

**Silke Gräser
Heino Stöver
Gudrun Koch-Göppert
Norbert R. Krischke**

MAQUA-HIV

Bibliografische Informationen Der Deutschen Bibliothek

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

© Niebank-Rusch-Verlag, Bremen, 2013
www.nr-verlag.de

Alle Rechte, insbesondere das Recht der Veröffentlichung und Verbreitung, vorbehalten.
Kein Teil des Werkes darf in irgendeiner Form ohne schriftliche Genehmigung des Verlags reproduziert oder unter Verwendung elektronischer Systeme verarbeitet, vervielfältigt oder verbreitet werden.

Umschlaggestaltung und Satz:
Kay Niebank, Bremen

Coverfoto: istockphoto.de/ajsn

Druck:
Books on Demand GmbH, Norderstedt
Printed in Germany

ISBN: 978-3-939564-45-4

**Silke Gräser
Heino Stöver
Gudrun Koch-Göppert
Norbert R. Krischke**

MAQUA-HIV

**Manual zur Qualitätssicherung in der HIV-Prävention
für und mit MigrantInnen**

Manual für PraktikerInnen



niebank-rusch-Fachverlag

Impressum

Das Manual zur Qualitätssicherung in der HIV/AIDS-Prävention für MigrantInnen (MAQUA-HIV) ist Bestandteil des Forschungsprojektes zur „Identifikation und Überwindung kulturspezifischer Barrieren und Nutzung zielgruppenspezifischer Ressourcen bei der zugehenden und sozial-räumlich ausgerichteten HIV/AIDS-Prävention für MigrantInnen aus Sub-Sahara-Staaten“ der Freien Universität Berlin, der Universität Oldenburg und der Universität Bremen. Es wurde durch das Ministerium für Bildung und Forschung im Rahmen des BMBF-Förderschwerpunktes Präventionsforschung gefördert (BMBF 01EL0808).

Adresse des Forschungsprojekts

Freie Universität Berlin, Klinische Psychologie und Psychotherapie, Habelschwerdter Allee 45, 14195 Berlin, Kontakt-E-Mail: norbert.krischke@fu-berlin.de

Kooperationen

Carl von Ossietzky Universität Oldenburg, Institut für Psychologie, 26111 Oldenburg

Universität Bremen, Institut für Public Health und Pflegeforschung (IPP), 28359 Bremen

Gesundheitsamt Bremen, AIDS/STD-Beratung, „Afrika-Projekt“, Robert Akpabli, Martin Taschies, Horner Straße 60-70, 28203 Bremen, Tel.: 0421/36115121, Fax: 0421/49615121

Projektleitung

PD Dr. Norbert R. Krischke, Freie Universität Berlin (E-Mail: Krischke@zedat.fu-berlin.de)

Dr. Silke Gräser, Universität Bremen (E-Mail: graeser@uni-bremen.de)

Projektkoordination und Durchführung

Dr. Gudrun Koch-Göppert, Freie Universität Berlin (E-Mail: Gudrun.Koch-Goepert@fu-berlin.de) unter Mitarbeit von Susanne Stiefler und Christine Wohlrab

Inhalt

Vorwort	9
Vorwort der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA).....	11
Einleitung	13
1 Migration und HIV in Deutschland	21
2 Kultursensibilität in der HIV-Prävention	23
2.1 Zum Umgang mit HIV/AIDS und Prävention in afrikanischen Communities	24
3 Praxisbeispiel Kultursensible HIV-Prävention im Öffentlichen Gesundheitsdienst: Das „Afrika-Projekt“ des Gesundheitsamtes Bremen: HIV Prävention und Versorgung für Menschen aus Sub-Sahara-Afrika	27
3.1 Entstehung und Entwicklung des Projektes	27
3.2 Ziele des Projektes	28
3.3 Ausbildung von MultiplikatorInnen und Aufbau eines MultiplikatorInnen-Pools ..	28
3.4 Begleitung, Betreuung und Versorgung von Menschen mit HIV	30
3.5 Besondere Situationen in der Begleitung	30
3.6 Erfahrungen und Empfehlungen zur praktischen Umsetzung	30
4 HIV-Präventionsforschung: Das Evaluationsprojekt zu Barrieren und Ressourcen in der HIV-Prävention für afrikanische MigrantInnen	33
4.1 Beschreibung des Forschungsprojektes	33
4.2 Ausgewählte Forschungsergebnisse der Fragebogenstudie zu Barrieren und Ressourcen bei der Inanspruchnahme von HIV-Präventionsangeboten	35
5 Effektive HIV-Prävention – Interventionsgrundlage	39
6 Qualitätssicherung in der (HIV/AIDS-) Prävention	41
6.1 EQUIHP	42
6.2 QUINT-ESSENZ	43
6.3 IQ HIV - Improving Quality in HIV Prevention in Europe	43
6.4 Entwicklung von MAQUA-HIV	44
7 Checklisten zur Projektentwicklung, -planung, Steuerung und Evaluation kultursensibler HIV-Präventionsprojekte für MigrantInnen	53
7.1 Beschreibung der Checklisten	53
7.2 Anleitung und Handhabung der Checklisten	54
7.2 Phase 1: Bestandsanalyse	56
7.3 Phase 2: Projektentwicklung und -planung	65
7.4 Phase 3: Prozesssteuerung und Evaluation	78
8 Beispiel für einen Evaluationsplan	85

Literaturhinweise89
Glossar91
Anhang95
Checklisten-Kopiervorlagen.....	.97
Checkliste Bestandsanalyse.....	.98
Checkliste Projektentwicklung und -planung101
Checkliste Prozesssteuerung und Evaluation.....	.105
Die Autorinnen und Autoren107

Vorwort

HIV-Präventionsprojekte insbesondere für Migrantinnen und Migranten brauchen Initiative und kontinuierliche Unterstützung. Unterstützt durch Fördergelder des Europäischen Flüchtlingsfonds sowie der Deutschen AIDS-Stiftung und mit Finanzmittel des Landes Bremen gelang es dem Bremer Gesundheitsamt 2007 das Bremer „Afrika-Projekt“, als gemeindenahes und zielgruppenspezifisches HIV-Präventionsprojekt mit afrikanischen und deutschen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, ins Leben zu rufen. Das Bremer HIV-Präventionsprojekt, verortet in der AIDS/STD Beratung des Gesundheitsamtes Bremen und geleitet durch ein multikulturelles Team, ist als „Modell guter Praxis“ in der HIV-Prävention anerkannt und wurde 2008 mit einem Preis im Rahmen des Bundeswettbewerbes zur AIDS-Prävention ausgezeichnet. Unter Beteiligung afrikanischer Multiplikatoren und Multiplikatorinnen aus afrikanischen Gemeinden wird in dem Projekt eine aufsuchende Präventionsarbeit geleistet, die HIV/AIDS-Prävention zu den Menschen z.B. in die Gemeinden, Kirchen, Friseursalons, Call-Shops oder Diskotheken bringt.

Seit 2009 fördert das Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) ein Forschungsprojekt zur Evaluation der Bremer HIV-Präventionspraxis. Die Freie Universität Berlin, die Universität Bremen und die Carl von Ossietzky Universität Oldenburg, führen in enger Kooperation mit dem Praxispartner das Forschungsprojekt durch. Besonderer Schwerpunkt ist einerseits die Evaluation und Überprüfung des Praxisprojektes und darüber hinaus auch die Identifikation spezifischer Barrieren und Ressourcen in der Community, um HIV-Prävention gemeindeorientiert und sozialräumlich gestalten und Zugangswege entwickeln zu können. Mit Hilfe einer KAP-Studie (Knowledge, Attitudes & Practice) zu HIV und HIV-Prävention und umfangreichen Einzel- und Fokusgruppendifkussionen wurden dabei zentrale Aspekte zu Wissen, Einstellungen und Verhalten afrikanischer MigrantInnen erhoben und in den Fokusgruppen geeignete Zugangswege diskutiert.

Ein besonderes Anliegen des Evaluations- und Forschungsprojektes und des Praxispartners ist der Transfer der Forschungsergebnisse in die Praxis und die Übertragung zentraler Erkenntnisse der Evaluation in die Entwicklung neuer effektiver und angemessener Zugangswege für die Migrantinnen und Migranten. Dazu gehört auch die Berücksichtigung zentraler Aspekte eines guten und kulturangemessenen HIV-Präventionsprojektes in den wesentlichen Projektstadien der Planung, der Umsetzung und der Evaluation. Um auch für die konkrete Planung, Umsetzung und Evaluation ein Instrument für Professionelle in der HIV-Präventionspraxis be-

reitzustellen, wurde das vorliegende MAQUA-HIV Manual zur Qualitätssicherung von HIV-Präventionsprojekten für MigrantInnen entwickelt.

Basierend auf bekannten Planungsansätzen und Qualitätssicherungsinstrumenten aus Gesundheitsförderung und Prävention beinhaltet MAQUA-HIV Checklisten mit Qualitätskriterien, die einerseits einen prozesshaften idealtypischen Ablauf einer Projektplanung abbilden und andererseits Prinzipien einer partizipativen und kulturell angemessenen HIV-Prävention in die Projektplanung und -umsetzung miteinbeziehen. Dabei wurden zentrale Ergebnisse der Fragebogen-Studie, der Interviews und Fokusgruppendifkussionen als Querschnittskriterien mit aufgenommen und ergänzen und spezifizieren jetzt die Planungsschritte. Anhand der zusammengestellten Kriterien guter Planung kann dann eine Selbstevaluation der Qualität eines HIV-Präventionsprojektes vorgenommen werden und Ansatzpunkte für eine Weiterentwicklung entdeckt werden. Dabei fokussiert das Manual vor allem auf die kritische Selbstreflexion und Selbstevaluation von Praxisprojekten und soll darüber hinaus eine Unterstützung für die Planung neuer Projekte bieten.

Die Ergebnisse dieser Evaluationsstudie zeigen, dass HIV und AIDS untrennbar mit Einstellungen und Rollenerwartungen zur Sexualität verbunden sind. Jede Form der Kommunikation, vom verstohlenen Blick auf ein Plakat bis hin zur Diskussion in den Fokusgruppen, findet in einem sehr engen und stark gegenseitig kontrolliertem sozialen Raum mit vielfältigen religiösen und gesellschaftlichen Tabus und einer kulturell real gelebten Doppelmoral statt. Der Ansatz, Präventionsansätze und Zugangswege in enger Zusammenarbeit mit der Praxis und den Mitgliedern der Communities zu erschließen, hat für Klinische und Gesundheitspsychologen in der Präventions- und Versorgungsforschung viele historische aber auch ganz pragmatische Gründe. So liegen die Wurzeln der Gesundheitsförderung und der modernen Ansätze der Prävention auch in der Gemeindepsychologie der Achtziger Jahre mit ihren Prinzipien von Partizipation und Empowerment. Zudem ist Evaluationsforschung im Kontext eines gemeindeorientierten Ansatzes ohne Beteiligung und Zustimmung der „Zielgruppe“ nicht möglich. Auch im Forschungskontext wurde daher eng mit den afrikanischen Gemeindegliedern gearbeitet, die nicht nur den zentralen Zugang zu den InterviewpartnerInnen maßgeblich befördert haben, sondern uns auch bei der Fragebogenerhebung unterstützt haben. Besonderer Dank gilt daher den Multiplikatorinnen und Multiplikatoren des Bremer „Afrika-Projektes“ und all den Beteiligten aus den afrikanischen Communities in Bremen, die zur Durchführung der Studie und zur Entwicklung des Manuals beigetragen haben. Dank gilt aber auch insbesondere dem Bremer Gesundheitsamt, das damals noch unter Leitung von Dr. Zenker, das Afrika-Projekt überhaupt erst möglich gemacht hat, der Unterstützung durch Herrn Dr. Hilbert, Leiter des Sozialmedizinischen Dienstes für Erwachsene am Gesundheitsamt Bremen und Frau Dr. Ute Hauswaldt, Leiterin der AIDS/STD Beratung. Besonderer Dank gilt auch Martin Taschies für seine Unterstützung des Afrika-Projektes in der Praxis aber auch in der Forschungsarbeit und Robert Akpabli, der durch seine Initiative den Anstoß zum Afrika-Projekt gab und der durch seine Arbeit dem Projekt ein Gesicht gegeben hat.

Silke Gräser, Heino Stöver, Gudrun Koch-Göppert & Norbert R. Krischke

Vorwort der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BzgA)

Trotz der bisherigen Präventionserfolge sind HIV und AIDS auch in Deutschland weiterhin eine Herausforderung. Um die erreichten Erfolge zu sichern und auszubauen, ist es wichtig, die kontinuierliche Verbesserung von Maßnahmen und Strategien voranzutreiben.

Mithilfe von Qualitätssicherungs- und -entwicklungsverfahren können Maßnahmen systematisch geplant, umgesetzt und bewertet werden. In den letzten Jahren wurden verschiedene Verfahren entwickelt und in unterschiedlichen Lebenswelten angewendet: Verfahren zur Selbstevaluation, strukturierte interne oder externe Projektbegutachtungen, Zertifizierungen oder auch auf Partizipation fokussierte Verfahren.

Hinsichtlich der Zielsetzungen und Anforderungen unterscheiden sich die Verfahren meistens nur wenig. Sie sollen den Beteiligten helfen, die Ausgangsbedingungen systematisch zu erfassen, sie zu interpretieren und abzuleiten, welche Ziele wie erreicht werden sollen. Sie sollen Qualitätsverbesserungen bei der Konzeptentwicklung und -umsetzung von Interventionen leisten. Dabei muss auch die Qualität struktureller Faktoren wie Vernetzung, Kooperationen und anderer Ressourcen berücksichtigt werden. Darüber hinaus sollen die Verfahren helfen, Zielerreichungen zu überprüfen und Interventionen anzupassen und weiterzuentwickeln.

Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) verfügt über langjährige Erfahrungen mit eigenen Qualitätssicherungsprogrammen auf nationaler und europäischer Ebene. Diese Erfahrungen zeigen, dass es nicht das eine Qualitätssicherungsverfahren gibt, das sich auf alle Interventionen und Aktivitäten in der Prävention anwenden lässt. Es sind unterschiedliche Instrumente erforderlich, die spezifische Kontexte und Zielgruppen berücksichtigen und den Anforderungen im Praxisalltag entsprechen.

Das im Manual vorgestellte Qualitätssicherungsverfahren MAQUA-HIV wendet sich an Organisationen und Akteure, die im Arbeitsfeld der HIV Prävention mit MigrantInnen arbeiten. Als Grundvoraussetzungen für deren Arbeit werden Partizipation und Kooperation sowie die Berücksichtigung kultureller, sprachlicher, sozialer, ökonomischer und rechtlicher Barrieren und Potenziale dargestellt. Das Praxis-Beispiel „Afrika-Projekt“ folgt dem Setting-Ansatz in der Prävention, in dem sowohl Maßnahmen der Verhaltens- als auch der Verhältnisprävention unter Berücksichtigung der gesamten Lebenswelt in die Entwicklung und Durchführung eingeflossen sind.

Das Theorie- und Praxismanual zeichnet sich dadurch aus, dass es für Praktikerinnen und Praktiker in der HIV-Prävention mit MigrantInnen spezifische

Unterstützungsmöglichkeiten auf verschiedenen Ebenen bereitstellt. Durch die Verknüpfung von wissenschaftlichem Basis-Knowhow mit Praxiswissen wird dem Leser ein Manual an die Hand gegeben, das neben der kompakten Darstellung des „Afrika-Projektes“, als Good Practice Modell, dessen Evaluation skizziert. Daraus leiten die Autoren Qualitätskriterien ab und erläutern sie. Das Manual enthält darüber hinaus Zusatzinformationen und Links zu vertiefender Literatur sowie Hintergrundinformationen zu theoretischen Modellen. Aus den Forschungsergebnissen der dem Manual zugrunde liegenden Evaluationsstudie wurden Checklisten entwickelt. Diese Checklisten eignen sich in besondere Weise als Instrument der Selbstevaluation.

Das Manual stellt einen sehr praxisnahen und dringend notwendigen Weg zur Qualitätsentwicklung der HIV-Präventionsarbeit mit MigrantInnen dar.

Prof. Dr. Elisabeth Pott

Direktorin der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung

Einleitung

Ausgangspunkte und Ziele des Manuals zur kultursensiblen HIV/AIDS Prävention

2010 erfasste der Mikrozensus 15,7 Mio. Personen mit Migrationshintergrund unter der deutschen Bevölkerung (81,7 Mio. Menschen); somit weist etwa jeder fünfte der in Deutschland lebenden Menschen einen Migrationshintergrund auf (19,3%); davon stammen 486.000 aus einem afrikanischen Herkunftsland. Auch wenn der Anteil afrikanischer MigrantInnen damit einen vergleichsweise geringen Teil der in Deutschland lebenden Bevölkerung ausmacht, ist gerade diese Bevölkerungsgruppe besonders stark von HIV-Infektionen und AIDS betroffen. Differenziert nach Herkunftsländern zeigt sich, dass unter den Neudiagnosen der AIDS-Fälle, die zwischen 2009 bis 2011 an das RKI gemeldet wurden, 69% aus Deutschland stammen und 10% aus Sub-Sahara-Afrika; damit stellt Sub-Sahara Afrika den größten Anteil ausländischer Herkunftsländer der neu AIDS-Erkrankten verglichen mit anderen Herkunftsregionen wie Mitteleuropa, Südostasien, West- und Osteuropa oder Lateinamerika. Unter den neu gemeldeten AIDS-Fällen in diesem Zeitraum, die ein anderes Herkunftsland als Deutschland angaben, stellen die AIDS-Fälle mit Herkunftsland Sub-Sahara-Afrika damit 38% und so den größten Anteil in dieser Gruppe (RKI, 2012). Unter den neu diagnostizierten HIV-Infektionen im Jahr 2011 bei den Heterosexuellen stammten 30% aus Deutschland und 63% aus anderen Ländern, darunter der höchste Anteil (71%) aus Sub-Sahara-Afrika. Differenziert nach dem vermutlichen Ort der Infektion der Personen aus anderen Herkunftsländern als Deutschland haben sich nach den dem RKI vorliegenden Daten 23% in Deutschland infiziert, der größte andere Anteil, nämlich 47% dagegen in Sub-Sahara-Afrika. Insgesamt wurden damit 34% der im Jahr 2011 neu diagnostizierten und wahrscheinlich auf heterosexuellem Wege übertragenen HIV-Infektionen mit anderen Herkunftsländern als Deutschland in Sub-Sahara-Afrika erworben (RKI, 2012).

Die spezifischen Lebensbedingungen der MigrantInnen aus Sub-Sahara-Afrika sind dabei unterschiedlich ausgeprägt. Wesentliche Unterschiede bestehen vor allem im jeweiligen Aufenthaltsstatus, d.h. der damit verbundenen Sicherheit in Deutschland leben zu können. Allgemein besteht in Deutschland ein soziales Gefälle innerhalb der einzelnen Bevölkerungsgruppen, das sich u.a. in der unterschiedlichen Ausprägung einer Inanspruchnahme von Vorsorge- und Präventionsangeboten verdeutlicht. MigrantInnen befinden sich vermehrt in einer sozial schwächeren Position, die auch gesundheitliche Ungleichheiten zur Folge haben können. Die Gründe für die Ungleichheiten von MigrantInnen

gegenüber der Mehrheitsgesellschaft und die damit einhergehende geringere Inanspruchnahme von Präventionsmaßnahmen sind vielfältig und unter anderem begründet in Armut, sprachlichen Barrieren, mangelnder Integration, niedrigerem Bildungsstand, Angst vor Stigmatisierung und Ausgrenzung und einem ungesicherten Aufenthaltsstatus.

Afrikanische MigrantInnen bilden dabei eine heterogene und gleichzeitig spezifische Zielgruppe für HIV/AIDS-Prävention. Kulturell geprägte Einstellungen zum Thema Gesundheit, religiöse und sexuelle Tabuisierung von HIV und AIDS, Stigmatisierung und Diskriminierung, sowie patriarchale Strukturen beeinflussen die Inanspruchnahme von Präventionsangeboten. Es ist daher notwendig, für und mit dieser Zielgruppe kulturell angemessene HIV/AIDS-Präventionsangebote zu entwickeln, die Kenntnisse über spezifische Lebensweisen und -lagen, sowie Gesundheitskonzepte und kulturell geprägte Handlungsoptionen und Partizipationsmöglichkeiten berücksichtigen. Insgesamt gibt es in Deutschland nur wenige HIV/AIDS-Präventionsprojekte für die Zielgruppe afrikanischer MigrantInnen; anhand einer Telefonbefragung Anfang 2008 im Rahmen einer Pilotstudie zu Beginn des Evaluationsprojektes konnten damals nur neun HIV/AIDS-Projekte für afrikanische MigrantInnen in Deutschland ermittelt werden.

Als Basis dieses Manuals zur Qualitätssicherung in der HIV/AIDS-Prävention für MigrantInnen dienen neben der theoretischen Fundierung empirische Ergebnisse einer Evaluation des „Afrika-Projektes“ des Gesundheitsamtes in Bremen als einem Praxis-Beispiel zur HIV/AIDS Prävention für afrikanische MigrantInnen und als Modell guter Praxis. Mit dem „Afrika-Projekt“ als Praxispartner in dem umfassenderen Forschungsprojekt zur „Identifikation und Überwindung kulturspezifischer Barrieren und Nutzung zielgruppenspezifischer Ressourcen bei der HIV/AIDS-Prävention für MigrantInnen aus Sub-Sahara-Staaten“, das durch das Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) gefördert wurde, haben hier PraktikerInnen, MigrantInnen und ForscherInnen eng zusammengearbeitet, um zielgruppenspezifische Präventionswege für afrikanische MigrantInnen weiterzuentwickeln. Das Forschungsprojekt wurde in der Zeit von 2008-2013 von der Freien Universität Berlin in Zusammenarbeit mit der Carl von Ossietzky Universität Oldenburg, der Universität Bremen und dem Gesundheitsamt Bremen als Praxispartner durchgeführt.

Die externe Evaluation des „Afrika-Projektes“ zielte dabei u.a. auf Aussagen über die Wirksamkeit der Interventionen, um so Ansatzpunkte und wesentliche Mechanismen von kultursensiblen Aspekten für die Gestaltung von HIV/AIDS Präventionsangeboten zu erforschen, die auf die Versorgungspraxis übertragen werden können. Damit sollte auch dem Mangel an Evaluationen zur Effektivität der für MigrantInnen spezifischen HIV/AIDS-Präventionsarbeit entgegen gewirkt werden. Im Forschungsprojekt wurden dabei mithilfe der folgenden Komponenten die folgenden Ziele verfolgt:

1. prozessorientierte Dokumentation und Erfassung der Interventionen und Aktivitäten der kultursensiblen HIV/AIDS-Präventionsarbeit im Rahmen des „Afrika-Projektes“ durch Dokumentationsbögen,
2. Erfassung von Wissen, Verhalten und Einstellungen von TeilnehmerInnen und Nicht-TeilnehmerInnen an HIV/AIDS Präventionsangeboten durch Fragebogenstudien,

3. Identifikation von Ressourcen und Barrieren (z.B. kultur- und genderspezifisch) durch Fokusgruppen und Einzelinterviews,
4. Entwicklung von geeigneten Präventionswegen gemeinsam mit der Zielgruppe in Fokusgruppendifkussionen und Einzelinterviews und
5. Bereitstellung eines Manuals zur Qualitätsentwicklung und -sicherung für Professionelle, Fachkräfte oder freiwillige Initiativen im Präventions- und Versorgungssystem.

Insgesamt wurden für das Forschungsprojekt mehr als dreihundert AfrikanerInnen (N=333) aus Bremen zu HIV-bezogenem Wissen, Einstellungen und Verhalten und Barrieren und Ressourcen der Inanspruchnahme von HIV/AIDS-Präventionsangeboten befragt.

Im Rahmen des Forschungs- und Evaluationsprojektes war es dabei auch ein besonderes Anliegen, einen Beitrag zur Qualitätsentwicklung für eine kultursensible HIV/AIDS-Prävention mit besonderem Fokus auf Ressourcenorientierung und Stärkung der Teilhabe der Zielgruppe zu leisten. Das vorliegende Manual soll so als Qualitätssicherungs-Instrument für öffentliche Gesundheitsdienste und Anbieter von HIV/AIDS Präventionsmaßnahmen zur Selbstüberprüfung der Qualität von Strategieentwicklung, Planung und Evaluation von kultursensiblen HIV/AIDS Präventionsprojekten für MigrantInnen beitragen. Obwohl mit Fokus auf afrikanische MigrantInnen entwickelt, auf die sich auch die enthaltenen Forschungsergebnisse beziehen, soll das Manual aber auch Hilfestellung und Orientierung für HIV/AIDS Präventionsprojekte für Zielgruppen mit Migrationshintergrund aus anderen Herkunftsländern bieten. Ziel ist es, dass durch die Berücksichtigung von Qualitätskriterien HIV/AIDS-Präventionsprogramme für MigrantInnen erarbeitet, weiterentwickelt und überprüft werden können. Das Manual enthält daher Checklisten, die als Orientierungs- und Überprüfungshilfe für den Projekt-Prozess dienen sollen. Beispielhaft und zur Veranschaulichung wird im Manual auch das Praxisprojekt des Bremer Gesundheitsamtes vorgestellt. Die folgende Handanweisung zum Manual zur Qualitätssicherung in der HIV/AIDS-Prävention für und mit MigrantInnen (MAQUA-HIV) dient als ein „Roter Faden“ zur Orientierung für Anwender und Anwenderinnen.

Handanweisung zum Manual zur Qualitätssicherung in der HIV/AIDS-Prävention für MigrantInnen (MAQUA-HIV)

Wie ist das Manual aufgebaut?

Das Manual besteht aus einem theoretischen Einführungsteil und einem praktisch orientierten Teil, der die Checklisten und daran anschließende Erläuterungen zu den einzelnen Kriterien beinhaltet. Im Anhang des Manuals befinden sich die zuvor erläuterten Checklisten in einer Version zum Ausfüllen als Kopiervorlagen.

Im **theoretischen Teil** werden zunächst Grundlagen zur epidemiologischen Entwicklung von HIV/AIDS bezogen auf die Zielgruppe der MigrantInnen dargestellt. Im Anschluss folgen Ausführungen zum aktuellen Forschungsstand in der HIV/AIDS-Prävention und der Bedeutung von Kultursensibilität in der

Präventionsarbeit. Im Hinblick auf kultursensible HIV-Prävention ist eine gute Qualität in der Planung, Umsetzung und Evaluation der Interventionen bedeutsam. Demzufolge wird in den folgenden Kapiteln zur Überprüfung der Wirksamkeit von zielgruppengerechten Angeboten und Projekten die Entwicklung des Qualitätsmanagements in der HIV-Prävention dargestellt.

Im **praktischen Teil** werden drei **Checklisten mit Qualitätskriterien** für die unterschiedliche Projektphasen vorgestellt, basierend auf den gängigen Planungsmodellen in Gesundheitsförderung und Prävention. In diesem Manual sind die Checklisten unterteilt in die Phasen der:

1. Bestandsanalyse
2. Projektentwicklung und -planung
3. Prozesssteuerung und Evaluation

Zu jeder dieser Phasen wird eine spezifische Checkliste entwickelt, deren einzelne Kriterien im Anschluss eingehend verdeutlicht und erläutert werden. Abschließend folgt als Beispiel ein Auszug aus einem fiktiven Evaluationsplan für ein HIV/AIDS Präventionsprojekt.

Das Manual basiert auf den theoretischen und empirischen Grundlagen effektiver HIV/AIDS Prävention und der Qualitätssicherung in der Planung und Entwicklung von Gesundheitsförderungs- und Präventionsprojekten.

Gibt es Orientierungspfade im Text?

Das Manual arbeitet mit unterschiedlichen Elementen, die eine einfache Orientierung im Text ermöglichen sollen. Dazu gehören:

- Blaue Checklisten

Zentrale Instrumente im Manual sind die **Checklisten mit den Qualitätskriterien** zu den unterschiedlichen Projektphasen von Bedarfs- und Bedürfniserhebung, Planung und Evaluation, die eine Selbst-Überprüfung von Projekten gestatten.

Farbige Infoboxen

Die im Manual enthaltenen roten, gelben und grünen Infoboxen verweisen auf relevante Zusatzinformationen wie zum Beispiel weiterführende Literatur und Links, Hintergrundinformationen zu theoretischen Modellen oder Forschungsergebnisse der dem Manual zugrunde liegenden aktuellen Evaluationsstudie.

- Rote Infoboxen

Literatur und Links

Rote Boxen verweisen auf Literatur und/oder Links zur Vertiefung einzelner Themenkomplexe

- Grüne Infoboxen

Hintergrundinformation

Grüne Boxen enthalten in kurzer, prägnanter Form vertiefende Informationen und Literatur z.B. zu theoretischen Modellen oder Verfahren.

- Gelbe Infoboxen

Ergebnisse aus dem Forschungsprojekt

Gelbe Infoboxen enthalten Forschungsergebnisse aus der erwähnten Fragebogenstudie zu Wissen, Einstellungen und Verhalten zu HIV/AIDS und HIV/AIDS-Prävention (KAP-Studie) bei afrikanischen MigrantInnen.

Für wen ist das Manual gedacht?

Das Manual richtet sich an Interessierte und Fachkräfte in der HIV/AIDS-Prävention wie PraktikerInnen aus dem Öffentlichen Gesundheitsdienst, aus Nicht-Regierungsorganisationen oder Betroffenenorganisationen, die ein kultursensibles HIV/AIDS-Präventionsprojekt planen wollen oder bereits umsetzen. Das Manual dient damit der Selbstüberprüfung des Projektes in den Projektphasen der Vorbereitung, Planung und der Evaluation und ist in allen Phasen eines Projektes einsetzbar.

Worauf zielt das Manual ab?

Mit Hilfe des Manuals als Instrument der Qualitätssicherung in der HIV-Prävention für MigrantInnen können AnwenderInnen eigene Projekte selbst anhand der Qualitätskriterien strukturiert überprüfen. Die einzelnen Qualitätskriterien erlauben es, selbstständig solche Aspekte der Projektplanung zu identifizieren, die noch entwicklungsfähig sind. Das Manual beschreibt zunächst für die einzelnen Projektphasen einen idealtypischen Ablauf eines Projektes, dient aber vor allem auch als Orientierungshilfe für die einzelnen Projektphasen von Projektplanung, Umsetzung und Evaluation.

Dabei treffen nicht alle Qualitätskriterien auf alle Projekte zu; vielmehr gibt es hier eine Vielzahl unterschiedlicher Bedingungen im Umfeld des spezifischen Projektes, die die Relevanz einzelner Qualitätskriterien beeinflussen können; so können organisatorische, finanzielle oder andere Beschränkungen die realistische Umsetzung und Anwendung einzelner Kriterien ein- und beschränken;

es müssen also nicht alle einzelnen Kriterien auf ein Projekt zutreffen, um dennoch von guter Qualität sprechen zu können. Die Kriterien der Checklisten sind daher auch immer in Abhängigkeit von den spezifischen Bedingungen der Projekte und des jeweiligen Kontextes zu sehen und dienen der kritischen Reflexion eines Projektes und bieten vor allem Ansatzpunkte für die Weiterentwicklung.

Links zum Vertiefen auf einen Blick

Links auf einen Blick

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung	www.bzga.de
Deutsche AIDS-Hilfe	www.aidshilfe.de
Deutsche AIDS-Stiftung	www.aids-stiftung.de
EQUIPH (Qualitätssicherungsinstrument, NIGZ)	http://subsites.nigz.nl/system3/site2/index.cfm?fuseaction=Pages.showPages&code=419&code2=420
Freie Universität Berlin Gesundheitsamt Bremen (Afrika-Projekt)	http://www.ewi-psy.fu-berlin.de/einrichtungen/arbeitsbereiche/klinische_psychotherapie/renneberg/forschung/afrika_projekt_bremen/index.html
Institut für Public Health und Pflegeforschung, Universität Bremen (Evaluation Afrika-Projekt)	http://www.ipp.uni-bremen.de/pages/projekte/projektBeschreibung.php?SPRACHE=de&projektId=85
International Organization of Migration (IOM)	www.iom.int
Quint-Essenz (Qualitätssicherungsinstrument, Gesundheitsförderung Schweiz)	www.quint-essenz.ch
Robert-Koch-Institut	www.rki.de
SUCCEED (Schwedisches Qualitätssicherungsinstrument der internationalen Initiative Qualitätssicherungs- und -verbesserungsansätze für HIV-Präventionsprogramme und -projekte in Europa (IQhiv)	www.iqhiv.org http://www.iqhiv.org/tools/downloadable-tools/succeed
UNAIDS	www.unaids.org
Universität Oldenburg (Evaluation Afrika-Projekt)	http://www.afrika-projekt-bremen.uni-oldenburg.de/
Weltgesundheitsorganisation (WHO)	www.who.org

Theoretischer Teil

1 Migration und HIV in Deutschland

Laut dem Robert-Koch-Institut (2012b) leben Ende 2011 schätzungsweise 73.000 Menschen in Deutschland mit HIV oder AIDS, dabei sind 59.000 Männer und 14.000 Frauen betroffen. Die größte Infektionsgefahr besteht in der Gruppe der Männer, die Sex mit Männern haben (MSM), Schätzungen zu Folge sind 46.500 Personen durch diesen Übertragungsweg infiziert worden. Weiterhin haben sich 10.500 Menschen durch heterosexuelle Kontakte und 6.800 Menschen durch intravenösen Drogengebrauch infiziert; 9.000 HIV-infizierte Menschen stammen aus Hochprävalenzregionen. Bei Personen aus Hochprävalenzregionen gilt die heterosexuelle Übertragung als häufigstes Infektionsrisiko. Angaben über das Herkunftsland lagen dem RKI (2012a) im Jahr 2010 von 2.508 in Deutschland lebenden Menschen vor, bei denen erstmalig HIV diagnostiziert wurde.

Aus dieser Gruppe von betroffenen Personen gaben 1.811 Deutschland und 697 Menschen ein anderes Herkunftsland an. Unter letzteren kam der Großteil mit 34% (236 Menschen) aus einem Sub-Sahara-Staat. Weitere häufig dokumentierte Herkunftsländer von infizierten Personen befinden sich zu 16% in Zentraleuropa, zu 11% in Westeuropa und jeweils zu 10% in Osteuropa und Südostasien (RKI 2012a).

Dabei lässt das Herkunftsland keine sicheren Rückschlüsse auf das Infektionsland zu, denn die Infektion könnte in jedem Land, in dem die Betroffenen sich einmal aufgehalten haben, erfolgt sein; daher erfasst das Robert-Koch-Institut (RKI) zusätzlich Daten zum vermuteten Infektionsland. In der Gruppe der 697 Neuinfizierten mit der Angabe eines anderen Herkunftslandes im Jahr 2010, lagen bei ca. 90% Angaben zum vermuteten Infektionsland vor. Ungefähr 44% dieser Personengruppe haben sich vermutlich in Deutschland infiziert, wobei sich hier auch geschlechtsspezifische Unterschiede zeigen. So ist bei über der Hälfte, nämlich ca. 52% der Männer gegenüber über einem Viertel der Frauen (ca. 27,5%) Deutschland das vermutete Infektionsland. Unter den Neuinfizierten in Deutschland, die ein Sub-Sahara-Land als Herkunft angaben, ist bei ungefähr einem Drittel der Männer und einem Viertel der Frauen Deutschland das vermutete Infektionsland (RKI, 2012a).

Bei 86% der Personen (622) mit Angabe eines anderen Herkunftslandes als Deutschland lagen Angaben zum Infektionsrisiko vor. Der häufigste Übertragungsweg unter Männern ist in der Gruppe der Männer, die Sex mit Männern haben (MSM), bei Frauen hingegen gelten heterosexuelle Kontakte als häufigstes Risiko. Von 66,3% der letztgenannten (132 Frauen) wird das Herkunfts-

land in Sub-Sahara-Afrika verortet. Männer aus anderen Herkunftsländern als Deutschland mit Übertragungsrisiko durch Sex mit Männern (MSM) nennen als Herkunftsland am häufigsten Zentraleuropa (26%) und Westeuropa (24%). Bei Personen mit HIV-Infektionen durch heterosexuelle Kontakte stammt vermutlich der größte Anteil mit 63% aus einem Sub-Sahara-Staat (RKI, 2012a).

Ergebnisse aus dem Forschungsprojekt

Zu den Übertragungswegen von HIV nennen 96% der afrikanischen TeilnehmerInnen an der Fragebogenstudie die Infektion durch ungeschützten Geschlechtsverkehr mit neuen Partnern, 95% das Teilen von Spritzbesteck mit Drogenabhängigen, 89% eine HIV-Übertragung von der Mutter auf das Kind, 91% ungeschützten Analverkehr und 94% hielten Sex mit einer HIV-positiven Person für eine Übertragungsmöglichkeit.

Literatur zum Vertiefen

- Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (2010) Global report: UNAIDS report on the global AIDS epidemic: http://www.unaids.org/globalreport/global_report.htm
- Robert-Koch-Institut (2012). HIV bei MigrantInnen in Deutschland. Epidemiologisches Bulletin, 3, 19-26. http://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2012/03/Art_01.html?nn=2374210
- Robert-Koch-Institut (2012). Epidemiologisches Bulletin, 46, 415-428. http://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2011/Ausgaben/46_11.pdf?__blob=publicationFile
- Robert Koch Institut (2008). Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Migration und Gesundheit. Berlin. http://www.gbe-bund.de/gbe10/owards.prc_show_pdf?p_id=11713&p_sprache=D

2 Kultursensibilität in der HIV-Prävention

Kultursensible HIV-Präventionsprogramme arbeiten mit kulturell-spezifischen und kulturell angemessenen Konzepten und integrieren kulturelle Dimensionen als wichtige Gestaltungsaspekte bei der Konzeption und Planung von Interventionsprogrammen ethnischer Zielgruppen (Wilson & Miller, 2003). Obwohl Einigkeit darüber besteht, dass Kultur in diesem Zusammenhang wichtig ist, gibt es nur wenig Ansätze zur Auseinandersetzung damit, wie kultursensible Ansätze in HIV Präventionsinterventionen eingebracht werden können und sollen. Oft wird schlicht davon ausgegangen, dass kultursensible Broschüren und Flyer allein das Wissen, die Einstellung zur HIV-Prävention und das präventive Verhalten beeinflussen würden. Ein integrativer Ansatz in der HIV-Prävention muss aber auch die kulturelle Dimension als Querschnittskriterium betrachten, das planungs- und handlungsleitend in allen Phasen eines HIV-Präventionsprojektes umgesetzt und überprüft werden muss.

Unter der Berücksichtigung von Kulturspezifität können Präventionsprogramme verständlicher werden und so die Zugänglichkeit zu HIV-bezogenen Informationen erhöht werden. Dennoch umfasst Kultursensibilität als Ansatz weit mehr als die schlichte Lesbarkeit von Informationen und eine kulturell angemessene Gestaltung der sogenannten Oberflächenstruktur z.B. von Kommunikationsmedien und -wegen. Die Überprüfung einer kulturell angemessenen Aktivitätenplanung beinhaltet auch die Beachtung einer „Tiefenstruktur“ kulturell bedeutsamer Elemente, um schließlich kulturell angemessene Präventionsprojekte gestalten zu können (vgl. Gräser, Kruschke & Koch-Göppert, 2010).

Zu den sogenannten „Oberflächenmerkmalen“, die in der kultursensiblen Gesundheitskommunikation berücksichtigt werden sollen, gehört die Gestaltung von Informationsmaterialien nicht nur in der Sprache der Zielgruppe, sondern auch die Berücksichtigung einer kulturell angemessenen Farbgebung oder die Verwendung kulturell angemessener Symbole, des Layouts insgesamt oder der sprachlichen Ausdrucksweise. Neben solchen Oberflächenstrukturmerkmalen, wie sie vor allem die Gesundheitskommunikation und die Gestaltung von Medien und Materialien in der Prävention betreffen, stellt aber die Beachtung einer sogenannten Tiefenstruktur die eigentliche Herausforderung dar. Die Tiefenstruktur ist durch soziokulturelle Merkmale gekennzeichnet, die im Kontext von HIV/AIDS besonders kulturspezifische Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit, Einstellungen zum Thema Sexualität, Religiosität, geschlechterspezifische Aspekte im Lebensalltag und Einstellungen zur HIV und AIDS im Besonderen betreffen, aber auch soziale Umgangsformen, Formen und Bedeutung

sozialer Netzwerke und Gemeinschaften in den afrikanischen Communities. In den in diesem Manual enthaltenen Checklisten werden sowohl die Oberflächen- als auch die Tiefenstrukturmerkmale aufgegriffen, um die Planung und Durchführung einer Intervention unter Berücksichtigung kultureller Aspekte zu erleichtern.

International zeigt sich, dass HIV-Präventionsprogramme, die auf ethnische Minderheiten-Communities angepasst und angewandt werden, Kultursensibilität in Programme einarbeiten müssen, um sie unter Berücksichtigung kultureller und sozialer Realitäten wirksam zu gestalten; dazu gehören z.B. soziale Normen im Umgang mit Sexualität, HIV-Infektion, HIV-Infizierten und HIV-Prävention, die die Inanspruchnahme von HIV-Prävention beeinflussen können. Werden diese kulturellen Regeln nicht berücksichtigt, ergeben sich aus der Intervention geringere Effekte für die TeilnehmerInnen. Kulturelle Regeln und ihre Interpretationen bilden ab, wie kulturelle Gruppen sich selbst als auch die Lebenswelt insgesamt wahrnehmen und interpretieren. Bei der Planung und Umsetzung von HIV-Präventionsprojekten müssen auch vermeintlich kultursensible Strategien hinsichtlich stigmatisierender Aspekte hinterfragt werden. So zeigte sich im Rahmen des Forschungsprojektes häufig, dass sich ein Teil der afrikanischen MigrantInnen allein durch die Existenz eines speziellen HIV-Präventionsprojektes für die Gruppe der AfrikanerInnen als „HIV-Hochrisikogruppe“ stigmatisiert fühlte und daher HIV-Präventionsangebote mit speziellem Fokus auf AfrikanerInnen ablehnte.

Andere Ansätze, die eine kulturangemessene HIV-Prävention verfolgen, betonen die Kriterien der Teilhabe und Mitgestaltung von Mitgliedern aus der Zielgruppe und stehen als partizipativ ausgerichtete Strategien in der Tradition der Ottawa-Charta (WHO, 1986), indem sie Beteiligung als handlungsleitendes Prinzip mit einer starken Gemeindeorientierung verfolgen. Empowerment, Kompetenzentwicklung und Partizipation durch gleichberechtigte Arbeit auf allen Ebenen meint dabei nicht nur die Teilnahme und Gestaltung von gemeindeorientierten Programmen, sondern auch z.B. die vollständige Teilhabe und Einbeziehung der Zielgruppen bei praxisorientierten Forschungs- und Evaluationsvorhaben (Wright, 2011).

2.1 Zum Umgang mit HIV/AIDS und Prävention in afrikanischen Communities

Zwei wesentliche Aspekte scheinen bei dem Umgang mit HIV, HIV-Infizierten und HIV/AIDS-Prävention besonders bedeutsam zu sein:

1. Erklärungsmodelle, die auch mythische Erklärungen enthalten können, und
2. eine starke Stigmatisierung von HIV und AIDS (Beier, 2005).

So kann die Tabuisierung von AIDS in afrikanischen Gemeinschaften schließlich zur Stigmatisierung von HIV-Infizierten beitragen, so dass eine HIV-Infektion für die Betroffenen oft mit Ausgrenzung und Diskriminierung verbunden ist, HIV-Infektionen häufig verheimlicht werden und auch Hilfe und der Zugang zum Versorgungssystem erst verspätet gesucht werden. Die Konfrontation mit HIV/AIDS kann damit bei den Gruppen unter den afrikanischen MigrantInnen zu einer Verleugnung der Problematik HIV und AIDS führen und/oder

die Ablehnung von HIV-Präventionsmaßnahmen befördern. Das Geheimhalten einer Infektion stellt dabei eine große Belastung für die afrikanischen HIV/AIDS-Betroffenen dar, ebenso wie das Vertuschen von AIDS-Symptomen und opportunistischen Erkrankungen. Besonders für die Gruppe der AsylbewerberInnen, die auf engerem Raum zusammenleben, stellt sich hier eine schwierige Herausforderung.

In der Diskussion um die Gründe für eine schwächere Thematisierung von AIDS und HIV-Prävention in den afrikanischen Communities¹ tauchen zwei wesentliche Aspekte immer wieder auf: zum einen scheint es aus Sicht der afrikanischen MigrantInnen in Deutschland ein vergleichsweise geringeres Infektionsrisiko für sie zu geben, bedingt durch die geringere Prävalenz im Vergleich zum Heimatland und der daraus resultierenden geringeren Präsenz im Alltag. Zum anderen wird aber auch berichtet, dass die Thematik ganz bewusst nicht angesprochen wird aus Angst davor, mit HIV/AIDS in Verbindung gebracht zu werden und somit ausgegrenzt zu werden. Hier spielen auch HIV-spezifische Mythen eine Rolle, wie zum Beispiel, dass HIV durch alltägliche Situationen wie das gemeinsame Essen oder den Aufenthalt im selben Raum übertragen werden könnte.

Das Verheimlichen einer HIV-Infektion zieht gravierende Konsequenzen nach sich, indem sowohl die medizinische Behandlung als auch psychosoziale Hilfen verspätet oder gar nicht in Anspruch genommen werden mit schwerwiegenden Folgen für die Betroffenen aber auch für ein Infektionsrisiko ihrer PartnerInnen. So werden auch HIV-Präventionsangebote zuweilen abgelehnt, um zu vermeiden von den Mitmenschen mit dem Thema HIV/AIDS in Verbindung gebracht zu werden. Hinzu kommt, dass der Zusammenhang von AIDS und Sexualität zusätzliche Scham auslösen kann. Über HIV und AIDS zu sprechen, kann als Eingeständnis einer HIV-Infektion interpretiert werden und verstärkt die Gefahr der Ausgrenzung aus der Community. Zudem besteht ein weiteres zentrales Problem in der unter den AfrikanerInnen verbreiteten Wahrnehmung der Stigmatisierung von MigrantInnen aus Afrika als Hochrisikogruppe und „Risikoträger“ für HIV/AIDS. Kultursensible Kommunikationsformen, die sowohl auf die Form als auch auf Inhalte und Kommunikationswege achten, sind daher wesentliche Aspekte in der Verbesserung der Zugänglichkeit zu HIV-Prävention und Angeboten der Gesundheitsdienste im Einwanderungsland.

Seit Beginn der 1990er Jahre ist zunehmend über kulturspezifische, kulturell adäquate, kultursensible und kulturell angemessene HIV-Prävention diskutiert worden, dennoch stellt sich in der Praxis auch immer wieder die Frage, wie eine kulturelle Dimension in die HIV-Präventionsarbeit zu integrieren ist. Neue Modelle kultursensibler Präventionsarbeit nutzen vor allem gemeindeorientierte Zugänge und arbeiten mit MultiplikatorInnen aus den jeweiligen MigrantInnengruppen.

Um Kultursensibilität erfolgreich in Maßnahmen umzusetzen muss aber auch die Heterogenität der Zielgruppe berücksichtigt werden; so umfasst z.B. allein die Gruppe der AfrikanerInnen aus Sub-Sahara-Afrika fast fünfzig verschiedene Staaten, mit unterschiedlicher Zusammensetzung z.B. in ethnischer

¹ Der Begriff der „Communities“ wird im Manual stets synonym für Gemeinschaften/Gemeinschaftsgruppen genutzt.

und religiöser Hinsicht. Andere migrationsspezifische Aspekte betreffen Unterschiede in der Sprachkompetenz, dem Aufenthaltsstatus oder dem Integrationsgrad. Eine wirklich zielgruppengerechte Prävention bedarf also eines strukturierten Vorgehens, das in allen Phasen der Prävention, nämlich in Planung, Implementierung und Evaluation immer wieder die kulturelle Dimension überprüft und hinterfragt. HIV-Präventionsprogramme sollten daher vor allem auf einer durchaus auch kritischen und selbstreflexiven Auseinandersetzung mit den kulturellen Werten der Zielgruppe beruhen.

Ergebnisse aus dem Forschungsprojekt

95% der TeilnehmerInnen der Studie glauben, dass es grundsätzlich die Möglichkeit gibt sich vor HIV zu schützen. Mit einem hohen Anteil werden auch folgende Schutzmöglichkeiten benannt: Treue benennen 87%, Abstinenz 75% und Schutz durch Sex nur mit gesund aussehenden Personen 16%. 18% der Befragten verwenden nie ein Kondom. Allerdings glauben 13%, dass ihr religiöser Glaube sie vor HIV schützt. Nur 1% der befragten AfrikanerInnen halten es für unwahrscheinlich sich mit HIV/AIDS anzustecken, weil HIV/AIDS ein Mythos ist und gar nicht existiert.

Literatur und Links

- Beier, S. (2005). Afrikanische Migranten in Deutschland und ihr Umgang mit HIV/AIDS. *Curare* 28, 2+3, 188-200.
- Gräser, S., Krischke, N. & Koch-Göppert, G. (2010). Kultursensible Gesundheitskommunikation – Ansatzpunkte für Planung und Strategieentwicklung. *Prävention*, 3 (33), 83-86.
- Gräser, S., Krischke, 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. Schriftenreihe 3 des Instituts für Public Health und Pflegeforschung. Bremen: Universität Bremen.
http://www.public-health.uni-bremen.de/downloads/ippschriften/ipp_schriften03.pdf

3 Praxisbeispiel Kultursensible HIV-Prävention im Öffentlichen Gesundheitsdienst: Das „Afrika-Projekt“ des Gesundheitsamtes Bremen: HIV Prävention und Versorgung für Menschen aus Sub-Sahara-Afrika

Martin Taschies, Gesundheitsamt Bremen, HIV/STD Beratung, „Afrika-Projekt“

3.1 Entstehung und Entwicklung des Projektes

Das „Afrika-Projekt“ ist aus dem Arbeitsschwerpunkt „Migration“ der AIDS/STD Beratung des Gesundheitsamtes Bremen entstanden. Seit etwa 1995 engagiert sich die Beratungsstelle in der HIV-Prävention für MigrantInnen und der Begleitung von HIV-positiven Menschen mit Migrationshintergrund. In Kooperation mit dem Sachgebiet „Migration und Gesundheit“ des Gesundheitsamtes wurden Informationsveranstaltungen für Flüchtlinge/Asylbewerber aus verschiedenen Kulturen und Ländern durchgeführt. Die Fokussierung auf die Gruppe der AfrikanerInnen ergab sich aus den Erfahrungen in der Begleitung von HIV-positiven KlientInnen mit Migrationshintergrund, die mehrheitlich vom afrikanischen Kontinent stammten. Den afrikanischen KlientInnen war sehr daran gelegen, ihre Infektion vor der Community geheim zu halten. Beim Bekanntwerden einer HIV-Infektion wären sie mit Stigmatisierung und Diskriminierung konfrontiert gewesen. Aus der Erkenntnis heraus, dass HIV-Prävention nicht ohne Solidarität mit HIV-/AIDS-betroffenen Menschen gelingen kann und die Community dabei beteiligt werden muss, wurden zunächst DolmetscherInnen zu MultiplikatorInnen ausgebildet. Mit deren Unterstützung fanden dann die ersten Informationsveranstaltungen statt. Die epidemiologischen Daten des Robert-Koch-Institutes (RKI) bezüglich der Tatsache, dass HIV-positive AfrikanerInnen häufig erst bei Auftreten der AIDS-Erkrankung von ihrer HIV-Infektion erfahren, deckten sich mit den Erfahrungen der Präventionspraxis. Beides führte dann zu einer Intensivierung der Projektarbeit unter dem oben beschriebenen Ansatz.

Durch die Einstellung eines afrikanischen Projektleiters aus Togo konnte die Präventionsarbeit ab 2004 qualitativ und quantitativ entscheidend verbessert werden. Die Finanzierung der Projekt-Leiterstelle konnte zunächst bis Anfang 2007 über verschiedene Verträge (In-Job, ABM, etc.) mit 20 bzw. 30 Wochenstunden finanziert werden. Im Laufe von 2007 bis Ende 2011 wurde das „Afrika-Projekt“ dann aus Mitteln des Europäischen Flüchtlingsfonds (EFF), der Deutschen AIDS Stiftung (mit 30 Wochenstunden) und aus Forschungsgeldern des BMBF (20 Wochenstunden für 6 Monate) finanziert. Das Gesundheitsamt Bremen stellte die Infrastruktur (Büro, Rechner, etc.) sowie einen Mitarbeiter für die Projektkoordination und -begleitung (finanzielle Abwicklung, Projekt-

entwicklung, etc.) mit ca. 10 Wochenstunden zur Verfügung. Über den Vertrauensaufbau zu den Mitgliedern der afrikanischen Communities und durch die Kontinuität auf Seiten des Gesundheitsamtes konnten bezüglich der Begleitung und Betreuung von HIV-positiven Klientinnen und Klienten respektable Erfolge erzielt werden.

Im Rahmen des Projektes wurden an den verschiedenen Treffpunkten der Communities (Call-Shops, Afro-Shops, Gottesdienste, Vereine, ...) Informationsmaterialien verteilt und Informationsveranstaltungen durchgeführt. Zur Vorbereitung derartiger Veranstaltungen waren vorab jeweils mehrere Gespräche mit den Verantwortlichen (Hausherren) notwendig; ihre Erlaubnis musste eingeholt werden. Bei der Durchführung von Informationsveranstaltungen und der Begleitung von Betroffenen hat sich eine „Tandemlösung“ bewährt. Der afrikanische Projektleiter und ein/e weitere/r deutsche/r Mitarbeiter/in des Teams der Beratungsstelle gestalteten gemeinsam eine Veranstaltung bzw. die Betreuung von HIV positiven Klienten/innen. Mit dieser „Tandemlösung“ wurde für die Community die Wichtigkeit und die Bedeutung des Themas unterstrichen und die Zuverlässigkeit der dargestellten Informationen unterstrichen.

3.2 Ziele des Projektes

Sensibilisierung der afrikanischen Community für das Thema HIV/AIDS:

1. Erkennen und Abbau von Barrieren, die MigrantInnen hindern HIV/AIDS-spezifische Gesundheits- und Präventionsangebote des Gesundheitssystems zu nutzen
2. Kontaktaufnahme mit der Zielgruppe und dem Versorgungssystem, um Zugangswege für die Zielgruppe zu erstellen und das Versorgungssystem für die Problematik zu sensibilisieren
3. Einbindung des afrikanischen Kollegen in die Betreuungsarbeit von HIV Infizierten und/oder an AIDS erkrankten AfrikanerInnen
4. Gewinnung und Fortbildung von MultiplikatorInnen
5. Einbeziehung von Mitgliedern der Community in die Arbeit und Gewinnung von Schlüsselpersonen aus der Community für die Ziele des Projektes
6. Solidarität für HIV-positive AfrikanerInnen in der Community initiieren
7. Aufbau einer Selbsthilfegruppe HIV-infizierter AfrikanerInnen
8. Erarbeitung von Empfehlungen für die HIV-Arbeit mit afrikanischen MigrantInnen

3.3 Ausbildung von MultiplikatorInnen und Aufbau eines MultiplikatorInnen-Pools

Die Gewinnung von MultiplikatorInnen war mit einem hohen Zeitaufwand verbunden. Die afrikanische Community in Bremen ist in ihren sprachlichen, religiösen und kulturellen Hintergründen sehr heterogen und so mussten MultiplikatorInnen aus den verschiedenen Gruppen gesucht werden. Dabei war darauf zu achten, dass diese aus den Herkunftsregionen stammten und den Religionen angehörten, die zahlenmäßig am stärksten vor Ort vertreten waren; weiterhin sollten sie über Anerkennung und Einfluss in ihren Communities verfügen.

In den afrikanischen christlichen Gemeinden wird HIV häufig als eine „schlechte“ Krankheit“ angesehen, die mit Prostitution und Homosexualität in Verbindung gebracht wird. Daher war es schwer in diesen Gemeinden MultiplikatorInnen zu gewinnen. Sich mit dem Thema HIV und AIDS als MultiplikatorIn zu befassen bedeutete für sie oft, sich gegen die Lehren der Bibel zu stellen. In den afrikanischen Vereinen gestaltete sich die Suche nach MultiplikatorInnen ebenso schwierig, weil auch hier HIV als ein Thema angesehen wird, das zu einem schlechten Prestige in der Gemeinschaft führen kann.

Eine weitere Hürde stellte für eine lange Zeit die Ehrenamtlichkeit der MultiplikatorInnentätigkeit dar. Viele AfrikanerInnen müssen den Lebensunterhalt auch für ihre Familien in Afrika verdienen. Darüber hinaus erschwerte die Einschätzung, dass Arbeit die nicht bezahlt wird auch keinen Wert haben kann, die Anwerbung von MultiplikatorInnen. Die geringsten Schwierigkeiten bei der Suche nach MultiplikatorInnen gab es dann in der Gruppe der Studierenden, die sich der Diskussion über HIV am leichtesten öffnen konnten und die bereit waren sich zu engagieren, auch wenn kein großer finanzieller Gewinn dabei zu erwarten war. So gelang es aus dieser Gruppe jeweils eine Frau aus Kamerun (französisch.), eine aus Ghana (englisch, Twi), und einen Mann aus Togo (französisch) für diese Tätigkeit zu gewinnen. Jeweils ein Mann aus Nigeria (englisch) und aus Cote d'Ivoire (französisch) konnte aus anderen Zusammenhängen für die Arbeit interessiert werden. Trotz der zum Teil sehr patriarchalisch geprägten Kultur in einigen Ländern Afrikas konnte für das Projekt auch eine verheiratete weibliche Multiplikatorin gewonnen werden, dass erforderte jedoch, dass sie für bestimmte Aktivitäten wie z.B. für den Einsatz in den Abendstunden in einer Diskothek die Erlaubnis ihres Ehemanns einholen musste.

Im September 2007 wurden die neuen MultiplikatorInnen fortgebildet und konnten ab Oktober 2007 eingesetzt werden. Gegenstand der drei jeweils rund dreistündigen Schulungen waren die folgenden Inhalte:

- Übersicht über die HIV/AIDS Epidemie
- Übertragungswege
- Schutzmöglichkeiten
- HIV-Test
- HIV und Immunsystem
- Medikamente
- Solidarität mit HIV-infizierten Menschen

Die MultiplikatorInnen nutzten ihre Kontakte in ihrer jeweiligen Community, um die Mitglieder für das Thema HIV/AIDS zu sensibilisieren und Veranstaltungen vorzubereiten. Daneben unterstützten sie den Projektleiter bei den Besuchen in den Afroschops, Diskotheken und den Veranstaltungen und in der Entwicklung neuer Ideen und Strategien für das Afrika-Projekt. Insgesamt verbesserte die Unterstützung und fachliche Begleitung der MultiplikatorInnen die Arbeit. Regelmäßige Treffen (ca. 1x im Monat) und gemeinsame Besuche von Veranstaltungen zu HIV/AIDS festigten die Beziehung zum Projekt. Themen der Treffen waren u.a. die Entwicklung neuer Projektinhalte, Reflexion der Projektarbeit (Schwierigkeiten und Erfolge) und Fortbildung in Prävention und Therapie. In der Diskussion um Methoden zur Vermittlung von Informationen wurde zum Beispiel die alte afrikanische Tradition des Erzählens von Fabeln

oder Geschichten aufgegriffen. In der Arbeit mit MultiplikatorInnen ist zu beachten, dass die HIV-Infektion von Verwandten oder Freunden eine besondere Dynamik und Auseinandersetzung mit dem Thema in Gang setzen kann.

3.4 Begleitung, Betreuung und Versorgung von Menschen mit HIV

Die Einbeziehung des Projektleiters in die Begleitung von HIV-positiven AfrikanerInnen ist in fast allen Fällen gelungen; auch wenn es anfangs bei einigen Klientinnen und Klienten massive Vorbehalte dagegen gab, den afrikanischen Projektmitarbeiter mit einzubeziehen. Die HIV-betroffenen Personen hatten die Befürchtung, dass die Schweigepflicht nicht eingehalten würde und ihr HIV-Status in der Community bekannt werden könnte. Ihnen war die bestehende Schweigepflicht nicht bekannt bzw. sie vertrauten nicht darauf und sie wussten, wie schnell sich Informationen in der Community verbreiten. Wesentliche Faktoren für eine gelungene Begleitung in diesem Kontext sind ein Vertrauen schaffender Erstkontakt, Sympathie, Ausdauer und die gemeinsamen Gespräche mit einem/r deutschen Berater/in. Die Begleitung von HIV-positiven AfrikanerInnen durch MitarbeiterInnen aus dem gleichen Kulturkreis ist für viele Betroffene inzwischen zu einer großen Hilfe geworden. Negative persönliche Erfahrungen nach dem Bekanntwerden der HIV-Infektion in der Community, geringe Bildung und ein erst kurzer Aufenthalt im Einwanderungsland erschweren jedoch weiterhin die Begleitung durch afrikanische MitarbeiterInnen.

3.5 Besondere Situationen in der Begleitung

„Papierlose MigrantInnen“ haben bis auf eine eventuell notwendige akute Behandlung einer Erkrankung keinen Anspruch auf eine medizinische Versorgung und befinden sich in einer nahezu ausweglosen Situation. Werden sie im Laufe der HIV-Infektion behandlungsbedürftig haben sie keine Chance eine antiretrovirale Therapie zu beginnen. Es verbleibt ihnen nur der Versuch der Legalisierung ihres Aufenthaltsstatus über ein Asylverfahren mit ungewissem Ausgang, denn HIV-Infektion oder AIDS Erkrankung gelten nicht per se als Abschiebehindernisse und über einen Asylantrag wird immer im Einzelfall entschieden.

3.6 Erfahrungen und Empfehlungen zur praktischen Umsetzung

Aus den Erfahrungen mit der praktischen Umsetzung eines HIV/AIDS Projektes lassen sich folgende Empfehlungen für die Praxis formulieren:

1. Für die Projektarbeit sind MitarbeiterInnen aus dem Kulturkreis einzustellen.
2. Es müssen ausreichende finanzielle Ressourcen (Personalkosten, Honorarmittel, Sachmittel für Infomaterial, Kondome und zur Durchführung von Veranstaltungen) zur Verfügung stehen.
3. Die Projektarbeit muss in der Hierarchie des Trägers Unterstützung finden.
4. Die Anbindung eines Projektes zur HIV/AIDS-Prävention und -Versorgung für Menschen aus Sub-Sahara an den Öffentlichen Gesundheitsdienst und hier an eine AIDS/STD Beratung ist sehr sinnvoll. Das Projekt kann auf die Erfahrungen der Beratungsstelle zurückgreifen. Der Öffentliche Gesundheitsdienst (ÖGD) wird für die Zielgruppe der MigrantInnen als unterstüt-

zende Einrichtung erlebt und die Beratungsstelle profitiert von den Erfahrungen der Projektarbeit.

5. Eine gut funktionierende Projektarbeit erfordert eine verantwortungsvolle Begleitung durch den Projektträger. Es muss ein „Mentor“ als Förderer und Begleiter für die Projektarbeit zur Verfügung stehen, der die Wege in der internen Struktur der Organisation kennt und ebnet, die notwendigen Netzwerkverbindungen zu den verschiedensten Institutionen des ambulanten und stationären Versorgungssystems sowie anderen relevanten Partnern herstellt und für die Finanzierung des Projektes Verantwortung übernimmt.
6. Die afrikanischen MitarbeiterInnen müssen im Team des Trägers verankert sein und dürfen keine „Satelliten“ bilden; sie müssen in die Strukturen eingebunden sein und zum Beispiel an den Teambesprechungen teilnehmen.
7. Bei der Entwicklung und Bildung eines Netzwerkes afrikanischer Communities sollte der Öffentliche Gesundheitsdienst (ÖGD) in Kooperation mit regionalen Akteuren der Entwicklungszusammenarbeit eine tragende und unterstützende Rolle übernehmen.
8. Netzwerkarbeit ist elementarer Bestandteil der Präventionsarbeit. Das Projekt muss in den verschiedenen Systemen gut vernetzt sein (MigrantInnengruppen, soziale und gesundheitliche Versorgungssysteme, entwicklungspolitisch orientierte Institutionen, etc).
9. Für die Gruppe der papierlosen MigrantInnen sollte der Öffentliche Gesundheitsdienst ein medizinisches Versorgungsangebot bereitstellen - oder wie in Bremen und Frankfurt – dieses in Kooperation mit anderen Trägern organisieren. Bundesweit haben sich z.B. Flüchtlingshilfen und die Malteser MigrantInnen Medizin (MMM) dieser Aufgabe gestellt, doch auch damit ist die Behandlung einer chronischen Erkrankung wie zum Beispiel HIV nicht realisierbar, da die Kosten die zur Verfügung stehenden Budgets sprengen würden.

Ein entscheidender Faktor für den Erfolg der Projektarbeit sind die Fähigkeiten der ProjektmitarbeiterInnen:

1. Sie sollten sehr gute Deutschkenntnisse besitzen und neben einer der afrikanischen Amtssprachen (englisch/französisch) ein oder zwei Landessprachen beherrschen.
2. Die Akzeptanz der MitarbeiterInnen in der Community ist notwendig.
3. Es ist darüber hinaus erforderlich, dass MitarbeiterInnen außerhalb der Projektarbeit Aktivitäten im politischen und gesellschaftlichen Kontext der Community übernehmen, damit sie nicht ausschließlich mit der HIV-Projektarbeit in Verbindung gebracht werden.
4. Sie müssen zuverlässig sein und Bereitschaft zu Weiterbildung und Qualifizierung mitbringen.
5. Die Bereitschaft zur Arbeit am Wochenende und in den Abendstunden muss vorhanden sein.

Im Sinne von Peer-Education sind für die Mitarbeit im Projekt eigens MultiplikatorInnen zu schulen, die zum Beispiel im Hinblick auf das Geschlecht, den geographischen, kulturellen Hintergrund und der Muttersprache mit den Merkmalen der Zielgruppen weitgehend übereinstimmen sollten. Weiterhin sind religiöse und kulturelle Meinungsführer mit „ins Boot“ zu holen, denn diese sind für eine wirksame und nachhaltige HIV-Prävention unabdingbar, da sich auch in der afrikanischen Kultur die Gesellschaft an Meinungsführern orientiert und

deren Akzeptanz die Inanspruchnahme von Präventionsmaßnahmen und Solidaritätskampagnen erhöht.

Im Rahmen des „Afrika-Projektes“ hat sich die direkte Kontaktaufnahme zu Flüchtlingen in den Aufnahmeunterkünften als sehr schwierig dargestellt. Die Bewohner der Unterkünfte nahmen nur in sehr geringer Anzahl an Veranstaltungen teil, da sie in der Heimöffentlichkeit nicht mit dem Thema in Verbindung gebracht werden wollten. Der Weg über andere Gruppen, wie Kirchengemeinden oder Vereine stellte sich als wesentlich erfolgreicher heraus. Durch die interne Kommunikation in der Community konnte das Angebot des „Afrika-Projektes“ breit gestreut werden und somit Zugangswege ebnen.

Für die Umsetzung der im Projektauftrag beschriebenen Ziele ist Geduld und Zeit notwendig. Die deutsche Gesellschaft hat ca. 25 Jahre benötigt, um ein solidarisches Klima für HIV-positive Menschen zu entwickeln. Dennoch gibt es auch heute noch Stigmatisierung, Ausgrenzung und Ängste im Umgang mit HIV-infizierten Menschen. Betroffene überlegen sich zum Beispiel sehr gründlich, ob sie ihrem Arbeitgeber ihre HIV-Infektion/Krankheit mitteilen, unter anderem aus Sorge vor Entlassung und der Angst, dass diese Information nicht vertraulich behandelt wird. In Bereichen wie dem Gesundheitswesen oder Lebensmittelverarbeitenden Betrieben entsteht bei Bekanntwerden der HIV-Infektion eines Mitarbeiters auch heute noch eine besondere Dynamik. Auf diesem Hintergrund ist die Durchführung von Veranstaltungen in afrikanischen Communities, wie zum Beispiel Vorträge zu HIV und Sexualität in einem Gottesdienst als ein besonderer Erfolg zu bewerten. Grundsätzlich sind aber Zeit und Geduld wesentliche Voraussetzungen für die erfolgreiche Umsetzung eines gemeindebasierten Projektes, ebenso wie Nachhaltigkeit und Verstetigung der Projektarbeit durch die Überführung in die Regeltätigkeit des Öffentlichen Gesundheitsdienstes.

4 HIV-Präventionsforschung: Das Evaluationsprojekt zu Barrieren und Ressourcen in der HIV-Prävention für afrikanische MigrantInnen

4.1 Beschreibung des Forschungsprojektes

Das Evaluationsprojekt „Identifikation und Überwindung kulturspezifischer Barrieren und Nutzung zielgruppenspezifischer Ressourcen bei der zugehenden und sozial-räumlich ausgerichteten HIV/AIDS-Prävention für MigrantInnen aus Sub-Sahara-Staaten“ ist gefördert durch das Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF). Angesiedelt an der Freien Universität Berlin und durchgeführt in Kooperation mit den Universitäten Oldenburg und Bremen evaluiert das Forschungsprojekt das Bremer „Afrika-Projekt“ zur HIV-Prävention in enger Kooperation mit dem Gesundheitsamt Bremen, AIDS/STD Beratung, „Afrika-Projekt“ als Praxispartner.

4.1.1 Forschungsleitender Hintergrund

Menschen mit einem Migrationshintergrund gelten als herausfordernde Zielgruppe für Angebote der Gesundheitsversorgung und -förderung; das zeigt sich insbesondere bei der geringeren Annahme von Angeboten im Bereich der Prävention bei Migrantinnen und Migranten im Vergleich zur Gesamtbevölkerung. Erschwerte Lebens- und Arbeitsbedingungen, kommunikative, kulturelle und aufenthaltsrechtliche Gründe, sowie kulturell bedingte Bewertungen von Gesundheit, Glaubensvorstellungen, Gesundheitswissen und Gesundheitsverhalten erweisen sich als Barrieren. Im Sinne zielgruppenspezifischer Prävention und Gesundheitsförderung müssen daher Angebote entwickelt und implementiert werden, die sich an den spezifischen Bedürfnissen von Menschen mit Migrationshintergrund orientieren.

Im Mittelpunkt des Forschungsprojektes steht die Evaluation des durch sozialräumliche und zugehende Prävention gekennzeichneten HIV/AIDS-Projektes der AIDS/STD Beratungsstelle des Gesundheitsamtes in Bremen („Afrika-Projekt“) (s. oben). Methodologisch basieren die zentralen Kategorien der Barrieren und Ressourcen bei der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen auf den drei gesundheitskommunikativen Komponenten der Aufklärung und Informationsvermittlung, der aufsuchenden Arbeit und der sozial-räumlichen Prävention des „Afrika-Projektes“. Diese Kategorien werden gesundheitswissenschaftlich aus der Perspektive des „Prozessmodells Gesundheitlichen Handelns“ von Schwarzer (2004) und im Verständnis der „Sozial-Kognitiven Theorie“ (Bandura, 1986) betrachtet und dem gesamten Projekt als theoretisches Modell zugrunde gelegt. Anhand des „Health Action Process Approach“ (Schwarzer, 2004) sollen system-

bezogene und individuell wahrgenommene Barrieren und Ressourcen für die Inanspruchnahme von HIV-Prävention abgebildet werden.

4.1.2 Externe Evaluation des „Afrika-Projektes“

Die Evaluation des „Afrika-Projektes-Bremen“ soll Aussagen über die Wirksamkeit der Interventionen machen, um unter anderem Ansatzpunkte und wesentliche Mechanismen von Kultursensibilität zu erforschen, die auf die Präventions- und Versorgungspraxis übertragen werden können. Das „Afrika-Projekt“ als ein Modell guter Praxis für die HIV/AIDS Prävention und Betreuung kann damit für die Optimierung von präventiven Zugängen für andere MigrantInnengruppen beispielhaft sein.

Mit der externen Evaluation soll auch dem erkannten Mangel an Evaluationen zur Effektivität der für MigrantInnen spezifischen HIV/AIDS-Präventionsarbeit entgegengewirkt werden. Im Forschungsprojekt wurden daher zwei wesentliche Evaluationsstrategien eingesetzt:

1. *Prozessevaluation*: Ziele der Prozessevaluation ist die Erfassung und Dokumentation der durchgeführten Maßnahmen zur HIV/AIDS-Präventionsarbeit im Rahmen des Afrika-Projektes-Bremen. Ergebniskennzahlen enthalten z.B. die Anzahl von durchgeführten Präventionsveranstaltungen, die Anzahl verteilter Informationsmaterialien und verteilter Kondome, die Akzeptanz und Zufriedenheit der TeilnehmerInnen, die Anzahl der erreichten Personen, die über einen Zeitraum von zweieinhalb Jahren anhand standardisierter Dokumentationsbögen erhoben wurden.
2. *Ergebnisevaluation*: Ziele der Ergebnisevaluation ist die Erhebung von Wissen, Einstellungen und Verhalten (Knowledge, Attitude und Practice = KAP) und deren Veränderung bei den afrikanischen MigrantInnen aus Sub-Sahara-Afrika mittels eines entwickelten standardisierten KAP-Fragebogens. Die quantitativen KAP-Studien wurden zu zwei Zeitpunkten mit Abstand von einem Jahr durchgeführt und umfassen insgesamt 214 TeilnehmerInnen.

4.1.3 Identifikation von Barrieren und Ressourcen der Zielgruppe

MigrantInnen aus Sub-Sahara-Staaten gelten als eine schwer erreichbare Zielgruppe für die HIV/AIDS-Prävention. Infolge von Fehlinformationen zu HIV/AIDS, Stigmatisierung, religiöser und sexueller Tabuisierung und patriarchaler Strukturen sowie dem spezifischen kulturellen Verständnis von Gesundheit und Krankheit und sozialer und individueller Schwierigkeiten verbunden mit der Migration, zeigen afrikanische MigrantInnen in Bremen nur wenig Interesse für HIV/AIDS-Prävention.

Zur Identifikation von kultur- und geschlechtsspezifischen Barrieren und Ressourcen (Tiefenstruktur) wurden im Forschungsprojekt Leitfaden-gestützte, nach Geschlechtern getrennte, qualitative Einzel- und auch gemischte Fokusgruppeninterviews mit zusätzlich 119 AfrikanerInnen aus den folgenden Gruppen durchgeführt:

1. HIV/AIDS-Betroffene und Angehörige,
2. Nicht infizierte MigrantInnen und Schlüsselpersonen, die nicht an Präventionsangeboten teilgenommen haben und
3. Nicht infizierte MigrantInnen und Schlüsselpersonen, die an Präventionsangeboten teilgenommen haben.

4.2 Ausgewählte Forschungsergebnisse der Fragebogenstudie zu Barrieren und Ressourcen bei der Inanspruchnahme von HIV-Präventionsangeboten

Die Fragebogenstudie (KAP-Studie) bei afrikanischen MigrantInnen in Bremen untersucht Wissen, Einstellungen und Verhalten zur HIV-Prävention und wurde im Rahmen des Forschungsprojektes zur Evaluation des HIV-Präventionsprojektes („Afrika-Projekt“ Bremen) durchgeführt. Im Folgenden wird eine erste Übersicht ausgewählter Forschungsergebnisse der Ergebnisevaluation zu möglichen Barrieren und Ressourcen der Inanspruchnahme von HIV-Präventionsangeboten vorgestellt.

4.2.1 Beschreibung der Stichprobe der KAP-Studie

Die Stichprobe von (N=214) Probanden zu zwei Messzeitpunkten im Abstand von einem Jahr erhobenen Fragebogenstudie zu HIV-bezogenem Wissen, Einstellungen und Verhalten (KAP-Studie) umfasst 59,2% Männer und 40,8% Frauen; 44,8% der TeilnehmerInnen der Befragung gehören der Kohorte der 1977 bis 1985 Geborenen an, das Durchschnittsalter beträgt 35 Jahre. Annähernd Dreiviertel der Befragten (71,7%) verfügen über einen höheren Bildungsabschluss und nur 3,9% über keinen Schulabschluss. 36,7% der TeilnehmerInnen der Studie sind in Kamerun, 18,1% in Ghana, 7,6% in Togo und 6,7% in Nigeria geboren; ein verbleibender Rest verteilt sich auf weitere Herkunftsländer. 63,6% der befragten AfrikanerInnen in der Studie sind in den Jahren von 1996 bis 2005 nach Deutschland immigriert.

4.2.2 Zufriedenheit mit Institutionen des Gesundheitswesens

Die Zufriedenheit mit dem Gesundheitswesen und der Zugang zu seinen Institutionen kann die Inanspruchnahme von Prävention und Versorgung beeinflussen: 83,8% der AfrikanerInnen fühlen sich durch ihre HausärztInnen gut betreut; 80,9% sind mit den Angeboten des Gesundheitsamtes gut zufrieden und 40,9% beurteilen MitarbeiterInnen des Gesundheitssystems als freundlich.

4.2.3 Kondomgebrauch

29,2% der TeilnehmerInnen der Studie verwenden immer Kondome, wenn Sie Geschlechtsverkehr haben, 18,2% dagegen verwenden nie Kondome; dabei kennen 82% die richtige Handhabung vom Kondomen. 18,9% benutzen kein Kondom, weil das Vergnügen verringert ist, aufgrund körperlicher Abneigung (18,9%) und 17,1% benutzen das Kondom nicht, weil der Partner es nicht mag.

4.2.4 HIV-Test

Maßgebliche Anlässe für einen HIV-Test sind der Beginn einer Partnerschaft und die Angst infiziert zu sein: 37,9% würden vor Beginn einer Partnerschaft einen HIV-Test machen lassen; 19,0% würden aus Angst vor dem Ergebnis keinen HIV-Test durchführen lassen, und 33,3% haben noch nie einen HIV-Test gemacht.

4.2.5 HIV-Mythen

Übertragungswege von HIV sind zwar weitestgehend bekannt – so benennen 85% der TeilnehmerInnen die Gefahr einer Übertragung durch Blut – jedoch sind auch Fehlinformationen verbreitet: Zum Beispiel halten 9% der Befragten eine HIV-Übertragung durch die gemeinsame Anwesenheit im selben Raum mit einer infizierten Person für denkbar. Das Modell der gemeindenahen, zugehenden und kulturangemessenen HIV/AIDS-Prävention trifft auf kulturimmanente und traditionelle Glaubensvorstellungen. In der Stichprobe besteht ein grundlegendes richtiges Wissen in einzelnen Risikobereichen bezüglich des Risikos einer HIV-Übertragung. Gleichzeitig halten sich hartnäckig Mythen zu HIV-Übertragungswege, wie Hexerei (18,1%) oder die Übertragung durch die Luft (7,1%). Als Schutzmöglichkeiten vor einer HIV-Infektion nennen die TeilnehmerInnen der Stichprobe, neben präventiven Handeln wie Kondomnutzung bei jedem Geschlechtsverkehr (95%), auch präventive Maßnahmen, die auch Teil der durch kulturelle Traditionen und Mythen geprägten Lebenswelten sind: 24,8% benennen starken religiösen Glauben, 21,8% Sex mit einer Jungfrau und 15,8% Sex nur mit gesund aussehenden Personen als Schutz vor einer HIV-Infektion.

4.2.6 HIV-Prävention: Bedarf und Gestaltung

Ergebnisse der KAP-Studie zum „Afrika-Projekt“ zu HIV-bezogenem Wissen, Einstellungen und Verhalten zeigen, dass 70% der TeilnehmerInnen nach eigener Einschätzung über „sehr sicheres Wissen“ zu HIV/AIDS verfügen. In den afrikanischen Communities scheint dennoch nach wie vor ein großer Informationsbedarf zu bestehen. So geben 62,6% der befragten MigrantInnen an, dass sie sich mehr Informationen für guten Schutz vor HIV/AIDS wünschen. Die am häufigsten gewünschten Zugangswege zu Informationen sind Medien mit 67% sowie Broschüren und Plakate mit 47%. Mehr als die Hälfte der Befragten (51,9%) wünschen sich Aufklärung und Information durch das Gesundheitsamt.

26,7% der befragten Afrikanern und Afrikanerinnen haben bereits an einer HIV-Infoveranstaltung des Bremer „Afrika-Projekts“ teilgenommen. Demgegenüber haben 23,6% der Befragten noch nie Präventionsangebote zu HIV/AIDS in Anspruch genommen. Die Inanspruchnahme von HIV-Prävention wird unter anderem über den Vertrauensaufbau zu den Mitgliedern der afrikanischen Communities durch kontinuierliche feste Ansprechpartner im Gesundheitsamt angebahnt. So sind MitarbeiterInnen mit Migrationshintergrund im Präventionsprojekt mit Verständnis und Akzeptanz von kulturell bedingten Gesundheitskonzepten und -definitionen im Prozess der Vertrauensbildung hochgradig bedeutsam. So wird auch mit einer großen Mehrheit bei den Befragten (88,2%) die Durchführung von Präventionsmaßnahmen von schwarzen und weißen MitarbeiterInnen gemeinsam als positiv beurteilt. Dahingegen werden Präventionsprojekte, die eine Verbindung von Afrika mit HIV/AIDS durch den Namen wie bei dem Bremer „Afrika-Projekt“ betonen, von über einem Drittel der befragten AfrikanerInnen (35,9%) als diskriminierend empfunden.

4.2.7 Geschlechtsspezifische Ergebnisse zu Übertragung, Schutz und Kondomgebrauch

Bei den Aussagen zu HIV-Übertragungs-Situationen ergeben sich signifikante geschlechtsspezifische Unterschiede; von 103 Männern nennen 22,3% (n=23) die Möglichkeit einer HIV-Übertragung durch Trinken aus demselben Glas, aber nur 10,3% von insgesamt 78 Frauen (p=,033); und 14,3% (n=15) der Männern benennen als Infektionsrisiko für HIV den Aufenthalt im selben Raum mit einem AIDS-Kranken, jedoch nur 2,6% von insgesamt 77 Frauen (p=,007). Auch für Religiosität als Schutz vor HIV zeigen sich höchstsignifikante geschlechtsspezifische Unterschiede; von 124 Männern glauben 8,1% (n=10), dass ihr religiöser Glaube sie vor HIV schützt, dagegen glauben das 20,9% von insgesamt 86 Frauen (p=,000).

Auch im Hinblick auf HIV-Schutz durch Kondomgebrauch können höchst signifikante geschlechtsspezifische Ergebnisse belegt werden; von 120 Männern kennen 91,7% (n=110) den richtigen Kondomgebrauch, dagegen nur 68,3% von insgesamt 82 Frauen (p=,000); von 108 Männern verwenden 37,0% (n=40) „immer“ ein Kondom, aber nur 19,8% von insgesamt 81 Frauen (p=001); von 96 Männern entscheiden 53,1% (n=51) selbst über Kondomnutzung, jedoch nur 26,2% von insgesamt 61 Frauen (p=,001); von 114 Männern haben 57,9% (n=66) beim letzten Geschlechtsverkehr Kondome benutzt, dagegen nur 24,3% von insgesamt 70 Frauen (p=,000).

HIV/AIDS-Prävention für MigrantInnen aus Subsahara-Afrika

FAKTENBLATT

Folgende Ergebnisse zu Wissen, Einstellungen und Verhalten zur HIV-Prävention stammen aus der Fragebogenstudie (KAP-Study) bei afrikanischen MigrantInnen in Bremen. Die Fragebogenstudie wurde im Rahmen des BMBF-Forschungsprojektes zur Evaluation des Bremer ‚Afrika-Projektes‘ zur HIV-Prävention durchgeführt.

Beschreibung der Stichprobe (N=214)

Geschlecht: 59.2% Männer und 40.8% Frauen
 Geburtsjahr: 44.8% 1977-1985, 24.1% 1967-1976, 16.0% 1986-1995, Ø 35 Jahre
 Geburtsland: 36.7% Kamerun, 18.1% Ghana, 7.6% Togo, 6.7% Nigeria et al.
 Bildungsgrad: 71.7% Höherer Bildungsabschluss, 3.9% Keinen Schulabschluss

Bedarf weiterer Informationen zu HIV

62.6% brauchen mehr Informationen für guten Schutz vor HIV/AIDS (N=206)

Gewünschte Form der HIV Information

67.3% wünschen mehr Informationen durch die Medien (N=211)
 51.9% wünschen mehr Informationen durch das Gesundheitsamt (212)

Zufriedenheit mit Institutionen im Gesundheitswesen

83.8% fühlen sich durch HausärztInnen gut betreut (N=134)
 80.9% sind mit den Angeboten des Gesundheitsamtes gut zufrieden (N=55)
 40.9% bewerten MitarbeiterInnen des Gesundheitssystems als freundlich (N=79)

Bewertung des „Afrika-Projekts“

35.9% bewerten den Namen „Afrika-Projekt“ als eher diskriminierend (N=181)
 88.2% beurteilen das weiß/schwarze Mitarbeiter-Team als positiv (N=204)

Inanspruchnahme HIV-Prävention

23.6% haben noch nie an einer Präventionsveranstaltung teilgenommen. (N=203)
 26.7% haben an einer Infoveranstaltung des „Afrika-Projekts“ teilgenommen (N=202)

Kondomgebrauch

82.0% kennen die richtige Handhabung vom Kondomen (N=205)
 18.2% verwenden nie Kondome, wenn Sie Geschlechtsverkehr haben (N=192)
 29.2% verwenden immer Kondome, wenn Sie Geschlechtsverkehr haben (N=192)
 17,1% benutzen kein Kondom, weil der Partner es nicht mag (N=211)
 18.9% benutzen kein Kondom, weil das Vergnügen verringert ist (N=212)

HIV-Test

33.3% haben noch nie einen HIV-Test machen lassen (N=198)
 37.9% würden vor Beginn einer Partnerschaft einen HIV-Test machen lassen (N=211)
 19.0% würden keinen HIV-Test durchführen lassen aus Angst vor dem Ergebnis (N=211)

HIV-Mythen

HIV-Übertragungswege: 18.1% Übertragung durch Hexerei (N=171)
 7.1% Übertragung durch die Luft (N=183)
 HIV-Schutzmöglichkeiten: 24.8% Religiöser Glaube (N=165)
 21.8% Sex mit Jungfrau (N=170)
 15.8% Gesundes Aussehen (N=177)

Signifikante geschlechtsspezifische Ergebnisse

- Von 103 Männern nennen 23 (22.3%) die Möglichkeit einer HIV-Übertragung durch Trinken aus demselben Glas, aber nur 10.3% von insgesamt 78 Frauen (p=.033).
- Von 105 Männern nennen 15 (14.3%) die Möglichkeit einer HIV-Übertragung durch den Aufenthalt im selben Raum mit einem AIDS-Kranken, jedoch nur 2.6% von insgesamt 77 Frauen (p=.007).
- Von 120 Männern kennen 110 (91.7%) richtigen Kondomgebrauch, dagegen nur 68.3% von insgesamt 82 Frauen (p=.000).
- Von 108 Männern verwenden 40 (37.0%) ‚immer‘ (6-stufige Skala) ein Kondom, aber nur 19.8% von insgesamt 81 Frauen (p=001).
- Von 96 Männern entscheiden 51 (53.1%) selbst (4-stufige Skala) über Kondomnutzung, jedoch nur 26.2% von insgesamt 61 Frauen (p=.001).
- Von 114 Männern haben 66 (57.9%) Kondome benutzt, dagegen nur 24.3% von insgesamt 70 Frauen (p=.000).
- Von 124 Männern glauben 10 (8.1%), dass ihr religiöser Glaube sie vor HIV schützt, dagegen glauben das 20.9% von insgesamt 86 Frauen (p=.000).

5 Effektive HIV-Prävention – Interventionsgrundlage

Das Manual basiert auf der Interventionsstrategie der setting-orientierten Gesundheitsförderung und Prävention im Sinne einer integrativen Gesundheitsförderung und Prävention und meint damit die Kombination von verhaltens- und verhältnisorientierten Maßnahmen durch die Stärkung individueller Ressourcen und Kompetenzen (Salutogenese) und gleichzeitiger Strukturstärkung in der Lebenswelt (Verhältnisprävention). Dazu gehören auch Partizipation und Teilhabe mit dem Ziel des Empowerment, also der „Ermächtigung“ als zentrale Prinzipien von Gesundheitsförderung und Prävention.

Der Setting-Ansatz in der Gesundheitsförderung und Prävention gilt als wirkungsvolle Strategie bei der Umsetzung der Grundsätze der Ottawa-Charta. Hintergrund der Gesundheitsförderung in diesem Kontext ist die Vorstellung der World Health Organization (WHO), dass Gesundheit nicht nur durch Prävention auf individueller Ebene erreicht werden kann, sondern auch durch positive Beeinflussung struktureller Faktoren des Lebensumfeldes. Der Ansatz, Gesundheitsförderung und Prävention in einer Lebenswelt mittels komplexer Interventionen auf unterschiedlichen Ebenen durchzuführen, betont die Bedeutung sozialräumlicher Einflussfaktoren auf Gesundheit. Um umfassende Prävention oder Gesundheitsförderung zu erreichen, darf daher nicht ausschließlich an dem Verhalten der Zielgruppe angesetzt werden, sondern es müssen darüber hinaus die Verhältnisse, also die Umwelt der Zielgruppe berücksichtigt werden, um ebenfalls dort präventiv und gesundheitsförderlich anzusetzen. In der Umsetzung eines so genannten „integrativen Ansatzes“ in der HIV-Prävention müssen dabei im Sinne einer Verhältnisprävention Aspekte und Strukturen der Lebenswelt ebenso berücksichtigt werden wie die der Person und ihrem Verhalten. So zeigt sich, dass Erfolg versprechende Faktoren für die Wirksamkeit und Inanspruchnahme von HIV-Prävention ebenso in strukturellen Maßnahmen im Sinne einer Verhältnisprävention liegen als auch in der Integration von psychologischen Theorien des Gesundheitsverhaltens. Als theoretische Grundlage für dieses Manual und das Forschungsprojekt dienen daher das Prozessmodell Gesundheitlichen Handelns (Schwarzer, 1992), sozial-kognitive Ansätze wie das soziale Lernmodell (Badura, 1977) und sozialräumliche und strukturelle Aspekte der Gestaltung geeigneter Zugangswege in das Gesundheitssystem. Dazu gehören methodisch auch der Einsatz interaktiver Methoden in Form von Eins-zu-eins-Kontakten, die Arbeit mit Kleingruppen und in Gemeinden und Lebenswelten geführte Dialoge, um die Zugänglichkeit zur HIV/AIDS Prävention wie auch zur Versorgung zu erhöhen (Rotheram-Borus et al., 2009).

Für die Durchführung von kultursensiblen und qualitativ hochwertigen HIV-Präventionsangeboten gehören kultursensible Fähigkeiten, Wissen um kulturelle Dimensionen und die kritische Reflexion eigener kultureller Bedingungen. Gleichwohl geht es dabei nicht um die unreflektierte Übernahme von traditionell und kulturell bedingten Faktoren, sondern vielmehr um die Gestaltung von effektiver Prävention, die Charakteristika wie ethnische Hintergründe, Geschlecht, Alter, Verhalten und Hintergrundcharakteristika als Dimensionen einer kulturellen Tiefenstruktur miteinbezieht (vgl. Gräser, Krischke & Koch-Göppert, 2010). Wirksame HIV-Prävention muss – wie auch in anderen Präventionsfeldern – eine Kombination aus Verhaltensprävention und Verhältnisprävention beinhalten. Wesentliche Aspekte einer effektiven HIV/AIDS-Prävention beinhalten daher auch die Einheit von Gesundheitsförderung mit den verschiedenen Präventionsebenen (Primärprävention, Sekundärprävention und Tertiärprävention). Die Integration von Selbsthilfe in den Gemeinschaften durch das Nutzen von dort vorhandenen Ressourcen und die Unterstützung von grundlegenden Existenzbedingungen gehören zu den ethischen Grundlagen der HIV-Prävention. Ein besonderer Fokus des Forschungsprojektes und des Manuals liegt daher auch im Erkennen nicht nur der Barrieren, sondern im besonderen der Ressourcen, die genutzt werden können, um die Inanspruchnahme und schließlich den Nutzen von HIV/AIDS Prävention zu fördern.

Ergebnisse aus dem Forschungsprojekt

Die Studie hat die generelle *Selbstwirksamkeit* der TeilnehmerInnen mit der Selbstwirksamkeitskala (Jerusalem & Schwarzer, 2002) gemessen. *Selbstwirksamkeit* ist ein psychologisches Konstrukt, das die subjektive Überzeugung misst, kritische Anforderungssituationen aus eigener Kraft erfolgreich bewältigen zu können“.

Die TeilnehmerInnen der Studie zeigen für Selbstwirksamkeit recht hohe Werte: „Wenn sich im Alltag Widerstände auftun, finden 47% Mittel und Wege, sich durchzusetzen“, 37% „bereitet es keine Schwierigkeiten Absichten und Ziele zu verwirklichen“, 40% „werden schon klarkommen, was auch immer passiert“ und 37% „können auftauchende Probleme aus eigener Kraft meistern“.

Literatur zum Vertiefen

- Aggleton, P. (2001). HIV/AIDS in Europe: the challenge for health promotion research. *Health Educ. Res.*, 16(4), 403-409. <http://her.oxfordjournals.org/content/16/4/403.full.pdf+html>
- Rosenbrock, R. (2007). Aids-Prävention – Ein Erfolgsmodell in der Krise. In: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, vol. 50, no. 4, 432-441. <http://www.springerlink.com/content/f555446085565237/>
- Drewes, J. & Sweers, H. (Hrsg.) (2010). Strukturelle Prävention und Gesundheitsförderung im Kontext von HIV (AIDS-Forum DAH, Band 57). Berlin: Deutsche AIDS-Hilfe. http://www.aidshilfe.de/sites/default/files/DAH_Forum_57_Gesundheitsfoerderung.pdf
- Jerusalem, M. & Schwarzer, R. (2012). Allgemeine Selbstwirksamkeit. <http://userpage.fu-berlin.de/health/germscal.htm>
- Kolip, P. & Müller, V.E. (Hrsg.) (2009). Qualität von Gesundheitsförderung und Prävention. Bern: Hans Huber.

6 Qualitätssicherung in der (HIV/AIDS-) Prävention

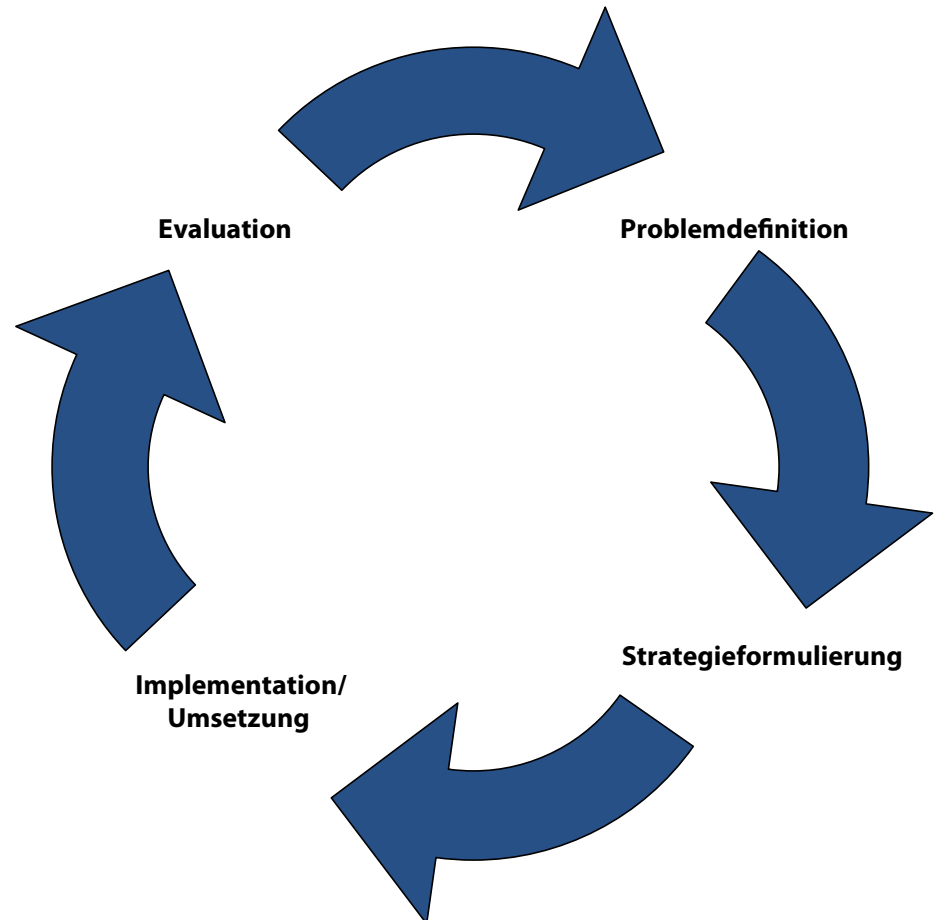
Um HIV/AIDS-Prävention wirksam zu gestalten bedarf es einer Evidenzbasierung, also der Nutzung von wissenschaftlichen Erkenntnissen und von Erfahrungen aus praxiserprobten und erfolgreichen Interventionen der HIV-Prävention. In Deutschland entwickelt sich eine zunehmende Tendenz zur wissenschaftlichen Begleitung und Evaluation, um die Ergebnisse von begleitenden Evaluationsstudien in die Verbesserung der Qualität der Praxis einfließen zu lassen. In den 90er Jahren trat die Diskussion um die Sicherung der Qualität in der Gesundheitsförderung und Prävention vermehrt in den Fokus. Projekte und Aktivitäten in der Gesundheitsförderung und Prävention wurden noch nicht hinreichend auf ihren Nutzen hin überprüft und bewertet, nicht zuletzt auf Grund mangelnder Messparameter, um die Effekte und damit Qualität zu definieren. In der zweiten Hälfte der 1990er Jahre wurde die Messbarkeit von Effekten durch die Entwicklung von Modellen, Qualitätskriterien und Instrumenten vorangetrieben, z.B. durch die Entwicklung von Leitfäden für die Umsetzung von Interventionen oder zur Selbstüberprüfung. Durch die zunehmende Komplexität von Interventionen, wie sie im Sinne eines integrativen und umfassenden Ansatzes in Gesundheitsförderung und Prävention als evidenzbasiert gelten, entsteht die Notwendigkeit für neue angemessene wissenschaftlich fundierte Instrumente und Methoden, die aus dem Bereich des Projekt- und Qualitätsmanagements adaptiert werden können.

Qualitätsentwicklungsansätze in Prävention und Gesundheitsförderung richten sich nun vor allem auf die Definition wesentlicher Qualitätskriterien, die im Prozess der Konzeption, Planung, Umsetzung und Evaluation (Überprüfung einer Maßnahme) zum Tragen kommen. Auch der Public-Health-Action-Cycle (PHAC) folgt diesem Ansatz und dient vor allem der strukturierten Planung von Prävention und Gesundheitsförderung mittels definierter Projektphasen für die Praxis (Ruckstuhl, Somaini & Twisselmann, 1997) (Abb.1). Der PHAC beschreibt Prozesse von Präventionsprojekten als einen Kreislauf und benennt dabei vier zentrale Phasen:

1. Eine Phase der *Problemdefinition*, die mit einer Bedarfs- und Bedürfnisermittlung einhergeht,
2. einer Phase der *Strategieentwicklung* auf Basis der Definition konkreter Ziele,
3. einer Phase der *Umsetzung*, in der die Strategien und geplanten Interventionen durchgeführt werden und
4. einer Phase der *Evaluation*, in der die Zielerreichung der vorher definierten Ziele überprüft wird.

Dabei können als Ergebnis der Evaluations- und Bewertungsphase neue Problempotentiale entdeckt werden, die zu einer erneuten Problemdefinition führen können und so einen Kreislauf der kontinuierlichen Verbesserung von Projekten anregen können.

Abbildung 2: Public Health Action Cycle



Neuere Ansätze, die auch Partizipation als Qualitätsmerkmal integrieren, dienen dabei der Weiterentwicklung von Qualitätssicherungsansätzen. Durch die aktuelle Diskussion um Qualitätsentwicklung in Gesundheitsförderung und Prävention stehen insbesondere auch „Modelle Guter/Bester Praxis“ im Fokus und zielen dabei auf die Sicherung von Qualität mittels wissenschaftlich fundierter und in der Praxis erfolgreicher Strategien. Die zunehmende Bedeutung praxisbasierter Evidenz in der Prävention und Gesundheitsförderung führt damit auch zu einem stärkeren Einbezug sozialräumlicher und struktureller Bedingungen in die Qualitätsentwicklung der HIV-Prävention und stellt damit auch neue Herausforderungen an Qualitätssicherungsinstrumente. Im Bereich der HIV-Prävention entwickeln sich erst in den letzten Jahren Qualitätssicherungsansätze und -instrumente, die konkret auf die HIV-Prävention hin ausgerichtet sind.

EQUIHP

6.1 EQUIHP

EQUIHP (European Quality Instrument for Health Promotion) ist ein Qualitätssicherungsinstrument zur Selbstbewertung und Evaluation von themenun-

abhängigen Gesundheitsförderungsprojekten und -programmen und dient der Qualitätssicherung und -entwicklung mithilfe von Checklisten und Leitlinien auf Basis der Phasen von Projektplanung, Projektumsetzung und Evaluation. EQUIHP basiert dabei auf bereits bestehenden Qualitätssicherungsinstrumenten, die weitläufig in der EU eingesetzt werden. Zielsetzung war es, ein Konsensinstrument für den Europäischen Raum zu entwickeln, das zentrale Qualitätskriterien für Gesundheitsförderungs- und Präventionsprojekte vereint. Das Instrument richtet sich an die Zielgruppe von Fach- und Führungskräften und darüber hinaus an ForscherInnen, PolitikerInnen und Förderinstitutionen von Gesundheitsförderungsprogrammen und -projekten.

- ▶ <http://ws5.e-vision.nl/system3/images/Annexe%2010%20EQUIHP.pdf>

QUINT-ESSENZ

6.2 QUINT-ESSENZ

Das Qualitätssystem Quint-Essenz, entwickelt von Gesundheitsförderung Schweiz, stellt auf Basis des vorgestellten Public-Health-Action-Cycles ein umfassendes System von Qualitätskriterien zur Analyse, Planung, Umsetzung und Evaluation von Gesundheitsförderungs- und Präventionsmaßnahmen zur Verfügung. EQUIHP ist ein komplexes Qualitätssystem, das PraktikerInnen, Fachleuten und Professionellen die Bewertung von Gesundheitsförderungs- und Präventionsprojekten durch Qualitätskriterien ermöglicht. Dabei orientiert sich Quint-essenz an den Phasen von a) Projektbegründung, b) Projektplanung, c) Projektorganisation, d) Projektsteuerung und e) Evaluation. Quint-essenz ist als sehr komplexes Qualitätssicherungssystem innerhalb der Gesundheitsförderung thematisch nicht festgelegt, und verfügt über das Hauptinstrument hinaus auch über einzelne erweiterte Checklisten z.B. zu Geschlecht oder Migration.

- ▶ <http://www.quint-essenz.ch>

IQ HIV

6.3 IQ HIV - Improving Quality in HIV Prevention in Europe

IQ HIV steht für „Improving Quality in HIV Prevention in Europe“ (Qualitätsentwicklung in der HIV-Prävention in Europa) und ist eine Initiative von BzGA, WHO Europe und AidsActionEurope, die sich explizit auf die Qualitätssicherung in der HIV-Prävention bezieht. Zielsetzung des 2009 gegründeten Projektes ist es, Qualitätsentwicklungsprozesse in der HIV-Prävention zu unterstützen und als Informationsplattform für qualitätsverbessernde Praktiken besonders in Hinblick auf eine Erhöhung der Effektivität zu fungieren. Dabei orientiert sich IQ HIV an den 4 Qualitätsmanagement-Schritten: 1) Plan (Planen) 2) Do (Umsetzen) 3) Check (Überprüfen) 4) Act (Handeln) im Sinne eines kontinuierlichen Verbesserungsprozesses (KVP) unter besonderer Berücksichtigung von Selbstreflexion und Partizipation als leitende Prinzipien. Dazu hat IQ HIV bislang drei Qualitätssicherungsinstrumente zusammengestellt die sich für die Qualitätsentwicklung in der HIV-Prävention eignen:

1. QIP – Quality in Prevention (*Qualität in der Prävention*)

QIP ist ein umfassendes Qualitätssicherungsinstrument, das in Kooperation der BzGA und des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf entwickelt wurde. Das Instrument besteht aus einem Dokumentationsbogen mit 11 Clustern aus offenen und Multiple-Choice Fragen und orientiert sich an einem Ablauf von der „Definition des Gesundheitsproblems“ über die „Zielgruppe“ bis hin zu „Zielen“ und „Nachhaltigkeit“. Dieser Dokumentationsbogen kann dann an externe Reviewer geschickt werden, die auf Basis der Angaben eine Einschätzung der Qualität des Projektes oder Programms vornehmen und Empfehlungen geben. Das Instrument kann auch zur Selbsteinschätzung eines Projektes genutzt werden.

2. SUCCEED

SUCCEED wurde als ein einfach zu nutzendes Instrument zur Qualitätssicherung in der HIV-Prävention von schwedischen Kooperationspartnern entwickelt. Zielsetzung ist es, Fachkräften die Überprüfung der HIV-Präventionsarbeit zu erleichtern und die Qualität von HIV/AIDS Präventionsprogrammen zu verbessern. SUCCEED ist ein 13-seitiger Fragebogen, der in drei Sektionen unterteilt ist, anhand derer die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität von HIV-Präventionsprojekten reflektiert und überprüft und die Planung neuer Projekte unterstützt werden kann. Das Instrument besteht aus einem Fragebogen mit Ja/Nein-Antworten und integrierten Fallstudien zur Diskussion und bietet derzeit die Möglichkeit einer ersten generellen Qualitätsüberprüfung.

3. PQD – Participatory Quality Development (*Partizipative Qualitätsentwicklung*)

PQD ist ein „Qualitätssicherungs-Methodenkoffer“, der sich aus insgesamt 11 unterschiedlichen partizipativen Instrumenten und Methoden aus unterschiedlichen Bereichen wie Gesundheitsförderung und Sozialwissenschaften und acht Fallstudien zur Illustration zusammensetzt, die je nach Bedarf, sowohl in der allgemeinen Gesundheitsförderung als auch in der HIV-Prävention eingesetzt werden können. PQD fokussiert besonders auf die Sicherung von Partizipation und baut vor allem auf Wissensbeständen der lokalen Akteure auf. Als Zusammenstellung unterschiedlicher Methoden eignet sich PQD vor allem für die konsequente Umsetzung von partizipatorischen Ansätzen. Der „Methodenkoffer“ ist besonders für mit partizipativen Methoden und Theorien vertrauten Akteuren geeignet; für „Anfänger“ wird ein Training angeboten.

► <http://www.iquhiv.org>

6.4 Entwicklung von MAQUA-HIV

MAQUA-HIV als „Manual zur Qualitätssicherung für und mit MigrantInnen“ basiert auf einer Grundstruktur zur Qualitätssicherung von Gesundheitsförderungs- und Präventionsprojekten, wie sie auch in anderen Qualitätssicherungsinstrumenten Anwendung finden. Als Qualitätsgrundlagen von MAQUA-HIV

dienen zunächst Qualitätskriterien zur Problemdefinition bzw. zur Einschätzung der Situation, der darauf aufbauenden Maßnahmenplanung, der Implementierung und der Evaluation in Gesundheitsförderung und Prävention auf Basis der Grundstruktur des Public Health Action Cycle (PHAC). MAQUA-HIV ist angelehnt an QUINTESENZ als Grundgerüst (s.oben).

Dieses Grundgerüst wurde an die spezifischen Erfordernisse der HIV-Prävention zunächst thematisch angepasst und spezifisch auf HIV-Prävention bezogen formuliert. Im nächsten Schritt wurden die Projektphasen dann um zentrale Aspekte aus den Forschungsergebnissen der Fragebogenstudie und der Fokusgruppendifkussionen mit afrikanischen Frauen und Männern (s. unten) als zusätzliche Qualitätskriterien ergänzt und spezifiziert.

Entwicklungsleitend für MAQUA-HIV war dabei die Integration zentraler Dimensionen, wie sie sich in der Fragebogenstudie, aber auch in den Fokusgruppen-Diskussionen mit den AfrikanerInnen im Diskussionsteil zur HIV-Prävention und deren Ausgestaltung für aus Sicht der AfrikanerInnen als bedeutsam gezeigt haben. Dazu gehören: Kultursensibilität, Stigmatisierung und Partizipation, eine sozialräumliche zugehende und aufsuchende HIV-Präventionsarbeit mit afrikanischen MultiplikatorInnen und die Geschlechterdimension.

Entsprechend der Zielsetzung des Manuals und der Checklisten gehört zu den zentralen Dimensionen ganz wesentlich eine kultursensible Dimension, wie sie aus Sicht der AfrikanerInnen bei der HIV-Prävention für afrikanische MigrantInnen eine zentrale Rolle spielt. Integriert wurden daher Qualitätskriterien, die sich auf die Kulturangemessenheit als zusätzliches Qualitätsmerkmal in der HIV-Prävention für afrikanische MigrantInnen beziehen. In die einzelnen Checklisten zu den unterschiedlichen Projektphasen wurden daher immer Aspekte von Kultursensibilität als zentrale Kriterien bei der Bestandsanalyse, Projektentwicklung und -planung und Prozessteuerung und Evaluation integriert.

Ergebnisse aus dem Forschungsprojekt: Auszüge aus den Fokusgruppendifkussionen zur HIV-Prävention

Einschätzung von Bedeutung von Kultursensibilität in der HIV-Prävention für AfrikanerInnen:

- „Die HIV-Kampagnen sind schon gut, aber für die Afrikaner muss man einen neuen Weg finden, wie sie wirklich angezogen werden und darüber lernen können.“
- „Gurke mit Kondom ist nicht die Realität und nicht wirksam, Gurke mit Kondom ist für Afrikaner nichtssagend.“
- „Gemüse-Plakate sind auch für gebildete Afrikaner schwer verständlich.“
- „Plakate sind zu intim und provokant, es ist schwer erkennbar, dass es um AIDS geht.“
- „Kampagnen sollen keine Plakat-Kampagnen sein, sondern Picknick mit Kindern oder kostenlose Musikkonzerte um Menschen mit Kondomen zu versorgen.“
- „Eine afrikanische Person möchte zunächst hören, ob es bei der Veranstaltung etwas zu essen und zu trinken gibt; erst danach zeigt sie Interesse an HIV (...). Die afrikanischen Leute sehen sich die Flyer an, hören der Präsentation zu und stellen Fragen, wenn sie wissen, dass es danach etwas zu essen gibt (...). Ein solches Rahmenprogramm entspricht der afrikanischen Kultur.“
- „Es braucht wirklich eine ganze Menge Zeit, denn es geht nicht nur um die Person selbst, sondern auch um ihre Kultur, ihren Glauben und wenn dies dann wirklich eine ganze Gemeinschaft oder Gesellschaft betrifft, wird es noch komplexer.“

Dazu gehört aber nicht nur die kulturangemessene Form und Ausgestaltung der HIV-Prävention, sondern auch das Erleben von zielgruppenspezifischer HIV-Prävention als mögliches stigmatisierendes Moment, das die Inanspruchnahme von HIV-Prävention wesentlich beeinflussen kann.

Ergebnisse aus dem Forschungsprojekt: Auszüge aus den Fokusgruppendifkussionen zur HIV-Prävention

Stigmatisierungserleben im Kontext von HIV-Prävention:

- „Spezielle Kampagnen für Afrikaner sind problematisch, AfrikanerInnen fühlen sich ausgegrenzt durch zielgruppenspezifische Prävention.“
- „Dass HIV/AIDS-Kampagnen in Deutschland Afrikaner nicht ansprechen liegt am Umgang mit den Afrikanern.“

Basierend auf dem sozialräumlich ausgerichteten Ansatz des Praxis- und Forschungsprojektes wurde in den Fokusgruppen auch diskutiert, wie geeignet ein solcher zugehender und aufsuchender Ansatz in der HIV-Prävention für afrikanische MigrantInnen ist.

Ergebnisse aus dem Forschungsprojekt: Auszüge aus den Fokusgruppendifkussionen zur HIV-Prävention

Einschätzung zu zugehender und sozialräumlicher HIV-Prävention:

- „Aufsuchende Arbeit und direkte Kommunikation wie vom Gesundheitsamt ist am besten.“
- „Effektivste Prävention entsteht durch direkten Kontakt und Ansprechen.“
- „Zugehende Präventionsarbeit verschiedener Institutionen gewünscht.“
- „Das Afrika-Projekt sollte sichtlich aus dem Gesundheitsamt herausgenommen werden, da das viele stört, es sollte vielleicht auch vom Gebäude vom Gesundheitsamt getrennt werden, weil die meisten schlechte Erfahrungen mit Behörden gemacht haben.“
- „Das Afrika-Projekt ist gut, weil man Menschen persönlich treffen kann und über HIV reden muss.“
- „Man sollte anstatt Flyer zu verteilen den direkten Kontakt zu den Menschen verbessern.“
- „„Afrika-Projekt“ könnte auch in Krankenhäusern eingebunden werden.“
- „Ich finde es gut in Kirchen das Thema anzusprechen.“

Als besonders bedeutsam erwies sich dabei im Rahmen eines zugehenden und aufsuchenden Ansatzes der Einsatz afrikanischer MultiplikatorInnen in der HIV-Prävention für AfrikanerInnen.

Ergebnisse aus dem Forschungsprojekt: Auszüge aus den Fokusgruppendifkussionen zur HIV-Prävention

Einschätzung zur HIV-Prävention mit und durch AfrikanerInnen als MultiplikatorInnen:

- „Verbesserung der Präventionsarbeit durch Multiplikatoren (Frauen und Männer), die Aufklärungskurse machen.“
- „Leichtere Informationsvermittlung über HIV, wenn ein gut informierter Afrikaner die Prävention macht und kein Deutscher.“
- „Es gibt weniger Missverständnisse in der Kommunikation unter Afrikanern, daher ist die Informationsverbreitung unter Landsleuten leichter möglich.“
- „Multiplikatoren sollen sich vor allem präsent zeigen, bei Informationsbedarf oder Nachfragen für Menschen ansprechbar sein.“
- „Multikulturelles Team wäre besser für Präventionsarbeit“ (weiß und schwarz, verschiedene Nationalitäten).
- „Als Afrikanerin kann ich nicht mit Person ohne gesicherten Aufenthaltsstatus über Prävention reden, da kann eher eine deutsche Person die Prävention durchführen.“

In die Qualitätskriterien sind auch weitere Tiefenstrukturasperte wie insbesondere die Berücksichtigung einer Geschlechterperspektive eingeflossen, die sich in den Interviews und Fokusgruppendifkussionen und in der KAP-Studie als zentrale Dimension in der HIV-Prävention für afrikanische MigrantInnen gezeigt hat (s. auch geschlechtsspezifische Unterschiede aus der Fragebogenstudie weiter oben). So zeigten nicht nur die Ergebnisse der KAP-Studie signifikante geschlechtsspezifische Unterschiede zu Übertragung, Schutz und Kondomgebrauch, sondern auch in den Fokusgruppendifkussionen zu Wegen einer effektiven HIV-Prävention für AfrikanerInnen wurde diese Dimension als grundlegender Aspekt benannt und diskutiert.

Ergebnisse aus dem Forschungsprojekt: Auszüge aus den Fokusgruppendifkussionen zur HIV-Prävention

Einschätzung zur Geschlechterdimension für die individuelle HIV-Prävention:

- „Das Geschlechterverhältnis, die Beziehung zwischen Mann und Frau, hat sehr viel Einfluss auf die HIV/AIDS-Prävention.“
- „Die Begegnung auf Augenhöhe in der Beziehung zwischen Afrikanern fehlt.“
- „In der afrikanischen Kultur, wo die Männer viele Frauen haben, kannst du nicht sagen, bitte fass mich nicht an, du kommst gerade von einer anderen Frau – du bist verpflichtet. Da wird diese Krankheit weiter verbreitet.“
- „Der Mann denkt nicht, dass er die Frau verletzt, infiziert, er denkt, dass die afrikanische Frau da ist für die Kinder und seine Bedürfnisse – Sexualität – ob sie will oder nicht.“
- „Viele afrikanische Frauen leiden, weil über Sexualität nicht geredet wird, das ist alles ein Tabu und die Männer nutzen das aus.“

Basierend auf der subjektiven Bedeutsamkeit der Geschlechterdimension ergaben sich daraus auch Implikationen für die Ausgestaltung der konkreten HIV-Präventionsarbeit.

Ergebnisse aus dem Forschungsprojekt: Auszüge aus den Fokusgruppendifkussionen zur HIV-Prävention

Einschätzung zur Geschlechterperspektive in der Gestaltung von HIV-Prävention:

- „Bei Informationsveranstaltungen könnte es, je nach dem, wie offen gesprochen wird, sinnvoll sein, zwischen den Geschlechtern zu trennen, denn die afrikanischen Männer sind sehr stolz.“
- „Gesundheitsamt muss Berater beider Geschlechter haben.“
- „Schulung Gesundheitsamt: Frau wäre nötig wegen unbefangenerem Reden im Kontext ohne Mann.“
- „Frauen müssten durch Präventionsmaßnahmen stabilisiert werden, so dass sie Nein sagen können und sich unnahbar machen. Aber das ist nur möglich, wenn die Frau auch selbständig, ohne einen Mann leben kann.“
- „Die Prävention muss die Männer erreichen.“
- „Die Männer müssen die Präventions-Tür öffnen, damit die Frau durchgehen kann.“
- „Der Mann kann seiner Frau die Teilnahme an einer AIDS-Veranstaltung verweigern.“
- „Alleinstehende Frauen haben es in Bezug auf HIV-Prävention leichter.“

Die in den Fokusgruppen diskutierten und durch die Fragebogenstudienresultate gestützten Dimensionen wurden dann in die einzelnen Checklisten zu den unterschiedlichen Projektphasen „Bestandsanalyse“, „Projektentwicklung und -planung“ und „Prozesseuerung und Evaluation“ integriert. Um die Struktur der Checklisten möglichst einfach und handhabbar zu gestalten, wurden die Projektphasen abweichend von anderen Qualitätssicherungsinstrumenten in nur drei Projektphasen dargestellt und auf die Phase der Umsetzung als Extra-Checkliste verzichtet. Damit wird der Überlegung Rechnung getragen, dass einerseits die Bestandsanalyse und die Projektentwicklung und Planung bereits zentrale Aspekte der folgenden Umsetzung festlegen, als auch der Vielfalt von möglichen, spezifischen in der Phase der Projektentwicklung und -planung festgelegten Aktivitätsplänen, die dann entweder spezifisch sein müssen oder aber sich auf mehr technische Aspekte beschränkt hätte. Daher wurden in der dritten Checkliste die Prozesseuerung und die Evaluation gemeinsam erfasst, um erneut zentrale Dimensionen der HIV-Prävention für (afrikanische) MigrantInnen abbilden zu können, aber eben auch die Offenheit einer Anwendung auch für andere MigrantInnengruppen zu gewährleisten.

Im Entwicklungsprozess von MAQUA-HIV wurden immer wieder verschiedene diskursive Überprüfungsschleifen eingebaut. Das Manual und die Checklisten sind im Diskurs mit PraktikerInnen und Praktikern entwickelt worden und wurden nach der jeweiligen Überprüfung von afrikanischen und nicht-afrikanischen PraktikerInnen immer wieder angepasst, verändert und erneut diskutiert.

Literatur zum Vertiefen

- Gesundheit Berlin (2008). Aktiv werden für Gesundheit: Gesunde Lebenswelten schaffen (Arbeitshilfen für Prävention und Gesundheitsförderung im Quartier, Heft 1). Berlin: Gesundheit Berlin e.V.
- Gesundheit Berlin (2008). Aktiv werden für Gesundheit: Erfahrungen nutzen – Qualität stärken (Arbeitshilfen für Prävention und Gesundheitsförderung im Quartier, Heft 5). Berlin: Gesundheit Berlin e.V.
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2010). Kriterien guter Praxis in der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten: Ansatz – Beispiele – Weiterführende Informationen (Gesundheitsförderung konkret, Band 5, 4. Erweiterte und überarbeitete Aufl.). Köln: BzgA.
- Kolip, P., Ackermann, G., Ruckstuhl, B. & Studer, H. (Hrsg.) (2012). Gesundheitsförderung mit System. quint-essenz - Qualitätsentwicklung in Projekten der Gesundheitsförderung und Prävention. Hans Huber: Bern.
- Ruckstuhl, B., Somaini, B. & Twisselmann, W. (2008). Förderung der Qualität in Gesundheitsprojekten: der Public Health Action Cycle als Arbeitsinstrument (elektronische Version). Zürich: Institut für Sozial- und Präventivmedizin.
http://www.quint-essenz.ch/de/files/Foerderung_der_Qualitaet.pdf

Praktischer Teil

7 Checklisten zur Projektentwicklung, -planung, Steuerung und Evaluation kultursensibler HIV-Präventionsprojekte für MigrantInnen

7.1 Beschreibung der Checklisten

Insgesamt wurden drei Checklisten mit jeweils allgemeinen Kriterien zusammengestellt, die für die Projektplanung und -umsetzung wesentlich sind. Für die Implementierung liegt keine gesonderte Checkliste vor, da sich ein Projekt je nach vorliegenden Bedingungen, wie sie in der ersten Phase der Bestandsanalyse und Bedürfnisermittlung ermittelt werden, an unterschiedliche Zielgruppen unter Nutzung unterschiedlicher Methoden und Aktivitäten richten kann und die Diversität und Vielfalt in Methoden und Aktivitäten immer im Spiegel der Kulturangemessenheit betrachtet werden sollen, wie sie im Manual als zentral betrachtet sind. Die Kriterien stellen also Querschnittskriterien dar, die den Anspruch haben, auf zahlreiche unterschiedliche Projekte anwendbar zu sein und Ansatzpunkte für die Reflexion der eigenen Planung und der spezifischen Projekte zu bieten.

Insgesamt dienen die Checklisten der Überprüfung und Bewertung von HIV/AIDS-Präventionsprojekten in den unterschiedlichen Phasen eines Präventionsprojektes:

- **Checkliste Phase 1: Bestandsanalyse**
- **Checkliste Phase 2: Projektentwicklung und -planung**
- **Checkliste Phase 3: Prozesssteuerung und Evaluation**

Für jede der Phasen stehen im Folgenden unterschiedliche Listen zur Verfügung, die in den einzelnen Projektphasen eingesetzt werden können, um die Gesamtplanung eines Projektes zu erleichtern.

Checkliste Phase 1: Bestandsanalyse

- Bedarf- und Bedürfnisse
- Übergeordnete Strategien
- Good Practice – Lernen & Innovation
- Rahmenbedingungen

In der ersten Phase der *Bestandsanalyse* werden die Rahmenbedingungen überprüft, um Ressourcen und Grenzen eines Projektes zu ermitteln. Gleichzeitig werden hier die Grundsteine für das Projekt gelegt. Die Kriterien dienen einer grundlegenden Überprüfung der Ausgangsbedingungen für ein HIV-Präventionsprojekt. Strukturiert sind die Kriterien der Checkliste anhand der Kompo-

nenten: „Bedarf und Bedürfnisse“, „Übergeordnete Strategien“, „Good Practice – Lernen und Innovation“ und „Rahmenbedingungen“.

Checkliste Phase 2: Projektentwicklung und -planung

- Zielformulierung
- Konzeption: Setting & Nachhaltigkeit
- Netzwerkbildung
- Projektstruktur & Finanzierung
- Partizipation & Kultursensibilität

In der Phase der *Projektentwicklung und -planung* werden konkrete Ziele formuliert und eine nachhaltige Konzeption entwickelt; ebenso werden die Projektstruktur sowie die Finanzierung und konkrete Planungsschritte festgelegt. Die Kriterien der Checkliste dienen der Überprüfung der Bedingungen für die konkrete Umsetzung. Zu den Unterpunkten der Liste gehören „Zielformulierung“, „Konzeption: Setting und Nachhaltigkeit“, „Netzwerkbildung“, „Projektstruktur und Finanzierung“ und „Partizipation und Kultursensibilität“.

Checkliste Phase 3: Prozesssteuerung und Evaluation

- Prozesssteuerung
- Feedback
- Dokumentation & Evaluation der Zielerreichung
- Nachhaltigkeit & Transfer

Im Rahmen der Projektdurchführung sind die Steuerung der Umsetzung und die fortlaufende Überprüfung der Aktivitäten sowie eine abschließende Evaluation des Projektes wesentlich. *Prozesssteuerung* beinhaltet die Dokumentation von Aktivitäten und Projektschritten und die Überprüfung des Erreichens von Zwischenzielen. In der abschließenden Phase der *Projektelevaluation* wird sowohl die Zielerreichung der gesetzten Ziele überprüft als auch die Nachhaltigkeit der Interventionen betrachtet. Die Evaluationsplanung erfolgt bereits in der Phase der Projektplanung; Projektschritte werden fortlaufend überprüft um gegebenenfalls frühzeitig während der Umsetzung der Ziele und Aktivitäten korrigierend eingreifen zu können. Die Bewertung des Projektes durch eine abschließende Evaluation stellt den finalen Punkt der Evaluation dar.

7.2 Anleitung und Handhabung der Checklisten

Anwendbarkeit der Kriterien

Die Checklisten stellen jeweils eine Vielzahl von charakteristischen Qualitätskriterien zur Verfügung. In der Praxis werden *nicht alle* Kriterien auf ein Projekt anzuwenden sein, da die Kontextbedingungen der Projekte je nach Träger und finanzieller oder anderer Ressourcen variieren und die Chancen der Umsetzung moderieren. *Es müssen daher nicht alle Qualitätskriterien auf jedes Projekt zutreffen.* Zielsetzung der Checklisten ist es vielmehr, Orientierungspunkte zu setzen, die eine kritische Reflexion des Projektes gestatten.

Erläuterung der Kriterien

Im Folgenden werden die 3 Checklisten für die einzelnen Projektphasen zunächst als vollständige Checkliste vorgestellt.

Nach den einzelnen Checklisten zur 1) Bestandsanalyse, 2) Projektentwicklung und -planung und 3) Prozesssteuerung und Evaluation werden dann jeweils im Anschluss alle in der jeweiligen Checkliste enthaltenen Kriterien kurz erläutert oder illustriert.

Einordnung der Kriterien nach Projektphasen

Die Checklisten selber enthalten für jedes einzelne Kriterium unter anderem eine Zuordnung hinsichtlich ihrer Relevanz in den unterschiedlichen Phasen eines Projektes (Grobplanung, Feinplanung, Durchführung, Abschluss); so soll es den NutzerInnen erleichtert werden, je nach Stand ihres Projektes die relevanten Kriterien zu identifizieren.

Die einzelnen Kriterien der Checklisten sind jeweils in den rechten Spalten entsprechend ihrer Relevanz in den unterschiedlichen Phasen mit einem Häkchen (✓) gekennzeichnet. Dabei kann ein Kriterium nur für eine Phase, aber auch für mehrere Phasen gleichzeitig bedeutsam sein.

Bewertung der Kriterien

Anhand der Checklisten können die Qualitätskriterien in den unterschiedlichen Projektphasen überprüft und bewertet werden. Die einzelnen Qualitätskriterien und deren Berücksichtigung in der Projektentwicklung werden durch gezielte Fragen geprüft und durch Einschätzung auf einer vierstufigen Skala bewertet:

- „Trifft nicht zu“
- „Trifft nur in Ansätzen zu“
- „Trifft in weiten Teilen zu“
- „Trifft vollständig zu“

Die einzelnen Checklisten können so verdeutlichen, welche Qualitätsaspekte noch gar nicht berücksichtigt wurden, wo es noch Defizite gibt oder aber auch, welche Aspekte besonders gut berücksichtigt werden. Die Checklisten dienen der SelbstReflexion und Selbstevaluation und der kritischen Überprüfung des Projektes. Da nicht alle genannten Qualitätskriterien auf alle HIV-Präventionsprojekte zutreffen werden, wurde auf eine numerische Auswertung der einzelnen Checklisten verzichtet. Dennoch geben vor allem die Einschätzungen „Trifft nicht zu“ und „Trifft nur in Teilen zu“ für bestimmte Qualitätskriterien Hinweise auf ein Verbesserungspotential und regen so zur Nachbesserung und zur erneuten Überprüfung des Projekts an.

Kopiervorlagen

Im Anhang des Manuals finden sich dieselben Checklisten als ausfüllbare Kopiervorlagen.



Checkliste: Bestandsanalyse	Grobplanung ¹	Feinplanung	Durchführung	Bewertung
Bedarf & Bedürfnisse				
Werden epidemiologische und sozio-demografische Daten (soweit vorhanden) in die Analyse miteinbezogen?	✓	✓		
Werden geschlechtsspezifische Besonderheiten erfasst?	✓	✓		
Wurde eine Analyse der Struktur der Prävention und Versorgung durchgeführt?	✓			
Wurden Schlüsselpersonen und Experten der Zielgruppe aus dem Setting in den Prozess der Bedarfs-/Bedürfnisermittlung eingebunden?	✓			
Wurden Zugangswege zur Zielgruppe und zu Schlüsselpersonen und Experten im Setting hergestellt?	✓			
Wurden der Bedarf und die Bedürfnisse der Zielgruppe im Bereich HIV und AIDS erhoben?	✓			
Wurden Schulungs- oder Trainingsbedarfe für die Zielgruppe ermittelt?	✓			
Wurde analysiert, welche Einstellungen zu HIV und AIDS und Prävention in der Zielgruppe und im Setting vorliegen?	✓			
Wurden die relevanten sozialen und kulturellen Werte der MigrantInnen in die Planung des Projektes einbezogen?	✓	✓		
Wurden spirituelle/religiöse Aspekte berücksichtigt?	✓	✓	✓	
Wurden Schulungs- oder Trainingsbedarfe für die Schlüsselpersonen und MultiplikatorInnen ermittelt?	✓	✓		
Wurden evidenzbasierte Strategien aus anderen nationalen oder internationalen Projekten berücksichtigt?	✓	✓		
Wurden die ermittelten Bedarfe und Bedürfnisse mit der Zielgruppe abschließend diskutiert und vorrangige Handlungsfelder im Setting festgelegt?	✓	✓		
Übergeordnete Strategien				
Wurde überprüft, in welche übergeordneten internationalen, nationalen oder lokalen Strategien das Projekt eingebunden werden kann?	✓			
Wurde überprüft, welche Synergien mit existierenden Strategien und Netzwerken hergestellt werden können?	✓			
Wurden mögliche Kooperationen mit den jeweiligen Ansprechpartnern der Netzwerke abgeklärt? (z.B. durch Kooperationstreffen)	✓	✓		
Good Practice – Lernen & Innovation				
Wurde überprüft, welche ähnlichen Interventionen oder Projekte vorhanden sind? (Situationsanalyse)	✓			
Haben Gespräche zum Erfahrungsaustausch mit den jeweiligen Ansprechpartnern stattgefunden?	✓	✓		
Wurde überprüft, welche Stärken und Schwierigkeiten bei ähnlichen Interventionen vorliegen und wie diese Erfahrungswerte bei dem geplanten Projekt integriert werden?	✓	✓		
Rahmenbedingungen				
Wurde analysiert, welche aktuellen politischen, rechtlichen und gesellschaftlichen Rahmenbedingungen das Projekt beeinflussen können? (SWOT-Analyse)	✓			
Wurde eine Strukturanalyse durchgeführt?	✓			
Wurde eine Situationsanalyse durchgeführt?	✓			
Wurde analysiert, ob mit Widerstand zu rechnen ist und von wem?	✓	✓		

¹ Die einzelnen Kriterien sind jeweils entsprechend ihrer Relevanz in den unterschiedlichen Phasen eines Projektes (Grobplanung, Feinplanung, Durchführung und Abschluss) gekennzeichnet.

7.2.1 Bedarf und Bedürfnisse

Ziel: Vorrangige Bedarfe und Bedürfnisse der Zielgruppe sind nachgewiesen und dokumentiert.

Werden epidemiologische und soziodemografische Daten in die Analyse mit einbezogen?



Zu den epidemiologischen Daten gehören die Inzidenz oder Prävalenz der Zielgruppe in einem definierten Gebiet, z.B. die Anzahl der HIV-Neuinfektionen von spezifischen MigrantInnengruppen in Deutschland.

Soziodemografische Daten schließen die folgenden Kriterien ein:

- Herkunftsland und Bildungsstand
- Altersstruktur und Religionszugehörigkeit
- Geschlechterverteilung der MigrantInnen
- Wohnverhältnisse und demografische Verteilung in der Region etc.

Werden geschlechtsspezifische Besonderheiten erfasst?



Geschlechtsspezifische Besonderheiten bedeuten auch Genderungleichheiten, welche im Kontext von HIV-Präventionsprojekten besonders weit reichend sind. Zur Projektplanung gehören daher auch die Erfassung und Integration von Gendernormen, Rollen und verfügbaren Ressourcen in die Projektkonzeption.

Genderbezogene Besonderheiten beziehen sich z.B. auf:

- Gesellschaftliche Einstellungen
- Sexuelle Einstellungen
- Machtverhältnisse
- Ökonomische und soziale Ressourcen

Wurde eine Analyse der Struktur der Prävention und Versorgung durchgeführt?



Für die Planung des Projektes ist als Hintergrund die Bestimmung der „Landschaft“ der Prävention und Versorgung in der Region wichtig, um Bedarfe und Schnittstellen identifizieren zu können. Dazu gehören die relevanten Präventions-, Betreuungs- und Versorgungsangebote aller Träger wie z.B. durch den Öffentlichen Gesundheitsdienst, Krankenhäuser und Praxen, AIDS-Hilfen, AIDS-Stiftungen, Vereine, Beratungsstellen, Flüchtlingshilfe usw.



Wurden Zugangswege zur Zielgruppe und zu Schlüsselpersonen und ExpertInnen der Zielgruppe aus dem Setting hergestellt?

Schlüsselpersonen und Experten können sein:

- RepräsentantInnen und Leitfiguren aus afrikanischen MigrantInnen-Communities (Ländergruppen, Studentenvereine)
- RepräsentantInnen und Leitfiguren aus afrikanischen Selbsthilfegruppen und Vereinen
- Afrikanische VertreterInnen von Flüchtlingshilfen und Integrationsverbänden
- PastorInnen & Vorstände von Kirchengemeinden
- LadenbesitzerInnen etc.



Wurden der Bedarf und die Bedürfnisse der Zielgruppe im Bereich HIV und AIDS erhoben?

Der Bedarf kann durch die Zusammenstellung relevanter Ergebnisse aus unterschiedlichen Quellen ermittelt werden, dazu gehören epidemiologische Kennzahlen wie Prävalenz und Inzidenz von HIV und AIDS, die Zeitpunkte der Diagnosen, Situationsbeschreibungen der sozialen und gesundheitlichen Lage der MigrantInnengruppen oder Ergebnisse zur Inanspruchnahme von HIV-Präventions- und Versorgungsleistungen.

Informationsquellen dafür können sein:

- Internationale Literatur (UNAIDS, IOM, WHO)
- Daten der Gesundheitsberichterstattung (Bund-, Länder- und Kommunalebene)
- Gesundheitssurveys und Schwerpunktheft zu HIV und Migration (z.B. RKI, BZgA, AIDS-Stiftung, AIDS-Hilfe)
- Forschungsberichte, Studien und Fachbeiträge in Büchern und Zeitschriften (Public Health, Psychologie, Medizin, Ethnologie usw.)
- Projektdokumentationen bzw. Evaluationen
- Dokumentationen von Workshops und Fachtagungen
- Expertentreffen und professionelle Netzwerke
- Lokale ExpertInnen im Setting (Stadtteilvereine, Integrationsverbände, AIDS-Hilfen, Beratungsstellen, Kirchen)
- Gesundheitspersonal aus Schwerpunktpraxen/Krankenhäuser
- Eigene Erfahrungen aus der täglichen Praxis
- Presseartikel und Internetquellen



Wurden Schulungs- oder Trainingsbedarfe für die Zielgruppe ermittelt?

Schulungs- oder Trainingsbedarfe können z.B. betreffen:

- Wissen zu HIV/AIDS und Prävention (z.B. Infektionswege)
- Entwicklung sozialer Kompetenzen
- Solidarischer Umgang mit HIV-infizierten Personen

Dieses Kriterium kann auch Trainingsbedarfe Professioneller im Gesundheitswesen einschließen:

- ÄrztInnen oder Pflegepersonal im Krankenhaus
- ÄrztInnen oder Personal in ambulanten Praxen.

Wurde analysiert, welche Einstellungen zu HIV/AIDS und Prävention in der Zielgruppe vorliegen?



Einstellungen zu HIV und AIDS lassen sich zum Beispiel mit folgenden Analyse-Methoden feststellen:

1. Literaturrecherche
2. Fokusgruppen-Interviews
3. Experten-Interviews
4. Fragebogen-Erhebungen

Wurden die relevanten sozialen und kulturellen Werte der MigrantInnen in die Planung des Projektes einbezogen?



Soziale und kulturelle Aspekte sind wesentliche Planungsmerkmale, um ein kultursensibles HIV-Präventionsprojekt zu planen und umzusetzen. Auf Basis einer Analyse der vorliegenden Literatur und ggf. weiteren Erhebungen (z.B. per Fragebögen, Interviews, Fokusgruppen) sind relevante Aspekte, insbesondere zum Verständnis von Gesundheit und Krankheit, zu HIV und HIV-infizierten Personen, zu Sexualität, Gemeinschaft und zu Genderaspekten in die Projektplanung mit einzubeziehen.

Wurden spirituelle/religiöse Aspekte berücksichtigt?



Spirituelle oder religiöse Überzeugungen können z.B. über die Risikobewertung von HIV, Motivation zur Prävention und der Annahme von Versorgungsangeboten Einfluss auf die HIV-Prävention haben.

In der Praxis können die folgenden Aspekte am besten über die Befragung von Schlüsselpersonen der Communities erhoben werden. Die Berücksichtigung folgender Teilaspekte kann hilfreich sein:

- Verteilung der religiösen Gruppen in den Communities
- Art und Ausmaß an praktizierter Religiosität/Spiritualität
- Vermeidung/Auseinandersetzung mit Tabuthemen und Tabubrüchen
- Art und Ausmaß an Stigmatisierung HIV/AIDS-betroffener Menschen durch Fehl- und Falschinformationen
- Einfluss von/über Tabus, Mythen und traditionellen Heilern im Heimatland
- Inanspruchnahme von traditionellen Heilern bei HIV/AIDS



Wurden Schulungs- oder Trainingsbedarfe für die Schlüsselpersonen und MultiplikatorInnen ermittelt?

Der Trainingsbedarf von Schlüsselpersonen und MultiplikatorInnen ist ein wichtiger Aspekt in der Planung und erfolgreichen Umsetzung eines Projektes. Dabei sind bezüglich der Bedarfe von MultiplikatorInnen nicht nur Themen und Formen von Trainings und Weiterbildungsmaßnahmen, sondern zum Beispiel auch benötigte Materialien und Räume sowie finanzielle Ressourcen zu erheben.



Wurden evidenzbasierte Strategien aus anderen nationalen oder internationalen Projekten berücksichtigt?

Evidenzbasierte Strategien beziehen sich auf die besten verfügbaren Erkenntnisse zur Wirksamkeit von HIV-Präventionsstrategien. Hierfür können empirische Daten aus Evaluationsstudien und Modelle Guter Praxis herangezogen werden.



Wurden die ermittelten Bedarfe und Bedürfnisse der Zielgruppe abschließend dokumentiert und vorrangige Handlungsfelder im Setting festgelegt?

Zu der Dokumentation und der Bestimmung vorrangiger Handlungsfelder gehören sowohl die Analyse zur Vorbereitung von Zieldefinition und Fokussierung als auch der Ausgleich aufgetretener Diskrepanzen zwischen Bedarf und Bedürfnissen und Ausgangslagen.

Links

Gesundheitsberichterstattung des Bundes: Schwerpunktbericht zu Migration und Gesundheit, HIV/AIDS	www.gbe-bund.de
Robert Koch Institut: Epidemiologisches Bulletin	www.rki.de
Ethno-Medizinisches Zentrum e.V. Hannover	http://www.aids-migration.de/

Literatur zum Vertiefen

Prost, A. (2005). A review of research among black African communities affected by HIV in the UK and Europe (Rep. No. Occasional Paper No. 15). Glasgow: Medical Research Council, Social and Public Health Sciences Unit.

7.2.2 Übergeordnete Strategien

Ziel: Es ist geklärt, in welche übergeordnete Strategien und Programme das Projekt eingebunden werden kann

Wurde überprüft, in welche übergeordneten internationalen, nationalen oder lokalen Strategien das Projekt eingebunden werden kann?



Beispiele für übergeordnete Strategien/Programme:

- Internationale Strategien: Netzwerke oder internationale Projekte der EU, WHO, World Bank
- Nationale Strategien: Nationale HIV/AIDS-Strategie/Aktionsplan
- Regionale und/oder lokale Strategien: Programme oder Strategien des Landes oder der Stadt oder „Regionen für Gesundheit“

Wurde überprüft, welche Synergien mit existierenden Strategien und Netzwerken hergestellt werden können?



Bereits existierende Strategien und Netzwerke können z.B. das EU Netzwerk Aids & Mobility, Integrationsräte oder „Runde Tische“ zu Gesundheit sein.

Links

Aktionsplan zur Umsetzung der HIV/AIDS-Bekämpfungsstrategie der Bundesregierung	www.bmg.bund.de
Gesundheit für alle im 21. Jahrhundert	www.euro.who.int/de/home
Der AIDS & Mobility Europe Wegweiser	www.aidsmobility.org
Wohnen in Nachbarschaften WiN	www.sozialestadt.de
Regionale Knoten in den Bundesländern	www.gesundheitliche.chancengleichheit.de

Wurden angedachte Kooperationen mit den jeweiligen Ansprechpartnern der Netzwerke abgeklärt (z.B. durch Kooperationstreffen)?



Nach Identifikation der relevanten Netzwerkstrukturen ist es hilfreich, Kooperations-treffen oder -gespräche durchzuführen, um herauszufinden, welche Synergien oder Ansatzpunkte eine mögliche Kooperation haben kann.

7.2.3 Good Practice – Lernen und Innovation

Ziel: Erfahrungswerte aus ähnlichen Projekten werden reflektiert und genutzt.

Eine Analyse kann mithilfe der Nutzung von Datenbanken (siehe Links) er-



Wurde überprüft, welche ähnlichen Interventionen oder Projekte vorhanden sind (Situationsanalyse)?

reicht werden. Hierbei können beispielsweise einbezogen werden:

1. Praxisdatenbank zur Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten und Good-Practice Projekte
2. Datenbank mit qualitätsgesicherten Projekten der Prävention und Gesundheitsförderung in NRW
3. Good-Practice Datenbank „determine“ EU-Ebene
4. Good-Practice Datenbank Gesundheitsförderung Schweiz
5. Persönlicher und fachlicher Austausch mit ähnlichen Projekten

Links

Praxisdatenbank zur Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten (auch Good-Practice Projekte)	www.gesundheitliche-chancengleichheit.de
Datenbank mit qualitätsgesicherten Projekten der Prävention und Gesundheitsförderung in NRW	www.infoportal-praevention.nrw.de
Good-Practice Datenbank „determine“ EU-Ebene	www.health-inequalities.eu
Good-Practice Datenbank Gesundheitsförderung Schweiz	www.healthproject.ch/www.quint-essenz.ch

Literatur zum Vertiefen

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2010). Kriterien guter Praxis in der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten: Ansatz – Beispiele – Weiterführende Informationen (Gesundheitsförderung konkret, Band 5, 4. Erweiterte und überarbeitete Aufl.). Köln: BzgA.

Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration (2007). Gesundheit und Integration: Ein Handbuch für Modelle guter Praxis (2. Überarbeitete Auflage). Berlin: Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration.

Haben Gespräche zum Erfahrungsaustausch mit den jeweiligen Kooperationspartnern stattgefunden?



Im Erfahrungsaustausch mit potentiellen KooperationspartnerInnen können wichtige Informationen gewonnen werden wie:

- Welche Ressourcen von KooperationspartnerInnen sind nützlich für die eigene Fragestellung und die eigenen Zielen?
- Welche anderen Institutionen und Instanzen müssen mit einbezogen werden?
- Was trägt zur Vertrauensbildung und der Gewinnung der Zielgruppe für die Auseinandersetzung mit der Thematik HIV/AIDS bei?

Wurde überprüft, welche Stärken und Schwierigkeiten bei ähnlichen Interventionen vorliegen und wie diese Erfahrungswerte in das geplante Projekt integriert werden?



Es lassen sich Fragen klären wie:

- Wie kann Partizipation erreicht werden?
- Wie kann Akzeptanz gefördert werden?
- Welche Fallstricke sind zu erwarten und welche Ansätze gibt es zur Problemlösung?

7.2.4 Rahmenbedingungen

Ziel: Die Rahmenbedingungen des Projektes sind bekannt und werden berücksichtigt.

Wurde analysiert, welche aktuellen politischen, rechtlichen und gesellschaftlichen Rahmenbedingungen das Projekt beeinflussen können (SWOT-Analyse)?



Die Abkürzung **SWOT** steht für **S**trengths, **W**eaknesses, **O**pportunities und **T**hreats (Stärken, Schwächen, Chancen und Risiken). Die Analyse dieser vier Faktoren entstammt dem strategischen Management und dient der Struktur-Analyse und der Strategieentwicklung. Die Stärken und Schwächen eines Projektes werden hierfür aus interner Sicht bewertet. Im Zusammenspiel mit der externen Betrachtung von Chancen und Risiken des Projektes können alternative Lösungen zur Erreichung der Ziele gefunden werden. Mit Hilfe dieser Analyse zeigt sich ein klareres Bild der Bedingungen des Projektes, Probleme können antizipiert und darauf orientierte Lösungen entwickelt werden. Folgende Fragen sind zu berücksichtigen:

- Wie ist die rechtliche Lage für Flüchtlinge und MigrantInnen?
- Wie ist die rechtliche Lage für Flüchtlinge mit AIDS?
- Wie wird HIV-Prävention in den Lebenswelten wahrgenommen?
- Welche Einstellungen spiegelt das gesellschaftliche Klima wider



Wurde eine Strukturanalyse durchgeführt?

In der Strukturanalyse liegt der Fokus auf der Betrachtung des Aufbaus und der Struktur der „Projektlandschaft“ und meint eine Analyse der im Feld tätigen Organisationen wie zum Beispiel dem Öffentlichen Gesundheitsdienst und Nicht-Regierungsorganisationen (Vereine, AIDS-Hilfen und andere Projekte).



Wurde eine Situationsanalyse durchgeführt?

Die Situationsanalyse hat zum Ziel Entscheidungssituationen und -prozesse zu durchleuchten und daraus entstehende Ausgangslagen zu definieren. Zu der Situationsanalyse gehören politische, rechtliche, soziale und ökonomische Aspekte ebenso wie besondere Bedingungen der Umwelt und der beteiligten AkteurInnen.



Wurde analysiert, ob mit Widerstand zu rechnen ist, von wem und in welcher Art?

Widerstände sind potenzielle Barrieren für ein Projekt und können z.B. bei Interessenkonflikten mit anderen Anbietern, mit Trägern oder mit anderen Interessengruppen auftreten. Antizipierten Widerständen kann durch den Einsatz von Lösungsstrategien wie z.B. durch Kooperation oder Partizipation begegnet werden.

7.3 Phase 2: Projektentwicklung und -planung

Checkliste

Checkliste: Projektentwicklung und -planung	Grobplanung	Feinplanung	Durchführung	Bewertung
Zielformulierung				
Wurde ein übergeordnetes Projektziel definiert, das sich aus den Ergebnissen der Überprüfungsphase klar begründet?		✓		
Wurde die zu erreichende(n) Zielgruppe(n) klar definiert und eingegrenzt?		✓		
Wurde ein Zeitplan mit Aktivitäten und Meilensteinen festgelegt?		✓		
Wurden Ober- und Unterziele für das Projekt definiert?	✓	✓		
Wurden Indikatoren gebildet, anhand derer die Zielerreichung überprüft werden kann?		✓		
Wurden bei der Formulierung der Indikatoren die SMART-Kriterien berücksichtigt?		✓		
Konzeption: Setting & Nachhaltigkeit				
Wird die Zielgruppe aktiv in Zielformulierung, Planung oder Umsetzung der Maßnahmen eingebunden (Grad der Partizipation)?		✓	✓	✓
Wurde analysiert, welche Ressourcen benötigt werden, um Partizipation zu befördern?		✓		
Zielt das Projekt auf eine Verbesserung des Verhaltens und der Verhältnisse für die Zielgruppe?	✓	✓		
Zielt das Projekt auf eine Nutzung und Stärkung der Ressourcen der Zielgruppe (Empowerment)?		✓		
Sind die Maßnahmen niedrigschwellig gestaltet?		✓	✓	
Beinhaltet das Projekt die Neuorientierung vorhandener Dienste?		✓		
Beinhaltet das Projekt Ansätze, um längerfristige und nachhaltige Prozesse anzustoßen?		✓		
Sind die spezifischen Geschlechterrollen hinterfragt und in die Planung integriert worden?	✓	✓		
Gibt es spezielle Angebote für Frauen und Männer?		✓		
Gibt es spezielle Angebote für Jugendliche?		✓		
Netzwerkbildung				
Wurde überprüft, mit welchen Akteuren und Schlüsselpersonen kooperiert werden kann?		✓	✓	
Wurde festgelegt, wie die Zusammenarbeit sinnvoll, verbindlich und nachhaltig gestaltet werden kann?		✓	✓	
Wird die Netzwerkarbeit kontinuierlich reflektiert und werden neue Partnerschaften angestoßen?			✓	✓
Projektstruktur & Finanzierung				
Hat das Projekt ausreichend Kompetenz und Ressourcen zur Durchführung der Intervention zur Verfügung?		✓		
Sind Aktivitäten und in dem Kontext auch Aufgaben, Kompetenzen und Verantwortlichkeiten der Mitarbeiter und Kooperationspartner klar definiert und verbindlich festgelegt (Aktivitätenplan)?		✓		
Sind Weiterbildungen und Trainings zum Kompetenzausbau der MitarbeiterInnen und Kooperationspartner eingeplant?		✓		
Ist die Kommunikationsstruktur nach innen und außen klar festgelegt?		✓		
Sind die erforderlichen finanziellen Ressourcen auf allen Ebenen der Intervention kalkuliert und gesichert (Eigen- bzw. Drittmittel)?		✓		

Checkliste: Projektentwicklung und -planung	Grobplanung	Feinplanung	Durchführung	Bewertung
Partizipation und Kultursensibilität				
Wird die Migrantinnen-Perspektive im Projekt angemessen vertreten (z.B. Kooperationen mit MigrantInnenvertretungen, Netzwerke, MigrantInnen-Beiräte)?	✓	✓	✓	
Sind MigrantInnen in die Implementierung des Projektes eingebunden (Mitglieder im Projektteam, MultiplikatorInnen)?	✓	✓	✓	
Sind ausreichend kulturelle Kompetenzen bei den Durchführenden des Projektes vorhanden?	✓	✓	✓	
Sind Informationen in Projektmaterialien zielgruppenspezifisch aufbereitet (z.B. Sprache, Lay-out, Kommunikationsmittel und -wege)?	✓	✓	✓	
Sind die Herkunftsländer und Sprachkenntnisse in der Planung beachtet worden?	✓	✓	✓	
Wurde die Kultursensibilität der Projektmaterialien überprüft (Pretest)?	✓	✓	✓	
Wurden Gender-/Altersperspektiven in der Strategieentwicklung und Planung miteinbezogen?	✓	✓	✓	
Wurden kulturelle Aspekte in der Strategieentwicklung und Planung miteinbezogen?	✓	✓	✓	
Ist das geplante Projekt hinsichtlich stigmatisierender und diskriminierender Elemente hinterfragt worden? Sind diese Aspekte mit der Zielgruppe selber diskutiert worden?	✓	✓	✓	
Sind spirituelle/religiöse Aspekte bei der Planung berücksichtigt worden?	✓	✓	✓	
Sind in die Planung des Projektes die Beschaffenheit und die Bedingungen in der Community einbezogen worden?	✓	✓	✓	

7.3.1 Zielformulierung

Ziel: Die Ziele des Projektes sind klar definiert und überprüfbar.



Wurde ein übergeordnetes Projektziel definiert, das sich aus den Ergebnissen der Bestandsanalyse klar begründet?

Das übergeordnete Projektziel sollte klar definiert sein und später auch überprüft werden können (s.a. Evaluationsplan am Ende des Manuals. Die Fragestellung zur Zieldefinition ist die Folgende:

Was ist die dahinter stehende Vision und was soll längerfristig verändert werden?

1. Vision – Entstigmatisierung von HIV in den afrikanischen Communities im Stadtteil X
2. Vision – Menschen aus Afrika setzen sich selbstbestimmt, offen und angstfrei mit HIV und AIDS auseinander



Wurde die zu erreichende(n) Zielgruppe(n) klar definiert und eingegrenzt?

Die Definition der Zielgruppe beschreibt die Merkmale der Gruppe, die durch die Intervention erreicht werden soll, z.B. Frauen und Männer mit afrikanischem Migrationshintergrund in Stadt X.

Die Zielgruppe kann dann weiter in einzelne Segmente herunter gebrochen werden, um spezifische Aktivitäten planen zu können wie z.B. für Mütter oder Mädchen, für Männer zwischen 20 und 45 Jahren o.ä.

Die Forschungsergebnisse des Evaluationsprojektes zeigen bezüglich der vorrangigen Zielgruppen, dass spezifische Aktivitäten für Frauen, Männer, Jugendliche und Papierlose/AsylbewerberInnen von den befragten AfrikanerInnen als besonders hilfreich angesehen werden.

Wurde ein Zeitplan mit Aktivitäten und Meilensteinen festgelegt?



Ein Zeitplan mit genauer Festlegung von definierten „Meilensteinen“ in einem definierten Zeitraum kann das Projekt in unterschiedliche Phasen unterteilen, deren Abschluss jeweils mit zu dokumentieren ist. Zum Beispiel sollten der Abschluss folgender Phasen des Projektes definiert sein:

1. Bedarfs- und Bedürfnisermittlung
2. Interventionsplanung
3. Umsetzung
4. Evaluation.

Andere Meilensteine können z.B. die Durchführung einer Veranstaltung sein, der Abschluss eines MultiplikatorInnen-Trainings oder die Drucklegung von Materialien.

Wurden Ober- und Unterziele für das Projekt definiert?



Ober- und Unterziele geben die Richtung für die Strategieentwicklung, Maßnahmen und Aktivitäten des HIV-Präventionsprojektes vor.

Die Oberziele umfassen dabei jeweils ein Bündel von Unterzielen, die den Oberzielen zuträglich sein sollen. Oberziele sind allgemeinere Ziele auf einer höheren Ebene wie z.B. die Erhöhung der Inanspruchnahme von Präventionsangeboten.

Unterziele brechen diese Oberziele dann herunter wie z.B. die Veränderung von Einstellungen zu HIV/AIDS im Sinne eines solidarischeren Umgangs mit HIV-Infizierten Mitgliedern der Community

Diese Ziele werden dann in einem weiteren Schritt in die Planung von Strategien, Aktivitäten und Methoden überführt.

Wurden Indikatoren gebildet, anhand derer die Zielerreichung überprüft werden kann?



Indikatoren zeigen die Wirkung der Aktivitäten und die des Gesamtprojektes; Indikatoren sind messbare Zielvorgaben für das Präventionsprojekt und die einzelnen Aktivitäten und Maßnahmen; sie stellen die Ober- und Unterziele des

Projektes in Form genau definierter Zahlen als Messeinheiten dar. Indikatoren sind das Herzstück eines Evaluationsplanes – sie dienen der abschließenden Überprüfung und Bewertung der Ergebnisse und Effekte eines Präventionsprojektes. Beispiele für Indikatoren finden sich im Beispiel für einen Evaluationsplan am Ende des Manuals.



Wurden bei der Formulierung der Indikatoren die SMART-Kriterien berücksichtigt?

SMART-Kriterien dienen der Definition und Operationalisierung von Zielen. Die Ziele sind nur dann als „SMART“ zu bezeichnen und erfüllt, wenn sie alle folgenden fünf Kriterien erfüllen.

→ Siehe zur Beschreibung der Kriterien die folgende Infobox

Infobox: SMART-Kriterien der Zielformulierung

(Quelle: www.qualitaet.aidshilfe.de)

Download: http://www.pq-hiv.de/sites/default/files/SMART-Methode_Qualitaet_Aidshilfe_11491.pdf)

Spezifisch	Ist das Ziel konkret und eindeutig? Ist klar, was sich durch die Maßnahme bei wem verändert haben soll?
Messbar	Ist es durchführbar zu überprüfen, ob das Ziel erreicht wurde? Nicht jedes Ziel beziehungsweise jede Zielerreichung ist in Zahlen messbar - es gibt auch andere Wege zu beurteilen, ob ein Ziel erreicht wurde. Hilfreich sind in jedem Fall Indikatoren, die Aufschluss darüber geben, ob ein beabsichtigter Prozess erfolgt ist. Indikatoren für die Akzeptanz einer Aktion könnten zum Beispiel die Höhe der Besucherzahlen oder Rückmeldungen von der Zielgruppe sein. Gute Indikatoren entsprechen auch den „ZWERG“-Kriterien, d.h. sie sind zentral, wirtschaftlich, einfach, rechtzeitig und genau.
Angemessen	Ist das Ziel für alle Beteiligten erstrebenswert? In manchen Quellen wird das „A“ der SMART-Kriterien auch als „akzeptabel“, „aktionsorientiert“, „ambitioniert“, „anspruchsvoll“ oder „angemessen“ verstanden. Letzteres bedeutet, dass ein Ziel der Problemlage der Zielgruppe angemessen sein sollte. Ambitioniert und anspruchsvoll bezieht sich darauf, dass ein Ziel nicht zu niedrig gesteckt sein sollte, denn oft sind Anstrengungen nötig, um wichtige Ziele zu erreichen.
Realistisch	Ist das Ziel machbar? Ein Ziel sollte nicht zu hoch gesteckt, sondern mit den vorhandenen Ressourcen und Kompetenzen realisierbar sein.
Terminierbar	Ist das Ziel in einem überschaubaren Zeitraum erreichbar? In manchen Quellen wird das „T“ der SMART-Kriterien mit „terminiert“ bestimmt, womit darauf verwiesen wird, dass der Zeitraum bestimmt werden sollte, in dem das Ziel zu erreichen ist.

7.3.2 Konzeption: Setting und Nachhaltigkeit

Ziel: Die Prinzipien des Setting-Ansatzes werden in der Intervention nachhaltig umgesetzt.

Wird die Zielgruppe aktiv in Zielformulierung, Planung oder Umsetzung der Maßnahmen eingebunden (Grad der Partizipation)?



Die Zielgruppe kann auf den unterschiedlichen Ebenen der Partizipation eingebunden werden. Je nach Stufe der Partizipation stellen sich hier Fragen zu Formen und Wegen der konkreten Einbindung und Partizipation der Zielgruppe, beispielsweise unterstützt durch MitarbeiterInnen und MultiplikatorInnen mit afrikanischem Migrationshintergrund und der grundlegenden Einbindung der Zielgruppe in Projektentwicklungs- und Umsetzungsprozesse.

→ Siehe Stufen der Partizipation in der Infobox (weitere vertiefende Informationen zur partizipativen Qualitätsentwicklung finden sich unter dem unten angegebenen Link).

Infobox: Stufen der Partizipation

(Quelle: www.partizipative-qualitätsentwicklung.de)

Stufe 9	Selbstorganisation
Stufe 8	Entscheidungsmacht
Stufe 7	Teilweise Entscheidungskompetenz
Stufe 6	Mitbestimmung
Stufe 5	Einbeziehung
Stufe 4	Anhörung
Stufe 3	Information
Stufe 2	Anweisung
Stufe 1	Instrumentalisierung

Wurde analysiert, welche Ressourcen benötigt werden, um Partizipation zu befördern?



Beispiele für derartige Ressourcen können z.B. die benötigten Kapazitäten für die Schulung von MigrantInnen in Methoden der Datenerhebung oder der Datensammlung selber sein, wenn Partizipation bereits in der Phase der Überprüfung umgesetzt werden soll; dazu gehören bei der Planung die Kalkulation von nötigen finanziellen Mitteln, notwendigem Personal, Zeitaufwand oder Räumen.



Zielt das Projekt auf eine Verbesserung des Verhaltens und der Verhältnisse für die Zielgruppe?

Gesundheitsförderung und Prävention sollten immer sowohl Verhaltens- als auch Verhältnisorientierung in ihren Maßnahmen und Aktivitäten umsetzen, um im Sinne eines „integrativen“ Ansatzes sowohl individuelles präventives Verhalten zu unterstützen als auch strukturelle und soziale Bedingungen der Lebenswelt zu schaffen, die Gesundheit und Prävention verbessern.

Verhaltensorientierung: z.B. Informationsveranstaltungen zu Kondomgebrauch und Übertragungswegen

Verhältnisorientierung: z.B. Sensibilisierung der Gesundheitsdienste, der Gesundheitsmediatoren im Quartier, Schaffung gemeindeorientierter Gesundheitsangebote und Erhöhung der Zugänglichkeit der Angebote



Zielt das Projekt auf eine Nutzung und Stärkung der Ressourcen der Zielgruppe (Empowerment)?

Empowerment bedeutet die „Ermächtigung“ der Zielgruppe, also eine Unterstützung für das Gefühl von Kontrolle über die Lebensbedingungen durch Teilhabe und Partizipation und stellt eines der zentralen Prinzipien im Sinne von gemeindeorientierter Gesundheitsförderung und Prävention dar. Eine besonders wichtige Rolle für die Förderung von „Empowerment“ nimmt die Identifikation und Unterstützung von Ressourcen der Zielgruppen ein.

Eine Förderung des Empowerments von Individuen und Gruppen im Rahmen eines Projektes kann z.B. erfolgen durch:

- Förderung von Selbsthilfegruppen und Initiativen der Zielgruppen
- Unterstützung von Selbstwirksamkeit und Handlungskompetenz
- Ressourcenbereitstellung zur Selbstorganisation
- Vernetzung, Gruppenmobilisierung und Förderung des Sozialen Kapitals



Sind die Maßnahmen niedrigschwellig gestaltet?

Niedrigschwelligkeit wird unterstützt durch:

- Aufsuchende Arbeit (z.B. in Kirchen, Vereinen, Läden, Events)
- Einsatz von MultiplikatorInnen, Peer-Education, MitarbeiterInnen mit afrikanischem Migrationshintergrund
- Persönliche Kommunikation
- Angepasste Erreichbarkeit (Öffnungszeiten, Orte der Angebote z.B. für HIV-Schnelltests und Information)
- Muttersprachlichkeit
- Sozialraumschaffung

Beinhaltet das Projekt die Neuorientierung vorhandener Dienste?



Die Unterstützung einer Neuorientierung kann z.B. bedeuten:

- Sensibilisierung der Gesundheitsdienste (Krankenhauspersonal, Praxen)
- Vernetzung und Zusammenarbeit mit vorhandenen Diensten
- Integration in vorhandene Dienste
- Interkulturelle Kompetenzentwicklung von Gesundheitspersonal

Beinhaltet das Projekt Ansätze, um längerfristige und nachhaltige Prozesse anzustoßen?



Nachhaltigkeit kann insbesondere unterstützt werden durch Orientierung an dem Aufbau von Strukturen oder Kompetenzen (z.B. Durchführung von Trainings für Fachkräfte).

7.3.3 Netzwerkbildung

Ziel: Das Projekt ist hinsichtlich der Zielformulierung optimal vernetzt.

Wurde überprüft, mit welchen AkteurInnen und Schlüsselpersonen kooperiert werden kann?



Je nach spezifischen Zielen können unterschiedliche AkteurInnen aus Gesundheit, Bildung, Sozial- und Flüchtlingspolitik potentielle KooperationspartnerInnen sein. Dazu gehören sowohl der Öffentliche Gesundheitsdienst, als auch andere Gesundheitsorganisationen, Verbände, Vereine, Aidshilfen aber auch Bildungseinrichtungen wie Schulen und Hochschulen.

Wurde festgelegt, wie die Zusammenarbeit sinnvoll, verbindlich und nachhaltig gestaltet werden kann?



Im Sinne einer sorgfältigen Projektplanung sollten Strukturen und Formen der Zusammenarbeit mit KooperationspartnerInnen festgelegt werden. Dazu können dienen:

- • Regelmäßige verbindliche Arbeitstreffen
- • Kooperationsverträge
- • Gemeinsames Informationssystem (z.B. Email-Verteiler)



Wird die Netzwerkarbeit kontinuierlich reflektiert und werden neue Partnerschaften angestoßen?

Die Netzwerkarbeit ist ein wichtiger Bestandteil eines Präventionsprojektes und sollte daher immer wieder reflektiert und hinsichtlich neuer sinnvoller Partnerschaften überprüft werden. Zum Beispiel sind einige der in diesem Manual beschriebenen Ziele (Verbesserung der Verhältnisse für die Zielgruppe) nur im Zusammenspiel mit anderen AkteurInnen erreichbar. Der Netzwerkarbeit ist somit ein hoher Stellenwert beizumessen.

Infobox: Checkliste zur Zusammenarbeit (WZB Berlin & Deutsche AIDS-Hilfe)

Zur Vertiefung des Themas „Zusammenarbeit“ ist die Checkliste zur partizipativen Zusammenarbeit hilfreich:
www.qualität.aidshilfe.de

7.3.4 Projektstruktur und Finanzierung

Ziel: Die Projektstruktur ist klar definiert.



Verfügt das Projekt über ausreichend Kompetenz und Ressourcen zur Durchführung der Intervention?

Die notwendigen Kompetenzen und Ressourcen ergeben sich aus der spezifischen Projekt- und Aktivitätenplanung. Sie können sich z.B. beziehen auf:

- Personaldecke wie Anzahl der MitarbeiterInnen
- Qualifikationen der MitarbeiterInnen
- Persönliche Erfahrungen der MitarbeiterInnen
- Finanzielle, organisatorische oder andere notwendige Ressourcen wie Arbeitsmittel oder Räume



Sind Aktivitäten und in dem Kontext auch Aufgaben, Kompetenzen und Verantwortlichkeiten der MitarbeiterInnen und KooperationspartnerInnen klar definiert und verbindlich festgelegt (Aktivitätenplan)?

Der Aktivitätenplan stellt tabellarisch die einzelnen Aktivitäten zusammen, die zur Zielerreichung eingesetzt werden sollen. Für die jeweiligen Aktivitäten sind dann die Aufgaben, die Verantwortlichen und der Zeitrahmen zu bestimmen, um die Projektplanung zu konkretisieren.

Sind Weiterbildungen und Trainings zum Kompetenzausbau der MitarbeiterInnen und KooperationspartnerInnen eingeplant?



Beispiele:

- Weiterbildungen sind im Abstand von drei Monaten zum Thema interkulturelle Kompetenz geplant.
- Es werden zwei Trainings zur Wissensvermittlung zu HIV und AIDS für MultiplikatorInnen vor Beginn der Intervention durchgeführt.

Ist die Kommunikationsstruktur nach innen und außen klar festgelegt?



Interne Kommunikation meint z.B. Kommunikationskanäle, Formen und Verteiler für interne Projektkommunikation.

Externe Kommunikation meint die Verantwortlichkeit für Pressearbeit wie Presseerklärungen und Pressekonferenzen und Public Relations, aber auch die Verbreitung von Projektergebnissen z.B. auf Fachkonferenzen.

Sind die erforderlichen finanziellen Ressourcen auf allen Ebenen der Intervention kalkuliert und gesichert (Eigen- bzw. Drittmittel)?



Die finanziellen Ressourcen sind das Rückgrat des Projektes und müssen entsprechend budgetiert werden. Drittmittel können eingeworben werden z.B. über:

- Sponsoren & Stiftungen
- Mikrofinanzierung
- Öffentliche Förderung (EU-Projekte, Kommunale-, Landes-, Bundesmittel)
- Krankenkassen usw.

Infobox: Checkliste Institution (Gesundheitsförderung Schweiz)

Zur Vertiefung des Themas Institution ist die Checkliste von quint-essenz zur Institution hilfreich:

www.quint-essenz.ch/de/tools/1034



Wird die MigrantInnen-Perspektive im Projekt angemessen vertreten (z.B. durch Kooperationen mit MigrantInnenvertretungen oder ähnlichen Netzwerken oder im Beirat)?

Im Rahmen eines HIV-Präventionsprojektes sind Kooperationen mit Interessenvertretungen wichtig, um die Perspektiven der MigrantInnen angemessen berücksichtigt zu finden, und sollten daher in der Projektstruktur entsprechend verankert sein.



Sind MigrantInnen in die Implementierung des Projektes eingebunden (im Projektteam oder als MultiplikatorInnen)?

MigrantInnen können in verschiedenen Phasen eingebunden werden (s. auch Partizipation):

1. Bedarfs- und Bedürfnisermittlung (z.B. Befragungen der Zielgruppe)
2. Projektplanung (z.B. Vorschläge für Aktivitäten, Organisation von angemessenen Räumlichkeiten)
3. Projektdurchführung (z.B. Informationsveranstaltungen, Verteilen von Kondomen)
4. Evaluation (z.B. Befragungen der Zielgruppe)



Sind ausreichend kulturelle Kompetenzen bei den Durchführenden des Projektes vorhanden?

1. Kulturelle Werte und Normen sind den Durchführenden bekannt; zur Erhebung kann eine Literaturanalyse ebenso dienen wie diverse sozialwissenschaftliche Methoden (z.B. Fokusgruppendifkussionen mit der Zielgruppe).
2. Zur Weiterentwicklung von Kompetenzen können Schulungen zum Thema (inter)kulturelle Kompetenz durchgeführt werden.
3. Minimalvoraussetzung ist der sensible Umgang der Projektdurchführenden mit den unterschiedlichen kulturellen Kontexten und deren kritische Reflexion für die Projektplanung.

Infobox: Interkulturelle Kompetenz (Deardorff, 2006)

Lernspirale interkultureller Kompetenz:

1. Handlungskompetenz
 - Umfassendes kulturelles Wissen
 - Kommunikationsfähigkeit
 - Konfliktlösungsfähigkeit
2. Haltung und Einstellung
 - Wertschätzung von Vielfalt
 - Ambiguitätstoleranz
3. Externe Wirkung: Konstruktive Interaktion
 - Vermeidung von Regelverletzungen
 - Zielerreichung
4. Interne Wirkung: Reflexionskompetenz
 - Relativierung von Referenzrahmen
 - Empathiefähigkeit

Sind Informationen in Projektmaterialien zielgruppenspezifisch aufbereitet (z.B. Layout, Kommunikationsmittel und -wege)?



Eine angemessene Gestaltungsweise von Programmen und Materialien kann vielseitige Aspekte betreffen:

1. Titel des Programms
 2. Verwendete Farbgebung
 3. Adäquate Anwendung von Bildern, die die Zielgruppe ansprechen
- Kommunikationswege sollten über Medien wie Zeitungen, Radio, Fernsehen, Printmaterialien, Sticker etc. und persönliche Ansprache gestaltet werden.

Sind die Herkunftsländer und Sprachkenntnisse in der Planung beachtet worden?



Herkunftsländer und Sprachkenntnisse sind grundlegende Voraussetzungen eines kultursensiblen HIV-Präventionsprojektes für MigrantInnen. Dazu gehören dann beispielsweise auch Plakate, Flyer oder andere Informationsmaterialien in der Sprache der Zielgruppe und/oder der Einsatz von MultiplikatorInnen aus der Heimatregion.



Wurde die Kultursensibilität der Projektmaterialien überprüft (Pre-Test)?

Bei einem Pre-Test (Vortest) überprüfen Mitglieder der Zielgruppe (z.B. der Sub-Sahara-Afrikanischen Communities) die Projektmaterialien (z.B. Printmedien wie Plakate oder andere Projektmaterialien wie Radio- oder Fernsehspots) im Hinblick auf Verständlichkeit und kulturelle Angemessenheit bevor sie eingesetzt werden.

Überprüft werden sollte insbesondere die (kulturelle) Angemessenheit von:

1. Kommunikationsformen und -wegen
2. Begriffen und Ausdrücken
3. Lay-out (Farben, Zeichen, Symbole, Bilder)

Instrumente für den Pre-Test sind kurze Fragebögen, Interviews oder Gruppendiskussionen, mithilfe derer obige Kriterien bei wenigen RepräsentantInnen der Zielgruppe erfragt werden können (N=10).

Auf Basis der Ergebnisse des Pre-Tests sollten dann die Projektmaterialien ausgewertet und angepasst werden.



Wurden Gender-/Altersperspektiven in die Strategieentwicklung und Planung miteinbezogen?

Sowohl bei der Analyse als auch bei der grundlegenden Strategieentwicklung und Planung für das HIV-Präventionsprojekt müssen geschlechtsspezifische und altersspezifische Aspekte berücksichtigt werden.

Dazu gehört die „Segmentierung“, also die Aufschlüsselung der Zielgruppe (hier afrikanische MigrantInnen) in Teil-Zielgruppen; als typische Teil-Zielgruppen gelten Frauen und Männer, Jugendliche und Erwachsene.

Für diese Teil-Zielgruppen müssen dann spezifische Aktivitäten entwickelt werden; insbesondere bei der HIV-Prävention für afrikanische MigrantInnen zeigt sich, dass HIV-spezifische Aktivitäten in reinen Frauen- oder Männergruppen durchgeführt werden sollten.

Altersspezifisch gilt es zu klären, an welche Altersstruktur sich Aktivitäten richten sollen. Je nach Kombination einer Zielgruppe (z.B. Mädchen, junge Frauen von 20-40 Jahren, erwachsene junge Männer von 17-35 Jahren) müssen die Aktivitäten entsprechend mit geeigneten Kommunikationsformen und Methoden umgesetzt werden.

Entwicklung von HIV-Präventionsmaterialien für /durch:

1. Jugendliche durch Jugendliche
 2. Theaterpädagogische Projekte für Jugendliche
 3. Gesundheitsabende mit Kochgruppen für Frauen
- Aufsuchende HIV-Präventionsangebote für Männer

Wurde das Projekt hinsichtlich diskriminierender oder stigmatisierender Aspekte überprüft? Sind diese Aspekte mit der Zielgruppe selber diskutiert worden?



Besonders HIV/AIDS-Präventionsprojekte für afrikanische MigrantInnen laufen Gefahr, als stigmatisierend erlebt zu werden; daher bedürfen Projekte der sorgfältigen Reflexion und Überprüfung hinsichtlich diskriminierender oder stigmatisierender Elemente. Eine solche Überprüfung kann nur partizipativ zusammen mit den MigrantInnen z.B. durch Interviews oder Fokusgruppen durchgeführt werden.

Infobox: Stigma

Vertiefende Literatur zu Definitionen, Ursachen, Auswirkungen und Messbarkeit von Stigma und Anti-Stigmatisierung:
<http://www.stigmaindex.org>

Sind spirituelle/religiöse Aspekte bei der Planung berücksichtigt wurden?



Spirituelle und/oder religiöse Überzeugungen können z.B. über die Risikobewertung von HIV, Motivation zur Prävention und der Annahme von Versorgungsangeboten Einfluss auf die Planung von HIV-Präventionsangeboten haben. Für die Planung können die folgenden Aspekte am besten über die Befragung von Schlüsselpersonen der einzelnen Communities und Pastoren (Kurzfragebogen, Einzelinterviews, Fokusgruppeninterviews) erhoben werden.

Die Berücksichtigung folgender Teilaspekte kann hilfreich sein:

1. Verteilung von religiösen Gruppen in den Communities
2. Art und Ausmaß an praktizierter Religiosität/Spiritualität im öffentlichen Raum
3. Standorte von Kirchen, Moscheen, Andachtsräumen, u.a. der Communities in der Region/Stadt
4. Kenntnis von Zugangswegen (Öffentliches Verkehrsnetz)
5. Kenntnis über spirituelle Praktiken im häuslichen/familiären Bereich
6. Einfluss von/über Tabus, Mythen und traditionellen Heilern im Heimatland
7. Inanspruchnahme von traditionellen Heilern bei HIV/AIDS

Sind in die Planung des Projekts Beschaffenheit und Bedingungen in der Community berücksichtigt worden?



Die Community und das soziale Netzwerk spielen eine bedeutsame Rolle für die Planung und Gestaltung von HIV/AIDS Präventionsprogrammen. Einerseits können Formen sozialer Unterstützung genutzt werden, andererseits können gerade bei kleineren Communities Formen sozialer Kontrolle eine Barriere für die HIV-Prävention darstellen.

Checkliste

Checkliste „Prozesssteuerung und Evaluation“	Grobplanung	Feinplanung	Durchführung	Bewertung
Prozesssteuerung				
Wird die Erreichung von Zwischenzielen und Meilensteinen dokumentiert und prozessorientiert evaluiert?			✓	
Wird gegebenenfalls eine erneute Überprüfung durchgeführt und die Intervention angepasst?			✓	
Erfolgt eine Budgetkontrolle? Werden ggf. rechtzeitig neue Fördermittel akquiriert, um die Nachhaltigkeit zu sichern?			✓	
Feedback				
Sind Feedbacktreffen eingebaut?			✓	
Werden Konflikte frühzeitig und angemessen gelöst?			✓	
Dokumentation & Evaluation der Zielerreichung				
Wurde ein für alle Beteiligten verbindliches Dokumentationssystem festgelegt (Prozess-Monitoring)?		✓		
Wurden die technischen Voraussetzungen geschaffen (z.B. PCs, Programme)?		✓	✓	
Wurde bestimmt, wie die Evaluation aussehen soll (intern/extern)?		✓		
Bei externer Evaluation: Wurde geklärt, welche externen PartnerInnen oder Kooperationen für die Evaluation geeignet sind und wurden diese festgelegt und vereinbart?		✓		
Wurden Ressourcen für die Evaluation festgelegt (finanziell, personell, organisatorisch)?		✓		
Wurde bestimmt, welche Evaluationsmethoden und -instrumente für die Evaluation eingesetzt werden sollen?		✓		
Wurde ein Evaluationsplan erstellt und/oder wurde festgelegt, wann welche Evaluationsinstrumente und Methoden zur Anwendung kommen?		✓		
Wurde die mögliche Notwendigkeit von Schulungen der ProjektmitarbeiterInnen und KooperationspartnerInnen bedacht, um die Evaluation durchführen zu können?		✓	✓	
Wurden die Zielerreichungen (Ober-/Unterziele) überprüft und dokumentiert?				✓
Nachhaltigkeit & Transfer				
Wurden Prozesse bei den MigrantInnen angestoßen, die sich über das Projekt hinaus verstetigen könnten?				✓
Wurden Strukturen und Angebote für MigrantInnen nachhaltig verändert bzw. implementiert?				✓
Werden die Ergebnisse und Erfahrungen der Intervention für Andere nutzbar gemacht (Verbreitung)?				✓

7.4.1 Prozesssteuerung

Ziel: Der Ablauf des Projektes und aller Maßnahmen wird systematisch reflektiert und angepasst.

Wird die Erreichung von Zwischenzielen und Meilensteinen dokumentiert und prozessorientiert evaluiert?



Im Vorfeld der Planung sollte ein Projektplan entwickelt worden sein, der auch zeitliche Zwischenziele, so genannte „Meilensteine“ festgelegt hat. Zur Überprüfung der Umsetzung sollten alle Aktivitäten systematisch dokumentiert und im Projektverlauf immer wieder hinsichtlich der geplanten Umsetzung überprüft werden.

Wird gegebenenfalls eine erneute Überprüfung durchgeführt und die Intervention angepasst?



Wenn Schwierigkeiten im Projektverlauf auftreten müssen die Ursachen dafür eruiert und ggf. eine Neueinschätzung der Ausgangslage vorgenommen werden; darauf basierend sind ggf. dann die Aktivitäten anzupassen.

Erfolgt eine Budgetkontrolle? Werden ggf. rechtzeitig neue Fördermittel akquiriert, um die Nachhaltigkeit zu sichern?



Oft stehen für HIV-Präventionsprojekte nur beschränkte Finanzmittel zur Verfügung; zur Absicherung der Nachhaltigkeit ist es daher zwingend notwendig abzuklären, welche Art der Finanzierung genutzt werden kann; dazu gehören Fördermaßnahmen von HIV-spezifischen Organisationen ebenso wie Forschungsgelder oder die Finanzierung durch einzelne Sponsoren oder Organisationen.

7.4.2 Feedback

Ziel: Eine gute Zusammenarbeit aller Beteiligten ist gewährleistet

Sind Feedbacktreffen eingebaut?



Beispiele: Regelmäßige Feedbacktreffen mit allen MitarbeiterInnen sind für alle drei Monate eingeplant oder nach Erreichen eines Meilensteins finden Feedback-Runden statt.



Werden Konflikte frühzeitig und angemessen gelöst?

Konflikte innerhalb des Projektes oder auch mit KooperationspartnerInnen können das Präventionsprojekt nachhaltig negativ beeinflussen oder gar zum Scheitern des Projektes führen. Ein aktives Konfliktmanagement, das sich auf die Auflösung solcher Störungen richtet, ist daher eine essentielle Bedingung für den erfolgreichen Ablauf und damit auch die Wirksamkeit von Maßnahmen.

7.4.3 Dokumentation und Evaluation der Zielerreichung

Ziel: Es ist über die Art der Projektevaluation und Dokumentation entschieden.



Wurden die Modalitäten der Evaluation bestimmt (intern/extern)?

Die Evaluation ist ein wesentlicher Teil eines HIV-Präventionsprojektes zur fundierten Aussage über die Wirksamkeit eines Präventions-Projektes. Dabei gilt es zunächst, festzulegen, in welcher Form im Projektkontext die Evaluation durchgeführt werden kann. Für die Entscheidung, ob eine Evaluation intern oder extern durchgeführt werden soll, spielen in der Praxis oft die Ressourcen (finanziell, personell, organisatorisch, zeitlich), Kompetenzen von MitarbeiterInnen oder Erfordernisse der Projektträger die entscheidende Rolle. Bei einer Fremdevaluation/Externen Evaluation werden mit der Durchführung der Evaluation externe Partner (wie z.B. Hochschulen oder andere Forschungsinstitutionen oder auch andere professionelle wissenschaftlich qualifizierte BeraterInnen) betraut. Für kleinere Projekte ist oft die Selbstevaluation/Interne Evaluation die geeignete Lösung; hier wird die Evaluation mit eigenen Ressourcen durchgeführt; hier können z.B. Fokusgruppendifkussionen oder Interviews mit RepräsentantInnen der MigrantInnen durchgeführt werden.



Bei externer Evaluation: Wurde geklärt, welche externen PartnerInnen oder Kooperationen für die Evaluation geeignet sind und wurden diese festgelegt und vereinbart?

Bei einer externen Evaluation/Fremdevaluation müssen externe Partner festgelegt und organisiert werden, um die Evaluation durchzuführen. Dazu gehört unter Umständen auch die Sicherung oder Einwerbung von finanziellen Mitteln, aber auch Vereinbarungen zur Zusammenarbeit und zur Wahl der geeigneten Evaluationsmethoden.

Wurden Ressourcen für die Evaluation festgelegt (finanziell, personell, organisatorisch)?



Die notwendigen Ressourcen für die Evaluation müssen im Hinblick auf den Personalbedarf, die notwendigen Finanzmittel und die organisatorischen Erfordernisse im Vorfeld festgelegt werden.

Wurde bestimmt, welche Evaluationsmethoden und -instrumente für die Evaluation eingesetzt werden sollen?



Im Rahmen der Planung der Evaluation, die bereits vor der Umsetzung von Maßnahmen erfolgen sollte, muss auch bestimmt werden, welche Instrumente und Methoden zur Datenerhebung eingesetzt werden. Die Form dieser Datenerhebungen kann mittels quantitativer und/oder qualitativer Methoden erfolgen wie z.B. durch:

- Fragebögen (schriftlich, mündlich, online, Blitzbefragung, Telefon)
- Interviews
- Fokusgruppen-Diskussionen
- Teilnehmende Beobachtung

Wurde ein Evaluationsplan erstellt und/oder wurde festgelegt, wann welche Evaluationsinstrumente und Methoden zur Anwendung kommen?



Ein Evaluationsplan wird in der Regel nur bei sehr großen nationalen oder internationalen HIV-Projekten entwickelt. Je nach zeitlichen und finanziellen oder anderen Ressourcen und nach der gewünschten und notwendigen Intensität der Evaluation beschreibt der Evaluationsplan genau die angestrebten Ober- und Unterziele aus der Planungsphase anhand der messbaren Indikatoren (s. Checkliste zur Projektplanung); die Ziele und Effekte des HIV-Präventionsprojektes werden so messbar. Im Evaluationsplan wird auch beschrieben, mit welchen Evaluationsmethoden wann welche Daten erhoben werden, um die Erreichung dieser Ziele zu überprüfen.

→ Das Beispiel eines Auszuges aus einem fiktiven Evaluationsplan befindet sich am Ende des Manuals.



Wurde die Notwendigkeit von Schulungen der Projekt-MitarbeiterInnen und KooperationspartnerInnen bedacht, um die Evaluation durchführen zu können?

Je nach Planung der Evaluation (und insbesondere bei partizipativen Forschungsmethoden) müssen evtl. Schulungen durchgeführt werden, um auf die Evaluationsaufgaben wie z.B. die Datensammlung mittels Interviews, Fokusgruppen oder Fragebogenerhebungen vorzubereiten.



Wurde ein für alle Beteiligten verbindliches Dokumentationssystem festgelegt (Prozess-Monitoring)?

Zur Gewährleistung der Überprüfung des Prozesses der Umsetzung muss vor Durchführung der Aktivitäten eines HIV-Präventionsprojektes festgelegt werden, wer wann für welche Dokumentation und in welcher Form zuständig ist:

- Häufigkeit bestimmter Aktivitäten eines HIV-Präventionsprojektes
- Anzahl der TeilnehmerInnen an bestimmten Aktivitäten
- Anzahl geschulter MitarbeiterInnen
- Anzahl von gesendeten Radiospots
- Anzahl der beteiligten MultiplikatorInnen



Sind die technischen Voraussetzungen geschaffen (z.B. PCs, Programme)?

Je nach Art und Form der Dokumentation kann es notwendig sein, zusätzliche technische Ressourcen dafür bereit zustellen.

Ziel: Die Zielerreichung der Intervention ist überprüft



Wurde die Zielerreichungen (Ober-/Unterziele) überprüft und dokumentiert?

Die Überprüfung der Zielerreichung erfolgt durch die Messung von Ober- und Unterzielen anhand der vorher definierten messbaren Indikatoren (s. dazu beispielhaft Auszüge aus einem fiktiven Evaluationsplan am Ende des Manuals).

7.4.4 Nachhaltigkeit und Transfer

Ziel: Prozesse und Strukturen sind nachhaltig verankert und die Verbreitung der Ergebnisse ist gewährleistet.

Wurden Prozesse bei den MigrantInnen angestoßen, die sich über das Projekt hinaus verstetigen könnten?



Solche Prozesse können z.B. sein:

1. Bildung eines nachhaltigen MultiplikatorInnen-Systems
2. Bildung von Interessengemeinschaften, die an der nachhaltigen Interessenvertretung der MigrantInnen-Gruppen arbeiten (z.B. MigrantInnen-Vertretungen/MigrantInnen-Rat)
3. Gründung und Etablierung von Runden Tischen für Gesundheit und Migration, Selbsthilfegruppen, MigrantInnen-Vertretungen oder Stadtteilgruppen

Wurden Strukturen oder Angebote für MigrantInnen nachhaltig verändert bzw. implementiert?



Solche Strukturen oder Angebote können z.B. sein:

1. Nachhaltige etablierte kultursensible Angebotsstrukturen und verbesserte Dienste für MigrantInnen
2. Verstetigung der HIV/AIDS-Prävention für MigrantInnen durch ein nachhaltiges Präventionsangebot z.B. im Öffentlichen Gesundheitsdienst
3. Etablierung von Dolmetscherdiensten in der HIV/AIDS Prävention
4. Schaffung von Ausbildungsstrukturen für kultursensible HIV-Prävention im Gesundheitswesen (ÄrztInnen, Krankenhäuser, Ausbildungsstätten wie Krankenpflegeschulen)

Werden die Ergebnisse und Erfahrungen des Projektes und der Maßnahmen für Andere nutzbar gemacht (Verbreitung)?



Die Verbreitung von praktischen Erfahrungen, (wissenschaftlichen) Erkenntnissen oder entwickelten Instrumenten über das Projekt und deren Beteiligte hinaus kann z.B. über das Internet (z.B. Homepage), Kongresse, Trainings, Workshops, Seminare oder Publikationen in wissenschaftlichen oder journalistischen Medien (Zeitung, Radio, TV) und über andere öffentliche Veranstaltungen erfolgen.

8 Beispiel für einen Evaluationsplan

Der folgende Evaluationsplan zeigt beispielhafte Auszüge aus einem Plan mit Beispielen für Indikatoren, die messbaren Kennzeichen und Kennziffern für ein Projekt und seine erfolgreiche Durchführung. Indikatoren zeigen die Wirkung von Einzelaktivitäten und die des Gesamtprojektes; Indikatoren sind messbare Zielvorgaben für das Präventionsprojekt und die einzelnen Aktivitäten und Maßnahmen; sie stellen die Ober- und Unterziele des Projektes in Form genau definierter Zahlen als Messeinheiten dar. Indikatoren sind das Herzstück eines Evaluationsplanes - sie dienen der abschließenden Überprüfung und Bewertung der Ergebnisse und Effekte eines Präventionsprojektes. Die hier dargestellten Indikatoren sind beispielhaft und müssen spezifisch für das jeweilige HIV/AIDS-Präventionsprojekt, die geplanten Aktivitäten und die jeweilige Projektlaufzeit modifiziert werden. Die einzelnen Indikatoren hängen unmittelbar mit den am Anfang des Projektes definierten Zielen bezüglich der geplanten Aktivitäten zusammen und sollten daher schon in der Planungsphase des Projektes formuliert werden.

In der praktischen Arbeit verweisen definierte Indikatoren auf die realistischen Aussichten der Projekte, welche bezüglich ihrer Finanzierung, Projektlaufzeit und der institutionellen Bedingungen der durchführenden Organisationen und Projektträger oftmals Beschränkungen unterliegen. Die Erfassung der Indikatoren ist somit nur begrenzt in die praktische Arbeit zu integrieren; dabei ist eine Dokumentation von durchgeführten Schulungen und die Auszählung der Anzahl der TeilnehmerInnen einer Präventions-Veranstaltung gut in der Praxis zu leisten, wenn ohnehin eine Dokumentationspflicht besteht. Dagegen sind die Ressourcen zur Durchführung von Befragungen in der Praxis oft stark eingeschränkt. Zur Unterstützung der Erhebung von Indikatoren können zum Beispiel Hochschulen oder andere Kooperations-PartnerInnen einbezogen werden. Indikatoren sollten spezifisch und genau die betroffenen Zielgruppen beschreiben. Eine Zielsetzung beträfe z.B. die Erreichung von Frauen oder Jugendlichen in einer bestimmten Altersgruppe, die dann auch in der Beschreibung der Indikatoren genau definiert werden sollte (z.B. Jugendliche zwischen 12 Jahren und 18 Jahren). Der Evaluationsplan gibt die Zielsetzung und die Voraussetzungen für die Messung der Zielerreichung wider; Ziele sollten realistisch und nicht zu allgemein definiert werden und die Ressourcen eines regionalen oder lokalen Projektes beachten. Eine Zielsetzung wie z.B. - Infektionsraten von HIV Infektionen senken oder Sterberaten senken - würde sicher schwer umsetzbar sein.

Strukturierte Evaluationspläne können den Grad der gewünschten Zielerreichung angeben, indem sie konkrete Zielwerte für die definierte Projektlaufzeit enthalten.

- Festgelegte Anzahl von zu erreichenden Personen definieren (z.B. mind. 100 Personen)
- Bestimmte Anzahl von durchzuführenden Schulungen benennen
- Angestrebten Grad in der Verbesserung der Aufmerksamkeit für das Thema HIV/AIDS angeben (z.B. Zunahme der Einschätzung von HIV-Prävention als wichtiges Thema um 10%)
- Angestrebten Grad in der Verbesserung des HIV-Präventionswissens festsetzen (z.B. Zunahme des Wissens um 10%).

Die Zielwerte basieren auf den Ausgangswerten bei Projekt-Beginn und ergeben sich rechnerisch aus der Addition (bei einer gewünschten Zunahme) oder Subtraktion (bei einer gewünschten Abnahme) der Ausgangswerte zu Beginn des Projektes mit den gewünschten Veränderungen (hier in% angegeben). Bei der Definition dieser so genannten Zielwerte ist aber zu bedenken, dass insbesondere das Präventionsverhalten sehr schwer und nur langfristig (im Rahmen von 10-20 Jahre) zu verändern ist und im engen Zusammenhang mit einem umfassenden Ansatz, einer langfristigen Projektlaufzeit und anderen Qualitätskriterien steht.

Der konkrete Evaluationsplan dient einer klaren Orientierung für die Durchführenden und das Projekt und orientiert sich an den jeweiligen definierten Zielen der Projekte; dazu werden die Ziele in messbare Definitionen (s.o.; Indikatoren) übersetzt, die Quelle der Daten bestimmt, die Einheit dieser Daten (z.B. Anzahl oder Prozent) beschrieben, der Zeitpunkt der Erfassung und die Verantwortlichen für die Datenerhebung schon bei der Planung des Projektes festgelegt. Je nach Umfang und Möglichkeiten der Praxisprojekte können hier auch Ausgangs- und Zielwerte bestimmt werden.

Der folgende Evaluationsplan ist beispielhaft und stellt lediglich Beispiele für Indikatoren dar. Die jeweiligen Projekt-Indikatoren sind direkt an das jeweilige Projekt und deren Grundlagen und Aktivitäten gekoppelt (s. auch Planungsphase), sie sind daher je nach Ausrichtung und Orientierung des Projektes auch spezifisch zu entwickeln. Je nach Projektgröße umfasst ein Evaluationsplan in der Regel deutlich mehr Indikatoren als hier im Folgenden dargestellt sind.

Beispiel für einen Evaluationsplan

Indikator	Definition	Datensammlung und -quelle	Einheit	Zeitpunkt der Erfassung	Verantwortung Datenerhebung	Ausgangswert	Zielwert
Angebote kultursensibler HIV-Prävention							
Partizipation ermöglicht	Anzahl der Beteiligten am Präventionsprojekt aus der MigrantInnen-Gruppe	Fortlaufende Dokumentation	Anzahl	Gesamte Projektlaufzeit und Projektende			
Zielgruppe erreicht	Anzahl der erreichten MigrantInnen aus der Zielgruppe	Fortlaufende Dokumentation	Anzahl	Gesamte Projektlaufzeit und Projektende			
Kultursensibilität gewährleistet	Anzahl der geschulten MultiplikatorInnen aus der Zielgruppe	Fortlaufende Dokumentation	Anzahl	Definierter Zeitpunkt im Projekt oder Projektende			
	Anzahl der im Projekt tätigen MigrantInnen	Fortlaufende Dokumentation	Anzahl	Definierter Zeitpunkt im Projekt oder Projektende			
Gendersensibilität gewährleistet	Anzahl der weiblichen im Projekt tätigen MigrantInnen	Fortlaufende Dokumentation	Anzahl	Definierter Zeitpunkt im Projekt oder Projektende			
Angebote zur HIV-Prävention für MigrantInnen etabliert	Anzahl der durchgeführten Präventions-Veranstaltungen	Fortlaufende Dokumentation	Anzahl	Projektanfang und -ende			
Aufmerksamkeit für HIV/AIDS Prävention erhöht	Prozent von befragten MigrantInnen, die HIV/AIDS Prävention für wichtig halten (Männer/Frauen)	Vorher-Nachher Befragung (Pre-Post-Befragung)	Prozent Befragte	Projektanfang und -ende			
	Anzahl von MigrantInnen, die an HIV Präventions-Veranstaltungen teilnehmen (Männer/Frauen, Altersgruppen z.B. Jugendliche)	Fortlaufende Dokumentation	Anzahl	Projektende			
Wissen zu HIV-Prävention erhöht	Prozent von befragten MigrantInnen, die Wissen zu Präventionsmaßnahme haben (z.B. Kondomnutzung)	Vorher-Nachher Befragung (Pre-Post-Befragung)	Prozent Befragte	Projektanfang und -ende			
HIV-Präventionsverhalten angeregt	Prozent von befragten MigrantInnen, die regelmäßig Kondome nutzen	Vorher-Nachher Befragung (Pre-Post-Befragung)	Prozent Befragte	Projektanfang und -ende			
Inanspruchnahme von HIV-Tests erhöht	Anzahl der in Anspruch genommenen HIV-Tests in der Zielgruppe	Befragung oder Daten der zuständigen und durchführenden Institutionen (Vorher-Nachher-Vergleich)	Anzahl (Veränderung in Prozent)	Projektanfang und -ende			

Indikator	Definition	Datensammlung und -quelle	Einheit	Zeitpunkt der Erfassung	Verantwortung Datenerhebung	Ausgangswert	Zielwert
Strukturen der HIV Prävention							
Strukturen der kultursensiblen HIV Prävention verbessert	Anzahl von geschulten Fachkräften im Gesundheitswesen (z.B. Krankenhäusern, Arztpraxen etc.)	Fortlaufende Dokumentation	Anzahl	Projektende			
	Anzahl von durchgeführten Schulungen für Fachpersonal im Gesundheitswesen (z.B. Krankenhäusern, Arztpraxen etc.)	Fortlaufende Dokumentation	Anzahl	Projektende			
Kultursensible Kommunikation							
Zugänglichkeit zu kultursensiblen Informationen zu HIV Prävention erhöht	Anzahl von Informationsmaterialien in verschiedenen Sprachen (z.B. Broschüren, Flyer, Webpage, Radio Spots, TV Spots, Artikel in Zeitungen)	Fortlaufende Dokumentation	Anzahl	Projektende			
	Anzahl verteilter Informationsmaterialien (Broschüren, Kondome etc.)	Fortlaufende Dokumentation	Anzahl	Projektende			
	Zugriffe auf Webpage	Fortlaufende Dokumentation	Anzahl	Projektende			

Literaturhinweise

- Antonovsky, A. (1997). Salutogenese: Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Deutsche erw. Ausgabe von A. Franke. Tübingen: Dgvt-Verlag.
- Aggleton, P. (2001). HIV/AIDS in Europe: the challenge for health promotion research. *HealthEduc. Res.*, 16(4), 403-409.
- Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration (2007). *Gesundheit und Integration: Ein Handbuch für Modelle guter Praxis (2. Überarbeitete Auflage)*. Berlin: Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration.
- Beier, S. (2005). Afrikanische Migranten in Deutschland und ihr Umgang mit HIV/AIDS. *curare* 28, 2+3, 188-200.
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2010). *Kriterien guter Praxis in der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten: Ansatz – Beispiele – Weiterführende Informationen (Gesundheitsförderung konkret, Band 5, 4. Erweiterte und überarbeitete Aufl.)*. Köln: BzgA.
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2001). *Qualitätsmanagement in Gesundheitsförderung und Prävention: Grundsätze, Methoden und Anforderungen (Forschung und Praxis in der Gesundheitsförderung, Band 15)*. Köln: BzgA.
- Deardorff, D. K. (2006). Identification and Assessment of Intercultural Competence as a Student Outcome of Internationalization. *Journal of Studies in International Education*, 10 (3), 241-266.
- Deblonde, J., De Koker, P., Hamers, F. F., Fontaine, J., Luchters, S. & Temmerman, M. (2010). Barriers to HIV testing in Europe: a systematic review. *Eur J Public Health*, first published online: February 1, 2010.
- Del Amo, J., Likatavicius, G., Pérez-Cachafeiro, S., Hernando, V., González, C., Jarrín, I., Noori, T., Hamers, F. F., Bolúmar, F. (2011). The epidemiology of HIV and AIDS reports in migrants in the 27 European Union countries, Norway and Iceland: 1999-2006. *European Journal of Public Health*, 21 (5), 620-626.
- Drewes, J. & Sweers, H. (Hrsg.) (2010). *Strukturelle Prävention und Gesundheitsförderung im Kontext von HIV (AIDS-Forum DAH, Band 57)*. Berlin: Deutsche AIDS-Hilfe.
- Fakoya, I., Reynolds, R., Caswell, G. & Shiripinda, I. (2008). Barriers to HIV testing for migrant black Africans in Western Europe. *HIV Med.*, 9(2), 23-25.
- Gesundheit Berlin (2008a). *Aktiv werden für Gesundheit: Gesunde Lebenswelten schaffen (Arbeitshilfen für Prävention und Gesundheitsförderung im Quartier, Heft 1)*. Berlin: Gesundheit Berlin e.V.
- Gesundheit Berlin (2008b). *Aktiv werden für Gesundheit: Erfahrungen nutzen – Qualität stärken (Arbeitshilfen für Prävention und Gesundheitsförderung im Quartier, Heft 5)*. Berlin: Gesundheit Berlin e.V.

- Gräser, S. Krischke, N., & Koch-Göppert, G. (2010). Kultursensible Gesundheitskommunikation – Ansatzpunkte für Planung und Strategieentwicklung. *Prävention*, 3 (33), 83-86.
- Gräser, S., Krischke, 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. Schriftenreihe 3 des Instituts für Public Health und Pflegeforschung. Bremen: Universität Bremen.
- Joint United Nations Programme on HIV/AIDS(2010). Global report: UNAIDS report on the global AIDS epidemic. Verfügbar unter http://www.unaids.org/globalreport/global_report.htm [12.05.2012]
- Kolip, P., Ackermann, G., Ruckstuhl, B. & Studer, H. (Hrsg.) (2012). Gesundheitsförderung mit System. quint-essenz - Qualitätsentwicklung in Projekten der Gesundheitsförderung und Prävention. Hans Huber: Bern.
- Kolip, P. & Müller, V.E. (Hrsg.) (2009). Qualität von Gesundheitsförderung und Prävention. Bern: Hans Huber.
- Kreuter, M. W., Lukwago, S. N., Bucholtz, D. C., Clark, E. M. & Sanders-Thompson, V. (2003). Achieving Cultural Appropriateness in Health Promotion Programs: Targeted and Tailored Approaches. *Health Education Behavior*, 30, 133-146.
- Prost, A. (2005). A review of research among black African communities affected by HIV in the UK and Europe (Rep. No. Occasional Paper No. 15). Glasgow: Medical Research Council, Social and Public Health Sciences Unit.
- Resnikow, K., Baranowski, T., Ahluwalia, J.S. & Braithwaite, R. L. (1999). Cultural Sensitivity in Public Health: Defined and Demystified. *Ethnicity & Disease*, 9, 1999, 10-21.
- Robert-Koch-Institut (2012a). HIV bei MigrantInnen in Deutschland. *Epidemiologisches Bulletin*, 3, 19-26. http://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2012/03/Art_01.html?nn=2374210
- Robert-Koch-Institut (2012b). *Epidemiologisches Bulletin*, 46, 415-428. http://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2011/Ausgaben/46_11.pdf?__blob=publicationFile
- Robert Koch Institut (2008). Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Migration und Gesundheit. Berlin. http://www.gbe-bund.de/gbe10/owards.prc_show_pdf?p_id=11713&p_sprache=D
- Rosenbrock, R. (2007). Aids-Prävention – Ein Erfolgsmodell in der Krise. In: *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, vol. 50, no. 4, 432-441.
- Rotheram-Borus, M.J., Swendeman, D. & Chovnick, G. (2009). The Past, Present, and the Future of HIV Prevention: Integrating Behavioral, Biomedical, and Structural Intervention Strategies for the Next generation of HIV Prevention. *AnnuRevClinPsychol.*, 5, 143-167.
- Ruckstuhl, B., Somaini, B. & Twisselmann, W. (2008). Förderung der Qualität in Gesundheitsprojekten: der Public Health Action Cycle als Arbeitsinstrument (elektronische Version). Zürich: Institut für Sozial- und Präventivmedizin.
- Ruckstuhl B, Somaini B, Twisselmann W. (1997) Förderung der Qualität in Gesundheitsprojekten. Der Public Health Action Cycle als Arbeitsinstrument. Bern: Radix Gesundheitsförderung.
- UNAIDS (2005). Intensifying HIV prevention: UNAIDS policy position paper. Genf: UNAIDS. http://data.unaids.org/publications/irc-pub06/jc1165-intensif_hiv-newstyle_en.pdf

Glossar

AIDS: Acquired Immune Deficiency Syndrome

AIDS & Mobility: EU-gefördertes europäisches Netzwerk von Organisationen, die kultursensible HIV/AIDS Prävention für MigrantInnen und ethnische Minoritäten anbieten und befördern mit dem Ziel die Verletzlichkeit in Bezug auf HIV bei MigrantInnen und mobilen Populationen zu reduzieren

Community: Gemeinschaft, die durch bestimmte Gemeinsamkeiten wie z.B. die sozialräumliche Verortung oder gleiche ethnische Herkunft miteinander verbunden ist

Dissemination: Verteilung und Verbreitung von Forschungsergebnissen in Praxis, Politik und Forschung

Empowerment: Strategie durch Aufdeckung und Stärkung der Ressourcen von Menschen um sie zu befähigen, selbstbestimmt und autonom ihre Interessen zu vertreten und ihr Leben zu gestalten

Endemie: Gehäuftes andauerndes Auftreten einer Krankheit in einer bestimmten Population oder Region

Evidenzbasierte Prävention: Ansatz, bei dem Projekte auf den besten verfügbaren wissenschaftlichen und praktischen Erkenntnissen zur effektiven und hochwertigen Prävention aufbauen

Evaluation: Prozess, in dem Projekte und deren Ergebnisse nach zuvor festgelegten Zielen und Kriterien unter dem Einsatz von wissenschaftlichen Methoden bewertet werden

Fokusgruppe: Leitfadengestützte moderierte Gruppendiskussion, die beispielsweise in der qualitativen Sozialforschung Anwendung findet

Gender: Im Gegensatz zum biologischen Geschlecht bezeichnet „Gender“ die sozio-kulturelle Dimension von Geschlecht und drückt sich in sozialen und kulturellen Konstruktionen aus

HIV: Human Immunodeficiency Virus

Integrationsrat (auch Ausländerräte): Gremium, das als Interessenvertretung ausländischer EinwohnerInnen in den Gemeinden wirkt

KAP-Studie: Eine KAP-Studie (**K**nowledge, **A**ttitudes, **P**ractice) erfasst Wissen, Einstellungen und Verhalten einer Zielgruppe

MiMi – („Mit Migranten für Migranten“): Interkulturelles Projekt zur Erweiterung des Wissen von MigrantInnen über Gesundheit und der Verbesserung der Nutzung deutscher Gesundheitsdienste unter Einsatz von MigrantInnen als MultiplikatorInnen

Monitoring: Prozess, bei dem Projekte im Verlauf fortlaufend z.B. anhand von zeitlichen Meilensteinen in Hinblick auf die Umsetzung überprüft werden

MSM: Männer, die Sex mit Männern haben

MultiplikatorIn: Person, die erhaltene Informationen an mehrere Personen der Zielgruppe weiterleitet und dadurch vervielfacht

Partizipation: Einbeziehung und Teilhabe von Mitgliedern einer Gruppe in Entscheidungs- und Willensbildungsprozesse

Peer-education: Gesundheitsbildung durch Personen aus derselben Zielgruppe

Public Health Action Cycle: Kreislauf, der die Prozesse von Präventionsprojekten beschreibt mit ihren vier Phasen Problemdefinition, Strategieformulierung, Implementierung/Umsetzung und Evaluation

Salutogenese: Komplexes Modell zu Entstehung von Gesundheit, das sich im Gegenteil zur Pathogenese (der Entstehung von Krankheit) vor allem mit den Ressourcen für Gesundheit befasst (Antonovsky, 1997)

Setting: Abgrenzbare Lebenswelt wie Gemeinde, Schule, Stadt, Betrieb mit Zielsetzung einer umfassenden Gesundheitsförderung und Prävention

SMART-Kriterien: Kriterien für die Form der Definition und Festlegung von Zielen eines Projektes; die Abkürzung steht für „Spezifisch, Messbar, Akzeptiert, Realistisch und Terminierbar“

STD/STI: Sexually Transmitted Disease (sexuell übertragbare Krankheit)/Sexually Transmitted Infection (sexuell übertragbare Infektion)

SWOT-Analyse: Analyseform, die Stärken, Schwächen, Chancen und Risiken eines Projektes im Vorfeld untersucht

Anhang

Checklisten-Kopiervorlagen

Im Folgenden werden die oben dargelegten Checklisten ohne Erläuterungen als Kopiervorlagen wiedergegeben. Diese können dann sowohl zur Abschlussevaluation eines Präventionsprojekts als auch zur Planung, Umsetzung und/oder fortlaufenden Evaluation der Qualität des Projektes verwendet werden

- Checkliste Bestandsanalyse
- Checkliste Projektentwicklung und -planung
- Checkliste Prozesssteuerung und Evaluation

Idealerweise werden die Checklisten bereits am Anfang eines Projektes zur fortlaufenden Überprüfung der Qualität jeder Phase angewendet; dadurch kann auf eine fehlende oder nicht ausreichende Berücksichtigung einzelner Qualitätskriterien rechtzeitig reagiert werden. Gleichzeitig verschaffen die Checklisten allen AkteurInnen eine Orientierungsstruktur für die einzelnen Phasen im Projektverlauf.

Die einzelnen Qualitätskriterien und deren Berücksichtigung im Projekt können so durch gezielte Fragen überprüft und durch Einschätzung auf einer 4-stufigen Skala bewertet werden.

Skala:

- „Trifft nicht zu“
- „Trifft nur in Ansätzen zu“
- „Trifft in weiten Teilen zu“
- „Trifft vollständig zu“

Checkliste Bestandsanalyse

<p>Bitte schätzen Sie jedes Kriterium daraufhin ein, in welchem Ausmaß es bei der Bestandsanalyse berücksichtigt wurde. Setzen Sie für jedes Kriterium jeweils in der entsprechenden Spalte nur ein Kreuz für:</p> <ul style="list-style-type: none"> • „Trifft nicht zu“ • „Trifft nur in Ansätzen zu“ • „Trifft in weiten Teilen zu“ • „Trifft vollständig zu“ 	Trifft nicht zu	Trifft nur in Ansätzen zu	Trifft in weiten Teilen zu	Trifft vollständig zu
Bedarf & Bedürfnisse				
Werden epidemiologische und sozio-demografische Daten (soweit vorhanden) in die Analyse miteinbezogen?				
Werden geschlechtsspezifische Besonderheiten erfasst?				
Wurde eine Analyse der Struktur der Prävention und Versorgung durchgeführt? (z.B. SWOT-Analyse)				
Wurden Schlüsselpersonen und Experten der Zielgruppe aus dem Setting in den Prozess der Bedarfs-/Bedürfnisermittlung eingebunden?				
Wurden Zugangswege zur Zielgruppe und zu Schlüsselpersonen und Experten im Setting hergestellt?				
Wurden der Bedarf und die Bedürfnisse der Zielgruppe im Bereich HIV und AIDS erhoben?				
Wurden Schulungs- oder Trainingsbedarfe für die Zielgruppe ermittelt?				
Wurde analysiert, welche Einstellungen zu HIV und AIDS und Prävention in der Zielgruppe und im Setting vorliegen?				
Wurden die relevanten sozialen und kulturellen Werte der MigrantInnen in die Planung des Projektes einbezogen?				
Wurden spirituelle/religiöse Aspekte berücksichtigt?				
Wurden Schulungs- oder Trainingsbedarfe für die Schlüsselpersonen und MultiplikatorInnen ermittelt?				

<p>Bitte schätzen Sie jedes Kriterium daraufhin ein, in welchem Ausmaß es bei der Bestandsanalyse berücksichtigt wurde. Setzen Sie für jedes Kriterium in der entsprechenden Spalte (nur) ein Kreuz für:</p> <ul style="list-style-type: none"> • „Trifft nicht zu“ • „Trifft nur in Ansätzen zu“ • „Trifft in weiten Teilen zu“ • „Trifft vollständig zu“ 	Trifft nicht zu	Trifft nur in Ansätzen zu	Trifft in weiten Teilen zu	Trifft vollständig zu
Wurden evidenzbasierte Strategien aus anderen nationalen oder internationalen Projekten berücksichtigt?				
Wurden die ermittelten Bedarfe und Bedürfnisse mit der Zielgruppe abschließend diskutiert und vorrangige Handlungsfelder im Setting festgelegt?				
Übergeordnete Strategien				
Wurde überprüft, in welche übergeordneten internationalen, nationalen oder lokalen Strategien das Projekt eingebunden werden kann?				
Wurde überprüft, welche Synergien mit existierenden Strategien und Netzwerken hergestellt werden können?				
Wurden mögliche Kooperationen mit den jeweiligen Ansprechpartnern der Netzwerke abgeklärt? (z.B. durch Kooperationstreffen)				
Good Practice - Lernen & Innovation				
Wurde überprüft, welche ähnlichen Interventionen oder Projekte vorhanden sind? (Situationsanalyse)				
Haben Gespräche zum Erfahrungsaustausch mit den jeweiligen Ansprechpartnern stattgefunden?				
Wurde überprüft, welche Stärken und Schwierigkeiten bei ähnlichen Interventionen vorliegen und wie diese Erfahrungswerte bei dem geplanten Projekt integriert werden? (SWOT-Analyse)				

<p>Bitte schätzen Sie jedes Kriterium daraufhin ein, in welchem Ausmaß es bei der Bestandsanalyse berücksichtigt wurde. Setzen Sie für jedes Kriterium in der entsprechenden Spalte (nur) ein Kreuz für:</p> <ul style="list-style-type: none"> • „Trifft nicht zu“ • „Trifft nur in Ansätzen zu“ • „Trifft in weiten Teilen zu“ • „Trifft vollständig zu“ 	Trifft nicht zu	Trifft nur in Ansätzen zu	Trifft in weiten Teilen zu	Trifft vollständig zu
Rahmenbedingungen				
Wurde analysiert, welche aktuellen politischen, rechtlichen und gesellschaftlichen Rahmenbedingungen das Projekt beeinflussen können? (SWOT-Analyse)				
Wurde eine Strukturanalyse durchgeführt?				
Wurde eine Situationsanalyse durchgeführt?				
Wurde analysiert, ob mit Widerstand zu rechnen ist und von wem?				

Checkliste Projektentwicklung und -planung

Bitte schätzen Sie jedes Kriterium daraufhin ein, in welchem Ausmaß es bei der Projektentwicklung und -planung berücksichtigt wurde. Setzen Sie für jedes Kriterium in der entsprechenden Spalte (nur) ein Kreuz für: <ul style="list-style-type: none"> • „Trifft nicht zu“ • „Trifft nur in Ansätzen zu“ • „Trifft in weiten Teilen zu“ • „Trifft vollständig zu“ 	Trifft nicht zu	Trifft nur in Ansätzen zu	Trifft in weiten Teilen zu	Trifft vollständig zu
Zielformulierung				
Wurde ein übergeordnetes Projektziel definiert, das sich aus den Ergebnissen der Bestandsanalyse klar begründet?				
Wurde die zu erreichende(n) Zielgruppe(n) klar definiert und eingegrenzt?				
Wurde ein Zeitplan mit Aktivitäten und Meilensteinen festgelegt?				
Wurden Ober- und Unterziele für das Projekt definiert?				
Wurden Indikatoren gebildet, anhand derer die Zielerreichung überprüft werden kann?				
Wurden bei der Formulierung der Indikatoren die SMART-Kriterien berücksichtigt?				
Wurde ein Evaluationsplan erstellt?				
Konzeption: Setting & Nachhaltigkeit				
Wird die Zielgruppe aktiv in Zielformulierung, Planung oder Umsetzung der Maßnahmen eingebunden (Grad der Partizipation)?				
Wurde analysiert, welche Ressourcen benötigt werden, um Partizipation zu befördern?				
Zielt das Projekt auf eine Verbesserung des Verhaltens und der Verhältnisse für die Zielgruppe?				
Zielt das Projekt auf eine Nutzung und Stärkung der Ressourcen der Zielgruppe (Empowerment)?				

<p>Bitte schätzen Sie jedes Kriterium daraufhin ein, in welchem Ausmaß es bei der Projektentwicklung und -planung berücksichtigt wurde. Setzen Sie für jedes Kriterium in der entsprechenden Spalte (nur) ein Kreuz für:</p> <ul style="list-style-type: none"> • „Trifft nicht zu“ • „Trifft nur in Ansätzen zu“ • „Trifft in weiten Teilen zu“ • „Trifft vollständig zu“ 	Trifft nicht zu	Trifft nur in Ansätzen zu	Trifft in weiten Teilen zu	Trifft vollständig zu
Sind die Maßnahmen niedrigschwellig gestaltet?				
Beinhaltet das Projekt die Neuorientierung vorhandener Dienste?				
Beinhaltet das Projekt Ansätze, um längerfristige und nachhaltige Prozesse anzustoßen?				
Sind die spezifischen Geschlechterrollen hinterfragt und in die Planung integriert worden?				
Gibt es spezielle Angebote für Frauen und Männer?				
Gibt es spezielle Angebote für Jugendliche?				
Netzwerkbildung				
Wurde überprüft, mit welchen Akteuren und Schlüsselpersonen kooperiert werden kann?				
Wurde festgelegt, wie die Zusammenarbeit sinnvoll, verbindlich und nachhaltig gestaltet werden kann?				
Wird die Netzwerkarbeit kontinuierlich reflektiert und werden neue Partnerschaften angestoßen?				
Projektstruktur & Finanzierung				
Hat das Projekt ausreichend Kompetenz und Ressourcen zur Durchführung der Intervention zur Verfügung?				
Sind Aktivitäten und in dem Kontext auch Aufgaben, Kompetenzen und Verantwortlichkeiten der Mitarbeiter und Kooperationspartner klar definiert und verbindlich festgelegt? (Aktivitätenplan)				
Sind Weiterbildungen und Trainings zum Kompetenzausbau der Mitarbeiter und Kooperationspartner eingeplant?				

<p>Bitte schätzen Sie jedes Kriterium daraufhin ein, in welchem Ausmaß es bei der Projektentwicklung und -planung berücksichtigt wurde. Setzen Sie für jedes Kriterium in der entsprechenden Spalte (nur) ein Kreuz für:</p> <ul style="list-style-type: none"> • „Trifft nicht zu“ • „Trifft nur in Ansätzen zu“ • „Trifft in weiten Teilen zu“ • „Trifft vollständig zu“ 	Trifft nicht zu	Trifft nur in Ansätzen zu	Trifft in weiten Teilen zu	Trifft vollständig zu
Ist die Kommunikationsstruktur nach innen und außen klar festgelegt?				
Sind die erforderlichen finanziellen Ressourcen auf allen Ebenen der Intervention kalkuliert und gesichert (Eigen- bzw. Drittmittel)?				
Partizipation und Kultursensibilität				
Wird die Migrantinnen-Perspektive im Projekt angemessen vertreten (z.B. durch Kooperationen mit MigrantInnenvertretungen oder ähnlichen Netzwerken oder im Beirat)?				
Sind MigrantInnen in die Implementierung des Projektes eingebunden (im Projektteam oder als MultiplikatorInnen)?				
Sind ausreichend kulturelle Kompetenzen bei den Durchführenden des Projektes vorhanden?				
Sind Informationen in Projektmaterialien zielgruppenspezifisch aufbereitet (z.B. Sprache, Lay-out, Kommunikationsmittel und -wege)?				
Sind die Herkunftsländer und Sprachkenntnisse in der Planung beachtet worden?				
Wurde die Kultursensibilität der Projektmaterialien überprüft (Pre-Test)?				
Wurden Genderperspektiven in der Strategieentwicklung und Planung miteinbezogen?				
Wurden Alters-Perspektiven in der Strategieentwicklung und Planung miteinbezogen?				
Wurden kulturelle Aspekte in der Strategieentwicklung und Planung miteinbezogen?				

<p>Bitte schätzen Sie jedes Kriterium daraufhin ein, in welchem Ausmaß es bei der Projektentwicklung und -planung berücksichtigt wurde. Setzen Sie für jedes Kriterium in der entsprechenden Spalte (nur) ein Kreuz für:</p> <ul style="list-style-type: none"> • „Trifft nicht zu“ • „Trifft nur in Ansätzen zu“ • „Trifft in weiten Teilen zu“ • „Trifft vollständig zu“ 	Trifft nicht zu	Trifft nur in Ansätzen zu	Trifft in weiten Teilen zu	Trifft vollständig zu
Ist das geplante Projekt hinsichtlich stigmatisierender und diskriminierender Elemente hinterfragt worden?				
Sind diese Aspekte mit der Zielgruppe selber diskutiert worden?				
Sind spirituelle/religiöse Aspekte bei der Planung berücksichtigt worden?				
Ist die Planung des Projektes hinsichtlich der Beschaffenheit und Bedingungen in der Community überprüft und abgestimmt?				
Ist überprüft worden, ob Formen sozialer Unterstützung für das Projekt eingesetzt werden?				
Ist die Dimension möglicher sozialer Kontrolle bei der Planung bedacht worden?				

Checkliste Prozesssteuerung und Evaluation

Bitte schätzen Sie jedes Kriterium daraufhin ein, in welchem Ausmaß es bei der Prozesssteuerung und Evaluation berücksichtigt wurde. Setzen Sie für jedes Kriterium in der entsprechenden Spalte (nur) ein Kreuz für: <ul style="list-style-type: none"> • „Trifft nicht zu“ • „Trifft nur in Ansätzen zu“ • „Trifft in weiten Teilen zu“ • „Trifft vollständig zu“ 	Trifft nicht zu	Trifft nur in Ansätzen zu	Trifft in weiten Teilen zu	Trifft vollständig zu
Prozesssteuerung				
Wird die Erreichung von Zwischenzielen und Meilensteinen dokumentiert und prozessorientiert evaluiert?				
Wird gegebenenfalls eine erneute Überprüfung durchgeführt und die Intervention angepasst?				
Erfolgt eine Budgetkontrolle? Werden ggf. rechtzeitig neue Fördermittel akquiriert, um die Nachhaltigkeit zu sichern?				
Feedback				
Sind Feedbacktreffen eingebaut?				
Werden Konflikte frühzeitig und angemessen gelöst?				
Dokumentation & Evaluation der Zielerreichung				
Wurde ein für alle Beteiligten verbindliches Dokumentationssystem festgelegt (Prozess-Monitoring)?				
Sind die technischen Voraussetzungen geschaffen (PCs, Programme)?				
Wurde bestimmt, wie die Evaluation aussehen soll (intern/extern)?				
Bei externer Evaluation: Wurde geklärt, welche externen PartnerInnen oder Kooperationen für die Evaluation geeignet sind und wurden diese festgelegt und vereinbart?				
Wurden Ressourcen für die Evaluation festgelegt (finanziell, personell, organisatorisch)?				
Wurde bestimmt, welche Evaluationsmethoden und Instrumente für die Evaluation eingesetzt werden sollen?				
Wurde die mögliche Notwendigkeit von Schulungen der ProjektmitarbeiterInnen und KooperationspartnerInnen bedacht, um die Evaluation durchführen zu können?				
Wurde ein Evaluationsplan erstellt und/oder wurde festgelegt, wann welche Evaluationsinstrumente und Methoden zur Anwendung kommen?				
Wurde die Zielerreichungen (Ober-/Unterziele) überprüft und dokumentiert?				
Nachhaltigkeit & Transfer				
Wurden Prozesse bei der Zielgruppe angestoßen, die sich über das Projekt hinaus verstetigen könnten?				
Wurden Strukturen und Angebote für MigrantInnen nachhaltig verändert bzw. implementiert?				
Werden die Ergebnisse und Erfahrungen der Intervention für Andere nutzbar gemacht (Verbreitung)?				

Die Autorinnen und Autoren

Dr. phil. Silke Gräser, Jg. 1963, Diplom-Psychologin, Internationale Expertin und Beraterin für Evaluation & Monitoring im Gesundheitswesen, Ass. Mitglied des Institutes für Public Health und Pflegeforschung (IPP), ehem. Vertretungsprofessorin Gesundheitsförderung und Prävention, Fachbereich Gesundheitswissenschaften Universität Bremen. Forschungsschwerpunkte: Gesundheitsförderung und Prävention, Evaluation und Qualitätssicherung, HIV, Reproduktive Gesundheit.

Email: graeser@uni-bremen.de



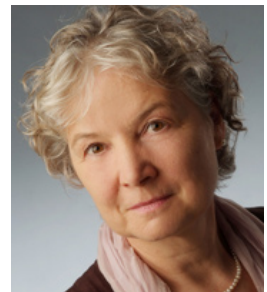
Prof. Dr. Heino Stöver, Jg. 1956, Diplom-Sozialwissenschaftler, Professor für Sozialwissenschaftliche Suchtforschung Fachbereich ‚Gesundheit und Soziale Arbeit‘ Fachhochschule Frankfurt am Main, Direktor des Instituts für Suchtforschung an der Fachhochschule Frankfurt am Main. Forschungsschwerpunkte: Gesundheitsförderung für marginalisierte Menschen (Drogenabhängigkeit, virale Infektionskrankheiten, Haft etc.), HIV, Qualitätssicherung.

Email: hstoever@fb4.fh-frankfurt.de



Dr. phil. Gudrun Koch-Göppert, Jg. 1952, Diplom-Psychologin, Wissenschaftliche Mitarbeiterin der FU Berlin, Abteilung Klinische Psychologie und Psychotherapie. Psychotherapeutische Tätigkeit im freier Praxis. Forschungsschwerpunkte: Qualitätssicherung im Gesundheitswesen, HIV, Bewusstseinswissenschaften.

Email: gudrun.koch-goeppert@fu-berlin.de



PD Dr. phil. habil. Norbert Krischke, Jg. 1959, Diplom-Psychologe, zur Zeit Mitglied der Abteilung Klinische Psychologie und Psychotherapie bei Frau Prof. Renneberg an der FU Berlin. Psychologischer Psychotherapeut. Selbstständig als niedergelassener Psychotherapeut in eigener Praxis. Forschungsschwerpunkte: Qualitätssicherung im Gesundheitswesen in den Bereichen Krebs, Schizophrenie und HIV.

Email: norbert.krischke@fu-berlin.de



