfahrungen und Problemen, die vor Ort die HIV-Prävention für Migranten behindern, mit mindestens einem Kommentar beantwortet. In der Inhaltsanalyse dieser Kommentare wurden 468 Kodierungen mit Codes für Herausforderungen vorgenommen (■ Tab. 1).

Am häufigsten wurden kulturelle Werte, Unterschiede und Tabus genannt, die das Sprechen über HIV/Aids behindern (n=101; 21,6%). Die Aidshilfen beschreiben „kulturelle Barrieren“, „religiöse Hemmnisse und Vorbehalte“, andere Geschlechterrollen, „ein anderes Verständnis von Krankheit und Gesundheit“ und dass HIV/Aids und Homosexualität „stark tabuisiert“ seien. An zweiter Stelle steht der Mangel an finanziellen, zeitlichen und personellen Ressourcen (n=71; 15,2%).

Ein hoher personeller und zeitlicher Aufwand sei nötig, um die HIV-Prävention für Migranten durchzuführen, aber „die zeitlichen und personellen Kapazitäten reichen im Moment einfach nicht aus.“ Oft fehlen auch Gelder, um die Mitarbeit von Migranten z. B. durch Aufwandsentschädigungen oder Honorare zu ermöglichen. An dritter Stelle rangieren Probleme im „Zugang“ zu Communities (n=63; 13,5%). Dieser sei nur eingeschränkt gegeben, manche empfinden die Communities als „abgeschottet“ und „schwer zu erreichen“, es fehlen soziale Kontakte, Aidshilfe-Mitarbeiter „stoßen auf Berührungsgängste“ und es fällt schwer, „den Fuß in die Tür zu bekommen“. An vierter Stelle stehen Sprachbarrieren und Verständnisschwierigkeiten (n=46; 9,8%). „Sprachliche Hürden“ bzw. fehlende sprachliche Kompetenzen erschweren die Kommunikation, manche Migranten seien „schwer zu verstehen“ und eine Aidshilfe fragt sich: „Werden wir verstanden?“ Eine weitere Herausforderung besteht in den vielschichtigen Problem- und Bedürf-

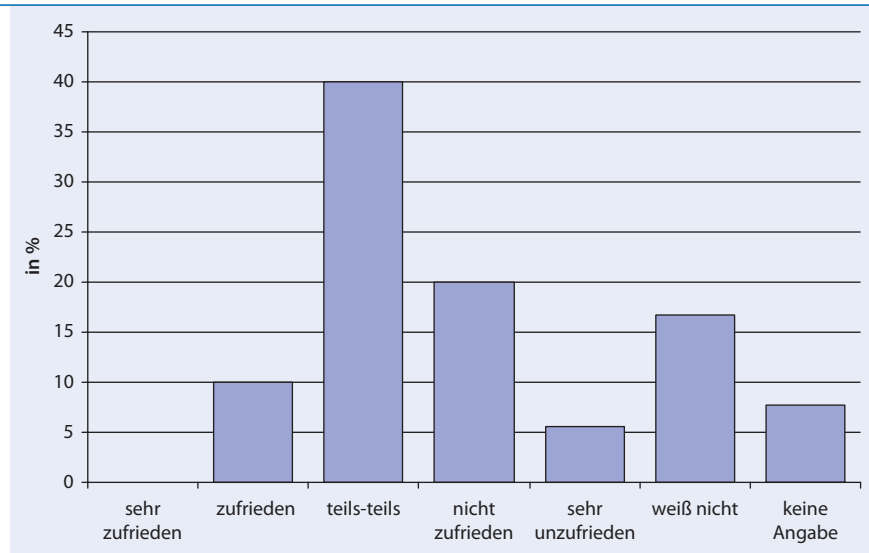


Abb. 3 ▲ Zufriedenheit der Aidshilfen mit der kommunalen Zusammenarbeit in der HIV-Prävention für Migranten (n=90; in %)

nislagen in rechtlicher, ökonomischer und psychosozialer Hinsicht, die bei vulnerablen Migranten bestehen (n=41; 8,8%): dazu gehören Armut und Geldsorgen, unsicherer Aufenthaltsstatus, „Knappheit der Asylbewerberleistungen“, fehlende Krankenversicherung (z. B. bei neuen EU-Bürgern und Menschen ohne Papiere), problematische Wohnsituationen, psychische Erkrankungen, Traumatisierungen und Gewalterfahrungen.

Wie oben erwähnt, sind nur wenige Aidshilfen mit der Zusammenarbeit in den Kommunen zufrieden. In den offenen Antworten werden die strukturellen Defizite benannt, wie „unklare Zuständigkeiten“, „mangelnde Vernetzung“, „fehlende Steuerung“, und Vereine, die „nebeneinander, nicht miteinander“ arbeiten (n=32; 6,8%). Ein weiteres Hindernis besteht in Stigmatisierungsprozessen (n=28; 6%): das Stigma von HIV/Aids entfaltet auch in den Communities eine sehr negative Wirkung und erschwert die Einbindung von HIV-positiven Migranten in die Prävention. HIV-positive Migranten halten ihre Infektion oft geheim aus Angst vor Diskriminierung und „Klatsch und Tratsch in der Community.“ Angebote der HIV-Prävention stoßen nicht selten auf Ablehnung und Desinteresse (n=28; 6%): die Migranten „fühlen sich kaum angesprochen bzw. betroffen von der Thematik“ und HIV/Aids stellt keine Priorität dar, andere Probleme seien relevanter.

Auf der konzeptuellen Ebene bestehen offene Fragen, z. B. zur Bestimmung des Bedarfs, zur Notwendigkeit von zielgruppenspezifischen Maßnahmen, zur Gestaltung solcher Maßnahmen und zur Bedeutung von „Kultur“ bzw. „Kultursensibilität“ (n=22; 4,7%). Beispielsweise stellt eine Aidshilfe die Frage: „Dürfen/müssen kulturell bedingte oder vermeintlich kulturell bedingte Tabus von uns (Präventionisten) gebrochen werden?“

Herausforderungen bestehen auch in der praktischen Zusammenarbeit mit Migranten, z. B. in mangelnder Verbindlichkeit, Kontinuität und Vertrauen, sowie problematischen Erwartungshaltungen (n=20; 4,3%). Weitere Herausforderungen (n=16; 3,4%) umfassen Wissenslücken in Bezug auf HIV/Aids und Körperfunktionen, „Aberglaube“ und „Misstrauen gegenüber der westlichen Medizin“ sowie Herausforderungen bei bestimmten Zielgruppen, in der Sekundärprävention und in Fragen des Zugangs zu HIV-Versorgung und Medikamenten „weltweit“. Die verschiedenen Herausforderungen greifen teilweise ineinander – eine Aidshilfe beschreibt dies wie folgt:

„Migrant/innen sind oft mit ganz anderen Themen wie z. B. der Absicherung der finanziellen Existenz, der Arbeitslosigkeit, dem Aufenthaltsrecht usw. beschäftigt und haben kaum Bezug zur Gesundheitsförderung oder Prävention. Das Thema HIV und Aids ist außerdem mit Tabus behaftet, so dass der Zugang noch mehr erschwert

Tab. 1 Herausforderungen in der HIV-Prävention für Migranten aus Sicht der Aidshilfen (n=75)

Herausforderungen (Codes)	Häufigkeit (%)
Kulturelle Werte, Unterschiede und Tabus	101 (21,6)
Mangel an finanziellen, zeitlichen und personellen Ressourcen	71 (15,2)
Eingeschränkter Zugang zu Zielgruppen/Communities	63 (13,5)
Sprachbarrieren	46 (9,8)
Vielschichtige Problemlagen (rechtlich, sozial, finanziell)	41 (8,8)
Strukturelle Defizite in der Zusammenarbeit in den Kommunen	32 (6,8)
Stigma von HIV/Aids	28 (6,0)
Wenig Interesse an HIV bei Zielgruppen/Communities	28 (6,0)
Konzeptuelle Fragen zu Bedarf, Kultursensibilität etc.	22 (4,7)
Probleme in der Zusammenarbeit mit Migranten	20 (4,3)
Weitere Herausforderungen	16 (3,4)
Kodierungen insgesamt	468 (100)

wird. Wenn sich dennoch jemand findet, der sich in der Arbeit engagieren möchte, fehlen Mittel zur Honorierung der Arbeit. Ehrenamtliches Engagement hat bei Migrant/innen Grenzen, da viele auf bezahlte Arbeit angewiesen sind.“

Handlungsbedarf

Drei von vier Aidshilfen (72%) würden ihr Angebot gern verbessern und über die Hälfte (53%) der Einrichtungen verzeichnen einen lokalen Handlungsbedarf in Bezug auf die HIV-Prävention für Migranten. Allerdings gibt jede 4. Aidshilfe an, dass sie den Handlungsbedarf nicht einschätzen kann (28% „weiß nicht“). Um die HIV-Prävention für Migranten vor Ort zu verbessern, bedarf es insbesondere mehr Ressourcen, einer verbesserten Vernetzung und mehr Mitarbeiter mit Migrationshintergrund, sowie einer finanziellen Unterstützung ihrer Mitarbeit.

Diskussion

Die Befragung zeigt, dass Aidshilfen mit ihren Angeboten der HIV-Prävention Migranten erreichen, auch mit Angeboten, die sich nicht explizit an Migranten richten. Bei über der Hälfte der Aidshilfen sind Menschen mit Migrationshintergrund in diese Arbeit involviert, es handelt sich also nicht nur um Prävention für, sondern auch schon mit Migranten. Inwiefern diese Angebote allerdings den Bedürfnissen der Zielgruppen und Communities entsprechen, lässt sich im Rahmen dieser Befragung nicht beantworten.

An Herausforderungen mangelt es aus Aidshilfe-Sicht nicht. Vor allem kulturell geprägte Einstellungen und „kulturelle Unterschiede“ zwischen Aidshilfe-Mitarbeitern und den verschiedenen Migrantengruppen werden thematisiert. Vielen Aidshilfen fällt es schwer, Kontakt herzustellen und zu halten. Migranten werden als „schwer erreichbar“ beschrieben, was eine gewisse soziale Distanz ausdrückt. Hinzu kommt das Stigma von HIV/Aids: viele Aidshilfen sind sich der Gefahr der Mehrfachstigmatisierung von Migranten bewusst und fragen sich, welche Rolle sie im Abbau von Stigmatisierungsprozessen in und mit den Communities spielen können. Diese Zuschreibungen und Prozesse von Kulturalisierung/Ethnisierungen und Stigmatisierung bedürfen einer vertiefenden Untersuchung, z. B. mithilfe von qualitativen Forschungsmethoden. Handlungspraktisch zeigen die Ergebnisse, dass interkulturelle Kompetenzen nach wie vor dringend benötigt werden, ebenso wie mehr Ressourcen, um Migranten auf allen Stufen der Partizipation in die HIV-Prävention zu involvieren und in ihrer Selbstorganisation zu unterstützen [21, 33].

Herausforderungen auf der konzeptionellen Ebene beinhalten die Frage, inwiefern Migranten als Zielgruppe/n der Prävention gesondert angesprochen werden müssen. Wie eingangs dargelegt, ist es angesichts der großen Heterogenität unter Migranten wenig angemessen, von „den Migranten“ als einer Zielgruppe zu sprechen [22, 31]. Die Erfahrungen der Aidshilfen legen jedoch nahe, dass es ver-

schiedene Gruppen mit Migrationshintergrund gibt, die gemeinsame Sprachen und Lebenswelten, rechtliche Benachteiligungen, erhöhte HIV-Risiken und einen erschwerten Zugang zu gesundheitlicher Information und Versorgung haben, und daher sinnvoll als Zielgruppen der Prävention angesprochen werden können. Eine genauere Bestimmung dieser und weiterer Gruppen und des Handlungsbedarfs steht jedoch noch aus und bedarf weiterer Forschung. Auch wie die zielgruppenspezifische Ansprache solcher Gruppen gestaltet werden kann, ohne die betreffenden Migranten zu „ethnisieren“ und zusätzlich zu stigmatisieren, stellt eine offene Frage dar. Hier liegt es nahe, Lösungen gemeinsam mit den jeweiligen Zielgruppen und Communities zu suchen.

Angesichts der komplexen rechtlichen und sozioökonomischen Probleme vulnerabler Migranten scheint der Ansatz der strukturellen Prävention angemessen. Die Ergebnisse dieser Studie bestätigen andere Untersuchungen, in denen darauf hingewiesen wurde: „Wenn Menschen kein Dach über dem Kopf und kein Geld zum Leben haben, ist es sinnlos, dass wir ihnen sagen, sie sollen auf ihre Gesundheit achten“ [16].

Es gilt also, die Verhältnisse zu berücksichtigen, die Verhalten beeinflussen und HIV-Prävention in ein breiteres Konzept von Gesundheitsförderung einzubetten. Die bereits bekannten Fallstricke einer „gesonderten“ Versorgung von Migranten sind dabei zu vermeiden. Gerade bei komplexen Problem- und Bedürfnislagen liegt der Schlüssel in der Zusammenarbeit und Vernetzung von Präventions- und Versorgungsangeboten. Im Sinne einer nachhaltigen und integrierten Gesundheitsförderung ist insbesondere der ÖGD gefragt [19].

Von der Idee von „Sonderdiensten“ für Migranten wurde bereits in den 1980er Jahren wieder Abstand genommen, weil deutlich wurde, dass diese oft schlechter ausgestattet waren und de facto auf eine Unterversorgung von Migranten hinausliefen [13]. Dies trug zur Entwicklung des Konzepts der „interkulturellen Öffnung“ (IKÖ) bei. Prozesse der IKÖ gilt es auch im Verband der Aidshilfen weiter voranzutreiben. Viele Aidshilfen involvieren Migranten als ehrenamtliche Mit-

arbeiter und Kooperationspartner, aber nur jede fünfte Aidshilfe beschäftigt Personen m.M. auf hauptamtlicher Basis. In den letzten Jahren werden vielerorts Migranten als Multiplikatoren und Gesundheits- und Sprachmittler ausgebildet. Diese leisten wesentliche Arbeit im Zugehen auf die Communities und ermöglichen Verständigung, Austausch, Informationsvermittlung und Zusammenarbeit. Aus Sicht der Aidshilfen müssen diese Leistungen auch entsprechend honoriert und kontinuierlich finanziert werden, u. a. weil das unbezahlte Ehrenamt bei sozial schlechter gestellten Personen schnell an seine Grenzen stößt.

Unbestritten ist also, dass Migranten verstärkt beteiligt werden müssen. Nur sie können die Brücke zu den verschiedenen Lebenswelten herstellen und dabei helfen, die Frage beantworten, ob die Bedürfnisse der verschiedenen Gruppen mit Migrationshintergrund durch bestehende, nicht-migrationsspezifische Angebote erfüllt werden, oder ob es weitere Angebote und Maßnahmen bedarf, die gezielter auf die diversen sprachlichen, rechtlichen, kulturellen und soziostrukturellen Bedürfnisse von Migranten eingehen.

Diese Studie hat Limitationen: fragebogengestützte Erhebungen sind nur begrenzt in der Lage, Einblicke in sensible Bereiche der Präventionsarbeit zu liefern. Insbesondere die Zuschreibungsprozesse im Hinblick auf kulturelle Unterschiede bedürfen einer vertiefenden, qualitativen Untersuchung. Des Weiteren müssen die Ergebnisse zu den Herausforderungen in der Präventionspraxis ergänzt werden um die Sicht anderer Akteure (z. B. MSO, ÖGD, und weiterer Anbieter von HIV-Prävention). Da die Befragung nicht anonym war (im Fragebogen wurden organisationsspezifische Daten erhoben, inklusive Name der Einrichtung) kann auch nicht ausgeschlossen werden, dass soziale erwünschte Antworten gegeben wurden. Die Offenheit, mit der Probleme und Herausforderungen benannt wurden, spricht allerdings für die Qualität der Daten.

Fazit für die Praxis

Um die bestehenden Herausforderungen zu meistern und Angebote der HIV-Prävention besser auf die Bedürfnisse von

Migranten abzustimmen, müssen Personen aus den Zielgruppen und Communities mit Migrationshintergrund verstärkt an der Prävention beteiligt und in ihrer Selbstorganisation unterstützt werden. Es gilt die Voraussetzungen für die Teilhabe von Migranten an der Prävention zu verbessern, u. a. durch finanzielle Honorierung der von ihnen geleisteten Arbeit.

Der Umgang mit „kulturellen Unterschieden“ und „Tabus“ wird als zentrale Herausforderung beschrieben. Hier können Fort- und Weiterbildungen (z. B. zu inter-/transkulturellen Kompetenzen) unterstützend wirken.

Das Stigma von HIV/Aids und die Mehrfachstigmatisierung von Migranten werden als schädlich wahrgenommen. Hier besteht Forschungs- und Handlungsbedarf.

Die Zusammenarbeit in den Kommunen zum Thema HIV-Prävention für Migranten ist ausbaufähig. HIV-Prävention in ein weiter gefasstes Konzept der Gesundheitsförderung einzubetten, kommt den Interessen der Communities entgegen und ermöglicht es, auch die gesellschaftlichen Verhältnisse zu berücksichtigen, die zu den HIV-Risiken von Migranten beitragen (strukturelle Prävention).

Um besser mit den Communities zusammen arbeiten zu können, müssen problem- und defizitorientierte Sichtweisen überwunden werden. Es gilt ressourcenorientiert vor zu gehen und das lebensweltliche Wissen, die Kompetenzen und die Kreativität von Migranten zu nutzen und zu fördern – auch für die HIV-Prävention.

Korrespondenzadresse

Dr. H. von Unger



Forschungsgruppe
Public Health,
Wissenschaftszentrum Berlin
für Sozialforschung (WZB),
Reichpietschufer 50,
10785 Berlin
unger@wzb.eu

Interessenskonflikt. Die korrespondierende Autorin gibt an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Literatur

1. Archiv für Sozialpolitik (Afs) in Kooperation mit dem Verband der Initiativgruppen in der Ausländerarbeit (VIA) (1998) Handbuch Migration für AIDS-Hilfe, AIDS-Fachkräfte und andere im AIDS-Bereich Tätige. Deutsche AIDS-Hilfe, Berlin
2. Beier S (2005) Afrikanische Migranten in Deutschland und ihr Umgang mit HIV/Aids. Curare 28:188–200
3. Bochow M, Schmidt AJ, Grote S (2010) MSM mit Migrationshintergrund. In Schwule Männer und HIV/Aids: Lebensstile, Szene, Sex 2007. AIDS-Forum DAH, 55, Deutsche AIDS-Hilfe, Berlin, S 181–193
4. Deutsche AIDS-Hilfe (2003) Aids, Kultur und Tabu: Fortbildung für Multiplikator(innen) aus Subsahara-Afrika und für Aids-Fachkräfte. Dokumentation des 2002 in Bielefeld durchgeführten Projekts. Deutsche AIDS-Hilfe, Berlin
5. Deutsche AIDS-Hilfe (2005) Ländermeeting Interkulturelle Öffnung. Dokumentation des Ländermeetings 11. & 12.2.2005. Deutsche AIDS-Hilfe, Berlin
6. Deutsche AIDS-Hilfe (2005) Gesundheitsdolmetscher/innen: „Peer Involvement“ in der Primär- und Sekundärprävention. Ein Projekt der Aidshilfe Kassel. Deutsche AIDS-Hilfe, Berlin
7. Deutsche AIDS-Hilfe (2008) Aufsuchende Präventionsarbeit in afrikanischen Communities in Köln und im Umland der Stadt. Ein Projekt der AIDS-Hilfe Köln. Deutsche AIDS-Hilfe, Berlin
8. Deutsche AIDS-Hilfe (2009) Projekt „FluG“ – Flucht und Gesundheit. Deutsche AIDS-Hilfe, Berlin
9. Döll S (2000) Versorgung von Migrantinnen und Migranten in AIDS-Hilfen. AIDS-Forum DAH 41:7–78
10. European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC) (2009) Migrant health: Access to HIV prevention, treatment and care for migrant populations in EU/EEA countries. Technical report. ECDC, Stockholm
11. Etgeton S (1998) Strukturelle Prävention als Konzept kritischer Gesundheitsförderung. AIDS-Forum DAH 32:71–85
12. Farmer P, Connors M, Simmons J (1996) Women, poverty and AIDS: sex, drugs and structural violence. Monroe, Main, Common Courage
13. Gaitanides S (2001) Interkulturelle Öffnung der sozialen Dienste – Visionen und Stolpersteine. In: Rommelspacher B, Kollak I (Hrsg) Interkulturelle Perspektiven für das Sozial- und Gesundheitswesen. Mabuse, Frankfurt am Main, S 35–58
14. Haour-Knipe M, Rector R (1996) Crossing borders: migration, ethnicity and AIDS. Taylor & Francis, London
15. 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
16. Hughes J, Foschia JP (2004) Chancengleichheit im Gesundheitssystem? Gesundheitsangebote und AIDS/STI-Prävention für Menschen mit Migrationshintergrund. Regionales Zentrum für Gesundheitsförderung, Verona, Italien
17. Kesby M, Fenton K, Boyle P, Power R (2003) An agenda for future research on HIV and sexual behaviour among African migrant communities in the UK. Soc Sci Med 57:1573–1592
18. 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. Prävent Gesundheitsf 4:272–278

19. Leidel J (2009) Engagiert für die Gesundheit der Bevölkerung – der Öffentliche Gesundheitsdienst. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz 52:791–798
20. Mohammadzadeh Z (2000) Probleme und Perspektiven der interkulturellen Beratung in der AIDS-Hilfe. AIDS-Forum DAH 41:79–132
21. Mossakowski K, Süß W, Trojan A (2009) Partizipative Ansätze in der gemeindenahen Gesundheitsförderung. PräV Gesundheitsf 4:184–194
22. Narimani P (1998) Zur Notwendigkeit kulturspezifischer Angebote in der HIV/AIDS-Primärprävention. In: Deutsche AIDS-Hilfe (Hrsg) Handbuch Migration für AIDS-Hilfen, AIDS-Fachkräfte und andere im AIDS-Bereich Tätige. DAH, Berlin, S 239–261
23. Robert Koch-Institut (2008) Migration und Gesundheit. Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Robert-Koch-Institut, Berlin, S 9–12
24. Robert Koch-Institut (2010) HIV bei Migranten in Deutschland. Epidemiol Bull 5:39–44
25. Robert Koch-Institut (2010) HIV-Infektionen und AIDS-Erkrankungen in Deutschland. Jahresbericht zur Entwicklung im Jahr 2009 aus dem Robert Koch-Institut. Epidemiol Bull 22:205–220
26. Rosenbrock R (2007) AIDS-Prävention: ein Erfolgsmodell in der Krise. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz 50:432–441
27. Sanogo A (2006) Konzept der Migrationsarbeit der Münchner AIDS-Hilfe. In: Münchner AIDS-Hilfe (Hrsg) Qualitätshandbuch der Münchner AIDS-Hilfe. Münchner AIDS-Hilfe, München
28. TAMPEP (2007) Germany. National final report. In Activity report: European overview of HIV and sex work. TAMPEP International Foundation, Amsterdam, pp 221–236
29. Thomas F, Hour-Knipe M, Aggleton P (2010) Mobility, sexuality and AIDS. Routledge, London
30. UNAIDS (2001) Migrants' right to health. Best practice collection. UNAIDS, Genf
31. VIA Berlin/Brandenburg (2000) Zur Verbesserung der HIV/AIDS Prävention für Migrantinnen und Migranten in Berlin. Eine Expertise im Auftrag des Landesverbandes der Berliner Aids-Selbsthilforganisationen (LaBAS). LaBAS, Berlin
32. Unger H von, Klumb S (2010) HIV-Primärprävention für Migrantinnen und Migranten als Aufgabe der Aids-Hilfen. AIDS-Forum DAH 58
33. Wright MT, Block M, Unger H von (2009) Partizipative Qualitätsentwicklung. In: Kolip P, Müller V (Hrsg) Qualität von Gesundheitsförderung und Prävention. Handbuch Gesundheitswissenschaften. Huber, Bern, S 157–175

Karl-Heinz List Praxisbuch Personalmanagement in der Pflege

Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft 2010, 1. Auflage, 192 S., 12 Abb., 5 Tab., 40 Formeln, (ISBN 978-3-941468-21-4), paperback, 29.00 EUR

In dem vorliegenden Buch „Praxisbuch Personalmanagement in der Pflege“ werden Managementaspekte verschiedener Bereiche des Personalmanagements in der Pflege behandelt.

Der Autor mit langjähriger Erfahrung im Personalmanagement, ist u. a. in diesem Feld als Seminarleiter tätig. Als Buchautor hat er bereits mehrere Bücher zu Themen aus dem Bereich „Personalmanagement“ veröffentlicht.

Das Buch gliedert sich in sechs Kapitel, die im Folgenden kurz vorgestellt werden. Im Kapitel 1 „Bewerbersauswahl“ wird insbesondere auf Erkenntnisse der Hirn- und Emotionsforschung wie auch die Bedeutung von Ratio, Emotion und Intuition in diesem Prozess eingegangen. Ebenso werden die Themen Suchmethoden, Anforderungskriterien, Bewerbersauswahl, Einstellungs-Interview (Vorstellungsgespräch), Einarbeitung und Probezeit sowie Probezeitbeurteilung ausführlich abgehandelt. Im folgenden Kapitel „Führung“ zeigt der Autor die Bedeutung von Führung auf. Weiterhin geht er auf Veränderungen im Menschenbild, verschiedene Mythen, Führungsverständnis sowie den Umgang mit Fehlern ein und erläutert die theoretischen Grundlagen der Kommunikation. Die Beurteilung von Qualifikation und Leistung wird im Kapitel 3 „Beurteilung der Leistung“ bearbeitet. Es wird die Frage nach Objektivität sowie verschiedene Formen der Leistungs- und Potenzialbeurteilung behandelt. Im 4. Kapitel, „Arbeitszeugnis – Leistung und Arbeitsverhalten beurteilen“ werden die einzelnen Abschnitte eines Arbeitszeugnisses detailliert aufgearbeitet und verschiedene Möglichkeiten aufgezeigt, wie Qualifikation und Leistung beschrieben werden können. Hierzu werden zahlreiche Formulierungshilfen gegeben sowie verschiedene rechtliche Gesichtspunkte erörtert. „Faire Trennung bei Personalreduzierung“ (Kapitel 5) gibt umfassende Informationen zum Thema betriebsbedingte Kündigungen wie auch den Umgang mit den betroffenen Mitarbeitenden.

Als Ergänzung finden sich im letzten Kapitel Mustertexte für die Personalarbeit, die in verständlicher Sprache rechtssicher formuliert wurden. Diese werden noch ergänzt durch hilfreiche Erläuterungen, Hinweise und Erklärungen.

Die Texte sind leicht verständlich und dennoch mit hohem Informationswert formuliert. Alle Kapitel sind durch Beispiele, Checklisten oder andere Arbeitshilfen sehr anschaulich gestaltet und werden teilweise durch Übungsbeispiele mit Lösungen ergänzt. Leider liegen die Mustertexte nicht als Datei bei.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass das Fachbuch „Praxisbuch Personalmanagement in der Pflege“ v. a. wegen der Hilfsmittel und Werkzeuge eine wertvolle Arbeitshilfe für den Einsatz bei der praktischen Personalarbeit in der Pflege darstellt. Es ist für alle, die sich mit Personalmanagement in der Pflege beschäftigen, die sich Rechtssicherheit verschaffen und über aktuelle Erkenntnisse informieren wollen, sowie für alle an diesem Thema Interessierten zu empfehlen.

Ursula Dietrich (Dresden)