



HIV-Prävention für & mit Migrant*innen

Standards | Praxisbeispiele | Grundlagen

Tanja Gangarova

aidshilfe.de



Herausgeberin:

Deutsche Aidshilfe e. V. Wilhelmstraße 138 10963 Berlin www.aidshilfe.de dah@aidshilfe.de

2021

Bestellnummer: 114102

Redaktion: Tanja Gangarova **Bearbeitung:** Anja Feldhorst

Die Autor*innenschaft der Praxisbeispiele liegt bei den jeweiligen Projekten

und bei den angegebenen Kontaktpersonen.

Gestaltung: Carmen Janiesch

Druck: Das Druckteam Berlin, Gustav-Holzmann-Str. 6, 10317 Berlin

Spenden für die DAH:

Deutsche Aidshilfe e. V.

IBAN: DE27 1005 0000 0220 2202 20

BIC: BELADEBEXXX

online: www.aidshilfe.de

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

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

Unter Mitwirkung von ...

Ahmed Awadalla und Sophie Kortenbruck, Berliner Aids-Hilfe

Hapsatou Oudini, AIDS-Hilfe Hamburg

Liad Hussein Kantorowicz, Peer-Projekt, Hydra e. V.

Robert Akpabli, Gesundheitsamt Bremen

Robert Lüdtke und Timo Müller, man*Check Berlin

Rufin Kendall, Pierre Mayamba und Stephan Gellrich, Netzwerk MiSSA (Aidshilfe NRW e. V.)

Gino Freiwald, PaSuMi-Dortmund/Aidshilfe Dortmund

Tanja Gangarova und Alphonsine Bakambamba, Deutsche Aidshilfe e. V.

Clement Matweta, cse gGmbH Essen (Caritas/SKF Essen)

Heike Müller und **Meite Lamuño**, Zentrum für sexuelle Gesundheit und Familienplanung Charlottenburg-Wilmersdorf, Berlin

Melike Yildiz, Mobile Theatergruppe AfroLebenPlus – "Theater des Lebens"

Ingrid Kenne, Braunschweiger AIDS-Hilfe

Larisa Solovyeva und Michael Chor, PaSuMi Berlin, BerLUN/Berliner Aids-Hilfe e. V.

Bettina Deuschle, AIDS-Hilfe Freiburg

Dr. Ulrich Marcus, Robert Koch-Institut (RKI)

Prof. Dr. Anja Dieterich, Katholische Hochschule für Sozialwesen Berlin (KHSB)

Mirjam Schülle, Universität Kassel

Kim Annakathrin Ronacher, Kulturwissenschaftlerin, Trainerin, systemische Coach und Supervisorin

Verena Meyer, Empowerment- und Critical-Whiteness-Trainerin

Prof. Dr. Hella von Unger, Ludwig-Maximilians-Universität München

Inhalt

8 EINLEITUNG

12 QUALITÄTSSTANDARDS

- 13 Übersicht über die Qualitätsstandards
- 15 Nähere Erläuterung der Qualitätsstandards
 - 15 Präambel
 - 15 1. Community-basierte Prävention
 - 17 2. Vernetzung und Zusammenarbeit
 - 19 3. Beratung
 - 20 4. Strukturen und Organisation
 - 22 5. Schulung von Multiplikator*innen

24 PRAXISBEISPIELE

25 1. Safer-Welcome-Projekt

Ahmed Awadalla und Sophie Kortenbruck, Berliner Aids-Hilfe e. V., Berlin

28 2. Cards and Conversation – niedrigschwelliges HIV- und STI-Präventionsangebot für LSBTIQ*-Geflüchtete

Robert Lüdtke und Timo Müller, man*Check (Männer*, Sex, Gesundheit) in Berlin

- 31 3. Wir Sex-Arbeiter*innen bauen im Hydra-Café unsere Communities auf Liad Hussein Kantorowicz, Peer-Projekt, Hydra e. V., Berlin
- **4. Communities kennenlernen durch Community-Mapping**Gino Freiwald, PaSuMi Dortmund, aidshilfe Dortmund e. V. (Drogenkontaktcafé Kick)

5. Öffentlicher Dienst bedeutet Dienst für die Öffentlichkeit – das schließt alle ein Zentrum für sexuelle Gesundheit und Familienplanung, Bezirksamt Charlottenburg-Wilmersdorf – Gesundheitsamt, Berlin

40 6. Gemeinsam forschen (Peer-Research)

Larisa Solovyeva und Michael Chor, PaSuMi Berlin, BerLUN/Berliner Aids-Hilfe e. V.

43 7. African Rainbow-Präventionsveranstaltungen in den afrikanischen Treffpunkten und HIV-Prävention in der Kirche – das geht!?

cse gGmbH Essen (Caritas - SKF Essen) /die Schleife Fachstelle für HIV und STI

45 8. Der Afroshop als Präventionsort

Afrika-Projekt, Gesundheitsamt Bremen

- **9. Gesundheitsbotschafter*innen sorgen für Bewegung in der HIV-Prävention** Café Afrika, AIDS-Hilfe Hamburg e. V.
- 51 10. Netzwerk MiSSA NRW Migration und HIV

Ein zielgruppenspezifisches Projekt der Aidshilfen Düsseldorf Essen und NRW

54 11. Eine mobile Theatergruppe klärt auf

Mobile Theatergruppe AfroLebenPlus - "Theater des Lebens"

- **12. STI-Testangebote für Sexarbeiterinnen in der aufsuchenden Arbeit**Bettina Deuschle, AIDS-Hilfe Freiburg
- 59 13. "Afrikanische Treffen" in der Braunschweiger AIDS-Hilfe Ingrid Kenne, Braunschweiger AIDS-Hilfe e. V.
- 61 14. "Deine Gesundheit, Dein Glaube" HIV-Prävention in afrikanischen Kirchengemeinden

Tanja Gangarova und Alphonsine Bakambamba, Deutsche Aidshilfe e. V. (DAH), Berlin

64 RAHMENTEXTE: GRUNDLAGEN DER PRÄVENTIONSARBEIT

- **1.** Informationen zur Epidemiologie von HIV bei in Deutschland lebenden Migrant*innen Dr. Ulrich Marcus
- 70 2. Eine Diskriminierung kommt selten allein Intersektionalität in die Praxis umsetzen Verena Meyer und Kim Annakathrin Ronacher
- 75 3. Partizipative Qualitätsentwicklung und Partizipation

Tanja Gangarova und Karl Lemmen

79 4. Alte Probleme und neue Verschärfungen -

Prof. Dr. Anja Dieterich und Mirjam Schülle

- 84 ANHANG
- 85 Tipps zum Weiterlesen
- 86 Links
- 87 Glossar
- 89 Quiz zur Selbsteinschätzung



VORWORT



Liebe Mitarbeiter*innen, liebe Kolleg*innen, liebe Leser*innen,

Diversität und Standards – das mag zunächst wie ein Widerspruch klingen, betonen wir doch an vielen Stellen, dass Migrant*innen keine homogene Gruppe sind, dass ihre Communities sich ebenso unterscheiden wie ihre Lebenswelten und Zugehörigkeiten sowie ihre Lebensverhältnisse, je nach lokalen Gegebenheiten. Bei der Lektüre unseres Handbuchs wird jedoch deutlich, dass Vielfalt durch Qualitätsstandards erst ermöglicht und gesichert werden kann – vor allem auf der Ebene der Prozessqualität. Hier nämlich wird Vielfalt zum gelebten Programm, sie steht im Mittelpunkt der Arbeit und ist der Schlüssel zu erfolgreicher HIV-Prävention.

Immer mehr Aidshilfen setzen das Konzept von Diversity und Intersektionalität um. Deshalb engagieren sich auch immer mehr Migrant*innen haupt- und ehrenamtlich in der HIV-Prävention, was wiederum dazu führt, dass die Zahl der Migrant*innen, die sich als Ratsuchende an Aidshilfen und Beratungsstellen wenden, ständig zunimmt. Das ist gut so, zeigt sich darin doch, dass wir auf dem Weg hin zu einer für alle zugänglichen HIV-Prävention, -Beratung und -Versorgung sind.

Unser Handbuch baut auf den Erfahrungen auf, die der DAH-Fachbereich Migration seit 2008 in der partizipativen Arbeit gesammelt hat, ebenso auf dem Know-how vieler haupt- und ehrenamtlich Tätigen in den Aidshilfen und bei Kooperationspartner*innen. Das Wissen, das in den gemeinsamen Projekten und in der Arbeitsgruppe, die diese Qualitätsstandards entwickelt hat, zusammengetragen wurde, ist "bottom up" in dieses Handbuch eingeflossen. Allen Mitwirkenden sei herzlich gedankt!

Die Qualitätsstandards sollen dabei helfen, die Voraussetzungen zu schaffen, um Migrant*innen an der Entwicklung von Angeboten der HIV-Prävention beteiligen zu können, und sie sollen es ermöglichen, dass Migrant*innen gleichberechtigten Zugang zu Information, Beratung und Versorgung erhalten. Viele der Standards sind uns vertraut, manche erinnern uns an die Grundprinzipien unserer Arbeit, andere erfordern es, dass Organisationen umdenken und in die Schaffung inklusiver Räume oder in Fortbildung investieren.

Deutlich wird auch: Migrant*innen gibt es in jeder Zielgruppe der HIV-Prävention und Aidshilfe-Arbeit, weshalb zielgruppenspezifische Angebote für sie genauso zugänglich sein müssen wie für alle anderen. Manchmal ist es jedoch notwendig, für Migrant*innen – und natürlich mit ihnen – spezielle Angebote zu entwickeln. Und nicht zuletzt geht es immer um Kooperation und Vernetzung als Bedingung und Strategie für gelingende Arbeit.

Das Handbuch vereint Theorie und Praxis und erläutert anhand von Beispielen, wie die Qualitätsstandards umgesetzt werden können, sei es in Settings wie Erstaufnahmeeinrichtungen, in Afroshops oder Kirchengemeinden. Zugleich stellen wir Methoden vor, wie etwa das Präventionstheater oder das Community-Mapping, und skizzieren Präventionsangebote für Gruppen wie Sexarbeiter*innen oder Menschen, die Drogen konsumieren.

Wir wollen Unterstützung geben beim Einstieg in die Arbeit für und mit Migrant*innen, bei der Überprüfung der bisher geleisteten Arbeit in diesem Feld sowie beim Ausbau oder der Initiierung von Projekten für die Zielgruppe. Unser Handbuch ist eine Einladung an alle, HIV-Prävention mit und für Migant*innen kreativ und interdisziplinär zu gestalten. Wir wünschen uns, dass es breite Anwendung findet und zum Erfolg eurer und Ihrer eigenen Arbeit beiträgt!

Berlin, November 2020 Silke Klumb, Geschäftsführung Deutsche Aidshilfe e. V.



EINLEITUNG



HIV-Prävention für & mit Migrant*innen – Standards, Praxisbeispiele, Grundlagen

Wie lassen sich Qualitätsstandards für die HIV-Prävention für & mit Migrant*innen erarbeiten? Lassen sich überhaupt "Standards" entwickeln? Diese Frage ist wesentlich, denn kaum ein Bereich der Prävention ist so stark von Veränderung, Vielfalt (Diversität) und unterschiedlichen Voraussetzungen für die Präventionsarbeit geprägt wie die HIV-Prävention für & mit Migrant*innen. Die Situation ist von Einrichtung zu Einrichtung, von Bundesland zu Bundesland und von Stadt zu Stadt anders; die Gruppen und Communities, die besondere Angebote benötigen, unterscheiden sich; die beteiligten Partner*innen sind in keinem Ort gleich. Auch die Interventionsmethoden, die eingesetzt werden, sind vielfältig, um dem lokalen Bedarf zu entsprechen und die oft dynamischen Migrant*innen-Gruppen und Communities in verschiedenen Settings zu erreichen. Trotz oder vielleicht gerade wegen dieser großen Unterschiede haben wir Qualitätsstandards entwickelt, die die Vielfalt zum Programm machen und auf die Entwicklung lokal spezifischer Partnerschaften und Angebote setzen. Neben den "Standards" haben wir Praxisbeispiele aufgearbeitet, um gar nicht erst den Eindruck entstehen zu lassen, es gäbe eine standardisierte One-fits-all-Lösung.

Die Antwort auf die beiden Eingangsfragen lautet daher: Qualitätsstandards für die HIV-Prävention für & mit Migrant*innen lassen sich erarbeiten – durch Partizipative Qualitätsent-

wicklung, das heißt, indem Mitarbeiter*innen sowie betroffene Gruppen und Communities an der Entwicklung von Qualitätsmaßnahmen beteiligt werden. Mit Beteiligung meinen wir Partizipation mit Entscheidungsmacht. Zwei Jahre lang haben wir zusammengearbeitet, um unsere Erfahrungen und Kenntnisse im Feld "HIV und Migration" in verbindlichen Qualitätsstandards und in Praxisbeispielen festzuhalten. Wir, das sind Mitarbeiter*innen aus dem DAH-Verband, Kooperationspartner*innen sowie Community-Vertreter*innen, die teilweise über 20 Jahre in diesem Bereich Erfahrungen gesammelt haben. Wir haben gemeinsam bestimmt, was "Qualität" bedeutet. Maßnahmen zur Qualitätsentwicklung wurden gemeinsam entwickelt, sodass sie genau auf den lokalen Kontext zugeschnitten sind und von uns als nützlich und praktikabel erachtet werden. Im vorliegenden Arbeitsbuch werden die von uns partizipativ erarbeiteten Qualitätsstandards und Praxisbeispiele zusammengeführt. Ergänzt wird dieses Praxiswissen durch Rahmentexte, die die theoretischen Grundlagen der Präventionsarbeit beleuchten.

Wie dieses Arbeitsbuch entstanden ist

Während der Arbeit in den zum Teil abgeschlossenen Modellprojekten der DAH – "Partizipation und Kooperation in der HIV-Prävention für

& mit Migrant*innen (PaKoMi)", "Deine Gesundheit, Dein Glaube - HIV-Prävention in der Kirche", "AfroLebenVoice - unsere Stimmen gegen Diskriminierung" -, die in Kooperation mit lokalen Aidshilfen, ÖGDs, Migrant*innenselbstorganisationen und Wissenschaftler*innen durchgeführt wurden, wurde klar: Wer gute HIV-Prävention für & mit Migrant*innen ermöglichen möchte, muss Voraussetzungen für die Teilhabe von Migrant*innen schaffen. Diversity und Intersektionalität müssen in den Einrichtungen als übergreifende Arbeitsansätze etabliert werden. Die Mehrdimensionalität der Identitäten und Zugehörigkeiten der Migrant*innen und ihre Beteiligungsmöglichkeiten müssen stärker als bisher berücksichtigt werden. Migrant*innen, Schwarze Menschen und People of Color sind zumeist von mehreren Formen von Diskriminierung und/oder Rassismus betroffen, die sich gegenseitig verstärken. Daher braucht es in unseren Organisationen eine umfassende Auseinandersetzung mit Rassismus, mit anderen Formen von Diskriminierung und mit deren Ineinandergreifen. Um diesen Anspruch bundesweit zu verwirklichen, startete die DAH auf Wunsch engagierter Verbandsorganisationen eine Reihe von Konzeptseminaren mit dem Titel "Erfahrungswerte und Qualitätsstandards in der HIV-Prävention für & mit Migrant*innen". Ziel war es, die wichtigsten Grundlagen der Präventionsarbeit in Form von Qualitätsstandards und Praxisbeispielen zusammenzuführen. Damit will der Verband die Qualität der Präventionsarbeit mit & für Migrant*innen bundesweit sichern und verbessern.

Im Rahmen der fünf Workshops (2013–2015, Update 2019), die jeweils zwei Tage dauerten, wurden Mitarbeitende der Mitgliedsorganisationen, weitere Kooperationspartner*innen vor Ort (z. B. Prostitutions-, Drogen- und MSM-Projekte, Gesundheitszentren und -ämter, Caritas) sowie Vertreter*innen von Migrant*innen-Communities methodisch und fachlich darin unterstützt, ihr lokales Wissen zu nutzen, zu reflektieren und zu erweitern. Dabei bestimmten sie selbst, was "Qualität" in der HIV-Prävention für & mit Migrant*innen bedeutet.

Qualitätsstandards

Nach intensiven Diskussionen haben wir fünf Bereiche der praktischen Präventionsarbeit identifiziert. Wir sind überzeugt, dass in diesen fünf Bereichen Standards für strukturelle Voraussetzungen, Prozessgestaltung und Ergebnisse sinnvoll, klar formulierbar und umsetzbar sind.

Diese gemeinsam entwickelten Standards sind:

- Community-basierte Prävention: Stationen und Arbeitsschritte in der Zusammenarbeit mit Migrant*innen-Communities
- Vernetzung und Zusammenarbeit: Stationen und Schritte im Aufbau nachhaltiger Kooperationen
- ▶ Beratung: Was ist bei der Beratung von Migrant*innen zu beachten?
- Strukturen und Organisation: Schritte der Umsetzung eines Diversity-Konzepts als Fortsetzung der bereits gestarteten Prozesse der interkulturellen Öffnung des DAH-Verbands
- Standards für Multiplikator*innen: Was ist bei der Ausbildung von Community-Vertreter*innen zu beachten?

Aufgrund der strukturellen Ausgrenzungen und Barrieren in der Versorgung für bestimmte Migrant*innen-Gruppen haben wir uns hauptsächlich auf Standards für die HIV-Primärprävention konzentriert. So wäre es beispielsweise zum jetzigen Zeitpunkt nicht zielführend, Standards für die Versorgung von Menschen ohne Papiere (Illegalisierte) oder Krankenversicherung zu formulieren, weil ihnen ein gleichberechtigter Zugang zu den entsprechenden Versorgungsangeboten per Gesetz erschwert oder verweigert wird. An dieser Stelle ist zunächst politische Arbeit gefordert (→ Rahmentext 4, S. 79).

Praxisbeispiele

In einem weiteren Schritt haben wir Praxisbeispiele gesammelt, um das lokal Spezifische und das Besondere an Projekten mit & für Migrant*-innen sichtbar zu machen. Nicht alle Aspekte in der Arbeit mit Migrant*innen lassen sich standardisieren: Was in Hamburg gut läuft, muss

nicht unbedingt auch in Freiburg oder Berlin funktionieren. Praktiker*innen und Migrant*innenselbstorganisationen können sich aber von anderen Projekten inspirieren lassen und ihre Konzepte an die Gegebenheiten der eigenen Organisation und der örtlichen Migrant*innen-Community anpassen. Die vierzehn ausgewählten Praxisbeispiele sollen daher vor allem als Anregung dienen. Sie spiegeln die Vielfalt unserer Arbeit und Communities wider und leben von der Zusammenführung verschiedener Perspektiven. Beteiligt haben sich Community-Partner*innen und Mitarbeiter*innen aus den Bereichen Aidshilfe, Sexarbeit, Drogengebrauch, MSM (→ Glossar, S. 87), Arbeit mit afrikanischen Communities, Migrant*innenselbstorganisationen usw. Die vorgestellten Präventionsmethoden, -settings und -ansätze reichen von der Anwendung partizipativer Methoden zur Bedarfserhebung wie Community-Mapping und Peer Research über den Einsatz von kunstbasierten Methoden wie Theater und Vor-Ort-Aktionen (Kochen) bis hin zu Präventionsmaßnahmen in verschiedenen Settings (Flüchtlingsunterkünften, Kirchen, Afroshops, Bordellen, Drogenszene usw.).

Rahmentexte: Grundlagen der Präventionsarbeit

Als Vertiefung und fundierten Hintergrund für die Praxisarbeit haben wir Textbausteine zu wichtigen Grundlagen der Präventionsarbeit für & mit Migrant*innen verfasst: zum Konzept "Intersektionalität" (→ Rahmentext 2, S. 70), zu den Ansätzen "Partizipation" und "partizipative Qualitätsentwicklung" (→ Rahmentext 3, S. 75), zur HIV/Aids-Epidemiologie im Feld Migration (→ Rahmentext 1, S. 65) und zu Hindernissen für Migrant*innen beim Zugang zur medizinischen Versorgung (→ Rahmentext 4, S. 79).

Mit diesem Arbeitsbuch ...

... wenden wir uns in erster Linie an die Mitarbeiter*innen der Deutschen Aidshilfe und ihrer Mitgliedsorganisationen sowie an die im DAH- Verband ausgebildeten Multiplikator*innen der HIV/STI-Prävention sowie der Suchthilfe und Suchprävention. Angesichts der großen Unterschiede zwischen den Einrichtungen ist uns bewusst, dass die von uns erarbeiteten Standards nicht von allen gleichermaßen umgesetzt werden können. Eine Aidshilfe, die mit zwei ehrenamtlichen Mitarbeiter*innen arbeitet, wird sicherlich andere Prioritäten setzen (müssen) als eine größere und stärker professionalisierte Aidshilfe. Wir hoffen aber, dass unsere Qualitätsstandards als verbindliche Orientierung wahrgenommen werden, die auch kleinere Einrichtungen als Inspiration nutzen (→ Quiz zur Selbsteinschätzung, S. 89). Wir freuen uns auch, wenn weitere Akteur*innen im Arbeitsfeld Migration - z. B. Gesundheitszentren und -ämter, Caritas, Diakonie oder Migrant*innenselbstorganisationen (MSO) - unser Arbeitsbuch für die Gestaltung einer lebensweltnahen, Community-basierten HIV-Prävention für & mit Migrant*innen einsetzen. Es vereinfacht, unterstützt und fördert die Zusammenarbeit und Vernetzung der verschiedenen Akteur*innen.

Unser Dank gilt allen, die an der Entstehung dieses Arbeitsbuchs mitgewirkt haben (→ Unter Mitwirkung von, S. 3). Einen besonderen Dank verdienen die beteiligten Einrichtungen und Mig rant*innenselbstorganisationen, die nicht in unserem Verband organisiert sind. Ihre Mitarbeit an diesem Projekt war nicht selbstverständlich, aber eine wertvolle Bereicherung – wie bei allen anderen gemeinsamen Vorhaben. Bedanken möchten wir uns ebenso bei Prof. Dr. Hella von Unger für ihre hilfreiche Moderation, bei Anja Feldhorst für ihr flexibles Lektorat.

Wir hoffen, dass wir mit diesem Buch ein Instrument geschaffen haben, das Ihre Arbeit mit & für Migrant*innen unterstützt und verbessert. Wir freuen uns auf Ihr Feedback und weitere Anregungen, denn Qualitätsentwicklung ist für uns kein abgeschlossener Prozess!

Berlin, November 2020 Tanja Gangarova, Fachreferentin für Migration der Deutschen Aidshilfe e. V.



QUALITÄTSSTANDARDS



Übersicht über die Qualitätsstandards

Präambel

Migration ist ein Querschnittsthema. Alle Angebote sind für Migrant*innen zugänglich. Darüber hinaus richten sich spezielle Angebote an Gruppen mit besonderen Bedarfen. Es wird grundsätzlich die Mehrdimensionalität der Identitäten und Zugehörigkeiten von Menschen berücksichtigt.

1. Community-basierte Prävention

- 1.1 Community-basierte Prävention wird mit Vertreter*innen der Zielgruppen und Communities (Hauptamtliche, Schlüsselpersonen, Multiplikator*innen, Peers) geplant und umgesetzt – dies impliziert auch die gemeinsame Festlegung des jeweiligen Bedarfs.
- 1.2 Community-basierte Prävention ist ressourcenorientiert und trägt zur Befähigung (Empowerment), Kompetenzbildung (Capacitybuilding) und Selbstorganisation der beteiligten Migrant*innen bei.
- 1.3 Community-basierte Prävention findet in den Lebenswelten der Gruppen und Gemeinschaften statt.
- 1.4 Die Präventionsangebote berücksichtigen die Heterogenität der Migrant*innen-Com-

- munities und sind sprachlich und visuell passend.
- 1.5 Die Beteiligung von Community-Partner*innen wird angemessen entlohnt oder entschädigt.
- 1.6 Community-basierte HIV-Prävention für & mit Migrant*innen ist Teil einer umfassenderen Gesundheitsförderung und verändert nicht nur das Verhalten, sondern auch Verhältnisse.
- 1.7 Der Abbau von Stigma und Diskriminierung sowie die Auseinandersetzung mit Rassismus und rassistischen Strukturen spielen in der Community-basierten Prävention eine zentrale Rolle.

2. Vernetzung und Zusammenarbeit

- 2.1 Mögliche Kooperationspartner*innen müssen nicht zwingend aus den Bereichen Gesundheit, Recht oder Soziales kommen; vielmehr wird auf lebensweltliche Bezüge geachtet.
- 2.2 Es wird gemeinsam geklärt, welche Migrant-*innen-Communities erreicht werden sollen und wie sie beschaffen sind.
- 2.3 Ziele und Zeitraum der Kooperationen werden gemeinschaftlich festgesetzt, regelmäßig überprüft und weiterentwickelt. Rollen,

- Aufgaben und Verantwortlichkeit der Kooperationspartner*innen werden definiert, dokumentiert und transparent gemacht.
- 2.4 Kooperation ist ein dynamischer Prozess. Veränderungen oder Anpassungen werden ermöglicht.
- 2.5 Gegenseitiger Respekt, Wertschätzung und Transparenz sind Grundlagen der Kooperation.

3. Beratung

- 3.1 In der persönlichen Beratung ist die sprachliche Verständigung gesichert, ggf. durch das Hinzuziehen von Sprach- oder Kulturmittler*innen sowie professionellen Dolmetscher*innen.
- 3.2 Es werden keine Familienangehörigen, Bekannten oder sonstigen nicht als Sprachoder Kulturmittler*innen bzw. Dolmetscher-*innen qualifizierten Personen eingesetzt.
- 3.3 Es werden mehrsprachige und an der Lebenswelt sowie dem Lebensstil (Drogenkonsum, MSM usw.) orientierte Infomaterialien in verschiedenen Formaten und über verschiedene Kanäle bereitgestellt und genutzt.
- 3.4 Jede*r Klient*in wird mit seinen*ihren Kompetenzen und Ressourcen für die eigene Lebenssituation wahrgenommen, akzeptiert und unterstützt.

4. Strukturen und Organisation

- 4.1 Das Diversity-Konzept bzw. die intersektionale Praxis ist im Leitbild der Einrichtungen verankert und spiegelt sich in allen Fachbereichen, Angeboten und Dienstleistungen sowie in der Personalpolitik wider. In der Öffentlichkeitsarbeit wird die Diversity bzw. intersektionale Ausrichtung ausdrücklich kommuniziert.
- 4.2 Das Thema Migration wird durch eine zentrale Stelle für Migration in der DAH koordiniert
- 4.3 Bei allen Stellenausschreibungen werden Menschen mit Migrationserfahrungen und Lebensweltnähe gezielt beworben und bei gleicher Qualifikation bevorzugt.

- 4.4 Alle zukünftigen Mitarbeiter*innen der Einrichtungen beherrschen mindestens eine Fremdsprache; der Erwerb und die Auffrischung von Fremdsprachen aller Mitarbeiter*innen werden gefördert (auch Deutsch als Fremdsprache).
- 4.5 Alle Mitarbeiter*innen (insbesondere die Leitungskräfte) der Einrichtungen nehmen an mindestens einem Training zur Diversity oder Intersektionalität teil. Das kontinuierliche Angebot von Fortbildungen zu diesen Themen wird für alle Mitarbeiter*innen sichergestellt.
- 4.6 Mitarbeiter*innen, die vorwiegend mit Migrant*innen arbeiten, nutzen die speziellen DAH-Fortbildungen und Angebote anderer Einrichtungen im Bereich Migration.

5. Schulung von Multiplikator*innen

- 5.1 Die Multiplikator*innen-Schulungen für Migrant*innen werden von divers zusammengesetzten Teams durchgeführt.
- 5.2 Migrant*innen, die sich für die Multiplikator*innen-Schulungen der DAH bewerben, müssen eine Anbindung vor Ort nachweisen oder aktiv darin unterstützt werden, eine zu finden.
- 5.3 Die Multiplikator*innen-Schulungen orientieren sich an dem Schulungscurriculum der DAH.
- 5.4 Die Multiplikator*innen-Schulungen sind für die Teilnehmer*innen kostenlos.
- 5.5 Die Multiplikator*innen-Aktionen vor Ort werden, soweit möglich, honoriert.
- 5.6 Die lokalen Einrichtungen stellen den Multiplikator*innen Räume, Materialien und Give-aways zur Verfügung.
- 5.7 Multiplikator*innen erhalten Zugang zu Supervision bzw. Intervision.
- 5.8 Ausgebildete Multiplikator*innen haben die Möglichkeit, andere Fortbildungsangebote der DAH zu besuchen.
- 5.9 Die Zertifizierung von Multiplikator*innen ist an den Besuch von Schulungen geknüpft.

Nähere Erläuterung der Qualitätsstandards

Präambel

Migration ist ein Querschnittsthema. Alle Angebote sind für Migrant*innen zugänglich. Darüber hinaus richten sich spezielle Angebote an Migrant*innen-Gruppen mit besonderen Bedarfen. Es wird grundsätzlich die Mehrdimensionalität der Identitäten und Zugehörigkeiten von Menschen berücksichtigt.

Migrant*innen finden sich in jeder Zielgruppe oder Community und werden von allen Fachbereichen berücksichtigt. Dort, wo es notwendig ist, werden spezielle Angebote für Migrant*innen entwickelt (z. B. für Migrant*innen, die sich keiner unserer Zielgruppen zuordnen können, für Menschen ohne Papiere oder Versicherung, Geflüchtete usw.). Kein Mensch ist z. B. nur ein Mann, Migrant, Person of Color (POC), jung oder Muslim, Drogengebraucher und/oder Stricher. Menschen werden vielmehr durch das Zusammenspiel der verschiedenen Dimensionen (Mehrfachzugehörigkeit) charakterisiert – dies wird bei der Entwicklung und Umsetzung von präventiven Maßnahmen mitgedacht.

1. Community-basierte Prävention

1.1 Community-basierte Prävention wird mit Vertreter*innen der Zielgruppen und Communities (Schlüsselpersonen, Multiplikator*innen, Peers) geplant und umgesetzt – dies impliziert auch die gemeinsame Festlegung des jeweiligen Bedarfs.

Nicht jede Community benötigt eine spezifische HIV-Prävention. Da, wo es angezeigt ist, werden Maßnahmen gemeinsam geplant. Bestimmte Personen in den Communities sind gut vernetzt und können Türen öffnen (Schlüsselpersonen). Zudem gibt es Personen, die bereit sind, als Multiplikator*innen bzw. Peers in ihren Communities aktiv zu werden. Diese Personen werden in die Bedarfsanalyse, Entwicklung und Durchführung von Präventionsangeboten einbezogen, wenn möglich mit Entscheidungsmacht (→ Stufenmodell der Partizipation ab Stufe 6; Rahmentext 3, S. 77). Die Methode Community-Mapping kann bei der Bedarfserhebung helfen (→ Praxisbeispiel 4, S. 34).

1.2 Community-basierte Prävention ist ressourcenorientiert und trägt zur Befähigung (Empowerment), Kompetenzbildung (Capacity-building) und Selbstorganisation der beteiligten Migrant*innen bei.

Häufig ist die Außenperspektive auf Migrant*innen-Communities defizit- und problemorientiert. Es ist jedoch zielführender und angemessener, die Stärken und Ressourcen von Communities zu sehen, zu nutzen und zu stärken. Fließt das sprachliche, lebensweltliche und kulturelle Wissen der Communities in die Planungen mit ein, hilft das, die jeweiligen Lebenswelten besser zu verstehen und Präventionsmaßnahmen zielgruppennah zu gestalten.

Die Selbstbestimmung der Migrant*innen-Gruppen wird gefördert, ihre Communities werden gestärkt und ihre Gesundheitschancen verbessert. Communities leben vom Engagement ihrer Mitglieder. Dieses Engagement kann unterstützt werden, indem Räumlichkeiten und Ressourcen zur Selbstorganisation, aber auch Aufwandsentschädigungen (auch in nicht-materieller Form) bereitgestellt werden. Auch gemeinsame Ziele und Aktionen oder die Stärkung der Handlungskompetenz (z. B. Schulungen von Ehrenamtlichen) u. Ä. befördern das Engagement der Community-Mitglieder.

1.3 Community-basierte Prävention findet in den Lebenswelten der Gruppen und Gemeinschaften statt.

Community-basierte Prävention ist eine aufsuchende Arbeit. Sie findet dort statt, wo sich die Menschen aufhalten, z. B. in Kultur- und Sportvereinen, Kirchengemeinden (→ Praxisbeispiel 9, S. 49 oder Praxisbeispiel 14, S. 61), Afroshops (→ Praxisbeispiel 8, S. 46), Erstaufnahmeeinrichtungen für queere Geflüchtete (→ Praxisbeispiel 2, S. 28), Wohnungen und Bordellen (→ Pra-

xisbeispiel 12, S. 57 oder Praxisbeispiel 3, S. 31), in der Drogenszene (→ Praxisbeispiel 4, S. 34) usw.

1.4 Die Präventionsangebote berücksichtigen die Heterogenität der Migrant*innen-Communities und sind sprachlich und visuell passend.

Migrant*innen-Communities sind heterogene Gruppen. Daher ist es oft notwendig, die Angebote auf Untergruppen zuzuschneiden. Das können z.B. Angebote für Frauen oder Männer, für Jugendliche, queere Geflüchtete, Sexarbeiter*innen oder drogengebrauchende Menschen sein.

Die Angebote und eingesetzten Medien sind mehrsprachig. Darüber hinaus ist es wichtig, auf einen angemessenen Ausdruck (Sprachstil) in der jeweiligen Sprache zu achten, der verständlich und respektvoll ist. Der Einsatz von Bildern (Abbildungen, Piktogramme) und – bei Bedarf – Videos ist sehr hilfreich. Wichtig ist auch, in den eingesetzten Medien mehr positive Bilder von Migrant*innen zu zeigen sowie Stigmatisierung und Klischees zu vermeiden. Die Migrant*innen werden in die Gestaltung der Medien einbezogen.

1.5 Die Beteiligung von Community-Partner*innen wird angemessen entlohnt oder entschädigt.

Die Mitarbeit von Community-Partner*innen wird durch Beschäftigungsverhältnisse, Honorarverträge und Aufwandsentschädigungen unterstützt. Angemessene Entlohnung oder Entschädigung ist ein Zeichen von Wertschätzung. Manchmal ist sie auch eine notwendige Voraussetzung dafür, dass Community-Partner*innen mitarbeiten und ihre Zeit und Kompetenzen zur Verfügung stellen können.

1.6 Community-basierte HIV-Prävention für & mit Migrant*innen ist Teil einer umfassenderen Gesundheitsförderung und verändert nicht nur das Verhalten, sondern auch Verhältnisse.

In der Regel ist HIV/AIDS nicht das einzige oder wichtigste gesundheitliche Anliegen der Communities. Es ist leichter, Interesse zu wecken und ins Gespräch zu kommen, wenn es umfassend um das Wohlbefinden von Migrant*innen geht. Deshalb kann eine thematische Einbettung von Angeboten der HIV-Prävention in andere Angebote der Gesundheitsförderung, Frauengesundheit, Jugendgesundheit, Schwangerschaftsberatung und in Informationen über den Zugang zum Gesundheitssystem hilfreich sein.

Viele Probleme in der HIV-Prävention für & mit Migrant*innen entstehen u. a. durch rechtliche und soziale Benachteiligung. Strukturelle Prävention ist daher auch bei der HIV-Prävention für & mit Migrant*innen konsequent mitzudenken und umzusetzen. Konkret heißt das, dass sich unser Dachverband (die Deutsche Aidshilfe) und unsere Mitgliedsorganisationen für eine Veränderung der gesellschaftlichen Verhältnisse (Strukturen) einsetzen müssen, die HIV-Risiken und Schutzverhalten von Migrant*innen beeinflussen (Anti-Rassismus und Anti-Diskriminierungskampagnen, Öffentliche Arbeit, Lobbyarbeit, Fachtagungen usw.). Präventionsangebote und Maßnahmen, die den gesellschaftlichen Rahmen von individuellem Verhalten nicht berücksichtigen, können schnell ins Leere laufen.

1.7 Der Abbau von Stigma spielt in der Community-basierten Prävention eine zentrale Rolle.

Auch in Migrant*innen-Communities ist HIV/Aids häufig tabuisiert und HIV-positive Menschen werden stigmatisiert. Diese Ausgrenzung erschwert den Umgang mit der

Erkrankung und behindert die HIV-Prävention. Migrant*innen, die mit HIV/Aids leben, trauen sich nur selten, in ihren Communities offen über ihren HIV-Status zu sprechen. Um das Reden über HIV/Aids zu erleichtern, helfen Kampagnen und Aktionen, Stigmata, Tabus und Diskriminierung abzubauen (→ Praxisbeispiele 11, S. 54 und 13, S. 59). Migrant*innen, die sich zu ihrer HIV-Infektion bekennen, werden unterstützt (z. B. von religiösen Führer*innen und anderen Schlüsselpersonen) und aktiv in die Präventionsarbeit einbezogen.

2. Vernetzung und Zusammenarbeit

In der HIV-Prävention für & mit Migrant*innen spielen Partner*innenschaften und Kooperationen eine zentrale Rolle. Die Situation, Bedürfnisse und Diskriminierungserfahrungen von Migrant*innen sind teilweise sehr komplex, sodass Fachkenntnisse und Dienstleistungen von Einrichtungen aus verschiedenen Bereichen (Recht, Soziales, Gesundheit etc.) gefragt sind. Durch eine Zusammenarbeit lassen sich die jeweiligen Stärken nutzen und kombinieren. Erreichbarkeit, Beratung und Versorgung der Zielgruppen können verbessert, das lebensweltorientierte Konzept weiterentwickelt und nachhaltige Strukturen für HIV-Prävention aufgebaut werden.

2.1 Mögliche Kooperationspartner*innen müssen nicht zwingend aus den Bereichen Gesundheit, Recht oder Soziales kommen; vielmehr wird auf lebensweltliche Bezüge geachtet.

Es gibt in fast jeder Stadt oder Region Migrant*innenselbstorganisationen (MSO), die in der jeweiligen Community gut vernetzt sind und die Interessen ihrer Mitglieder vertreten. Eine Kooperation mit MSO ist wichtig, um Migrant*innengruppen in ihren Lebensbezügen (Communities) zu erreichen

und bedarfsgerechte Maßnahmen gemeinsam zu entwickeln. Community-Mapping-Verfahren (auch Träger-Mapping) können eingesetzt werden, um weitere potenzielle Partner*innen vor Ort zu identifizieren (→ Praxisbeispiel 4, S. 34).

2.2 Es wird gemeinsam geklärt, welche Migrant*innen-Communities erreicht werden sollen und wie sie beschaffen sind.

Migrant*innen bilden nicht automatisch eine (homogene) Zielgruppe. Damit Kooperationen erfolgreich angestoßen werden können, ist es wichtig, gemeinsam die zu erreichende(n) Gruppe(n) möglichst genau zu definieren. Dabei hilft das Zusammentragen von vorhandenen Informationen zur Situation in der jeweiligen Stadt oder Region (soziodemografische und epidemiologische Daten, Bedürfnisse unterschiedlicher Bevölkerungsgruppen, vorhandene Angebote der Gesundheitsförderung, Selbsthilfegruppen usw.).

2.3 Ziele und Zeitraum der Kooperationen werden gemeinschaftlich festgesetzt, regelmäßig überprüft und weiterentwickelt. Rollen, Aufgaben und Verantwortlichkeit der Kooperationspartner*innen werden definiert, dokumentiert und transparent gemacht.

Die Ziele der Kooperation werden nicht von den Mitgliedsorganisationen der DAH vorgeschrieben, sondern mit den Partner*innen gemeinsam festgelegt. Bei der Erarbeitung der Ziele können entweder eine außenstehende Person oder wechselnde Personen aus der Kooperation die Moderation übernehmen, um eine Zusammenarbeit auf Augenhöhe zu ermöglichen. Ziele sind so konkret wie möglich zu formulieren und ihre Umsetzung ist an einen Zeitplan gebunden (SMART, → Glossar, S. 88).

Alle Teilnehmer*innen tragen die Verantwortung für den Erfolg der Kooperation. MSO sind dabei gleichwertige Partner*innen und fungieren als Expert*innen ihrer Community und nicht nur als "Türöffner*innen".

Durch Sitzungsprotokolle und Kooperationsvereinbarungen werden Rollen, Aufgaben, Verantwortlichkeiten und Ziele dokumentiert und transparent gemacht.

2.4 Kooperation ist ein dynamischer Prozess. Veränderungen oder Anpassungen werden ermöglicht.

Im Laufe einer Kooperation können sich Fragestellungen, Ziele oder Akteur*innen ändern. Gerade MSO verfügen oft nur über eingeschränkte Ressourcen und arbeiten ehrenamtlich. Daher ist die Kontinuität nicht immer gegeben (ein*e Partner*in kann auch vorzeitig abspringen). Regelmäßige Reflexion, z. B. durch Prozessevaluation, ist wichtig, um den Prozess anzupassen, ggf. neue Schwerpunkte zu setzen und die Motivation der Beteiligten aufrechtzuerhalten.

2.5 Gegenseitiger Respekt, Wertschätzung und Transparenz sind Grundlagen der Kooperation.

Kooperation ist freiwillig. Um Bedingungen für eine Partner*innenschaft auf Augenhöhe zu schaffen, ist auf die Art der Kommunikation (Face-to-Face, Telefon, Zoom oder E-Mail), die Häufigkeit der Treffen und eine freundliche Atmosphäre zu achten. Konflikte gehören dazu und werden konstruktiv bearbeitet.

3. Beratung

Die bereits im Bereich der HIV-Prävention geltenden Standards sind auch im Rahmen der Beratungsarbeit mit Migrant*innen konsequent umzusetzen. Sie können in der DAH-Broschüre "HIV- und STI-Test – Informationen und Standards" nachgelesen werden (→ Tipps zum Weiterlesen, S. 85). Sie werden durch die folgenden Standards ergänzt.

3.1 In der persönlichen Beratung ist die sprachliche Verständigung gesichert, ggf. durch das Hinzuziehen von Sprachoder Kulturmittler*innen sowie professionellen Dolmetscher*innen.

Es darf keine Beratung stattfinden, wenn eine ausreichende sprachliche Verständigung nicht möglich ist. Ein*e Berater*in sollte nichts unternehmen, ohne das Anliegen des*der Klient*in genau zu kennen. Falls der*die Berater*in mit seinen*ihren eigenen sprachlichen Kompetenzen keine Verständigung herstellen kann, werden Sprach- oder Kulturmittler*innen bzw. Dolmetscher*innen hinzugezogen.

Gemeinsam mit dem*der Klient*in wird entschieden, welche*r Dolmetscher*in die Beratung begleitet. Manchmal möchten Klient*innen gerade keinen*keine Dolmetscher*in aus dem eigenen Kulturkreis oder der eigenen Community. Dann kann auch auf andere Sprachen als die Muttersprache zurückgegriffen werden. Die Verständigung muss aber auf jeden Fall gewährleistet sein.

In vielen großen Städten gibt es Sprach- oder Kulturmittler*innen-Pools, die über gut ausgebildete Sprach- und Kulturmittler*innen verfügen. Oft haben diese selbst einen Migrationshintergrund und sind speziell für das Dolmetschen in sozialen und medizinischen Settings geschult. Wichtig ist, dass die Sprach- und Kulturmittler*innen der Schweigepflicht unterliegen.

Die Berater*innen stellen sicher, dass die Sprach- oder Kulturmittler*innen zu HIV-bezogenen Themen dolmetschen können. Berater*innen arbeiten aktiv mit ihnen zusammen. Dazu gehört, sie angemessen auf die spezifische Situation der Beratung zu HIV vorzubereiten (Vertraulichkeit, sensible Informationen, Begriffe, Sprechen über Sexualität etc.). Die Sprachmittler*innen oder Dolmetscher*innen können nachfragen, wenn sie etwas selbst nicht genau verstehen. Bei Bedarf wird die Beratungssituation mit den Sprachmittler*innen oder Dolmetscher*innen vor- oder nachbesprochen.

3.2 Es werden keine Familienangehörigen, Bekannten oder sonstigen nicht qualifizierten Personen als Sprach- oder Kulturmittler*innen bzw. Dolmetscher*innen eingesetzt.

Familienangehörige, besonders Kinder oder Partner*innen, sind keine neutralen Übersetzer*innen. Eine korrekte Übersetzung ist aufgrund von Machtgefälle, unterschiedlichen Interessen, internen Dynamiken, falsch verstandener Rücksichtnahme usw. nicht gesichert. Vereidigte Dolmetscher*innen unterliegen per se der Schweigepflicht und werden geschult, eine angemessene Distanz zu wahren. Sprach- oder Kulturmittler*innen können von der jeweiligen Stelle zur Verschwiegenheit verpflichtet werden.

3.3 Es werden mehrsprachige und an der Lebenswelt sowie dem Lebensstil (Drogenkonsum, MSM usw.) orientierte Infomaterialien in verschiedenen Formaten bereitgestellt und genutzt.

Infomaterialien gibt es in vielfältigen Formaten, z. B. Videos, Piktogramme, Infomappen, Broschüren, Flyer etc. Geeignete, das heißt auch sprachlich passende Materialien werden an Orten zur Verfügung gestellt, die von Migrant*innen aufgesucht werden,

wie Migrationsberatungsstellen, Migrant*innenselbstorganisationen (MSO), Schwangerschaftsberatungsstellen, Krankenhäuser usw.

3.4 Jede*r Klient*in wird mit seinen*ihren Kompetenzen und Ressourcen für die eigene Lebenssituation wahrgenommen, akzeptiert und unterstützt.

Migrant*innen verfügen über vielfältige Ressourcen und Kompetenzen, um ihre Lebenssituation zu bewältigen. Diese werden in der Beratung erkannt und genutzt. Die Migrant*innen werden unterstützt, ihre Ressourcen und Kompetenzen zu erweitern und einzusetzen. Die Klient*innen werden z. B. über relevante Bereiche des deutschen Sozialversicherungssystems informiert und bei der Umsetzung notwendiger Schritte unterstützt, bei Bedarf in Kooperation mit fachlich qualifizierten Einrichtungen.

4. Strukturen und Organisation

4.1 Das Diversity-Konzept ist im Leitbild der Einrichtungen verankert und spiegelt sich in allen Fachbereichen wider. In der Öffentlichkeitsarbeit wird die Diversity-basierte Ausrichtung ausdrücklich kommuniziert.

In der täglichen Präventionsarbeit erleben wir, dass sich die Communities und Menschen, mit denen wir arbeiten, in vielerlei Hinsicht unterscheiden und ständig verändern. Zum einen unterscheiden sie sich z. B. in Bezug auf ihr Geschlecht, Alter, Sprache, Religionszugehörigkeit, körperlich-geistige Fähigkeiten, sexuelle Orientierung bzw. Identität usw. Zum anderen gibt es auch Unterschiede hinsichtlich der HIV-Risiken (Drogengebrauch, Sexarbeit, MSM usw.). Es ist wichtig, dabei zu beachten, dass kein Mensch z. B. nur ein Mann, Migrant, Person

of Color, Muslim, jung, Stricher oder Drogengebraucher ist, sondern vielmehr durch das Zusammenspiel verschiedener Dimensionen charakterisiert wird. Migrant*innen finden sich also in jeder Zielgruppe oder Community. Auch unser Verband und unsere Mitarbeiter*innen sind heterogen. Der Diversity- bzw. intersektionelle Ansatz (→ Rahmentext 2, S. 70) ermöglicht, den Umgang mit der vorhandenen Vielfalt produktiv und wertschätzend zu gestalten und Präventionsmaßnahmen so zu entwickeln, dass sie vorhandene Unterschiede und sich daraus ergebende sprachliche, kulturelle, rechtliche und andere Bedarfe und Beteiligungsmöglichkeiten berücksichtigen.

Die Medien der Öffentlichkeitsarbeit werden in verschiedenen Sprachen und Formaten angeboten. Die gendergerechte Sprache wird dabei berücksichtigt – eine Möglichkeit bietet das in diesem Arbeitsbuch verwendete Gendersternchen (z. B.: Migrant*innen) (→ Glossar, S. 87). Es wird mit mehr positiven Bildern unserer Communities und Zielgruppen gearbeitet, am besten mit ihrer Beteiligung.

4.2 Das Thema Migration wird durch eine zentrale Stelle für Migration in der DAH koordiniert.

Eine zentrale Stelle für Migration auf Bundesebene ist notwendig, um die Arbeit der jeweiligen Fachreferate zu koordinieren und in ein Gesamtkonzept einzubetten. Zudem existieren bisher für Migrant*innen, die sich keiner anderen Zielgruppe zuordnen lassen, kaum eigene Angebote. Dazu können u.a. Geflüchtete, queere Geflüchtete oder Menschen ohne Krankenversicherung zählen. Sie nehmen sich selbst als "Allgemeinbevölkerung" wahr, fühlen sich jedoch von den entsprechenden Kampagnen oft nicht angesprochen. Deshalb muss für diese Gruppen ein Angebot entwickelt werden.

Der Bereich Migration der DAH übernimmt die Verantwortung für ein Gesamtkonzept Migration sowie die Konzeption und Umsetzung bundesweit angelegter Modellprojekte und Kampagnen. Zu den Aufgaben des Bereichs gehört auch die Konzeption und Umsetzung relevanter Fortbildungsangebote für Verbandsmitglieder sowie von Basisschulungen für Multiplikator*innen mit Migrationshintergrund. Der Bereich ist verantwortlich für die Förderung der Selbsthilfe, die Vernetzung der Organisationen im Migrationsbereich sowie politischer Arbeit und Lobby-Arbeit, um struktureller und sozialer Diskriminierung sowie Rassismus gegenüber Migrant*innen, Schwarzen Menschen und POC in Deutschland entgegenzuwirken.

4.3 Bei allen Stellenausschreibungen werden Menschen mit Migrationserfahrungen und Lebensweltnähe gezielt beworben und bei gleicher Qualifikation bevorzugt.

"Gezielt beworben" heißt, dass die Stellenausschreibungen auf Plattformen zu finden sind, die von Migrant*innen genutzt werden (türkischsprachige, z.B. Hürriyet, russischsprachige, z.B. Russkaja Germanija, und anderssprachige lokale Zeitschriften). Bei der Auswahl der Kandidat*innen wird berücksichtigt, dass Migrant*innen oft Probleme haben, ihre im Ausland erworbenen Bildungsabschlüsse in Deutschland anerkennen zu lassen oder in Deutschland Abschlüsse zu erwerben. Qualifikationen, die im Ausland erworben worden sind, sowie individuelle biografische Erfahrungen werden beachtet. Vielfalt in der Teamzusammensetzung bezieht sich neben der Qualifikation, Herkunft und Lebensweltnähe auf Geschlecht & Identität (Männer, Frauen und Transpersonen), Alter, eigene Betroffenheit (HIV-positiver Status) und weitere Aspekte.

4.4 Alle zukünftigen Mitarbeiter*innen der Einrichtungen beherrschen mindestens eine Fremdsprache; der Erwerb und die Auffrischung von Fremdsprachen aller Mitarbeiter*innen werden gefördert (auch Deutsch als Fremdsprache).

Die zukünftigen Mitarbeiter*innen beherrschen die Sprache soweit, dass sie in dieser Sprache flüssig kommunizieren können. Für den Erwerb bzw. die Auffrischung von Fremdsprachen werden externe Fortbildungsangebote genutzt, finanziert und die dafür investierte Zeit als Arbeitszeit anerkannt. Mitarbeiter*innen mit Migrationshintergrund werden bei Bedarf Deutschsprachkurse angeboten.

4.5 Alle Mitarbeiter*innen der Einrichtungen nehmen an mindestens einem Training zur Diversity oder Intersektionalität teil.

Der Diversity- bzw. intersektionelle Ansatz ist in der gesamten Einrichtung verankert und keine "Spezialkompetenz" einzelner Mitarbeiter*innen. Diversity-Kompetenzen bilden die Grundlage aller Mitarbeiter*innen für eine gute Zusammenarbeit in der HIV-Prävention, nicht nur mit Migrant*innen. Durch diese Kompetenzen können Mitarbeiter*innen mit Personen aus unterschiedlichen Kulturen (Drogen-Kultur, Schwulen-Kultur usw.) gut zusammenarbeiten.

Die DAH stellt dafür Ressourcen zur Verfügung und bietet regelmäßig Trainings zu Diversity und Intersektionalität an sowie Fortbildungen zu Rassismuskritischer Sozialer Arbeit.

4.6 Mitarbeiter*innen, die vorwiegend mit Migrant*innen arbeiten, nutzen die speziellen DAH-Fortbildungen und Angebote anderer Einrichtungen im Bereich Migration.

Die Mitarbeiter*innen bilden sich besonders zu Themen wie Flucht und Trauma, Asyl-, EU- sowie Sozialrecht weiter und schulen sich zu Methoden der Zusammenarbeit mit Migrant*innen-Communities. Lokale Fortbildungen anderer Einrichtungen (z. B. von ProAsyl oder dem Paritätischen Wohlfahrtsverband) werden bei Bedarf gefördert und die Zeit dafür als Arbeitszeit anerkannt.

5. Schulung von Multiplikator*innen

5.1 Die Multiplikator*innen-Schulungen für Migrant*innen werden von divers zusammengesetzten Teams durchgeführt.

Die Trainer*innen besitzen neben Diversity, Fach- und Methodenkompetenzen auch Erfahrungen in der HIV-Prävention und Gesundheitsförderung mit Migrant*innen.

5.2 Migrant*innen, die sich für die Multiplikator*innen-Schulungen der DAH bewerben, müssen eine Anbindung vor Ort nachweisen.

Durch den Nachweis, dass sie bereits vor Ort engagiert und angedockt sind (an eine Aidshilfe, Suchthilfeeinrichtung, Migrant*-innenselbstorganisation usw.) werden die fachliche Betreuung und Unterstützung der Multiplikator*innen sowie die Nachhaltigkeit der Zusammenarbeit gesichert.

5.3 Die Multiplikator*innen-Schulungen orientieren sich an dem Schulungscurriculum der DAH.

Das Schulungscurriculum der DAH sieht die Vermittlung folgender Inhalte vor:

Basiswissen zu HIV-Prävention mit & für Migrant*innen:

Gesundheitssystem in Deutschland, HIV und Migration, Hauptakteur*innen der HIV-Prävention in Deutschland, HIV (Übertragungswege, Schutz, Testung), Leben mit HIV in Deutschland

Befähigung der Multiplikator*innen, mindestens zehn Präventionsbotschaften in Bezug auf HIV/Aids zu kommunizieren:

Die Erfahrung hat gezeigt, dass sich eine Reduzierung des zu vermittelnden Wissens auf zehn Präventionsbotschaften positiv auf die Qualität der vermittelten Information auswirkt. Die Begrenzung nimmt außerdem den Multiplikator*innen den Druck, alle Fragen auffangen und beantworten zu müssen. Die Multiplikator*innen werden geschult, auf entsprechende Fachstellen vor Ort zu verweisen.

Vermittlung von Planungs- und Präventionsmethoden:

Im Rahmen der Multiplikator*innen-Schulungen wird Wissen über Planungs- und Präventionsmethoden (SMART, Community-Mapping, Theater, Vortrag, Glücksrad usw.) vermittelt. Dadurch wird die Zusammenarbeit mit Migrant*innen-Communities unterstützt und vereinfacht.

Vermittlung der Schweigepflicht und die Auseinandersetzung mit ethischen Aspekten sind in die Schulungsinhalte integriert:

Bei HIV und Aids geht es um sehr sensible Inhalte und persönliche Geschichten, mit denen vorsichtig umzugehen ist, um Schaden (z.B. Stigmatisierung) zu vermeiden.

Die Umsetzung von zwei Präventionsveranstaltungen vor Ort durch die Multiplikator*innen im Anschluss an die Schulung ist Bestandteil der Schulung. Durch die eigenständige Durchführung der Veranstaltungen erhalten die Multiplikator*innen erste Einblicke in die praktische Arbeit.

5.4 Die Multiplikator*innen-Schulungen sind für die Teilnehmer*innen kostenlos.

Die Multiplikator*innen erbringen nach der Schulung durch ihre Präventionsarbeit eine Leistung für die jeweilige Einrichtung.

5.5 Die Multiplikator*innen-Aktionen vor Ort werden, soweit möglich, honoriert.

Migrant*innen-Communities, die einen besonderen Bedarf bei der HIV-Prävention haben, sind häufig sozioökonomisch benachteiligt und haben nur einen eingeschränkten Zugang zum deutschen Arbeitsmarkt. Viele Personen leben an der Armutsgrenze. Das muss berücksichtigt werden, wenn Multiplikator*innen aus diesen Communities auf ehrenamtlicher Basis Präventionsarbeit leisten. Deshalb müssen für die ehrenamtliche Arbeit sowohl Aufwandsentschädigungen (Fahrt- und Verpflegungskosten) gezahlt werden als auch Honorare für bestimmte Tätigkeiten (z. B. Veranstaltungen in den Communities, Seminare etc.). Die Zahlung von Aufwandsentschädigungen und Honoraren signalisiert Wertschätzung, ist aber in vielen Fällen schlicht notwendig, um das Engagement der Multiplikator*innen zu ermöglichen. Die Zahlung von Aufwandsentschädigungen und Honoraren muss transparent und nachvollziehbar sein.

5.6 Die lokalen Einrichtungen stellen den Multiplikator*innen Materialien und Give-aways zur Verfügung.

Die Multiplikator*innen erhalten Ausdrucke (Kopien von Präsentationen etc.) für Veranstaltungen sowie Give-aways (Kondome, Broschüren, Spritzbesteck usw.) von den lokalen Aidshilfen und anderen lokalen Projekten.

5.7 Multiplikator*innen erhalten Zugang zu Supervision bzw. Intervision.

Die lokalen Einrichtungen ermöglichen eine Anbindung der Multiplikator*innen an bestehende Teams sowie den Zugang zu Super- bzw. Intervision. Ferner können bei zukünftigen Projektanträgen Gelder dafür beantragt werden.

5.8 Ausgebildete Multiplikator*innen haben die Möglichkeit, andere Fortbildungsangebote der DAH zu besuchen.

Dadurch kann das bereits vorhandene Basiswissen zu HIV/Aids vertieft und erweitert werden (z. B. durch Informationen zu anderen STIs, Hepatitis usw.).

5.9 Die Zertifizierung von Multiplikator*innen ist an den Besuch von Schulungen geknüpft.

Um eine Zertifizierung zu erhalten, müssen Multiplikator*innen innerhalb von zwei Jahren folgende DAH-Veranstaltungen besuchen: Basis-Schulung I und II, Diversity-Training, Methoden der Arbeit mit Migrant*innen-Communities. Außerdem benötigen sie eine Anbindung vor Ort in relevanten Einrichtungen oder Migrant*innenselbstorganisationen.

Die Zertifizierung ist für zwei Jahre gültig. Nach Ablauf der Frist können die Multiplikator*innen die Zertifizierung erneuern lassen. Hierzu besuchen sie weitere Fortbildungen.





1. Safer-Welcome-Projekt

Ahmed Awadalla und Sophie Kortenbruck, Berliner Aids-Hilfe e.V., Berlin

Kontakt

Berliner Aids-Hilfe e. V.

Ahmed Awadalla, E-Mail: ahmed.awadalla@berlin-aidshilfe.de Sophie Kortenbruck, E-Mail: Sophie.Kortenbruck@berlin-aidshilfe.de

Tel.: 030 88564051

Webseite: www.berlin-aidshilfe.de Facebook: Youthwork Berlin

Wir, das Youthwork-Team in der Berliner Aids-Hilfe, bieten seit 1996 zielgruppenspezifische Präventionsarbeit zu HIV und sexueller Gesundheit für Jugendliche und junge Erwachsene zwischen 14 und 27 Jahren an. Grundlage ist der Peer-Education-Ansatz. 2016 haben wir als Team entschieden, das Angebot zu erweitern und ein Projekt mit Jugendlichen mit Fluchterfahrung zu starten. Mit dem neuen Projekt wollen wir Kenntnisse über sexuelle Gesundheit vermitteln und eine reflektierte Auseinandersetzung mit eigenen und anderen Lebensstilen, Werten und Normen zu Gleichberechtigung, Beziehungsformen und sexueller Gesundheit anregen. Außerdem wollen wir die Teilnehmenden ermächtigen, soziale Kompetenzen im Umgang mit realen Lebenssituationen zu erwerben. Solche Lebenssituationen können z. B. die Mitteilung eines positiven HIV-Testergebnisses oder einer Schwangerschaft sein. Alle Jugendlichen, unabhängig von Herkunft, Sozialisation und aktuellem Lebensumfeld, haben Fragen zu den Themen Liebe, Beziehungen, Körper, Entdecken der eigenen Sexualität und sexuelle Gesundheit. Wir vertreten die Position, dass alle das Recht haben, dieses Wissen altersgemäß vermittelt zu bekommen.

Der Titel des Projekts "Safer Welcome" ist nicht nur ein Wortspiel, sondern Maßstab für unsere Arbeit: Wir wollen Menschen willkommen heißen, sie unterstützen und dafür sorgen, dass sie Informationen erhalten, die ihnen als Teil vulnerabler Gruppen oft verwehrt bleiben. Wir arbeiten im Youthwork-Team mit dem Ansatz der Peer Education: Gleichgestellte bringen anderen aus ihrer gesellschaftlichen Gruppe etwas bei, lernen und diskutieren gemeinsam. Die ehrenamtlichen Peer Educators sind mit ihren 19 bis 30 Jahren den Jugendlichen im Alter nah. Der Peer-Education-Ansatz geht davon aus,



Cover Handbuch Safer-Welcome-Projekt

dass es für Jugendliche einfacher ist, neues Wissen anzunehmen, wenn es von Gleichaltrigen mit ähnlichen Erfahrungen und Lebensrealitäten vermittelt wird. Das Safer-Welcome-Projekt ist ein lernendes Projekt, das heißt, Beteiligung, Feedback und Reflexion gehören wesentlich zu einer stetigen Qualitätssicherung. So lernen die geflüchteten Jugendlichen und die Peer Educators in den Projekt-Workshops gemeinsam und voneinander. Zentral ist auch, Begegnungen und Austausch von Jugendlichen mit und ohne Fluchterfahrung zu schaffen und so ein Stück zu einer offenen und akzeptierenden Gesellschaft beizutragen. Solche Begegnungen finden in den Workshops (meistens in der Berliner Aids-Hilfe) und vor Ort in den Lebenswelten der Jugendlichen statt, z.B. in Schulen oder Unterkünften.

Wir organisieren in der Regel zwei Workshopstage mit jeweils drei Stunden. Beide Tage beginnen mit einem kleinen Frühstück. Bei Bedarf bieten wir geschlechtergetrennte Gruppen an, so schaffen wir Räume, in denen die Jugendlichen offener über intime Themen sprechen können. Es wird so viel besprochen und gezeigt, wie die Jugendlichen möchten. Wenn sie ein Thema uninteressant finden, bieten wir ihnen ein anderes Thema an. Die interaktiven Methoden, die wir einsetzen, passen wir an das Vorwissen und das Alter der Jugendlichen an.

Bei 14-Jährigen kommt z. B. die Wörterbuch-Methode gut an. Dafür benötigt die Gruppe circa. 30 Minuten. Die Jugendlichen erstellen mit Unterstützung der Gruppenleitung ein Wörterbuch über Liebe, Sexualität und den Körper. Die Teilnehmenden können die Wörter frei wählen. Bei Bedarf können Illustrationen hinzugezogen werden. Die Gruppenleitung erläutert die Begriffe, unterstützt bei der Suche nach Alternativen und fragt nach angenehmen oder unangenehmen Wörtern. Es können gemeinsam Wörter benannt werden, die in dem Wörterbuch nicht verwendet werden. Die Teilnehmenden können jederzeit ihr Handy als Übersetzungshilfe benutzen.

Was haben wir gelernt?

Peer Education ist ein bedeutsamer und wirksamer Ansatz in der Arbeit mit Jugendlichen mit Fluchterfahrung. Das Angebot wurde sowohl von den geflüchteten Jugendlichen als auch von den Lehr- und Betreuungskräften gut angenommen. Die Dauer der Workshops sollte 3 Stunden nicht überschreiten. Idealerweise finden die Workshops in den Räumen der Berliner Aids-Hilfe statt. Dadurch können die Jugendlichen ihre üblichen Lernorte verlassen und eine Beratungsstelle und deren Angebote direkt kennenlernen. Freiwillige Teilnahme und Schweigepflicht sind wichtige Prinzipien unserer Arbeit. Die Peer Educators sollten Vorerfahrung mit Jugendbildung und pädagogische Kompetenzen mitbringen, damit keinerlei Schaden angerich-



Safer-Welcome-Team bei der Arbeit

tet wird. Fragen zu Fluchterfahrungen und sexuellen Begegnungen müssen sorgfältig gestellt werden, damit die Teilnehmenden nicht retraumatisiert werden. Die Kooperationen mit lokalen Schulen und Wohnprojekten für geflüchtete Jugendliche sind wichtig und müssen gepflegt werden.

Was sollte man meiden?

Wenn möglich, sollten die Workshops nicht in den Unterkünften stattfinden, um unangenehme Situationen mit anderen Bewohner*innen zu vermeiden. Privatsphäre und eine intime Lernsituation sind in den Unterkünften nicht immer gegeben.

Was hätte besser laufen können?

Die meisten Workshops finden in deutscher Sprache statt, weil wir festgestellt haben, das Jugendliche gut Deutsch sprechen können. Um die Kommunikation zukünftig zu verbessern, sollten wir leichte Sprache verwenden. Eine Fortbildung dazu erscheint uns sinnvoll.

2. Cards and Conversation – niedrigschwelliges HIV- und STI-Präventionsangebot für LSBTIQ*-Geflüchtete

Robert Lüdtke und Timo Müller, man*Check (Männer*, Sex, Gesundheit) in Berlin

Kontakt

man*Check (Männer*, Sex, Gesundheit) in Berlin Timo Müller und Robert Lüdtke

Tel.: 030 44668870

E-Mail: info@mancheck-berlin.de

Webseite: https://www.mancheck-berlin.de/

manCheck ist ein Präventionsprojekt der Schwulenberatung Berlin für schwule, bisexuelle, trans* und inter* Männer* mit und ohne Migrationserfahrung, die Sex mit Männern* haben (M*SM*). Unser Ziel ist es, die Gesundheit von M*SM* zu erhalten und zu fördern. Dazu versorgen wir die Zielgruppen mit Informationen, um die individuellen Handlungskompetenzen zu stärken und informierte Entscheidungen zu ermöglichen. Wir informieren und schulen zu Sexualität, Safer Sex, Safer Use, Substanzkonsum, HIV, Hepatitiden und insbesondere auch über LSBTIQ*-Lebenswelten in Berlin. Für die gueere Community und insbesondere für M*SM* gibt es in Berlin durch das Vorortarbeit-Projekt manCheck flächendeckende, primär-präventive Aktionen auf verschiedenen Veranstaltungen, Events, Partys und sexpositiven Räumen. Wir führen zudem Beratungsangebote wie Cards and Conversation (wöchentlicher Spielenachmittag) und Filmabende in der Queeren Unterkunft in Berlin-Treptow durch. Die Queere Unterkunft ist eine von der Schwulenberatung Berlin betriebene Erstaufnahmeeinrichtung und Gemeinschaftsunterkunft für LSBTIQ*-Geflüchtete mit 122 Wohnplätzen. Viele geflüchtete, queere Menschen sind seit ihrer Ankunft in Berlin in sexpositiven Orten und subkulturellen Communities unterwegs. Sie machen eigene, sehr unterschiedliche Erfahrungen mit sexuellen Praktiken und Substanzkonsum. Die niedrigschwelligen Präventionsangebote in der Queeren Unterkunft sind ein wichtiges Empowerment-Tool für die queeren Geflüchteten, um sich mit den Themen Sexualität, Identität und Substanzkonsum auseinanderzusetzen - wenn von ihnen gewünscht. Ferner ermöglichen wir einen Zugang zur Berliner Clubszene für die Bewohner*innen, indem wir Gästelistenplätze für einzelne Partys organisieren. Darüber hinaus wird das Angebot um vereinzelte Szeneausflüge mit und für LSBTIQ*-Geflüchtete in der queeren Partyszene Berlins ergänzt.

Bei den wöchentlichen, ca. zwei- bis dreistündigen Spielenachmittagen Cards and Conversation in der Unterkunft arbeiten wird partizipativ. Durch Kartenspielen, Tee-/Kaffeetrinken und Kuchenessen entwickeln wir zügig soziale Interaktionen mit den Geflüchteten. Durch das Spiel werden mögliche Sprachbarrieren überbrückt und es entsteht ein kontinuierliches, soziales Event. Im Mittelpunkt steht die Vertrauens- und Beziehungsarbeit mit den Bewohner*innen so-

wie die Informationsweitergabe im Rahmen des Präventionsauftrages. Wir unterhalten uns über die Berliner Partyszene und ermitteln, was die geflüchteten Menschen konkret brauchen und was sie über ihre sexuelle und mentale Gesundheit wissen. Es gilt zunächst, spezifische Bedarfe herauszufinden, dabei berücksichtigen wir die jeweilige Lebenssituation. Wir leiten daraus ein individuelles, informiertes und selbstbewusstes Risikomanagement für die Bewohner*innen der Unterkunft ab. Es können Kurzberatungen während der kollektiven Spieleaktion stattfinden. Speziell vermitteln wir Kenntnisse über Übertragungswege und Infektionsrisiken von HIV und anderen STIs sowie über entsprechende Schutzmöglichkeiten. Wir informieren auch über den Zugang zu Test- und Beratungsangeboten in Berlin und reichen den Bewohner*innen Prä-



Kartenspiel in der Queeren Unterkunft (Berlin-Treptow)

ventionsmaterialien wie Kondome, Femidome, Handschuhe, Gleitgel und saubere Konsumutensilien wie Ziehpapier, eine Hackkarte zum Zerkleinern von Substanzen, Kochsalzlösungen zur Säuberung der Nasenschleimhäute, Dosierhilfen und Konsumbesteck. Wir informieren über die Risiken des Konsums je nach Substanz (Harm Reduction) und über mögliche Strategien der Schadensminimierung. Durch eine vertrauensvolle, niedrigschwellige Atmosphäre kommen wir auch schnell ins Gespräch über Themen wie (queere) Männlichkeit*, Liebe, (Online-)Dating, Sexarbeit, Intimität und Beziehungsgestaltung. Wir sprechen außerdem die sozialen und staatlichen Diskriminierungsstrukturen im deutschen Gesundheitswesen an. In unseren Beratungen haben ebenfalls die vielen Diskriminierungserfahrungen Raum, die LSBTIQ*-Geflüchtete in der Clubszene und insbesondere in der Verhandlung um Sex machen. Die inhaltliche Arbeit entwickeln wir partizipativ mit den Bewohner*innen und den ehrenamtlichen Kolleg*innen weiter. Letztere bildet man-Check zu den Themen Migration fort. Wir bieten zudem Raum für kollegiale Intervision.

Eine Herausforderung für unsere Arbeit sind Sprachbarrieren, wenn es um inhaltlich tiefergehende Beratungen geht. Traumatische Flucht- und Diskriminierungserfahrungen auch in Deutschland stehen permanent im Raum und sind Themen, die LSBTIQ*-Geflüchtete emotional bewegen. Die projektbezogene Zielgruppe M*SM* von manCheck erfasst nicht das gesamte LSBTIQ*-Spektrum der gueeren Unterkunft. Trotzdem bezieht manCheck alle Bewohner*innen, die Informationsbedarf haben, in die Vorort-Aktionen mit ein. Unsere Angebote sind zudem keine selbstorganisierten Angebote der Geflüchteten. Die Frage ist, wie wir Partizipation von Geflüchteten so umsetzen können, dass die Machtverhältnisse zwischen Geflüchteten und Nicht-Geflüchteten gebrochen oder zumindest aufgelockert werden. Um dem partizipativen Ansatz gerecht zu werden, möchten wir von manCheck zukünftig mehr Menschen mit Fluchterfahrung ehrenamtlich und hauptamtlich mit einbeziehen.

3. Wir – Sex-Arbeiter*innen – bauen im Hydra-Café unsere Communities auf

Liad Hussein Kantorowicz, Peer-Projekt, Hydra e.V., Berlin

Das Peer-Projekt von Hydra e.V. ist eine Plattform von Sexarbeiter*innen für Sexarbeiter*innen, auf der wir arbeitsbezogene Fähigkeiten und Informationen austauschen und unsere Kolleg*innen unterstützen und ermächtigen. Wir bieten einen sicheren Raum, damit Sexarbeiter*innen sich treffen und ihre Community aufbauen können. Mit unserem diversen Team von Peers aus der Sexarbeit bieten wir themenspezifische Workshops, Treffen, öffentliche Veranstaltungen und Drop-in-Meetings an. Persönliche Erfahrungen in der Sexarbeit helfen, den Kontakt zu Sexarbeiter*innen aufzubauen und eine vertrauensvolle Atmosphäre zu schaffen, in der sie sich wohlfühlen. So können wir über die Herausforderungen in einer Welt sprechen, die uns stigmatisiert. Wir nutzen die Erfahrungen, die wir in der Sexarbeit gesammelt haben, um andere aufzuklären.

Gespräche auf Augenhöhe sind der Schlüssel zu unserer Arbeit in der Community. Wenn wir z. B. über Gesundheit sprechen, geht es um Sicherheit am Arbeitsplatz, die Wahl zwischen risikoreicheren und sichereren Praktiken, mit denen sich trotzdem mehr verdienen lässt. Wir sprechen über Schwangerschaftsverhütung, woran man STIs erkennt, Fragen der psychischen Gesundheit und informieren über das Gesund-

Kontakt

Hydra e. V., Peer-Projekt, Berlin Liad Hussein Kantorowicz Tel.: 030 6110023

E-Mail: hurenbeihydra@gmail.com Webseite: www.hydra-berlin.de/ beratungsstelle/peer_workshops/

heitssystem in Deutschland. Sexarbeiter*innen sprechen leichter mit Peers mit ähnlichen Erfahrungen als mit Außenstehenden, z. B. einem Arzt, einer Ärztin oder Therapeut*innen, die noch nie in einer ähnlichen Situation waren. Wir schaffen ein Umfeld, in dem Sexarbeiter*innen Erfahrungen austauschen können, ohne sich verurteilt zu fühlen, aus den Fehlern und Erfolgen anderer lernen können und sicher genug sind, um Fragen zu stellen. Es ist wichtig für uns, dass unsere Kompetenzen und Kenntnisse und die anderer Sexarbeiter*innen in der Sexindustrie als legitime Arbeitserfahrungen anerkannt und wir für unsere Arbeit bezahlt werden.

Alle Peers werden regelmäßig geschult und erhalten Unterstützung durch Mentor*innen, wann immer es nötig ist. Sie werden mit ih-

ren Erfahrungen als Sexarbeiter*innen zu Peer Educators ausgebildet und können so als Organisator*innen innerhalb der Community arbeiten und zu einem Vorbild für andere werden.

Im Peer-Projekt nutzen wir das Video ,Fit im Schritt', das Tipps, Tricks und praktische Informationen zur STI-Prävention und zu gesundheitsbezogenen Themen für Sexarbeiter*innen in fünf Sprachen bietet. Mit dieser DVD und vielen weiteren Informationen begannen wir unsere Arbeit. Wir führten Workshops in Bordellen, Sex-Kinos, Nachtbars und anderen Orten durch, an denen Sexarbeiter*innen arbeiten. Die Nachfrage nach Workshops vor Ort nahm immer mehr zu und mit der Zeit wuchs das Peer-Projekt: von zwei dreisprachigen Sexarbeiter*innen-Peers zu einem Team von sieben Sexarbeiter*innen, die Workshops in Deutsch, Englisch, Bulgarisch, Thailändisch, Rumänisch, Spanisch, Russisch, Griechisch, Hebräisch und Türkisch anboten - die Sprachen, die von Sexarbeiter*innen in Berlin am häufigsten gesprochen werden.

Berlin hat drei große Veränderungen erlebt, die sich auf die Organisation der Sexindustrie ausgewirkt haben. Das Prost-SchutzG (Prostituiertenschutzgesetz) verschärfte die Bestimmungen zur Offenhaltung von Bordellen und zur Meldepflicht von Sexarbeiter*innen. Die Gentrifizierung und Veränderungen in der Technologie trugen dazu bei, die Straßen von Sexarbeiter*innen und unseren Unternehmen zu "säubern" und uns in versteckte und mobile Arbeitsformen, über Online-Sites oder Begleitagenturen, zu drängen. Dadurch wurde es für uns schwieriger, uns zu treffen. Es wurde deutlich, dass wir für unsere Treffen und Workshops einen eigenen Raum brauchten - ein Angebot insbesondere für diejenigen von uns, die allein arbeiten oder keine Gelegenheit haben, andere Kolleg*innen zu treffen. Im Januar 2019 öffneten wir stolz die Türen des Hydra-Cafés, eines Zentrums für Sexarbeiter*innen.

Wir betreiben das Hydra-Café als unseren eigenen Raum. So konnten wir unser Angebot an Peer-Arbeit und Dienstleistungen von und für Sexarbeiter*innen erweitern. Mit mehr Koordinator*innen für Sexarbeiter*innen bieten wir jetzt vier Formen der Peer-Arbeit an: Gruppentreffen spezifischer Communities, Workshops zum Austausch von Informationen und Fähigkeiten, Drop-in-Treffen, die allen Sexarbeiter*innen offenstehen, und Sonderveranstaltungen. Wir haben unser Angebot erweitert, weil wir verstanden haben, dass Sexarbeiter*innen unterschiedliche Bedürfnisse haben: Eine Stripperin hat andere Arbeitserfahrungen als eine Bordellarbeiterin, eine Transsexuelle einen anderen Arbeitsplatz und ein anderes Klientel als eine Cis-Frau und eine Person, die in die Sexarbeit einsteigt, hat andere Fragen als ein*e erfahrene*r Sexarbeiter*in, der*die ihre beruflichen Fähigkeiten diversifizieren möchte.

Unsere Drop-in-Treffen "Rendezvous" sind unsere niedrigschwelligsten Veranstaltungen. Aktive und ehemalige Sexarbeiter*innen sind eingeladen, sich während der Öffnungszeiten des Hydra-Cafés zu treffen, ohne Druck "etwas zu lernen". Der Schwerpunkt liegt auf einem gemeinsamen Austausch zwischen uns Sexarbeiter*innen und auf der Schaffung eines sicheren, nur für Sexarbeiter*innen bestimmten Raums, in dem sie Unterstützung finden, sie selbst sein und ohne Urteil oder Stigma um Informationen bitten können.

In unseren Workshops lehren und lernen wir Sexarbeiter*innen Neues oder erweitern unser bereits vorhandenes Wissen, um durch das Angebot hochwertigerer Dienstleistungen mehr Geld zu verdienen, unseren Körper besser zu pflegen und zu lernen, uns im wirklichen Leben oder online zu schützen, um körperliche und psychische Gefährdungen, die mit einem Job in der Sexindustrie einhergehen können, zu verhindern oder zu verringern. Beispiele dafür sind Workshops zur digitalen Sicherheit, Selbstverteidigung, Kompetenzaustausch zu Bondage und BDSM sowie Deutschunterricht.

Schließlich gehören zu unseren offenen Veranstaltungen Filmvorführungen, Vorträge und Podiumsdiskussionen zu weiteren Aspekten der Sexarbeit. Alle Veranstaltungsformate werden von Peers moderiert und durchgeführt, mit einigen wenigen Ausnahmen, bei denen Personen, die nicht in der Sexindustrie arbeiten, spezifische Kenntnisse vermitteln.

Seit Beginn des Peer-Projekts ist es unser Ziel, mehr marginalisierte Sexarbeiter*innen zu erreichen, die mit der Intersektionalität von Unterdrückung und Herausforderungen wie Rassismus und Transphobie konfrontiert sind. Unser Ansatz ist es, stärker marginalisierte Gruppen zu priorisieren, indem wir diese Sexarbeiter*innen in unser Peer-Team aufnehmen. Wir glauben, dass unsere eigene Margi-



Auf der Arbeit

nalität uns in die Lage versetzt, die Bedürfnisse von Sexarbeiter*innen in bestimmten prekären Lagen (z. B. Sexarbeitende ohne Papiere) besser zu verstehen und fähiger zu sein, andere so anzusprechen wie die Mitglieder unseres vielfältigen Teams. Zu unserem Hydra-Café-Team gehören überwiegend Menschen aus marginalisierten Gruppen von Sexarbeiter*innen, die zu Peers weitergebildet worden sind. Ein großer Teil der Peer-Arbeit beruht auf Outreach, und dafür sind die Peers auf vergleichbare Migrationserfahrungen, einen ähnlichen kulturellen Hintergrund, Sprachkenntnisse und ihre eigenen Netzwerke angewiesen. Abgesehen davon befinden sich Sexarbeiter*innen nie in einer privilegierten Position. Wir Sexarbeiter*innen sind alle mit Problemen wie Selbstzweifeln, Vorurteilen, Angst, geoutet zu werden, und sozialer Stigmatisierung konfrontiert. Deshalb ist es für Sexarbeiter*innen besonders schwer, Informationen über bessere Arbeitspraktiken zu erhalten und einen geeigneten Arzt, eine geeignete Ärztin aufzusuchen oder Einsamkeit zu bekämpfen. Aus diesem Grund steht das Hydra-Café allen Sexarbeiter*innen offen.

Wir glauben, dass wir Sexarbeiter*innen unsere Arbeits- und Lebensbedingungen sowie unsere physische und psychische Gesundheit verbessern könnten und ein Gefühl größerer Autonomie und Kontrolle hätten, um in Sicherheit arbeiten zu können, wenn wir Zugang zu Community-Strukturen auf Augenhöhe hätten. Empowerment ist der Schlüssel! Da die Gesetzgebung zur Sexarbeit unsere Situation noch verschärft hat, ist unsere Antwort darauf, ein Zuhause und eine Community aufzubauen – eine starke Basis für die Verbesserung unseres Lebens und des Lebens unserer Kolleg*innen.

4. Communities kennenlernen durch Community-Mapping

Gino Freiwald, PaSuMi Dortmund, aidshilfe Dortmund e.V. (Drogenkontaktcafé Kick)

Kontakt

aidshilfe dortmund e. V. (Drogenkontaktcafé Kick) Gino Freiwald

Telefon: 0231 18887-70

E-Mail: info@aidshilfe-dortmund.de Webseite: www.aidshilfe-dortmund.de

Das PaSuMi-Projekt in der Aidshilfe (AH) Dortmund richtete ein besonderes Augenmerk auf Konsument*innen aus EU-Ländern und geflüchtete Menschen, die Drogen gebrauchen und zum Teil in der Sexarbeit tätig sind. Ein Ziel war, für sie angemessene und nachhaltige Zugänge in das bestehende Hilfesystem zu schaffen und Migrant*innen an der Suchthilfearbeit zu beteiligen.

Der Kontakt zur Zielgruppe erfolgte durch die Zusammenarbeit mit zwei rumänischen Peers – einer davon bin ich. Wir waren bereits als Klient*innen bei der Aidshilfe Dortmund, sprechen jeweils mehrere Sprachen und sind in der Dortmunder Szene bekannt – kurz: Die Menschen vertrauen uns. Durch uns (Peers) war es

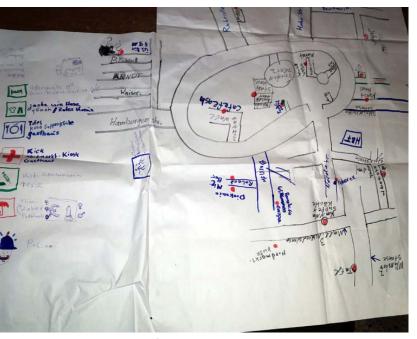
möglich, andere Migrant*innen für die Zusammenarbeit zu gewinnen.

Gemeinsam mit den Mitarbeitenden der AH Dortmund entwickelten wir ein bedarfsgerechtes Schulungskonzept und setzten es um. Die Schulung von insgesamt acht Migrant*innen als Peers beinhaltete Informationen zum Suchthilfesystem in Dortmund, Safer-Use-Strategien sowie Safer Sex (für die beteiligten Sexarbeiter*innen). Die Peers konnten folgende Sprachen abdecken: Romanes, Bulgarisch, Persisch, Türkisch, Russisch und Deutsch.

Als Team – ein*e Peer und ein*e Mitarbeiter*in der AH Dortmund – gehen wir zu Szeneorten – also dorthin, wo Drogengebrauch und -verkauf stattfinden. Um in der Szene erkannt zu werden, haben wir Taschen und T-Shirts mit dem Namen des Projektes produziert. In den Rucksäcken haben wir alles dabei: Spritzenbesteck, Infomaterialien, Kondome. Die sprachliche Verständigung ist immer eine Herausforderung, denn die meisten Menschen, denen wir begegnen, sprechen kaum Deutsch. Ohne uns mehrsprachige Peers wären die Einsätze nicht möglich. Da wir selbst oft von der Polizei kontrolliert worden sind, war es notwendig, Visitenkarten bzw. Ausweise für die Peers zu entwerfen, da-



Streetwork-Einsatz mit einem Rucksack voller Flyer, Materialien und Safer-use-Utensilien



Entwurf einer Karte (Community Mapping), PaSuMi Dortmund

mit wir uns bei den Polizeikontrollen ausweisen können. Diese Idee stellten wir beim Runden Tisch Dortmund vor. Dort sind nicht nur andere soziale Einrichtungen vertreten, sondern auch die Polizei. Seitdem haben wir keine Probleme mehr mit der Polizei. Auf unseren Wunsch hin wurden Naloxon- und Erste-Hilfe-Schulungen für alle Peers angeboten. Nun können wir auf der Straße im Fall einer Opioid-bedingten Überdosierung Hilfe leisten. Durch unsere Arbeit an

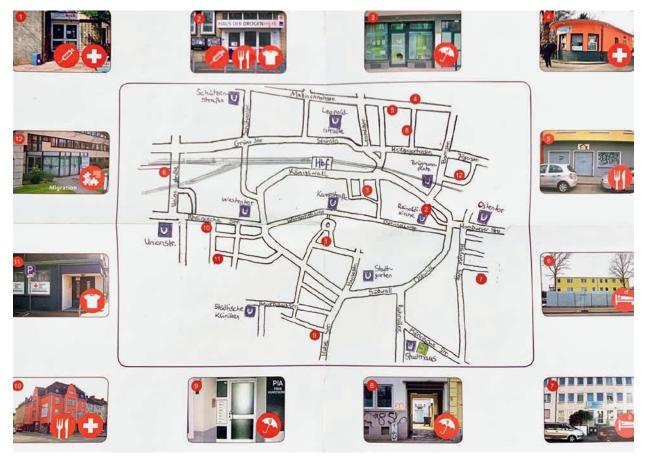
den Szeneorten machen wir die lokalen Angebote in Migrant*innen-Communities bekannt. Zum Teil begleiten wir auch Interessierte in die entsprechenden Einrichtungen.

Bei einem der lokalen Arbeitstreffen vor Ort entstand die Idee, ein Community-Mapping-Verfahren durchzuführen, um für Migrant*innen, die neu in Dortmund sind, eine Karte mit wichtigen Anlaufstellen zu produzieren. Ich wurde von der bundesweiten Projektkoordinatorin der DAH geschult, diese Methode mit meiner Community umzusetzen. An dem Mapping selbst nahmen weitere Peers teil. Wir stellten uns die Frage, wie wir Migrant*inen helfen können, die neu in Dortmund sind, und mit welchen Mitteln. Einige können nicht lesen, aber eine Karte verstehen können alle.

Deshalb zeichneten wir gemeinsam alle Plätze, die aus unserer Sicht wichtig für neue Migrant*-innen sein können. Das Ergebnis war eine Karte mit Zeichnungen, die Drogengebraucher*innen einen Überblick gibt über lokale Hilfeeinrichtungen und Organisationen, die (Sucht-)Hilfe, gesundheitliche Leistungen oder Kleidung/Essen/eine Übernachtung im Stadtkern anbieten, also beraten und unterstützen, Drogenkonsumräume usw. Auf Basis des manuellen Mappings ließen wir eine Karte mit Fotos der relevanten Einrichtungen und Anlaufstellen in Dortmund drucken, die auch die Wege visualisiert, auf denen man zu den Orten kommt.

Was ist gut gelaufen?

Die Fortbildungen waren für uns Peers sehr wichtig. Die Honorare waren auch entscheidend: Wir haben viel Zeit in das Projekt investiert und viel für das Projekt gearbeitet. Die gemeinsam erstellte Karte wird bereits eingesetzt und als sehr hilfreich empfunden. Der direkte Kontakt zu konsumierenden Migrant*innen und Geflüchteten brachte unerwartete Ergebnisse: Viele Migrant*innen und Geflüchtete schilderten ihre Situation und sprachen über ihren Konsum. Es war außerdem entscheidend für den Erfolg des Projektes, dass die AH Dort-



Karte mit Fotos der relevanten Anlaufstellen in Dortmund

mund uns als Ex-User und Migrant*innen in die Arbeit eingebunden hat. Ohne unsere Sprachund Lebensweltkompetenzen wäre die Projektarbeit nicht möglich gewesen.

Was hätte besser laufen sollen?

Wir – Peers – nutzten Tickets des ÖPNV, um uns von A nach B zu bewegen. Monatskarten wurden uns von den Zuwendungsgeber*innen nicht finanziert, denn diese hätten wir auch privat nutzen können. Also blieb uns nichts übrig, als das Geld für die Tickets vorzustrecken und später mit der Aidshilfe abzurechnen. Ich frage mich, wieso es für Zuwendungsgeber*innen selbstverständlich ist, dass wir das finanziell leisten können.

Ich wünsche mir für die Zukunft, dass Ex-User*innen und Migrant*innen als gleichwertigen MA
von Einrichtungen eingestellt werden und die
Einrichtungen uns dabei unterstützen, uns fortzubilden oder sogar ein Studium zur Sozialarbeit abzuschließen.

5. Öffentlicher Dienst bedeutet Dienst für die Öffentlichkeit – das schließt alle ein

Zentrum für sexuelle Gesundheit und Familienplanung, Bezirksamt Charlottenburg-Wilmersdorf – Gesundheitsamt, Berlin

Kontakt

Bezirksamt Charlottenburg-Wilmersdorf von Berlin – Zentrum für sexuelle Gesundheit und Familienplanung Tel.: 030 902916800

E-Mail: Zentrum@charlottenburg-wilmersdorf.de

Webseite: https://www.berlin.de/ba-charlottenburg-wilmersdorf/verwaltung/aemter/gesundheitsamt/zentrum-fuer-sexuelle-gesundheit-und-familienplanung

Das Zentrum für sexuelle Gesundheit und Familienplanung ist Teil des Gesundheitsamtes. Eine regionale Zuständigkeit nach Wohnort gibt es nicht. Das Zentrum ist berlinweit an fünf verschiedenen Standorten untergebracht. Bürger*innen können sich, unabhängig von ihrem Wohnort, an jeden Standort wenden. Neben Charlottenburg-Wilmersdorf gibt es noch die Standorte Friedrichshain-Kreuzberg, Marzahn-Hellersdorf, Mitte und Steglitz-Zehlendorf. Alle Mitarbeiter*innen unterliegen der Schweigepflicht. Die Beratungen und Untersuchungen sind kostenlos. Wir sind ein multiprofessionelles Team aus Ärztinnen, Psychologinnen, Hebamme, Sozialarbeiter*innen, Arzthelferinnen und Sprachmittler*innen. Unser Zentrum Charlottenburg-Wilmersdorf richtet seine Angebote an die Allgemeinbevölkerung, insbesondere an Menschen, die keinen ausreichenden Versicherungsschutz haben. Das schließt Migrant*innen mit ein, auch Menschen "ohne Papiere". Menschen aller Nationalitäten besuchen die Sprechstunde, um eine STI-Untersuchung/einen HIV-Test machen zu lassen.

Es kommen nicht wenige Menschen ohne Krankenversicherung zu uns, Deutsche, EU-Bürger*innen und andere Migrant*innen mit und ohne legalen Aufenthaltsstatus. STIs und HIV sind häufig noch stigmatisiert, sodass viele Menschen eine anonyme Beratung vorziehen. Uns ist der Abbau von Stigmata besonders wichtig und wir nutzen die Beratungsgespräche in diesem Sinne.



Team Gesundheitszentrum Charlottenburg-Wilmersdorf, Berlin

Was macht uns und unsere Arbeit aus?

- Wir haben ein offenes Beratungs- und Untersuchungsangebot zu sexueller Gesundheit (STIs/HIV/Hepatitiden) mit und ohne Terminvereinbarung. Bei diagnostizierten STIs wird sofort eine Behandlung eingeleitet. Bei behandlungsbedürftiger Hepatitis und positiven HIV-Tests vermitteln wir an niedergelassene Schwerpunktpraxen. Bei fehlender Krankenversicherung begleiten wir die Menschen auf dem Weg zur Behandlung zusammen mit der Clearingstelle für nicht Krankenversicherte, dem Medibüro und der Berliner Aids-Hilfe e. V.
- Unser Angebot umfasst auch gynäkologische Untersuchungen von nicht krankenversicherten Frauen, Schwangerenvorsorge, Schwangerschaftskonfliktberatung (Beratungsschein), Kostenübernahme von Verhü-

- tungsmitteln, psychologische Beratung und sexualpädagogische Gruppenveranstaltungen.
- ▶ Unser Menschenbild ist inklusiv und nicht diskriminierend. Zu unserer Grundhaltung gehören Respekt gegenüber allen Menschen und Offenheit für alle Menschen, die unser Zentrum besuchen – unabhängig von ihrer Nationalität, sexuellen Identität, Sprache, ihrem kulturellen Hintergrund oder Lebensstil. Wir sind von der Deutschen Aidshilfe e. V. als "Praxis Vielfalt" zertifiziert.
- ▶ In unserem Zentrum gibt es kein spezielles Angebot für Migrant*innen. Wir haben keine extra Sprechstunden oder Wartebereiche für Migrant*innen.
- Wir beraten in zwölf Sprachen, mit Sprachmittlung oder muttersprachlich, (Englisch, Französisch, Spanisch, Thai, Russisch, Polnisch, Bulgarisch, Ungarisch, Rumänisch, Vietnamesisch, Farsi und Arabisch). Für andere

Sprachen werden nach Bedarf Sprachmittlungen organisiert.

- ▶ Es ist uns wichtig, dem Menschen sensibel gegenüberzustehen und Aussagen oder Fragen immer ernst zu nehmen. Einzelne Fragen oder Themen, auch wenn sie uns ungewöhnlich oder irrelevant vorkommen, sollen nicht schnell und abwertend abgehakt oder bagatellisiert, sondern aufmerksam beantwortet werden.
- Empathisch zuzuhören und das Gefühl von "ich habe Zeit für Sie" zu vermitteln, sind essenzielle Bestandteile der Beratung von Menschen, die eventuell aufgrund der Sprachschwierigkeiten mehr Zeit und Ruhe brauchen, um sich auszudrücken. Wenn im Gespräch zu merken ist, dass der*die Berater*in nicht der*die richtige Ansprechpartner*in ist, können andere Kolleg*innen um Unterstützung gebeten werden. Die Klient*innen haben Anspruch auf die bestmögliche Beratung.
- Gemeinsam mit Afrikaherz e. V. führen wir gesundheitspräventive Informationsveranstaltungen in afrikanischen Kirchengemeinden im Rahmen von "Deine Gesundheit, Dein Glaube" durch.
- Nach Bedarf informieren wir über adäquate oder spezialisierte Hilfsangebote.
- Wir bieten soziale und gesundheitliche Beratung für Sexarbeiter*innen im Zentrum und aufsuchend an ihren Arbeitsplätzen an. Wir sind keine Beratungsstelle nach § 10 ProstSchG.

Was könnte besser laufen?

- ▶ Da nicht alle Sprachmittler*innen zu allen Öffnungszeiten arbeiten, müssen manchmal Klient*innen auf einen anderen Termin verschoben werden.
- Uns ist bewusst, dass viele Menschen immer noch mit einer moralischen Verurteilung rechnen. Außerdem existiert für viele Menschen die Zugangsbarriere "Amt".

Tipps und Empfehlungen

Wir raten zu einer engen Zusammenarbeit mit zielgruppennahen Einrichtungen. Wir kooperieren u. a. mit der Berliner Aids-Hilfe e. V., subway e. V., Hydra e. V., dem Medibüro Berlin, der Kontakt- und Beratungsstelle für Flüchtlinge und Migrant*innen e. V., VIA e. V., der Schwulenberatung Berlin, der Clearingstelle für nicht Krankenversicherte, dem Checkpoint Berlin, mit anderen Zentren und Amtseinrichtungen sowie niedergelassenen Ärzt*innen.

Eine gute Einführung der Sprachmittler*innen in die Themen ist ebenso wichtig wie sich zu vergewissern, dass es unterschiedliche Begriffe für die Geschlechtsorgane wie auch für die Sexualkontakte gibt. Eine akzeptierende Haltung zu unterschiedlichen sexuellen Lebensweisen und Orientierungen sowie Lebensstilen ist zu fördern.

6. Gemeinsam forschen (Peer-Research)

Larisa Solovyeva und Michael Chor, PaSuMi Berlin, BerLUN/Berliner Aids-Hilfe e.V.

Kontakt

BerLUN

Larisa Solovyeva und Michael Chor E-Mail: Isolovyeva39@gmail.com Webseite: www.berlun.org/ Facebook: https://www.facebook.com/

berlun2017/

Wir - BerLUN - sind eine selbstorganisierte Initiative von 15 russischsprachigen, teilweise HIV-positiven und Drogen gebrauchenden Aktivist*innen. Wir sind gut in Berlin vernetzt und setzen uns für Schadensminderung und Menschenrechte ein. Wir unterstützen geflüchtete, drogenkonsumierende, substituierte und/ oder HIV- und/oder HCV-positive russischsprachige Migrant*innen in Berlin. Unser Ziel ist es, dazu beizutragen, dass Menschen ein würdiges Leben führen können. Wir informieren über lokale Angebote der sozialrechtlichen Beratung sowie der medizinischen Versorgung und helfen Menschen, aus der Illegalität herauszukommen. Dazu ermitteln wir den Hilfebedarf unserer Community und passen unsere Maßnahmen kontinuierlich an. Zudem beraten wir lokale Einrichtungen, wie sie Bedarfslücken am besten schließen können. Für diese Einrichtungen bieten wir Übersetzung und soziale Begleitung an. Wir arbeiten sehr eng mit der Berliner Aids-Hilfe.

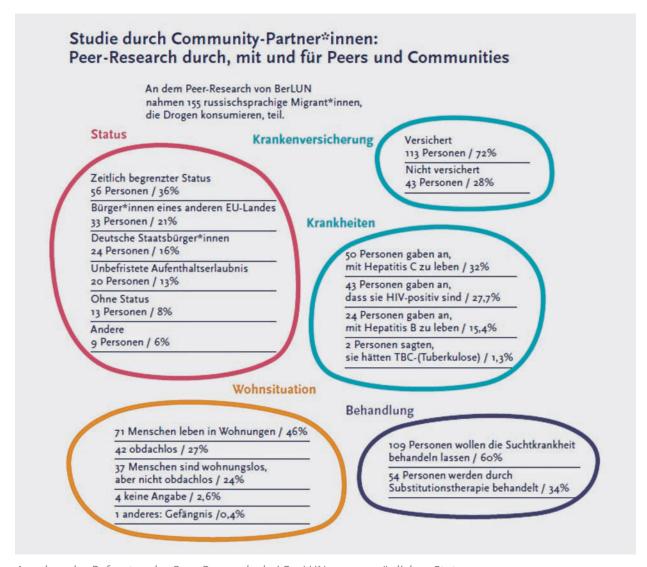
Von 2017 bis 2019 nahmen wir am DAH-Projekt PaSuMi teil. Im Rahmen von PaSuMi führten wir Recherchen, Community-Mappings und Diskussionen durch, um systematisch Daten über die Bedürfnisse der russischsprachigen Migrant*innen in Berlin in Hinblick auf die Suchthilfe, Sucht- und HIV-Prävention zu erheben. Unsere BerLUN-Mitglieder wurden zu "Peer-Researcher*innen" ausgebildet. Peer-Researcher*innen sind Menschen, die sich in den Lebenswelten auskennen, um die es geht, da sie ein Teil von ihnen sind. Sie besitzen praktische Erfahrung, soziale Kontakte, sprachliche und Diversity-Kompetenzen und vieles mehr, was die Forschung bereichert. Peer-Researcher*innen können "auf Augenhöhe" forschen, haben einen besseren Zugang zu den Communities und können die Community-Mitglieder oft auch besser verstehen als Forscher*innen, die von außen kommen.

Wir klärten gemeinsam, worum es bei der partizipativen Forschung geht und wie die Methoden funktionieren. Wir diskutierten ethische Fragen, z. B. wie wichtig Vertraulichkeit ist, dass Forschung keinen Schaden anrichten sollte und dass Menschen immer erst ausreichend informiert werden und einwilligen müssen, bevor sie befragt werden. Gemeinsam entwickelten wir einen Fragebogen auf Russisch und Deutsch, planten die Befragung und führten sie durch. Die Befragten konnten sich entscheiden, ob sie den Fragebogen selbst ausfüllen wollten oder gemeinsam mit dem*der Peer-Researcher*in (das war z. B. eine gute Option für Personen, nicht so gut lesen und schreiben können).

Es wurden insgesamt 155 russischsprachige drogenkonsumierende Migrant*innen mithilfe des Fragebogens zum Wissensstand und ihrem Verhalten in Bezug auf das Drogenhilfesystem in Berlin, Drogen und Drogenkonsum, Harm Reduction usw. befragt. Die Daten wurden aufbereitet und gemeinsam ausgewertet (siehe Abb.). Sie liefern vielfältige Hinweise für die partizipative Gestaltung und Verbesserung der Suchthilfe vor Ort. Auf dieser Basis können zukünftig die Maßnahmen für unsere Communities optimiert und strukturelle Barrieren in Bezug auf die Inanspruchnahme der Angebote der Suchthilfe abgebaut werden.

Was ist gut gelaufen?

Dadurch, dass wir zur Community gehören, konnten wir viele Menschen in ähnlichen Lebenssituationen durch die Befragung erreichen. Das Vertrauen war schnell da. Wir spre-



Angaben der Befragten des Peer-Researchs bei BerLUN zum persönlichen Status

chen selbst Russisch, daher gab es auch keine sprachlichen Barrieren. Wir haben mehr Menschen erreicht als ursprünglich gedacht und auch viele, die bis dato keinen Kontakt zum bestehenden sozialen System hatten. Die Zusammenarbeit mit dem Robert Koch-Institut (RKI) war hilfreich bei der Auswertung und Interpretation der Daten.

Was haben wir gelernt?

Die Peer-Research-Methode ermöglichte die Beteiligung von Menschen aus unseren Communities. Wir haben durch die Befragung viel über die Lebenswelten und Bedürfnisse der Befragten erfahren und können dieses Wissen nutzen, um unsere Unterstützungsangebote zu verbessern und erweitern. Solche Forschungsprojek-

te tragen zur Ermächtigung der Community bei und erhöhen ihre Bedeutung in der Öffentlichkeit und gegenüber den Partner*innen.

Unsere Empfehlungen

Menschen, die sich als Peer-Researcher*innen schulen lassen, müssen viel Zeit einplanen: für die Ausbildung, für die Planung und Durchführung der Befragung sowie für die Auswertung der gesammelten Informationen. Für die Erledigung der Forschungsaufgaben sollten Honorare und Aufwandsentschädigungen eingeplant werden. Peer-Researcher*innen sind engagierte Menschen, die etwas lernen und verändern wollen. Die Aufwandsentschädigung ist notwendig, um die Mitarbeit zu ermöglichen, denn Forschung ist aufwendig.



Immer aktiv und unermüdlich: öffentlichkeitswirksame Veranstaltung von BerLUN

7. African Rainbow-Präventionsveranstaltungen in den afrikanischen Treffpunkten und HIV-Prävention in der Kirche – das geht!?

cse gGmbH Essen (Caritas – SKF Essen)/die Schleife Fachstelle für HIV und STI

Für Menschen afrikanischer Herkunft ist es oft schwierig, die nötigen Informationen und einen hinreichenden Zugang zur medizinischen und sozialen Versorgung in Deutschland zu erhalten, obwohl sie ein Anrecht darauf haben. Das liegt daran, dass die vorhandenen Medien nur selten in verschiedenen Sprachen vorliegen, und oft berücksichtigen diese unsere afrikanische Kultur und Lebenswelten nicht.

Wir wenden uns mit dem Projekt "African Rainbow" an afrikanische Migrant*innen in besonders schwierigen Lagen. Wir bringen wichtige Ressourcen und Kompetenzen mit und haben Zugänge zu unseren eigenen Communities. Dem Thema HIV/Aids kommt dabei eine besondere Bedeutung zu. Wir wollen z. B. Informationen darüber vermitteln, wie eine Ansteckung mit HIV vermieden werden kann. Wir wollen erklären, dass bei richtiger Behandlung der Ausbruch von Aids verhindert werden kann. Und wir wollen dazu beitragen, dass Ängste im Umgang mit Betroffenen abgebaut werden.

Wir bieten Infoveranstaltungen, Gruppengespräche sowie persönliche Gespräche (Beratung) an. Wir organisieren auch Veranstaltungen in afrikanischen Kirchengemeinden, in afrikanischen Kneipen und Discos und auf an-

Kontakt

Clement Matweta Tel.: 0201 632569-889

E-Mail: MabwabClement.Matweta@

cse.ruhr

Webseite: www.cse.ruhr

deren afrikanischen Events. Wir warten nicht, bis die Menschen auf uns zukommen, sondern gehen dorthin, wo sich Afrikaner*innen gerne treffen, und versuchen vor Ort mit ihnen ins Gespräch zu kommen. Das fällt uns nicht schwer, denn wir sind selbst Afrikaner*innen und wissen, wie wir unsere Brüder und Schwestern ansprechen können.

Eine besondere Herausforderung sind für uns die Veranstaltungen in afrikanischen Kirchengemeinden. Die Einstellung zur Gesundheit ist häufig so stark von den Botschaften der afrikanischen Glaubensgemeinschaften beeinflusst, dass die medizinische Behandlung oft sehr spät oder sogar erst in einer lebensbedrohlichen Situation in Anspruch genommen wird. Menschen afrikanischer Herkunft, die stark im

Glauben verankert sind, sind der Überzeugung, dass Heilung und Schutz nur durch die Predigt und das heilende Versprechen des afrikanischen Kirchenführers möglich sind. Da afrikanische Kirchen und Glaubensgemeinschaften für viele Geflüchtete und Migrant*innen wichtige Anlaufstellen sind, um sich an die Community anzubinden, haben wir seit 2017 auf lokaler Ebene das Projekt "Glaube und Gesundheit für Migrant*innen aus Subsahara Afrika" initiiert. Das Projekt wird mit lokalen Kooperationspartner*innen, den Öffentlichen Gesundheitsdiensten (ÖGDs) und den afrikanischen Kirchengemeinden durchgeführt.



Projektleiter Clement Matweta

Unsere Erfahrung zeigt, dass Kooperationen mit Kirchengemeinden zwar möglich, aber sehr zeitaufwendig sind. Die Planung einer Veranstaltung nimmt circa zwei Monate in Anspruch. Folgende Schritte können die Planung und Umsetzung erleichtern:

- Kontakt mit dem Kirchenoberhaupt aufnehmen (Priester bzw. Pastor).
- ▶ Vorgespräch über das Thema mit dem Kirchen-Team führen, um Missverständnisse bzw. Frustrationen zu vermeiden.
- ▶ Bibelverse und -zitate suchen, die über die Gesundheit des Körpers und des Geistes berichten; entsprechend unsere Botschaften einbringen.
- ▶ Da es um Tabuthemen geht (Sex und HIV), kann es sinnvoll sein, Männer und Frauen zu trennen oder einen Referenten für Männer und eine Referentin für Frauen mitzudenken.
- ▶ Gemeinsamen Termin ausmachen.
- ▶ Kinder sollten nicht dabei sein. Bei Bedarf Kinderbetreuung organisieren.
- Wichtig ist, die Position bzw. die Macht des Pastors zu berücksichtigen und zu respektieren. Er ist der Chef der Kirche.

Was haben wir gelernt?

Das Thema HIV kommt zum Teil gut in der Kirche an, aber es bestehen nach wie vor Berührungsängste. Es sollte verstärkt darüber nachgedacht werden, wie das Thema HIV in andere, weniger sensible gesundheitsrelevante Themen eingebettet werden kann – Themen wie z. B. Kindergesundheit, Familienplanung usw.

Es ist immer ratsam, mit Kooperationspartner*innen vor Ort zu arbeiten. Wir arbeiten eng mit
der Aids-Hilfe Essen, dem Gesundheitsamt, der
Schwangerschaftsberatungsstelle der Diakonie
und der AWO zusammen. Sie unterstützen uns
mit Informationen, und wir können die Menschen bei Bedarf auch dort hinschicken.

Tipps

Es hat sich als hilfreich erwiesen, Stellen und Zitate aus der Heiligen Schrift zu benennen, die Gesundheit des Körpers und der Seele fordern. Es empfiehlt sich nicht, den*die Retter*in zu spielen. Kondome zu verteilen, ist unerwünscht. Sie können als Schutzmöglichkeit genannt werden, aber es ist besser, nicht lange darüber zu sprechen.

8. Der Afroshop als Präventionsort

Afrika-Projekt, Gesundheitsamt Bremen

Kontakt

Gesundheitsamt Bremen Robert Koami Akpabli Tel.: 0421 36116746

E-Mail: Robert.akpabli@gesundheitsamt.bremen.de

Webseite: www.gesundheitsamt.bremen.de

Webseite: www.afrika-projekt-bremen.uni-oldenburg.de

Das Afrika-Projekt ist aus dem Arbeitsschwerpunkt "Migration" der Aids/STI-Beratung im Gesundheitsamt Bremen entstanden. Die Konzentration auf afrikanische Communities entwickelte sich aus den praktischen Erfahrungen. Wir haben erkannt, dass eine zielgerichtete Gesundheitsprävention kulturspezifische Besonderheiten beachten muss und ohne die Beteiligung der Afrikaner*innen kaum umzusetzen ist. Das Afrika-Projekt in Bremen ist also ein HIV-Präventionsprojekt, an dem Afrikaner*innen aus Subsahara-Afrika direkt beteiligt sind.

Wir wollen mit diesem Projekt die HIV-Prävention für und mit afrikanischen Migrant*innen in Bremen verbessern und Afrikaner*innen mit HIV unterstützen.

Unsere Aktivitäten sind vielschichtig: Info-Workshops, Diskussionsforen, Verteilung von Kondomen und mehrsprachigen Medien in verschiedenen Settings wie Afroshops, Kirchen usw.

Besonders gut kommen die Info-Veranstaltungen und die Aktivitäten in Afroshops an. Der Afroshop ist für viele Afrikaner*innen Treffpunkt, Einkaufszentrum und für viele Männer ein Restaurant, in dem sie afrikanische Spezialitäten genießen. Wir nutzen die Afroshops, um Menschen zu treffen und mit Menschen über HIV/STIs zu sprechen, sie dafür zu sensibilisieren und die Präventionsangebote in der Stadt vorzustellen und bekannt zu machen. Wir verteilen dort Kondome und reden individuell oder in einer Gruppe mit den Menschen.

Bevor eine Veranstaltung im Afroshop stattfinden kann, muss die Erlaubnis des*der Besitzer*in eingeholt werden. Dies ist am besten über (viele) Gespräche möglich. Wir vereinbaren telefonisch Termine und treffen persönliche und telefonische Absprachen. Wichtig ist, dass wir herausfinden, wie der*die Besitzer*in zum Thema HIV in der afrikanischen Community steht und was er*sie über die Verteilung oder das Auslegen der Materialen im Shop denkt.

In den Afroshops sprechen wir die Menschen persönlich einzeln oder in der Gruppe an. Wir beginnen die Diskussion mit Freund*innen und Bekannten. Nach und nach beteiligen sich auch die anderen Besucher*innen des Shops an der Diskussion. Manchmal beginnen wir das Gespräch mit Gesundheitsthemen, manchmal mit allgemeinen Problemen von Afrikaner*innen in Deutschland – z. B. Asylrecht, Aufenthaltstitel, Probleme bei der Ausländerbehörde usw. Erst gegen Ende kommen wir auf das Thema HIV/STIs in den Communities zu sprechen.

Auch um Kondome in Afroshops zu verteilen, benötigen wir die Erlaubnis des*der Besitzer*in. Es kann sein, dass die Person die Kondomverteilung, aus welchen Gründen auch immer, nicht duldet. Diese Entscheidung müssen wir respektieren. Wenn wir die Erlaubnis erhalten, Kondome zu verteilen, geschieht dies immer am Ende der Diskussion. Meistens läuft die Verteilung sehr gut, aber manche Menschen wollen sie – aus den unterschiedlichsten Gründen – nicht mitnehmen: Ich bin verheiratet, ich bin treu, ich habe keine Freundin oder keinen Freund usw.

Was haben wir gelernt?

Es ist wichtig, dass die Prävention von uns Afrikaner*innen mitgestaltet wird, denn um über die Themen HIV und andere STIs sprechen zu können, ist eine hohe Kultursensibilität notwendig – und wir sind diejenigen, die die afrikanische Kultur am besten kennen.

Die Kondomverteilung muss an eine Diskussion oder Informationsvermittlung gekoppelt sein. Oft hilft es, Broschüren zu verteilen – wir nutzen die Materialien der Deutschen Aidshilfe und der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA).



Beratungssituation im Afroshop



Der Afroshop

Welche Schwierigkeiten gibt es?

Es kostet viel Überzeugungsarbeit, um den Afroshop-Besitzer*innen zu erklären, wieso es wichtig ist, Präventionsveranstaltungen in Afroshops zu organisieren. Die Afrikaner*innen wollen häufig andere Themen diskutieren und nicht immer über HIV sprechen, weil das Thema mit Diskriminierung und Ausgrenzung verbunden ist.

Auszeichnungen

Bundeswettbewerb Aidsprävention 2008 unter dem Motto "Neue Wege sehen – neue Wege gehen"

Aus hundert eingereichten Projekten hat das Afrika-Projekt Bremen: "HIV/STD-Prävention für Menschen aus Afrika" den dritten Preis gewonnen.

Community-Preis 2010

Im Jahr 2010 beglückwünscht die afrikanische Community in Bremen das Afrika-Projekt mit dem Preis "Award of Excellence" als Anerkennung für Mut, Vertrauen und Umgang mit dem Thema HIV/Aids-Prävention in der Community. ■

9. Gesundheitsbotschafter*innen sorgen für Bewegung in der HIV-Prävention

Café Afrika, AIDS-Hilfe Hamburg e.V.

Kontakt

Café Afrika AIDS-Hilfe Hamburg e. V. Hapsatou Oudini Tel.: 040 23519936-0

E-Mail: migration@aidshilfe-hamburg.de Webseite: www.aidshilfe-hamburg.de

In Hamburg gab es kaum angemessene Räume, in denen unsere Communities aus Subsahara-Afrika regelmäßig über HIV/Aids und über sexuelle Gesundheit sprechen und ihre Anliegen und Interessen diskutieren konnten. Das Thema HIV ist in unseren afrikanischen Communities tabuisiert, und Menschen mit HIV befürchten, stigmatisiert und ausgegrenzt zu werden. Deshalb verstecken sie sich mit ihrer Infektion, statt Hilfe und Unterstützung zu suchen. Mit dem Café Afrika haben wir mit Unterstützung der AIDS-Hilfe Hamburg einen geschützten Raum geschaffen, der diese Situation aufbricht. Unser Projekt wurde im April 2009 in enger Zusammenarbeit mit afrikanischen Communities in Hamburg partizipativ entwickelt.

Café Afrika ist ein offenes Angebot von Migrant*innen für Migrant*innen mit und ohne HIV sowie ihre Freund*innen. Unser Ziel ist, das Thema zu enttabuisieren. Mit dem Projekt wollen wir durch Aufklärung und bedarfsgerechte Information einen lebendigen Austausch über die Themen HIV/Aids in unseren Communities anregen. Es soll Raum für unterschiedliche Lebensstile sowie persönliche Meinungen, Werte und Fragen geschaffen werden. Es ist uns wichtig, dass Menschen mit HIV und ihre Angehörigen in unseren afrikanischen Communities akzeptiert und integriert und nicht ausgegrenzt werden.

Im Rahmen des Café-Afrika-Projekts haben wir mittlerweile 32 afrikanische Gesundheitsbotschafter*innen ausgebildet. Wir halten diesen Ansatz für sehr geeignet, kultursensible Prävention in unseren Communities durchzuführen. Gleichzeitig werden unsere Kompetenzen und Ressourcen aktiviert und gestärkt.

Die Wege, auf denen wir Gesundheitsbotschafter*innen finden, sind sehr unterschiedlich: durch persönlichen Kontakt, durch Mund-zu-Mund-Propaganda, durch Institutionen und Migrant*innenselbstorganisationen, mit denen wir kooperieren.

Uns ist es wichtig, Menschen aus verschiedenen afrikanischen Communities zu finden, die sich freiwillig engagieren wollen. Wir schulen sie, damit sie kompetent und schamfrei mit den Themen HIV/Aids und sexuelle Gesundheit umgehen können. In der zweitägigen Schulung (6–7 Stunden pro Tag) vermitteln wir den Gesundheitsbotschafter*innen Basiswissen und Methoden, um kleine Aktionen in ihren Communities zu initiieren und umzusetzen. Auf diese Weise werden die Gesund-

- Vorstellung der AIDS-Hilfe Hamburg
- Grundlagen zu HIV/Aids und anderen STIs (Übertragungswege, Schutzmöglichkeiten, Testung, Beratungs- und Hilfsangebote in Hamburg)
- Methoden der Präventionsarbeit mit Migrant-*innen-Communities (Community-Mapping, Glücksrad, Vortragsmethoden usw.)

Bei Bedarf werden weitere Schulungen angeboten, die das bereits vermittelte Wissen ergän-



Wieder mal gelungen! Die Gesundheitsbotschafter*innen in Aktion

heitsbotschafter*innen zu Schlüsselpersonen und direkten Ansprechpartner*innen in ihren jeweiligen Communities. Die Schulung der Gesundheitsbotschafter*innen findet in Deutsch und Französisch oder Deutsch und Englisch statt und wird von einem interkulturell zusammengesetzten, erfahrenen Fachteam durchgeführt. Die Schulung deckt folgende Themen ab:

zen und erweitern. Nach Abschluss der Schulung bilden die Gesundheitsbotschafter*innen mobile Teams und organisieren Veranstaltungen in verschiedenen Settings, die von afrikanischen Menschen gerne aufgesucht werden: Fußballturniere, Stadtfeste, Kulturvereine, Kirchengemeinden, Afromärkte usw. Die Teams setzen verschiedene Methoden ein: Infotisch,

Ampelspiel, Glücksrad, Standaktion mit persönlichem Gespräch usw. Unsere Gesundheitsbotschafter*innen tragen ihre "Sensibilisierungstaschen": Umhängetaschen mit Kondomen, Flyern, Visitenkarten und muttersprachlichen Broschüren. Damit sind sie für die Menschen in den Communities sofort als Gesundheitsbotschafter*innen erkennbar.

Oft organisieren wir mehrsprachige Veranstaltungen zu verschiedenen Themen in unserem Café Afrika. Anlässlich des Welt-Aids-Tages findet "die Nacht der Solidarität" statt. Es geht darum, Solidarität mit Menschen, die mit HIV/ Aids leben, zu zeigen und mehr Leute gleichzeitig zu sensibilisieren. Am Vormittag sind wir mit einem Infotisch in den Migrant*innen-Communities vor Ort, am Abend lädt das Café Afrika zu einer multikulturellen Nacht im Aidshilfehaus ein. Diese Veranstaltungen bewerben wir über das Internet, mehrsprachige Flyer, Mund-zu-Mund-Propaganda und über Kooperationspartner*innen.

Die Tätigkeit der Gesundheitsbotschafter*innen wird koordiniert durch eine hauptamtliche Mitarbeiterin aus unserer Community in der AIDS-Hilfe Hamburg. Dadurch haben die Gesundheitsbotschafter*innen immer eine Ansprechpartnerin. Sie übernimmt viele organisatorische und weitere Aufgaben, die die freiwilligen Gesundheitsbotschafter*innen aus unterschiedlichen Gründen nicht erfüllen können.

Unsere Erfahrung zeigt, dass unser Ansatz funktioniert, weil wir einen guten Zugang zu unseren Communities haben, weil uns die Menschen vertrauen, weil wir unsere Kultur kennen, weil es für uns keine Sprachbarrieren gibt. Die AIDS-Hilfe Hamburg erhielt im Jahr 2013 für das Café Afrika den HIV-Community-Preis.

Was haben wir gelernt?

Präventionsbotschaften müssen möglichst lebensweltnah vermittelt werden. Die Gesundheitsbotschafter*innen müssen daher ihre Communities gut kennen. Regelmäßige Treffen der Gesundheitsbotschafter*innen zur Reflexion ihrer Arbeit sind wichtig. Die Schulung in verschiedenen Sprachen anzubieten, ist von Vorteil und oft auch notwendig. Kooperationen mit Kultur- und Sportvereinen, Kirchen/Moscheen, Glaubensgemeinschaften und Initiativen sind wichtig für unsere Arbeit.

Was könnte verbessert werden?

Wir wünschen uns für die Zukunft mehr Ressourcen (vor allem finanzielle) für die Einsätze in unseren Communities. Die Einsätze sind zeitund arbeitsaufwendig. Ohne Honorierung können wir keine Nachhaltigkeit gewährleisten. Unser größtes Problem ist die unsichere finanzielle Situation der Gesundheitsbotschafter*innen.

Wir wünschen uns regelmäßige Supervisionen bzw. kollegiale Beratung sowie weitere Fortbildungen, um unser Wissen und unsere Methodenkenntnisse zu erweitern.

Es sollten zukünftig auch regelmäßige Treffen zur Bewertung bzw. Auswertung der durchgeführten Aktivitäten stattfinden, um die Qualität unserer Arbeit zu verbessern.

10. Netzwerk MiSSA NRW – Migration und HIV

Ein zielgruppenspezifisches Projekt der Aidshilfen Düsseldorf Essen und NRW

Kontakt

Rufin Kendall Aidshilfe Düsseldorf e. V. Johannes-Weyer-Straße 1, 40225 Düsseldorf Tel.: 0211 77095-23 E-Mail: rufin.kendall@

missa-nrw.de

Pierre Mayamba Aidshilfe Essen e. V. Varnhorststr. 17, 45127 Essen Tel.: 0201 10537-04 E-Mail: p.mayamba@ missa-nrw.de Stephan Gellrich Aidshilfe NRW e. V. Lindenstraße 20, 50674 Köln Tel.: 0221 925996-11 E-Mail: stephan.gellrich@ nrw.aidshilfe.de

Um die Inanspruchnahme der Angebote zur Gesundheitsförderung und zur HIV/STI Prävention durch Migrant*innen zu verbessern, wurde das Netzwerk MiSSA NRW Migration und HIV initiiert. Das Netzwerk ist ein NRW-weites Projekt zur Förderung der Diversity-orientierten Prävention sowie der Vernetzung von Projekten der Aidshilfearbeit in NRW, die vorwiegend mit Migrant*innen aus Subsahara Afrika arbeiten (wollen). Dabei soll sowohl eine Brücke zwischen den Aidshilfen als auch mit und zwischen den afrikanischen Communities gebaut werden.

Das Netzwerk MiSSA-HIV-NRW verfolgt als Hauptziel, den Zugang zu Information, HIV-Testung und Beratung sowie Behandlung für Menschen mit Migrationshintergrund zu erleichtern, besonders für Menschen aus Ländern Subsahara-

Afrikas. Dafür wird eine Diversity-orientierte und strukturelle HIV-Prävention etabliert und die Zusammenarbeit zwischen den Aidshilfen und Migrant*innenselbstorganisationen gefördert. So will das Netzwerk ermöglichen, dass der Zugang zu Migrant*innen-Communities langfristig gewährleistet ist und gemeinsam angemessene Angebote entwickelt werden können. Aufgrund der langjährigen Vorerfahrungen in der Zusammenarbeit mit Migrant*innen konnten die Standorte Essen und Düsseldorf bereits viele in der Rhein-Ruhr-Region lebende Afrikaner*innen erreichen, die je nach Bedarf aufgeklärt, medizinisch sowie psychosozial versorgt werden konnten. Diese Erfahrungen und Expertise wollen wir durch das Netzwerk mit den anderen Aidshilfen in der Region teilen und Kompetenzen dadurch bündeln.

Stufenplan der Arbeit (vorgesehene Maßnahmen)

- Bestandsaufnahme über die bestehenden Angebote der Aidshilfen in NRW
- Regelmäßiger Austausch u. a. im Rahmen einer gegründeten Landesarbeitsgemeinschaft (LAG) mit den Aidshilfen in NRW
- Unterstützung von Aidshilfen bei der Planung ihrer zielgruppenspezifischen bzw. Diversityorientierten Angebote
- Brückenbau / Kontaktvermittlung zwischen den Aidshilfen und MiSSA-Communities (Migrant*innen-Communities).

- Austausch mit "Key-Persons" (Schlüsselpersonen) aus den örtlichen Communities
- ▶ Gewinnung und Schulung von Präventionsbotschafter*innen, die die Aidshilfen unterstützen
- Landesweiter Einsatz von geschulten Präventionsbotschafter*innen
- ▶ Regelmäßiger Austausch der Koordinationsstellen zur Sicherung der Qualität und zur (Weiter-)Entwicklung des Konzeptes.



Konzepttreffen Mitglieder MiSSA NRW

Was haben wir gelernt?

Die Beteiligung (Partizipation) von Migrant*innen an der HIV-Prävention ist von sehr großer Bedeutung und fängt schon bei der Planung/Entwicklung an. Die Arbeit soll auf Augenhöhe stattfinden (Peers und Migrant*innenselbstorganisationen sollen als gleichwertige Partner*innen einbezogen werden). Antidiskriminierungs- und rassismuskritische Arbeit sind entscheidend für den Erfolg des Netzwerks. Die Transparenz öffnet viele Türen. Die Durchführung der Projektarbeit hängt u. a. von der Finanzierung ab, allerdings darf das Geld nicht maßgebend sein.

Was ist gut gelaufen?

Das Netzwerk ist bekannter geworden. Es wurde eine LAG gegründet. Der Brückenbau zwischen einigen lokalen Aidshilfen und den Communities ist gelungen. Darüber hinaus haben wir Folgendes erreicht: Anpassung bzw. Weiterentwicklung bestehender Angebote, Gewinnung und Schulung von mehreren Multiplikatoren, Ansätze einiger geschulter Botschafter*innen, neue Einführung des Schwerpunkts in zwei Aidshilfen.

Was hätte besser laufen können?

Frühzeitige Transparenz der Zielsetzung und der Aufgaben wäre notwendig gewesen, um Missverständnisse zu vermeiden. Die finanziellen Mittel waren nicht ausreichend, um die Ansätze der Botschafter*innen zu unterstützen bzw. diese zu honorieren.

11. Eine mobile Theatergruppe klärt auf

Mobile Theatergruppe AfroLebenPlus – "Theater des Lebens"

Kontakt

Melike Yildiz

Kontaktaufnahme per E-Mail über: alphonsine.bakambamba@dah.aidshilfe.de Webseite: www.hiv-migration.de/ projekte/theaterrunde

Bereits im Jahr 2008 haben wir uns – acht Mitglieder des Netzwerks AfroLeben Plus – dafür entschieden, HIV-Prävention in Form von Improvisationstheater anzubieten. Viele von uns kannten diese Form der Zusammenarbeit bereits aus unseren Herkunftsländern (z. B. Kenia, Ghana, Mosambik, Algerien). Wichtig ist für uns, dass unsere Botschaften die Menschen direkt und auf vertraute Art ansprechen – und zwar dort, wo sie zusammenkommen: auf Afromärkten, Straßenfesten oder in Kirchgemeinden.

Da wir bereits aktive HIV-Prävention-Multiplikator*innen und selbst Migrant*innen sind, kennen wir die Lebensrealitäten von Migrant*innen in Deutschland, ihre Probleme und Sorgen, aber auch ihre Stärken und Fähigkeiten. Das macht es für uns als Schauspieler*innen leichter, sensibel, kulturspezifisch und vertrauensvoll mit tabuisierten Themen wie HIV umzugehen. Unsere Communities gelten als "schwer erreichbar". Jedoch macht es einen großen Unterschied, wie und von wem die Menschen angesprochen werden. Wir als Teil der Community haben einen besseren Zugang zu ihnen, zusätzlich öffnet uns eine passende Methode wie das Theaterspiel die Türen.

Als Migrant*innen erleben wir in Deutschland oft mehrfache Stigmatisierung und Diskriminierung sowie Rassismus. Wir wissen, wie schwierig es ist, über diese Erfahrungen zu sprechen oder sich in konkreten Situationen dagegen zu wehren. Mithilfe von Körperbewegungen, Symbolik und Metaphern ermöglicht das Theater den Schauspieler*innen, mit Traumata verbundene Themen zu bearbeiten. Wir sprechen noch nicht perfekt Deutsch, dafür aber viele andere Sprachen wie Suaheli, Amharisch, Französisch, Englisch, Arabisch oder Lingala. Dadurch erreichen wir Menschen, deren Muttersprache nicht Deutsch ist, und motivieren andere, die noch wenig Deutsch sprechen, sich ebenfalls zu engagieren. Gleichzeitig setzen wir ein Zeichen, dass Menschen wie wir einzigartig sind.

Die Szenarios für die Theaterstücke entwickeln wir selbst aus unseren Lebensgeschichten und persönlichen Erfahrungen. Welche Geschichten vor Ort gespielt werden, hängt von dem Anlass ab, zu dem unsere Gruppe eingeladen wird. So spielen wir z. B. in "Flüchtlingskirchen" Szenen zum Leben im Asylheim, zu Abschiebung oder HIV-Zwangstestungen.

In Kirchenauftritten richten wir den Fokus auf Treue, Vertrauen, Familie, Glaube an Gott, auf regelmäßige Medikamentenaufnahme sowie christliche Solidarität mit erkrankten Mitgliedern der Community. Nach mehreren erfolgreichen Auftritten in afrikanischen Kirchengemeinden hat uns die Deutsche Aidshilfe angeboten, an dem Modellprojekt "Deine Gesundheit, Dein

Glaube" mitzuwirken. Durch diese Zusammenarbeit erreichen wir noch mehr gläubige Menschen aus der afrikanischen Community und wir dürfen sie mit unserem Wissen über HIV und dessen Übertragungswege aufklären. Das Besondere ist, dass die Pastoren unsere Präventionsbotschaften unterstützen und diese mit Spiritualität und Glauben vertiefen.

Für unsere mobile Theatergruppe hat das Wort "mobil" viele Bedeutungen. Wir

- sind aus verschiedenen Ländern zugewandert,
- kommen aus verschiedenen deutschen Städten und
- sind immer mit unseren präventiven Botschaften unterwegs.



Auftritt der Theatergruppe bei den "Positiven Begegnungen" in Kassel

Was haben wir gelernt? Was läuft gut?

Die Beteiligung von Migrant*innen ist wichtig: Wenn die Schauspieler*innen selbst Teil der Community sind, kennen sie die Problematik aus eigener Erfahrung und nicht nur durch Erzählungen. Sie können Tabuthemen kultursensibel ansprechen, sind authentisch bei der Vermittlung von Botschaften und besitzen das Vertrauen des Publikums. Wenn sich die Zuschauer*innen durch unsere Authentizität mit uns identifizieren, öffnet sich die Tür zur Aufklärung.

Theater bietet einzigartige Möglichkeiten, ohne Worte oder in mehreren Sprachen verschiedene Themen zu behandeln.

Diese Form des Theaters ermöglicht es, Themen, die mit Scham (Tabu) und Stigma verbunden sind, anzusprechen und durch Körpersprache und Metaphern weiter zur eigenen Community zu tragen.

Die Botschaften, die über das Theaterspiel vermittelt werden, können auch von Zuschauer*-innen mit Sprachbarrieren richtig verstanden werden. Durch den interaktiven Kontakt mit dem Publikum können wir die Prävention vertiefen, akute Fragen beantworten und die Bedürfnisse der Zuschauer*innen spontan berücksichtigen.

12. STI-Testangebote für Sexarbeiterinnen in der aufsuchenden Arbeit

Bettina Deuschle, AIDS-Hilfe Freiburg

Kontakt

AIDS-Hilfe Freiburg | Checkpoint Plus Freiburg Zentrum für sexuelle Gesundheit Bettina Deuschle

Tel.: 0761 1514664-46

E-Mail: bettina-deuschle@checkpoint-freiburg.de

Webseite: www.checkpoint-freiburg.de

Seit etlichen Jahren sind wir regelmäßig in der aufsuchenden Arbeit im Freiburger Milieu tätig. In den Gesprächen begegneten uns immer wieder Frauen* in der Sexarbeit, die auch Fragen zu ihrer sexuellen Gesundheit hatten. Die meisten Frauen*, die in den Freiburger Wohnungen arbeiten, kommen aus osteuropäischen Ländern und sind in Deutschland nicht krankenversichert. Manche von ihnen sind bereits seit einigen Jahren in Deutschland. Ihnen werden der Zugang und die Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen strukturell erschwert. Daraus entstand die Idee, für Sexarbeitende ein Gesundheitsangebot vor Ort zu entwickeln, um einen niederschwelligen Zugang zu Angeboten zur Förderung der sexuellen Gesundheit für Sexarbeitende zu schaffen. Frauen* erhalten die Möglichkeit einer anonymen und kostenlosen STI-Testung und zwar direkt an ihrem Arbeitsplatz. Bei Bedarf werden sie im Anschluss im Checkpoint Plus Freiburg kostenlos behandelt.

Alle vier bis sechs Wochen sind wir an einem Nachmittag, gemeinsam mit einer Kollegin von P.I.N.K., der Fachberatungsstelle für Sexarbeiterinnen, oder dem Gesundheitsamt Freiburg, in wechselnden Termin-Wohnungen unterwegs und informieren, beraten und testen. Bei größeren Wohnungen mit mehr als fünf arbeitenden Frauen* melden wir uns vorher an. Die Frauen* erfahren dann über die Hausdame, wann wir vorbeikommen. Während der aufsuchenden Arbeit informieren wir sie über das Thema sexuelle Gesundheit und unsere Testangebote im Checkpoint Plus. Wir verteilen Tüten

mit Informationsmaterialien in verschiedenen Sprachen sowie Softtampons und Kondome. In diesem Rahmen bieten wir ihnen an, einen anonymen und kostenlosen Selbsttest auf Chlamydien und Gonorrhoe durchzuführen. Falls eine Frau* Interesse an einer persönlichen Beratung und weiteren Tests hat, wie z. B. einem HIV-Test, können wir mit ihr einen Termin im Checkpoint Plus ausmachen. Bei diesem Termin wird in den meisten Fällen und auf Wunsch eine Dolmetscherin eingesetzt.

Sobald die Untersuchungsergebnisse da sind, werden diejenigen Frauen, die ein positives Er-



Ein Herz für Sexarbeiter*innen

gebnis haben, telefonisch kontaktiert. Wir vereinbaren mit ihnen und einer Dolmetscherin einen persönlichen Beratungstermin im Checkpoint Plus. Sie erhalten dort auch eine anonyme und kostenlose Behandlung, wenn sie nicht krankenversichert sind.

Was haben wir gelernt?

Um die aufsuchende Arbeit mit unserem STI-Testangebot durchführen zu können, war es im Vorfeld sehr wichtig, alle Betreiber*innen über das neue Angebot zu informieren. Ein regelmäßiger Kontakt und Austausch mit den Betreiber*innen und den Hausdamen in den jeweiligen Wohnungen ist für das Testangebot unbedingt erforderlich. So schaffen wir Vertrauen, erhalten einen leichteren Zugang zu den Wohnungen und erhöhen die Akzeptanz unseres Testangebots. Freiwilligkeit und Anonymität der Testungen sind entscheidend, damit die kostenlose Behandlung in Anspruch genommen wird.

Was ist gut gelaufen?

Das STI-Testangebot wird von den meisten Frauen* sehr gerne in Anspruch genommen.

Die anfängliche Unsicherheit gegenüber unserem Angebot verändert sich meist im Laufe des Besuches und sie kommen mit weiteren gesundheitlichen Fragen auf uns zu. Die Vermittlung und die weiterführende Behandlung in den Räumlichkeiten des Checkpoints laufen reibungslos.

Die Kooperation mit P.I.N.K. (Fachberatungsstelle für Sexarbeiterinnen) und dem Gesundheitsamt Freiburg ist gut und wichtig, denn so schaffen wir Synergien und bieten den Frauen* umfassende Beratung und Unterstützung an.

Was hätte besser laufen können?

Der überwiegende Teil der Frauen* verfügt nur über geringe Deutschkenntnisse und die sprachlichen Barrieren sind während der Gespräche deutlich spürbar. Da es uns aus finanziellen Gründen bisher nicht möglich ist, auch Dolmetscherinnen in der aufsuchenden Arbeit einzusetzen, können wir in diesem Rahmen keine umfassende Beratung anbieten.

13. "Afrikanische Treffen" in der Braunschweiger AIDS-Hilfe

Ingrid Kenne, Braunschweiger AIDS-Hilfe e.V.

Das Projekt "Afrikanische Treffen" ist ursprünglich im Rahmen der DAH-Kampagne "Kein Aids für alle!" entstanden, deren Ziel ist, dass ab 2020 in Deutschland niemand mehr an Aids erkranken muss. Eine rechtzeitige HIV-Behandlung verhindert den Ausbruch der Krankheit Aids. Dafür muss die Infektion zunächst erkannt werden. Viele Menschen (u. a. auch Migrant*innen) jedoch scheuen den HIV-Test aus Angst, nach einer positiven Diagnose ausgegrenzt zu werden.

In Braunschweig und Umgebung leben viele Menschen aus afrikanischen Herkunftsländern. Um sich zu begegnen, sich kennenzulernen, Freundschaften zu schließen und etwas afrikanische Kultur zu erleben, bietet die Braunschweiger AIDS-Hilfe einen Ort der Begegnung. Parallel dazu möchten wir das Thema HIV und Aids in die Community bringen. Denn wie in der Allgemeinbevölkerung wird das Thema HIV und Aids auch in afrikanischen Communities oft tabuisiert. Um dieses Tabu zu brechen, haben wir von der Braunschweiger AIDS-Hilfe ein Präventionsprojekt für die afrikanische Community entwickelt.

Wir wollen durch das Projekt Wissen zum Thema vermitteln, HIV-Neuinfektionen bei Afrikaner*innen vermeiden, (irreale) Ängste abbau-

Kontakt

Braunschweiger AIDS-Hilfe e.V. Ingrid Kenne

Eulenstr. 5, 38114 Braunschweig

Tel.: 0531 58003-0

E-Mail: info@braunschweig.aidshilfe.de Webseite: www.braunschweig.aidshilfe.de

en, Gemeinschaft und Solidarität schaffen und Antidiskriminierungsarbeit leisten. Herzlich eingeladen sind Menschen aus afrikanischen Communities und ihre Freund*innen – unabhängig von dem HIV-Status.

Wir treffen uns jeden letzten Samstag im Monat in der Braunschweiger AIDS-Hilfe. Zwei Köchinnen kochen afrikanische Gerichte. Das gemeinsame Essen verbindet uns und lässt die Heimat ein wenig näher rücken, denn viele der hier lebenden Afrikaner*innen können ihre Heimat nicht mehr besuchen. Das Treffen gibt uns die Gelegenheit uns besser kennenzulernen, auszutauschen, Freundschaften aufzubauen und dies in einer angenehmen Atmosphäre und bei leckerem Essen. Eine Mitarbeiterin der Aidshilfe gehört selbst zur Community – dies schafft Ver-



Projektbeteiligte beim Vorbereiten des Treffens

trauen und macht das Sprechen über HIV und Aids einfacher. Wir unterhalten uns auf Französisch, Englisch, Arabisch und manchmal auch in anderen Sprachen. Wir vermitteln auch wichtige Informationen für Geflüchtete, um das Asylverfahren zu erleichtern, und bieten bei Bedarf Einzelgespräche mit Übersetzung an. Manchmal laden wir Mitarbeitende anderer lokaler Einrichtungen (Gesundheitsamt, ProFamilia, Caritas usw.) zu den Treffen – so haben die Teilnehmenden die Möglichkeit, andere unterstützende Angebote der Stadt kennenzulernen.

Was haben wir gelernt?

Die Beteiligung von Migrant*innen an der Entwicklung der HIV-Prävention ist entscheidend für ihren Erfolg – in unserem Fall ist die hauptamtliche Projektkoordinatorin selbst afrikanischer Abstammung. Dies schafft Vertrauen und Selbstidentifikation mit unserer Aidshilfe und hilft uns, angemessene Angebote zu entwickeln. HIV-Prävention muss in ein breites Konzept der Gesundheitsförderung eingebettet werden – wir bieten rechtliche Beratung an, begleiten un-

sere Klient*innen zur Ausländerbehörde, zum Krankenhaus oder zum Arzt, zur Ärztin. In der Regel ist HIV nicht das einzige Anliegen unserer Community-Mitglieder.

Was läuft gut?

Durch die Vielfalt und Niederschwelligkeit unserer Angebote erreichen wir Migrant*innen unterschiedlicher Nationalitäten. Die Zahl der Besucher*innen afrikanischer Herkunft hat sich vervielfacht. Die Menschen lassen sich mittlerweile ohne Ängste testen und die Präventionsmaterialien und Kondome werden gerne mitgenommen.

Was können wir verbessern?

Die Einsätze in unseren Communities sind durch das schnelle Wachstum arbeits- und zeitaufwendig geworden. Aus diesem Grund werden mehrere Multiplikatoren*innen benötigt.
Unser größtes Problem sind fehlende Gelder,
um weitere Menschen zu schulen und ihre Arbeit finanziell zu entschädigen.

14. "Deine Gesundheit, Dein Glaube" – HIV-Prävention in afrikanischen Kirchengemeinden

Tanja Gangarova und Alphonsine Bakambamba, Deutsche Aidshilfe e.V. (DAH), Berlin

Kontakt

Deutsche Aidshilfe e. V. (DAH) Tanja Gangarova und Alphonsine Bakambamba

Tel.: 030 690087-18

E-Mail: tanja.gangarova@dah.aidshilfe.de

E-Mail: alphonsine.bakambamba@dah.aidshilfe.de

Webseite: https://www.hiv-migration.de/projekte/hiv-prävention-der-kirche

"Deine Gesundheit, Dein Glaube – HIV-Prävention in afrikanischen Kirchengemeinden" ist ein Projekt der Deutschen Aidshilfe, das 2015 auf Anregung der Netzwerke AfroLebenPlus (das bundesweite Netzwerk der HIV-positiven Migrant*innen) und AGHNiD (Afrikanisches Gesundheits- & HIV Netzwerk in Deutschland) ins Leben gerufen wurde. Das Projekt wird in enger Kooperation mit beiden Netzwerken, mit Aidshilfen, Gesundheitsämtern und afrikanischen Pastor*innen an acht Standorten (Berlin, Bremen, Essen, Köln, Saarbrücken, Dortmund, Hamburg und Magdeburg) umsetzt.

"Deine Gesundheit, Dein Glaube" ist ein partizipatives Projekt – die beteiligten Partner*innen arbeiten gleichberechtigt zusammen. Gemeinsam verfolgen wir das Ziel, Menschen aus Ländern Subsahara-Afrikas über bestehende Präventions-, Testungs- und Behandlungsangebote in Deutschland zu informieren sowie ihre Solidarität mit betroffenen Menschen zu fördern. "Deine Gesundheit, Dein Glaube" ist auch ein innovatives Projekt, denn die HIV-Prävention in afrikanischen Kirchengemeinden ist in Deutschland Pionierarbeit.

An den acht Standorten bildeten wir Teams aus lokalen afrikanischen Organisationen wie Haus Afrika in Saarbrücken oder Afrikaherz in Berlin, afrikanischen Pastor*innen und Gesundheitsämtern und/oder Aidshilfen. Alle Partner*innen wurden zu einer Konzept-Workshop-Reihe nach Berlin eingeladen, um gemeinsam die Präventionsinhalte, Methoden und Formen der Zusammenarbeit festzulegen. Dies war kein einfacher

Prozess, denn die Vermittlung von klassischen HIV-Präventionsbotschaften ist aufgrund der moralisch-religiösen Überzeugungen der Kirche nur eingeschränkt möglich. Das direkte Sprechen über Sexualität und Sex ist problematisch und mit den Werten und Glaubensbotschaften der Kirchen nur schwer vereinbar. Wir einigten uns auf folgende Botschaften:

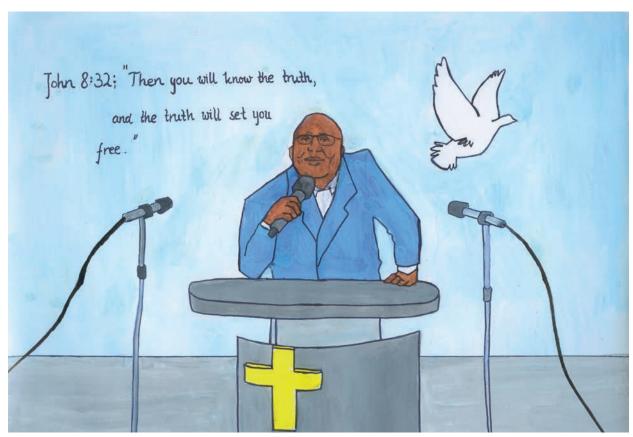
- Lass dich testen! Der HIV-Test kann Leben retten!
- Wenn du krank bist: Nimm Tabletten und bete!
- Liebe deinen Nächsten wie dich selbst!

Seit 2016 organisieren die Projektbeteiligten jährlich zwischen 20 und 25 mehrsprachige Veranstaltungen in verschiedenen afrikanischen Kirchengemeinden und erreichen dadurch Tausende von Menschen. Als geeignete Methode der Wissensvermittlung haben sich die Auftritte der mobilen Aufklärungstheatergruppe AfroLe-

benPlus - "Theater des Lebens" erwiesen, deren Stücke den Einstieg in das Thema HIV und damit die Arbeit der Pastor*innen erleichtern. Gut aufgenommen werden auch Predigten, die präventive Botschaften mit entsprechenden Passagen der Bibel verknüpfen, und daran anschließende Diskussionen, an denen Mitarbeiter*innen der Gesundheitszentren oder Aidshilfen sowie Vertreter*innen von afrikanischen Selbstorganisationen teilnehmen. Im Laufe des Projekts entwickelten die Projektbeteiligten ein Video, das die Präventionsarbeit in afrikanischen Kirchengemeinden veranschaulicht und im Rahmen der Veranstaltungen gerne gezeigt wird. Auf Wunsch der beteiligten Pastor*innen wurde mit der Unterstützung von Ärzt*innen eine mobile Schulungsreihe zu HIV/Aids für afrikanische Pastor*innen entwickelt. Veranstaltungen können 2019/2020 von verschiedenen Kirchengemeinden in Deutschland bestellt werden, um Pastor*innen fortzubilden, die sich im Bereich HIV-Prävention engagieren wollen.



Cover Projekthandbuch



Pastor ZoZo bei der Arbeit

Was haben wir gelernt?

HIV-Prävention in afrikanischen Kirchen ist möglich und vielversprechend. Die kommunikative Ansprache durch Pastor*innen hat sich bewährt ebenso wie unterstützende Theaterauftritte, die das Sprechen über tabuisierte Themen wie HIV/Aids erleichtern. In der Kirche können allerdings nur bestimmte Informationen zu HIV/Aids vermittelt werden: Botschaften zum HIV-Test, zur Medikamenteneinnahme und medizinischen Behandlung, zu Inklusion und Unterstützung von Menschen mit HIV/Aids.

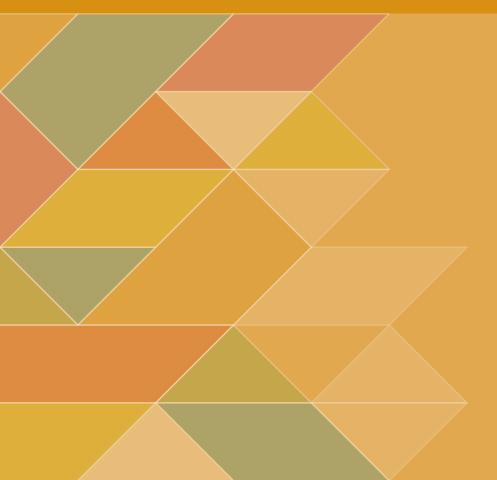
Empfehlungen und Tipps

Afrikanische Kirchengemeinden treffen sich vor allem am Wochenende, daher müssen die Präventionsveranstaltungen überwiegend am Wochenende stattfinden. Für die Gesundheitsämter und die Aidshilfen sind Termine am Wochenende möglich, diese müssen aber zuvor schriftlich von den Mitarbeitenden beantragt werden. Es ist daher wichtig, die Termine möglichst langfristig zu planen.

Die Vorbereitung, Umsetzung und Auswertung der Aktionen in der Kirche müssen finanziell entschädigt werden. Kondome sind nur mit Erlaubnis der Pastor*innen zu verteilen.



RAHMENTEXTE: GRUNDLAGEN DER PRÄVENTIONSARBEIT



1. Informationen zur Epidemiologie von HIV bei in Deutschland lebenden Migrant*innen

Dr. Ulrich Marcus

Erfassung von HIV-Meldedaten in Deutschland

In Deutschland existiert seit 1987 eine gesetzliche Meldepflicht für HIV, auf deren Grundlage alle HIV-Neudiagnosen anonym an das Robert Koch-Institut (RKI) gemeldet werden. Sobald einem Labor ein bestätigtes HIV-Testergebnis vorliegt, füllt es einen Meldebogen aus und schickt ihn an das RKI. Seit 2001 ist auch der*die behandelnde Arzt/Ärzt*in aufgefordert, einige Angaben zum*zur Patienten/Patient*in zu machen. Die HIV-Meldedaten liefern einen guten Überblick über Personen, die ein positives Testergebnis erhalten haben. Allerdings können sie keine Auskunft darüber geben, wie viele Menschen insgesamt in Deutschland mit HIV infiziert sind, da keine Personen erfasst werden, die sich bisher nicht haben testen lassen, die nichts von ihrer HIV-Infektion wissen, die eine bereits bekannte HIV-Infektion haben und sich noch nicht in Deutschland haben testen lassen, sowie Personen, die keinen Zugang zu Testangeboten haben.

Auf dem Meldebogen werden Informationen zu Geschlecht, Alter, Herkunftsland (Land, in dem eine Person den größten Teil ihres Lebens verbracht hat), wahrscheinlichem Infektionsland und vermutlichem Übertragungsweg sowie klinische Parameter (Erkrankungsstadium) abgefragt. In der Berichterstattung werden Herkunftsländer zu Regionen zusammengefasst; so wird z. B. jemand, der aus Russland kommt, der Region Osteuropa zugeordnet, und eine Person aus Ghana erscheint in der Region Subsahara-Afrika.

Bei den Übertragungswegen wird unterschieden in Männer, die Sex mit Männern (MSM) haben, heterosexuelle Kontakte, injizierende Drogengebraucher*innen, Mutter-zu-Kind-Übertragung und andere und unbekannte Risiken. In den folgenden Auswertungen nutzen wir den Begriff "Migrant*innen", wenn bei gemeldeten HIV-Diagnosen ein anderes Herkunftsland als Deutschland angegeben wurde.

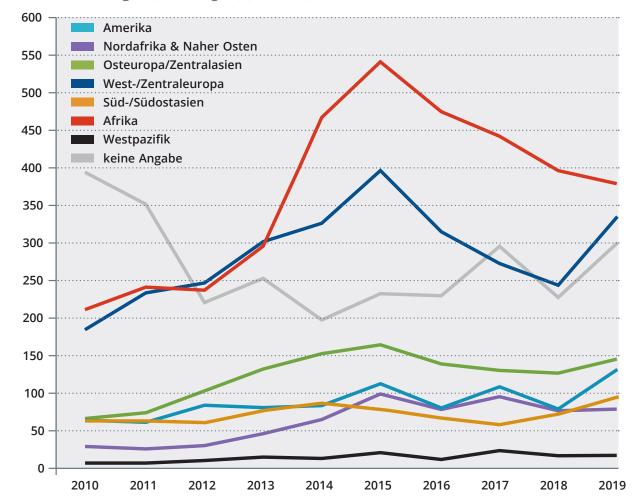
Ausgewählte Ergebnisse aus den HIV-Meldedaten nach Herkunftsregion

Im Zeitraum von 2010 bis 2019 wurden in Deutschland 31.494 HIV-Erstdiagnosen an das RKI übermittelt. Unter allen Fällen waren knapp ein Drittel (32%) Migrant*innen, bei 9% der Fälle lagen keine Angaben zum Herkunftsland vor. Unter den Migrant*innen sind vor allem europäische und afrikanische Herkunftsländer bedeutend. Der Anteil von Neudiagnostizierten aus den Herkunftsregionen Europa und Afrika ist in den letzten Jahren angestiegen (→ Abb. 1).

Bei den vermuteten Infektionswegen liegt der größte Anteil der Neudiagnosen bei Migrant*-innen bei heterosexuellen Kontakten (HET) (41 %), gefolgt von MSM (32 %), intravenösen Drogengebraucher*innen (5 %) und Übertragung von der Mutter auf das Kind während der Geburt (1 %). MSM kommen zum Großteil (37 %) aus West- und Zentraleuropa (→ Abb. 2). Bei Personen mit vermutlich heterosexuel-

ler Übertragung geben die meisten Personen Herkunftsländer der (Subsahara-)Afrika-Region (64 %) und in Europa (15 %) an (→ Abb. 3). Bei heterosexueller Übertragung gilt für alle Herkunftsregionen, dass mehr Frauen unter den Neudiagnostizierten sind als Männer. Bei migrierten Drogengebraucher*innen spielen als Herkunftsländer vor allem west-, zentral- und osteuropäische Länder (77 %) eine Rolle. Übertragungen von der Mutter auf das Kind im Rahmen der Geburt fanden bei nach Deutschland migrierten Kindern vor allem in den Herkunftsregionen Afrika (Länder der Subsahara-Region, 57 %) und in anderen Ländern Europas (26 %) statt¹. Migrant*innen finden sich in jeder Zielgruppe, am häufigsten bei heterosexuellen Kontakten (72 %) und Mutter-Kind-Übertragun-

Abb. 1¹: HIV-Erstdiagnosen mit anderem Herkunftsland als Deutschland von 2010-2019 nach Herkunftsregion (WHO-Region) (n=10.126)



¹ Vgl. RKI 2010: 39-44; RKI 2012a: 19-21; RKI 2014: 213-230; RKI 2012b: 28: RKI 2011: 179-198; RKI 2015: 239-260; RKI 2016b: 407-430; RKI 2017c: 431-453; RKI 2019: 493-501.

gen (80 %). Betrachten wir die Herkunftsregionen nach vermutetem Infektionsort, sehen wir, dass sich die Mehrheit (59 %) aller HIV-Neudiagnostizierten aus West- und Zentraleuropa, Nord- und Lateinamerika, Ostasien und Ozeanien wahrscheinlich in Deutschland mit HIV infiziert hat. Unter afrikanischen Migrant*innen haben sich 83 % vermutlich in ihrer Herkunftsregion in Afrika mit HIV infiziert. Der hohe Anteil ist sehr wahrscheinlich auf die Immigrationswelle 2014-2016 zurückzuführen. In einer Situation mit weniger dynamischem Migrationsgeschehen zeigt eine Studie aus Großbritannien, dass durch die Angaben der meldenden Labore oder Ärzt*innen die Anzahl der Personen, die sich im Zielland infiziert haben, unterschätzt wird (vgl. Rice et al. 2012).

Abb. 2: HIV-Erstdiagnosen unter MSM von

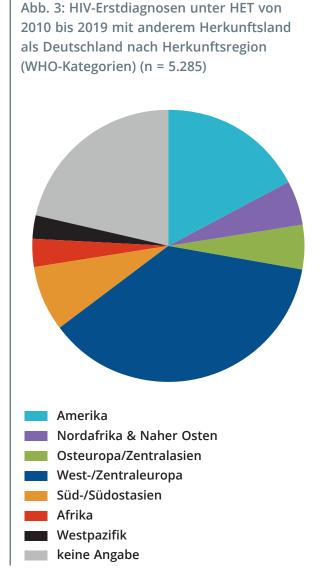
Einschränkungen der HIV-Meldedaten und weiterführende Studien mit Migrant*innen am RKI

Die HIV-Meldedaten geben nur sehr eingeschränkte Informationen über soziodemografische Merkmale oder das Verhalten der gemeldeten Fälle. Zudem werden nur die bereits Diagnostizierten erfasst und die Meldedaten lassen keine Rückschlüsse zu über die Nichtinfizierten und deren Präventionsbedarfe. Um diese besser abschätzen zu können, empfehlen die Weltgesundheitsorganisation und die europäische Gesundheitsbehörde, bei Migrant*innen

2010 bis 2019 mit anderem Herkunftsland als Deutschland nach Herkunftsregion (WHO-Kategorien) (n = 4.067)

Amerika
Nordafrika & Naher Osten
Osteuropa/Zentralasien
West-/Zentraleuropa
Süd-/Südostasien
Afrika

Westpazifik keine Angabe



auch Studien zu Wissen, Verhalten und Einstellungen in Bezug auf HIV durchzuführen (vgl. UNAIDS 2011; ECDC 2009).

In Deutschland hat das RKI bisher eine größere Studie bei in Deutschland lebenden Migrant*-innen aus der Subsahara-Region durchgeführt. Studienteilnehmer*innen wurden zwischen 2014 und 2017 in sechs verschiedenen urbanen Zentren rekrutiert. Die Studie wurde unter kontinuierlicher Einbeziehung der Communities geplant und durchgeführt (vgl. Santos-Hövener et al. 2014) (vgl. RKI 2016a). Durch die Studie sollten Präventionsbedarfe dieser Communities ermittelt werden, um Empfehlungen für die praktische Präventionsarbeit zu entwickeln und umzusetzen.

In der zusätzlich begleitend vom Robert Koch-Institut durchgeführten MiTest-Studie (vgl. RKI 2017a) wurden Fokusgruppendiskussionen mit Expert*innen aus der HIV- und STI-Testung, -Beratung und -Behandlung und aus Beratungseinrichtungen für Migrant*innen durchgeführt. Darin wurden Praxiserfahrungen zu Barrieren, Herausforderungen und Lösungsansätzen diskutiert.

In der MiTest-Studie wurde festgestellt, dass viele Migrant*innen im Vergleich zur mehrheitsdeutschen Bevölkerung noch immer keinen gleichberechtigten Zugang zu Testangeboten haben. Zugangsbarrieren finden sich in der Praxis z. B. in eingeschränkten Behandlungsmöglichkeiten bei positivem HIV-Status und/oder in einschränkenden Faktoren wie einem ungeregelten Aufenthaltsstatus, fehlender Krankenversicherung, Sprachbarrieren, finanziellen Begrenzungen. Weitere wichtige Barrieren sind Stigmatisierung und Rassismuserfahrung oder andere, durch den Migrationsprozess bedingte Aspekte, aber auch fehlende Basisangebote wie Sprach- und Kulturmittlung.

Auf der Ebene der politischen und gesetzlichen Rahmenbedingungen müssen die HIV-Versorgung gesichert und finanzielle Mittel für die Verbesserung von Angeboten bereitgestellt werden. Auf der Ebene der Angebote müssen diese noch besser an den Bedarf angepasst und kultursensibel ausgerichtet werden.

Im Projekt "KABP-Studie mit HIV- und STI-Testangebot bei und mit in Deutschland lebenden Migrant*innen aus Subsahara-Afrika (MiSSA)" war das Ziel, Migrant*innen aus Subsahara-Afrika mit Forschung zu stigmatisierten Themen wie HIV und sexuelle Gesundheit zu erreichen, um so ein verbessertes Verständnis für ihre Präventionsbedürfnisse und -bedarfe zu erlangen. Auf dem Abschlusstreffen zur Studie im November 2016 wurden basierend auf den Ergebnissen folgende Empfehlungen für die Präventionsarbeit für und mit Migrant*innen aus Subsahara-Afrika erarbeitet.

Der Fokus der Präventionsarbeit für und mit Migrant*innen aus Subsahara-Afrika sollte nicht nur auf HIV liegen, sondern auch virale Hepatitiden und STI mit einbeziehen. Informationen zur Situation in Deutschland in Bezug auf HIV - dass eine HIV-Infektion allein keinen Ausweisungsgrund darstellt sowie die Information, dass es in den Gesundheitsämtern anonyme und kostenlose Testangebote gibt - sollten weit gestreut und verbreitet werden. Zur Verbesserung der Testangebote und damit verbunden zur Erhöhung der Testraten sollte die Ärzt*innenschaft einbezogen werden, da ärztliche Praxen den am häufigsten gewünschten Testort darstellen. Testangebote sollten mit Impfangeboten verknüpft werden. Die Inanspruchnahme von Testungen könnte erhöht werden, wenn die Nachfrage danach mit einem konkreten Angebot verknüpft ist. Kampagnen und Medien sollten sprachunabhängig und kultursensibel gestaltet werden und vermehrt auch neue und soziale Medien einbeziehen, um gerade jüngere Menschen besser zu erreichen. Es ist wichtig, in den Communities über Themen sexueller Gesundheit zu sprechen. Interessierte Peer Researcher*innen könnten hierzu einen wichtigen Beitrag leisten. Sie sollten für die Präventionsarbeit als Gesundheitsbotschafter*innen qualifiziert und stetig beschäftigt werden. Gleichzeitig sollte es Peer Researcher*innen, Studienkoordinator*innen und auch anderen interessierten Akteur*innen aus den afrikanischen Communities ermöglicht werden, ihr Wissen und ihre Erfahrungen direkt in die Konzipierung und Umsetzung von Präventionsstrategien und -konzepten einzubringen.

Quellen

ECDC (2009). Technical Report: *Mapping of HIV/STI behavioural surveillance in Europe*. Stockholm: ECDC.

Rice B.D. et al. (2012). A new method to assign country of HIV infection among heterosexuals born abroad and diagnosed with HIV. *Aids*, 26 (15), 1961–1966.

RKI (2010). HIV bei Migranten in Deutschland. *Epidemiologisches Bulletin*, 2010 (5), 39–44.

RKI (2011). HIV-Infektionen und AIDS-Erkrankungen in Deutschland: Bericht zur Entwicklung im Jahr 2010 aus dem Robert Koch-Institut. *Epidemiologisches Bulletin*, 2011 (21), 179–198.

RKI (2012a). HIV bei Migranten in Deutschland. *Epidemiologisches Bulletin*, 2012 (3), 19–21.

RKI (2012b). HIV-Infektionen und AIDS-Erkrankungen in Deutschland: Bericht zur Entwicklung im Jahr 2011 aus dem Robert Koch-Institut. *Epidemiologisches Bulletin*, 2012 (28), 255–273.

RKI (2014). HIV-Infektionen und AIDS-Erkrankungen in Deutschland: Bericht zur Entwicklung im Jahr 2013 aus dem Robert Koch-Institut. *Epidemiologisches Bulletin*, 2014 (26), 213–230.

RKI (2015). HIV-Infektionen und AIDS-Erkrankungen in Deutschland: Bericht zur Entwicklung im Jahr 2014 aus dem Robert Koch-Institut. *Epidemiologisches Bulletin*, 2015 (27), 239–260.

RKI (2016a). *MiTest-Studie: Zugang zu HIV- und STI-Testung für Migrantinnen und Migranten in Deutschland.* https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/H/HIVAIDS/Studien/MiTest-Studie/MiTest-Studie.html.

RKI (2016b). HIV-Infektionen und AIDS-Erkrankungen in Deutschland: Bericht zur Entwicklung im Jahr 2015 aus dem Robert Koch-Institut. *Epidemiologisches Bulletin*, 2016 (38), 407–430.

RKI (2017a). *MiSSA-Studie -KABP-Studie mit HIV-und STI-Testangebot bei und mit in Deutschland lebenden Migrant/innen aus Subsahara-Afrika.* https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/H/HIVAIDS/Studien/MiSSA/MiSSA_node.html.

RKI (2017b). Flohrs K., Dreier K., Ehrhard I. & Böhm H.: Seroprävalenzen von HIV-Infektionen, Syphilis, Hepatitis B, Hepatitis C und Hepatitis A bei Asylsuchenden in Sachsen. *Epidemiologisches Bulletin*, 2017 (29), 263–273 | DOI 10.17886/EpiBull-2017-03

RKI (2017c). HIV-Jahresbericht 2016. *Epidemiologisches Bulletin*, 2017 (39), 431–453 | DOI 10.17886/ EpiBull-2017-051

RKI (2019). Marcus U., Gunsenheimer-Bartmeyer B., Kollan C. & Bremer V.: HIV-Jahresbericht 2017/2018. *Epidemiologisches Bulletin*, 2019 (46), 493–501 | DOI 10.25646/6411

Santos-Hövener C. et al. (2014). Konzeption einer Studie zu sexueller Gesundheit bei in Deutschland lebenden Afrikanern. Prävention und Gesundheitsförderung, 9, 1–8.

UNAIDS (2011). Guidelines on surveillance among populations most at risk for HIV. Geneva: WHO.

2. Eine Diskriminierung kommt selten allein – Intersektionalität in die Praxis umsetzen

Verena Meyer und Kim Annakathrin Ronacher

Die Auffassung, dass alle Menschen gleich seien und in Deutschland glücklicherweise alle die gleichen Rechte hätten, ist nach wie vor weit verbreitet. Mit dieser Haltung wird jedoch ausgeblendet, dass Lebensrealitäten durch Diskriminierung(en) und Privilegierung(en) geprägt sind. Menschen, die von Diskriminierung betroffen sind, wissen das, weil sie tagtäglich mit den Auswirkungen konfrontiert werden. Seit Jahrhunderten kämpfen sie für Gleichberechtigung, Freiheit, Wiederherstellung der Menschenwürde und nicht zuletzt für die Anerkennung, dass diese Erfahrungen real sind und Biografien sowie alle gesellschaftlichen Bereiche enorm beeinflussen. Jenseits von Begrifflichkeiten sind sie es, die trotz Gewalt und Barrieren, die ihnen immer wieder in den Weg gelegt werden, soziale und strukturelle Ungleichheit vehement benennen und Solidarität sowie eine Veränderung der Verhältnisse einfordern. Vielleicht fragen Sie sich jetzt, von welcher Diskriminierung wir hier sprechen, und/ oder Sie denken sich, dass Sie genau wissen, wovon die Rede ist, weil Sie selbst betroffen sind. Unsere Formulierung verweist auf Verbundenheiten und Gemeinsamkeiten der Betroffenen von Diskriminierung. Gleichzeitig besteht bei dieser Verallgemeinerung die Gefahr, die einzelnen Formen von Diskriminierung und damit verbundene Erfahrungen gleichzusetzen. In der Arbeit mit und für Migrant*innen ist die Beschäftigung mit Rassismus eine zentrale Voraussetzung, um Angebote und organisationale Strukturen inklusiv zu gestalten – ohne dabei die anderen Formen von Diskriminierung außer Acht zu lassen.

"If we aren't intersectional, some of us, the most vulnerable, are going to fall through the cracks."

"Wenn wir nicht intersektional sind, werden einige von uns, die am verletzlichsten sind, durch die Maschen fallen."

Kimberlé Williams Crenshaw

Dieses Zitat von Kimberlé Williams Crenshaw, die den Begriff Intersektionalität entwickelte, verdeutlicht die Dringlichkeit eines Perspektivwechsels und verweist gleichzeitig auf die Lebensrealitäten vieler, die Angebote der HIV-Prävention aufsuchen. Gemeinsam mit Ihnen als Leser*innen möchten wir die Netze neu bzw. weiterknüpfen, damit zumindest in unseren Communities, Arbeitskontexten, Kampagnen und Bündnissen nicht noch mehr Menschen durch die Maschen hindurchfallen.

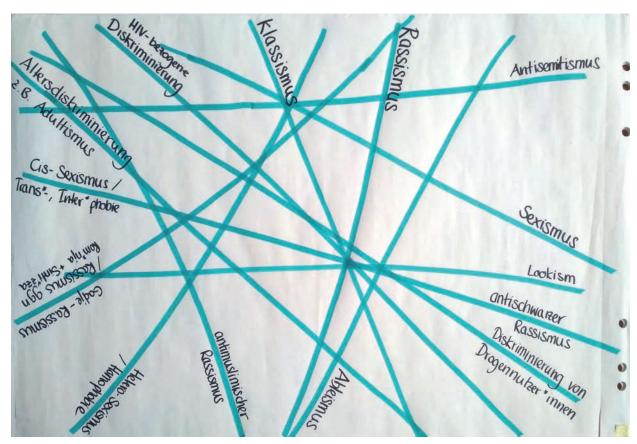
Der folgende Beitrag wirft einen kurzen Blick auf die Geschichte des Begriffs Intersektionalität und dessen Bedeutung, um anschließend Anknüpfungspunkte und Handlungsmöglichkeiten für die praktische Arbeit mit und für migrantisierte Menschen und darüber hinaus anzubieten.

Intersektionalität – Bedeutung und Geschichte

Der Begriff der Intersektionalität wurde 1989 von der schwarzen US-amerikanischen Juristin Kimberlé Williams Crenshaw entwickelt. Sie verwendete dafür das Bild einer Straßenkreuzung (englisch: intersection), an der sich verschiedene Straßen – hier Diskriminierungen – überkreuzen. Dies beschrieb sie anhand des spezifischen Zusammenwirkens von Rassismus, Sexismus und Klassismus, um damit zu verdeutlichen, dass Schwarze Frauen* diese Formen der Diskriminierung nicht unabhängig voneinander erfahren, sondern miteinander verwo-

ben (vgl. Crenshaw 1989). Die Gleichzeitigkeit verschiedener Machtverhältnisse wurde schon lange vorher kontinuierlich und ausdrücklich benannt. Diese Kämpfe für Anerkennung, Sichtbarkeit und Würde prägen die Auseinandersetzungen mit und um Intersektionalität bis heute und verweisen darauf, dass Identitäten und Zugehörigkeit mehrdimensional sind. Das Konzept Intersektionalität wurde explizit von Schwarzen Frauen* und Women* of Color in die Diskurse und Kämpfe eingeführt und wird heutzutage in diversen Kontexten und von verschiedenen Menschen verwendet, um die Verflechtung unterschiedlicher Diskriminierungs- und Privilegierungserfahrungen zu beschreiben und daraus Handlungsmöglichkeiten zu entwickeln (vgl. Gunda-Werner-Institut & Center for Intersectional Justice 2019). Es ist notwendig, diese Geschichte(n), Bezüge und Errungenschaften sichtbar zu machen, damit der Abbau von Rassismus weiterhin im Fokus bleibt.

Das Mikado-Bild aus einem unserer Seminare veranschaulicht, wie die verschiedenen Macht-



Visualisierung von Intersektionalität

verhältnisse an unterschiedlichen Punkten zusammentreffen. Es verdeutlicht, dass ein Mensch beispielsweise in Bezug auf Hetero-Sexismus Diskriminierung erfahren kann und gleichzeitig im Hinblick auf Rassismus privilegiert ist. Es stellt das multidimensionale Netz von Machtverhältnissen, Diskriminierungen und Privilegierungen dar, in dem wir alle verortet sind.

Es ist notwendig, die einzelnen Formen, Geschichten und Wirkweisen differenziert zu betrachten, um zu verstehen, dass Diskriminierung nicht gleich Diskriminierung ist und Machtverhältnisse kontextabhängig variieren können. Beispielsweise gibt es in einer Positiven-Gruppe erst einmal etwas, das alle miteinander verbindet; gleichzeitig trennen sich die unterschiedlichen Erfahrungen je nach geschlechtlicher und sexueller Identität, rassistischen Zuschreibungen, ökonomischem Stand und vielen weiteren Kategorien. Dies hat konkrete Auswirkungen sowohl auf die Erfahrungen im Außen, wie z.B. beim Besuch von Ärzt*innen und Zugang zu Gesundheitsversorgung generell, als auch auf die im Innen, wenn Diskriminierungen in der Gruppe reproduziert werden. Dieses Beispiel lässt sich auch auf feministische und queere Zusammenhänge und viele weitere übertragen.

Intersektional handeln und arbeiten

Seit Jahrzehnten bzw. Jahrhunderten fordern verschiedenste marginalisierte Gruppen, dass eine intersektionale Perspektive in gesellschaftlichen Debatten sowie in Organisationen und Unternehmen berücksichtigt wird. Denn nur so können wir eine uneingeschränkte Gleichberechtigung genauso wie die Gewährleistung der allgemeinen Menschenrechte erreichen. Es besteht also dringender Handlungsbedarf.

Migrant*innen, Schwarze Menschen und People of Color sind sehr häufig von mehreren Formen von Diskriminierung betroffen, die sich gegenseitig verstärken. Aus unserer Sicht braucht es in Organisationen eine umfassende Auseinandersetzung mit Rassismus und rassistischen

Strukturen, mit anderen Formen von Diskriminierung sowie mit deren Ineinandergreifen. Eine intersektionale Konzeption und Umsetzung von Angeboten und Projekten bietet die Chance, Diskriminierung(en) ganzheitlich entgegenzuwirken und nicht nur die Privilegiertesten einer marginalisierten Gruppe zu erreichen. Das heißt z. B. Angebote zu schaffen, die sich nicht nur an weiße MSM, die HIV-positiv sind, richten, sondern auch die Lebensrealitäten und Bedarfe von HIV-positiven MSM of Color mitdenken und diese ansprechen.

Eine intersektionale Praxis betrifft alle Ebenen einer Organisation, beispielsweise:

- Leitbilder, Strategien und Werte
- Angebote und Dienstleistungen
- Personalpolitik
- Öffentlichkeits- und Kampagnenarbeit, Kooperationen, Netzwerke
- individuelle Handlungen und Haltungen

Zuallererst braucht es in der Leitung und bei den Mitarbeiter*innen ein Wissen um verschiedene Diskriminierungsformen und deren strukturelle, institutionelle und individuelle Wirkweisen. Maßnahmen, um dieses Wissen in Organisationen zu fördern und zu verankern, sind beispielsweise:

- Verpflichtende Fortbildungen zu Diversität und Diskriminierung bei allen Neueinstellungen, insbesondere für Leitungskräfte
- Kontinuierliches Angebot von Fortbildungen zu diesen Themen für alle Mitarbeiter*innen sicherstellen
- Diversitätskompetenz und Diskriminierungssensibilität als wichtige Kompetenzen bei Stellenausschreibungen aufnehmen und entsprechend im Bewerbungsverfahren abfragen
- Entwicklung und Förderung einer wertschätzenden Lern- und Kritikkultur, in der Kritik an diskriminierenden Strukturen und Praktiken als wertvoller Beitrag zur Weiterentwicklung der eigenen Arbeit und Haltung wahrgenommen wird
- Diversitätssensible und diskriminierungskritische Praxisreflexion, Supervision und Organisationsentwicklung etablieren



Womit verbinden wir Intersektionalität? Beiträge der Teilnehmenden einer Fortbildung

Darüber hinaus können Sie mit folgenden beispielhaften Reflexionsfragen überprüfen, an welchen Stellen organisationsspezifisch angesetzt werden kann:

- Wer arbeitet in der Organisation? Wer hat eine Festanstellung, wer arbeitet auf Honorarbasis? Wie sind Vorstände, Beiräte etc. zusammengesetzt?
- Wer nutzt oder besucht unsere Angebote und Einrichtungen? Wer nicht?
- Welche Zugehörigkeiten sind in der Hauptamtlichkeit vertreten, welche bei den Ehrenamtlichen, welche bei den Nutzer*innen?
- Was verhindert im Falle einer eher homogenen Zusammensetzung von Teams und Vorständen die Erweiterung um andere Perspektiven?

- Wer entscheidet über Ressourcenverteilung und über (inhaltliche) Schwerpunkte und Strategien der Organisation?
- Wer bestimmt Bedarfe? Wer konzipiert und setzt Projekte um?
- ▶ Sind Vertreter*innen von marginalisierten Communities von Beginn an bei der Strategieentwicklung, bei der Konzeption und an der Umsetzung von Projekten beteiligt – und zwar sowohl auf ehrenamtlicher als auch auf hauptamtlicher Ebene?
- Gibt es ein Leitbild, das Intersektionalität beinhaltet?
- Wie werden Intersektionalität, Diskriminierungen und Privilegierungen in der Organisation thematisiert?
- Welche Unterstützung gibt es bei erlebter Diskriminierung? Gibt es beispielsweise Beschwerde- und Beratungsstrukturen?
- Was funktioniert bereits gut? An welchen Stellen gelingt diskriminierungssensibles Handeln?

Jeder kleine Schritt auf dem Weg zu einer intersektionalen Ausrichtung ist hilfreich, doch es wird deutlich, dass eine grundlegende Reflexion und eine entsprechende Anpassung der Abläufe und Strukturen notwendig sind. Wir wissen, dass die Zeit und die Ressourcen, die nachhaltige Veränderungsprozesse benötigen, insbesondere in sozialen Arbeitsfeldern oft Mangelware sind.

Dennoch: Der Slogan "not about us without us" (deutsch: Nicht über uns ohne uns), der von unterschiedlichen Communities verwendet wird, sagt uns mehr als deutlich: Wir können es uns nicht leisten, die nachhaltige Reflexion und Veränderung auf die lange Bank zu schieben und immer auf den passenden Moment zu warten! Dieses Aufschieben und Vertagen der notwendigen Veränderungen kann Ausdruck von Privilegien sein und geht immer auf Kosten der Menschen, die – mit Kimberlé W. Crenshaw gesprochen – am verletzlichsten sind. Letztendlich ist es auch eine Frage der Prioritätensetzung und ein Auftrag, zu dem wir alle einen Beitrag leisten können.

Quellen und Literatur zum Weiterlesen

ADS – Antidiskriminierungsstelle des Bundes (Hrsg.) (2014). Diversity Mainstreaming für Verwaltungen. Schritt für Schritt zu mehr Diversity und weniger Diskriminierung in öffentlichen Institutionen. https://www.antidiskriminierungsstelle.de/Shared-Docs/Downloads/DE/publikationen/Diversity_Mainstreaming/leitfaden_diversity_mainstreaming_fuer_verwaltungen_20140527.html.

Crenshaw K.W. (1989). Demarginalizing the Intersection of Race and Sex. A Black Feminist Critique of Antidiscrimination Doctrine. *The University of Chicago Legal Forum*, 1989, 139–167.

Chung C., Ford O., Haywood D. Khanna N., Madoori S. & Stephens C. (2014). Intersectionality, HIV Justice, and the Future of Our Movement. Part 1: An Introduction to Intersectionality. https://www.pwn-usa.org/intersectionality-wad-statement/.

DeutschPlus. *Vielfalts-Check.* https://www.deutsch-plus.de/wir-beraten/vielfalts-check-online/.

Gunda-Werner-Institut in der Heinrich-Böll-Stiftung und Center for Intersectional Justice (Hrsg.) (2019). Reach Everyone on the Planet... Kimberlé Crenshaw und die Intersektionalität. https://www.boell.de/sites/default/files/crenshaw_-_reach_everyone_on_the_planet_de.pdf?dimension1=division_gwi.

IQ Fachstelle Interkulturelle Kompetenzentwicklung und Antidiskriminierung (Hrsg.) (2015).

Diversity-Dimensionen. Fragenkatalog zur Analyse von Mehrfachdiskriminierung und -zugehörigkeiten in Teams. https://www.netzwerk-iq.de/fileadmin/Redaktion/Downloads/Fachstelle_IKA/FS_IKA_Publikationen/FS_IKA_Diversity-Check_2015.pdf.

i-Päd/ DeutschPlus e. V. (2018) (Hrsg.). *Vielfalt intersektional verstehen. Ein Wegweiser für diversitätsorientierte Organisationsentwicklung.* https://www.deutsch-plus.de/wp-content/uploads/2018/01/vielfalt-intersektional-verstehen-barrierefrei.pdf.

Jagusch B. & Chehata Y. (2020) (Hrsg.). Empowerment und Powersharing. Ankerpunkte. Positionierungen. Arenen. Weinheim: Beltz Juventa.

RAA Berlin (Hrsg.) (2017). *Diversitätsorientierte Organisationsentwicklung. Grundsätze und Qualitätskriterien.* https://raa-berlin.de/wp-content/uploads/2018/12/RAA-BERLIN-DO-GRUNDSAETZE.pdf.

Seng S. & Warrach N. (Hrsg.) (2020). Rassismuskritische Öffnung II. Impulse zur rassismuskritischen Entwicklung der Jugend(verbands)arbeit. Düsseldorf: IDA e. V. https://www.idaev.de/fileadmin/user_ upload/pdf/publikationen/Reader/Broschuere_ RKOE_II_Screenversion_final.pdf.

3. Partizipative Qualitätsentwicklung und Partizipation

Tanja Gangarova und Karl Lemmen

Hintergrund

Qualitätsentwicklung wird heute von Zuwendungsgeber*innen bei allen Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention eingefordert. Eine große Gefahr dabei ist, dass sich die Prävention an den "vorhandenen Methoden der Qualitätssicherung" zu orientieren hat, statt andersherum. Deshalb sind wir gefordert, explizit solche Strategien zu entwickeln und einzusetzen, die einen nachweislichen Beitrag zur Qualitätssicherung unserer Präventionsarbeit leisten. Dass der Prozess der Formulierung verbindlicher Anforderungen in Gesundheitsförderung und Prävention noch nicht abgeschlossen ist, gibt uns die Chance, uns an der Entwicklung von Strategien und Verfahren zu beteiligen. Dies gilt insbesondere für die lebensweltorientierte Prävention bei sozial benachteiligten Menschen - wie z. B. Migrant*innen-Communities. Die erforderlichen niedrigschwelligen Interventionen können in ihren komplexen Wirkungsweisen kaum mit klassischen Evaluationsinstrumenten erfasst werden. Ein weiteres Kennzeichen des Feldes ist die Vielfalt an Träger*innen und Organisationsformen, die gewährleisten soll, dass die heterogenen und dynamischen Zielgruppen in verschiedenen Settings erreicht werden. (vgl. Kilian et al. 2004). Der Ansatz der Partizipativen Qualitätsentwicklung (PQ), der in einem Forschungsprojekt des Wissenschaftszentrums Berlin für Sozialforschung (WZB) und der Deutschen Aidshilfe e. V. (DAH) entstanden ist, trägt der Dynamik des Feldes und dem Anspruch der Partizipation von Zielgruppen Rechnung. Dieser Ansatz stellt ein einfaches Set an unterschiedlichen partizipativen Methoden zur Verfügung (→ http://www.pq-hiv.de/de/methodenkoffer).

Partizipative Qualitätsentwicklung (PQ)

"Partizipative Qualitätsentwicklung bedeutet eine ständige Verbesserung von Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention durch eine gleichberechtigte Zusammenarbeit zwischen Projekt, Zielgruppe, Geldgeber/inne/n und ggf. anderen wichtigen Akteur/inn/en. Ein Merkmal dieser Zusammenarbeit ist eine möglichst starke Teilnahme und Teilhabe (Partizipation) der Projektmitarbeiter/innen und der Zielgruppen an den vier Phasen der Entwicklung von Maßnahmen: Bedarfsbestimmung, Interventionsplanung, Durchführung und Evaluation/Auswertung." (Wright, Block, von Unger & Kilian 2010: 15)

Das Besondere daran ist die Partizipation der Zielgruppen als fester Bestandteil aller Qualitätssicherungsmaßnahmen. Dies unterscheidet die PQ von anderen Ansätzen der Qualitätsentwicklung, die die Beteiligung von Zielgruppen an der Prävention anerkennen, aber ihre Beteiligung an der Qualitätsentwicklung nicht vorsehen (vgl. Ruckstuhl 2009), oder die zwar die Wichtigkeit von Partizipation bei der Qualitätsentwicklung betonen, aber die Partizipation der Praktiker*innen meinen, nicht die der Zielgruppen (vgl. König 2000).

Partizipative Qualitätsentwicklung lebt vom lokalen Wissen aller Beteiligten (Projektmitarbeiter*innen, Einrichtung vor Ort und Zielgruppe) und unterstützt sie dabei, dieses Wissen zu nutzen, zu reflektieren und zu erweitern.

Praktische Umsetzung

Der Ansatz der PQ wendet sich in erster Linie an Praktiker*innen vor Ort, die für die Konzeption und Umsetzung präventiver Maßnahmen zuständig sind. Ihnen werden zahlreiche bewährte partizipative Methoden zur Verfügung gestellt, die sie einsetzen können, um die Qualität ihrer Arbeit weiterzuentwickeln und ihre eigenen Fragen dazu zu beantworten. Welche Methoden wie angewendet werden, entscheiden die Praktiker*innen selbst, die eng mit den Zielgruppen arbeiten - die Methoden werden nicht "von oben" vorgegeben. Die Praktiker*innen verbessern ihre Arbeit jedoch nicht allein, sondern beteiligen Vertreter*innen der jeweiligen Zielgruppen möglichst stark an diesem Prozess. Dadurch werden Empowerment und Kompetenzentwicklung sowohl bei den Zielgruppenvertreter*innen als auch bei den Praktiker*innen gefördert. Im Mittelpunkt der PQ stehen die Lernprozesse, die bei allen Beteiligten stattfinden. Um die Praktiker*innen bei der Auswahl und Anwendung der Methoden zu unterstützen, werden verschiedene Hilfestellungen angeboten (Einführungs- und Methodenworkshops, Kurzinformationen, fachliche Begleitung vor Ort usw.).

Im Hinblick auf die Nachweisbarkeit des Erfolgs von Interventionen liegt der Schwerpunkt der PQ auf lokaler, praxisbasierter Evidenz. Der zentrale Stellenwert von lokalem Wissen, Zusammenarbeit und lokaler Anwendung charakterisiert die PQ.

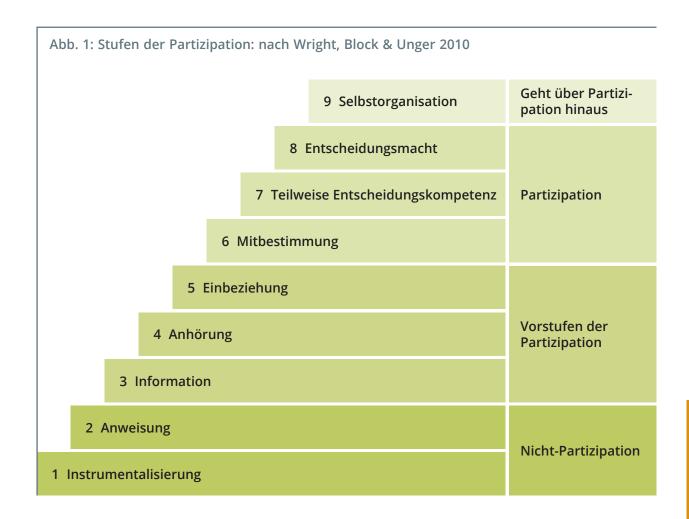
Die PQ steht damit in der Tradition der Aktionsforschung, die international in den Gesundheitswissenschaften vor allem unter dem Begriff Community-Based Participatory Research (CBPR) bekannt ist.

Die bisherigen Erfahrungen aus dem Feld der HIV-Prävention für und mit benachteiligten Communities zeigen, dass partizipativ ausgerichtete Ansätze und Methoden zur Qualitätsentwicklung eine systematische Berücksichtigung der Besonderheiten der Arbeit mit diesen Gruppen ermöglichen und dadurch zur Verbesserung der Interventionen führen.

Zum Verständnis von Partizipation

Partizipation bedeutet im Zusammenhang mit PQ, Menschen an Entscheidungsprozessen zu beteiligen. Es geht nicht nur um Teilnahme, sondern auch um Teilhabe mit Entscheidungsmacht.

Im Rahmen des Forschungsprojekts des WZB und der DAH wurde ein Stufenmodell der Partizipation entwickelt, das als Basis der Präventionsarbeit der DAH nicht nur im Bereich Migration dient. Mit diesem Modell können verschiedene Stufen der Teilnahme und Teilhabe unterscheiden werden (→ Abb. 1). Das Modell ist an anderer Stelle ausführlicher beschrieben (vgl. Wright, von Unger & Block 2010: 42). Hier wird es kurz vorgestellt, um deutlich zu machen, dass Partizipation erst da anfängt, wo Personen mit Entscheidungsmacht beteiligt sind. Das Modell beinhaltet zwei untere Stufen, die keine Partizipation darstellen, drei Vorstufen, drei Stufen der Partizipation und eine Stufe der Selbstorganisation, die über Partizipation hinausgeht.



Stufe 1 (Instrumentalisierung): Die Belange der Zielgruppe spielen keine Rolle. Entscheidungen werden außerhalb der Zielgruppe getroffen, und die Interessen der Entscheidungsträger*-innen stehen im Mittelpunkt. Zielgruppenmitglieder nehmen eventuell an Veranstaltungen teil, ohne deren Ziel und Zweck zu kennen.

Stufe 2 (Anweisung): Die Lage der Zielgruppe wird wahrgenommen, aber das Problem wird ausschließlich aus der Sicht der Entscheidungsträger*innen (z.B. Fachkräfte) definiert. Die Meinung der Zielgruppe wird nicht berücksichtigt. Die Kommunikation ist direktiv.

Stufe 3 (Information): Die Entscheidungsträger*innen teilen der Zielgruppe mit, welche Probleme die Gruppe hat. Sie erklären und begründen dies und empfehlen verschiedene Handlungsmöglichkeiten. Dabei versuchen sie die Sichtweise der Zielgruppe zu berücksichtigen, um die Akzeptanz der Botschaften zu erhöhen.

Stufe 4 (Anhörung): Die Entscheidungsträger*-innen interessieren sich für die Sichtweise der Community und befragen sie. Mitglieder der Community werden angehört, haben aber keine Macht, mitzuentscheiden.

Stufe 5 (Einbeziehung): Die Einrichtung lässt sich von ausgewählten Personen aus der Zielgruppe beraten. Die Beratungen haben jedoch keinen verbindlichen Einfluss auf den Entscheidungsprozess.

Stufe 6 (Mitbestimmung): Die Entscheidungsträger*innen halten Rücksprache mit Vertreter*innen der Zielgruppe, um wesentliche Aspekte einer Maßnahme mit ihnen abzustimmen. Es kann zu Verhandlungen zwischen der Zielgruppenvertretung und den Entscheidungsträger*innen zu wichtigen Fragen kommen. Die Zielgruppenmitglieder haben ein Mitspracherecht.

Stufe 7 (Teilweise Entscheidungskompe-

tenz): Vertreter*innen der Zielgruppe sind am Entscheidungsprozess beteiligt und haben die Möglichkeit, einzelne Aspekte selbstständig zu gestalten.

Stufe 8 (Entscheidungsmacht): Alle wesentlichen Aspekte werden von Zielgruppenvertreter*innen selbst bestimmt. Es gibt eine partnerschaftliche Zusammenarbeit zwischen allen Beteiligten.

Stufe 9 (Selbstorganisation): Die Verantwortung für eine Maßnahme liegt komplett in den Händen der Zielgruppe. (vgl. von Unger & Gangarova 2011: 39–41)

Dieses Modell ermöglicht es, partizipative Prozesse in der Präventionsarbeit auf Projektebene näher zu beschreiben. Partizipation ist keine Entweder-oder-Option, sondern ein Entwicklungsprozess, der je nach den Praxisbedingungen im Projekt und den Lebensbedingungen der Zielgruppe unterschiedlich realisierbar ist. Die Aufgabe besteht darin, die passende Stufe der Partizipation zu finden, die den Bedingungen und den beteiligten Personen entspricht. Ein ebenso großer Schwerpunkt liegt auf einer hohen Beteiligung der Projektmitarbeiter*innen, weil diese häufig die größte Nähe zur Zielgruppe haben, über lokales Wissen verfügen und wesentlich zum Erfolg von Interventionen beitragen.

Quellen

König J. (2000). Einführung in die Selbstevaluation. Ein Leitfaden zur Bewertung der Praxis sozialer Arbeit. Freiburg: Lambertus.

Ruckstuhl B. (2009). Ein Gesamtrahmen für die Qualitätsentwicklung in Gesundheitsförderung und Prävention. In: P. Kolip & Müller V. (Hrsg.): Qualität von Gesundheitsförderung und Prävention (S. 75–96). Bern: Hans Huber.

von Unger H. & Gangarova T. (2011). *PaKoMi Handbuch. HIV-Prävention für & mit Migrant/inn/en.* Berlin: Deutsche AIDS-Hilfe.

Wright M.T., Block M., von Unger H. & Kilian H. (2010). Partizipative Qualitätsentwicklung – eine Begriffsbestimmung. In: M.T. Wright (Hrsg.), Partizipative Qualitätsentwicklung in der Gesund-

Hans Huber.

Wright M.T., von Unger H. & Block M. (2010).

heitsförderung und Prävention (S. 13-32). Bern:

Partizipation der Zielgruppe in der Gesundheitsförderung und Prävention. In: M.T. Wright (Hrsg.), Partizipative Qualitätsentwicklung in der Gesundheitsförderung und Prävention (S. 35–52). Bern: Hans Huber.

4. Alte Probleme und neue Verschärfungen –

rechtliche Barrieren für Migrant*innen beim Zugang zur medizinischen Versorgung in Deutschland²

Prof. Dr. Anja Dieterich und Mirjam Schülle

Die Bundesregierung macht sich international für "Universal Health Coverage"/universelle Gesundheitsversorgung stark. Ärzt*innen und anderes medizinische Personal sind ethisch zur Behandlung von Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus verpflichtet und machen sich dabei nicht strafbar. Dennoch bestehen im deutschen Gesundheitssystem langjährig bekannte Zugangs- und Zuständigkeitsprobleme für viele Menschen, die nach Deutschland geflohen bzw. zugewandert sind.

Verschiedene Gruppen von Migrant*innen sind betroffen

Aus rechtlicher Perspektive sind verschiedene Gruppen von Menschen zu unterscheiden, die aus unterschiedlichen strukturellen Gründen keinen oder eingeschränkten Zugang zur regulären Gesundheitsversorgung haben und deshalb auf humanitäre Hilfe angewiesen sind:

Asylsuchende: Asylsuchende, die in behördlichen Verfahren registriert sind, haben ein legales Bleiberecht, erhalten aber aufgrund ihres Status in den ersten Monaten ihres Aufenthalts nur eingeschränkte Gesundheitsleistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz (§§ 4, 6 AsylbLG). Das bedeutet für die ambulante wie für die stationäre Versorgung, dass Gesundheitsleistungen laut Gesetzeswortlaut beschränkt sind auf "die Behandlung von akuten Erkrankungen und Schmerzzuständen" sowie gleichgestellte Leistungen mit GKV-Versicherten beim Impfschutz sowie Schwangerschaft und Geburt. Dieses Leistungsspektrum (nach § 4 AsylbLG) liegt gesetzlich gewollt unter dem Niveau der gesetzlichen Krankenkassen. Leistungen, die darüber hinausgehen, werden nur im Einzelfall gewährt (§ 6 AsylbLG). Auf die Behandlung chronischer Krankheiten besteht beispielsweise kein regulärer Anspruch, sondern nur nach diesem Ermessen. Dabei ist der Leistungskatalog der Gesetzlichen Krankenversicherung bereits so definiert, dass das medizinisch Notwendige nicht überschritten werden darf. Auch wenn das AsylbLG unterschiedlich ausgelegt werden kann und wird, von sehr restriktiv bis annähernd GKV-Niveau, Letzteres unter Berücksichtigung von höherrangigem Recht wie der Verfassung, internationalen Konventio-

² Wir danke Antje Sanogo, auf deren Text in einer früheren Version der Broschüre wir aufgebaut und von dem wir profitiert haben.

nen als auch EU-Recht: Bewusst wird hier vom Gesetzgeber eine diskriminierende und tendenziell leistungsbeschränkende Sonderregelung für Asylsuchende vorgegeben. Die verfassungsrechtliche Begründung dafür ist, dass die eingeschränkten Leistungen befristet sind. Diese Frist der Leistungsreduzierung ist im Zuge der jüngsten Verschärfungen der Asylgesetzgebung (Sommer 2019) von bisher den ersten 15 auf inzwischen 18 Monate des Aufenthalts verlängert worden.

Menschen ohne Papiere³: De facto unversorgt sind außerdem mehrere hunderttausend Menschen ohne Papiere, d.h. Zugewanderte, die keine gültigen Aufenthaltsdokumente haben. Durch die jüngsten Asylrechtsverschärfungen sind weiter ansteigende Zahlen von Menschen ohne legalen oder mit unklarem Aufenthaltsstatus zu erwarten. Auch diese Menschen haben Rechtsansprüche auf medizinische Versorgung nach dem Asylbewerberleistungsgesetz (§ 1 Abs. 1 Nr. 5 i. V. m. § 4 AsylbLG - nicht aber nach § 6 AsylbLG!). Sie können diese jedoch in der Praxis nicht geltend machen. Vor der medizinischen Behandlung in einer regulären ambulanten Arztpraxis müssen die Menschen einen sog. Krankenschein zur Kostenübernahme bei der Sozialbehörde beantragen. Aufgrund der in Deutschland geltenden Übermittlungspflicht ist die Sozialbehörde verpflichtet den rechtlich unerlaubten Aufenthalt an die Ausländerbehörde zu melden (behördliche Übermittlungspflicht nach § 87 AufenthG). Die Sorge um die Aufdeckung des Status und die damit drohende Abschiebung verhindern, dass die medizinische Versorgung überhaupt in Anspruch

3 Der Begriff "Menschen ohne Papiere" beschreibt die Personengruppe derer, die sich ohne legalen asyl- oder ausländerrechtlichen Aufenthaltstitel, ohne Duldung und ohne behördliche Erfassung in Deutschland aufhalten oder ohne Arbeitserlaubnis arbeiten. Die europäische Nichtregierungsorganisation PICUM empfiehlt, im Deutschen die Bezeichnungen "ohne Papiere", "undokumentiert" oder "ohne Aufenthaltsstatus" zu wählen und die Bezeichnung "illegal" zu vermeiden, weil sie als ungenau und schädigend betrachtet wird: Die Existenz eines Menschen kann niemals "illegal" sein. Laut Schätzungen lebten im Jahr 2014 zwischen 180.000 und 520.000 Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus in Deutschland (vgl. Vogel 2016).

genommen werden kann. Die zentrale rechtliche Zugangsbarriere ist hier das Aufenthaltsgesetz (§ 87 Abs. 2 AufenthG), wonach alle öffentlichen Stellen - hier insbesondere Sozialämter und Krankenhäuser in öffentlicher Trägerschaft - die Ausländerbehörden unverzüglich zu unterrichten haben, wenn sie Kenntnis über einen rechtlich unerlaubten Aufenthalt erhalten. Für die stationäre Notfallbehandlung wurde de jure versucht, einen Weg zu schaffen, der die Behandlung für die Betroffenen ohne Aufdeckung des irregulären Aufenthaltsstatus und mit einer Kostenerstattung für die Krankenhäuser ermöglichen soll: Persönliche Angaben von Patient*innen fallen unter die ärztliche Schweigepflicht. Diese gilt ebenso für Verwaltungs-



Zugang für Alle! Aktion der Deutschen Aidshilfe vor dem Bundesministerium für Gesundheit

personal. Diese Schweigepflicht verlängert sich zudem in die Sozialbehörde hinein. In der Allgemeinen Verwaltungsvorschrift zum AufenthG (AufenthG-VwV) wurde gesetzesbestärkend genau das klargestellt. Die ärztliche Schweigepflicht wird als so genannter verlängerter Geheimnisschutz betrachtet (§ 88 AufenthG i. V. m. 88.2.3, 88.2.4.0 AufenthG-VwV). Benötigt die Sozialbehörde zur Überprüfung des Leistungsanspruchs Daten der Ausländerbehörde (bspw. zur Überprüfung einer möglichen Finanzierung durch Dritte [u. a. Auslandskrankenversicherung]), so verlängert sich diese ärztliche Schweigepflicht sogar in die Ausländerbehörde hinein.

Insbesondere stationäre Behandlungen stellen aber einen zentralen Versorgungsengpass für Menschen ohne Papiere dar, obwohl die Behandlung im Notfall im Krankenhaus nach der geltenden Rechtslage über den sog. "Nothelferparagraphen", § 6a Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG) und die verlängerte ärztliche Schweigepflicht gesichert sein sollte. Denn in der Praxis sieht es anders aus. Die in der Bundesarbeitsgruppe Gesundheit/Illegalität (BAG) zusammengeschlossenen humanitären medizinischen Anlaufstellen beobachten bundesweit zwei zentrale Probleme bei der Notfallhilfe für Menschen ohne Papiere im Krankenhaus: Erstens können die Menschen sich nicht ausreichend sicher sein, dass ihre Daten nicht an die Ausländerbehörde weitergereicht werden, wenn sie im Notfall ein Krankenhaus aufsuchen. Zweitens wird den Betroffenen, teilweise aufgrund fehlender Kostenübernahmen, eine sofortige Behandlung im medizinisch notwendigen Umfang verwehrt. Denn die gegenwärtigen Regelungen zum "Nothelferparagraphen" sind nicht praktikabel - zum erheblichen finanziellen Nachteil der Krankenhäuser. Eine Kostenerstattung durch das Sozialamt im Notfall greift nur in einem Bruchteil der Fälle.⁴ Dies hat Auswirkungen auf die Möglichkeit und Bereitschaft der Krankenhäuser, die Versorgung in angemessenem Umfang sicherzustellen. Zudem fehlen entsprechende Kapazitäten und oft das Wissen über Abrechnungsmöglichkeiten für die Behandlung von Menschen ohne Papiere. Hinzu kommen andere Barrieren wie fehlende Sprachkenntnisse und mangelnde Sensibilität für die Lebensumstände von Menschen ohne rechtlichen Aufenthaltsstatus.

Aufgrund dieser rechtlichen und praktischen Barrieren im Zugang zur medizinischen Versorgung hat sich inzwischen bundesweit ein vielfältiges Netz medizinischer Anlaufstellen (Medibüros, MediNetze u. w. m.) etabliert, die spendenbasiert und mit ehrenamtlichen Kräften zumindest eine notdürftige, meist ambulante, medizinische Primärversorgung anbieten können.

EU-Bürger*innen: Verschlechtert hat sich in den letzten Jahren auch die Situation mittelloser EU-Bürger*innen, die sich legal in Deutschland aufhalten (ohne sog. materielles Aufenthaltsrecht). Sie verfügen teilweise über rechtliche Ansprüche zur Gesundheitsversorgung in Deutschland, wissen dies jedoch möglicherweise nicht oder können es in der Praxis nicht nachweisen.

Grundsätzlich dürfen sich EU-Staatsangehörige entsprechend den Freizügigkeitsregelungen der EU in Deutschland aufhalten. Wenn sie (sozialversicherungspflichtige) Arbeitnehmer*innen sind, dann haben sie, wie deutsche Staatsangehörige, Zugang zu allen sozialen Leistungen und zur Krankenversicherung und dürfen nicht benachteiligt werden. Die Freizügigkeitsregelungen erlauben jedoch, dass für EU-Bürger*innen aus neu beigetretenen Staaten der Zugang zum Arbeitsmarkt beschränkt wird. EU-Bürger*innen aus diesen Ländern benötigen für eine versicherungspflichtige Arbeitsstelle eine Arbeitserlaubnis. Nur ein selbstständiges Gewerbe dürfen sie ohne Einschränkungen ausüben. Bis 2014 betraf diese Einschränkung EU-Bürger*innen aus Rumänien und Bulgarien. Aktuell sind auch EU-Bürger*innen aus Kroatien betroffen. Die Beschränkung des Zugangs zum Arbeitsmarkt führt dazu, dass Menschen aus den betroffenen Ländern häufig in prekären (schein-)selbstständigen Arbeitsverhältnissen tätig sind. Sie müssten sich in einer privaten Krankenkasse versichern, können dies jedoch in der Regel nicht finanzieren. Außerdem dürfen EU-Bürger*innen in den ersten drei Monaten ihres Aufenthalts bzw. während der Arbeitssuche (bis 5 Jahre) keine Leistungen nach dem SGB II in Anspruch nehmen. So bleiben sie ohne Absicherung im Krankheitsfall und haben damit keinen Zugang zu medizinischer Versorgung.

⁴ Vertiefend dazu siehe: Bundesarbeitsgruppe Gesundheit/ Illegalität (2019): Notfallhilfe im Krankenhaus für Menschen ohne Papiere. Aktuelle Herausforderungen und Lösungsansätze. https://www.diakonie.de/broschueren/gesundheitsversorgung-fuer-menschen-ohne-papiere (Stand: 30.11.2020).

Durch das Leistungsausschlussgesetz, das Anfang 2017 in Kraft getreten ist, sind Menschen aus den neuen Mitgliedsländern der Europäischen Union, wenn sie prekär beschäftigt oder erwerbslos sind und seit weniger als fünf Jahren in Deutschland leben, neuerdings von Leistungen nach SGB II und XII und damit de facto auch von medizinischer Versorgung fast vollständig ausgeschlossen. Sie erhalten für maximal einen Monat und nur einmal innerhalb von zwei Jahren Überbrückungsleistungen, die eingeschränkte medizinische Versorgung umfassen. Anschließend besteht - selbst in Notfällen – keinerlei Anspruch auf die Erstattung von Kosten für Arztbesuche, Krankenhausaufenthalte oder Medikamente.

Was heißt das für die HIV-Behandlung?

Die HIV-Behandlung stellt bei allen genannten Personengruppen ein Problem dar. Dass hier keine bundesweite Lösung existiert, sondern höchst unterschiedliche regionale Umgangsweisen, zeigt ein aktuelles Positivbeispiel aus Hamburg, wo ab 2020 im Rahmen eines Modellprojekts die HIV-Therapie für Menschen ohne Krankenversicherung ermöglicht werden soll.

Für Asylsuchende können im Rahmen des Asylbewerberleistungsgesetzes (§§ 4, 6 AsylbLG) bei chronischen Erkrankungen die Kosten für die notwendige Behandlung zur Linderung der Krankheitsfolgen übernommen werden, d.h. im Falle einer HIV-Infektion z.B. die Kosten für Medikamente, Laboruntersuchungen und Ärzt*innenbesuche alle drei Monate. Für darüber hinausgehende medizinische Behandlungen muss die Kostenübernahme im Einzelfall beim Sozialamt (nach § 6 AsylbLG) beantragt werden. Zusätzlich entstehen Probleme, wenn Asylsuchende ihren Aufenthaltsbereich, der ihnen während des Asylverfahrens zugeordnet wird, verlassen müssen, um HIV-Schwerpunktpraxen und Beratungsstellen aufsuchen zu können (z.B. bei Unterbringung in ländlichen Gebieten). Residenzpflichtverletzungen drohen hier Asylverfahren zu gefährden, die Genehmigung vorab bei der Ausländerbehörde stellt eine fragwürdige Hürde für eine zügige HIV-Therapie dar.

Für HIV-positive Menschen ohne Papiere gibt es rechtlich keinen praktikablen Zugang zur Versorgung. Eine kontinuierliche HIV-Therapie kann durch die existierenden humanitären Anlaufstellen, d. h. die Parallelstrukturen zum Gesundheitssystem nicht geleistet werden. Wenn die HIV-Infektion medikamentös behandelt werden muss und kein Zugang zu HIV-Therapie im Herkunftsland besteht, kann ein Antrag auf Feststellung eines Abschiebungshindernisses erfolgreich sein und zur Erteilung einer Aufenthaltserlaubnis aus humanitären Gründen führen.

Damit HIV-positive Patient*innen aus den genannten EU-Ländern Zugang zu HIV-Therapie finden, müssen oft Einzelfalllösungen gesucht werden. Für vom Leistungsausschlussgesetz betroffene Personen werden außerhalb der sog. Überbrückungsleistungen (1 Monat innerhalb von 2 Jahren bis zur Ausreise) keine Kosten übernommen.

Grundsätzlich ist für die medizinische Versorgung der genannten Gruppen eine gute Vernetzung mit Migrationsberatungsstellen notwendig. Informationen dazu erhält man z.B. auf der Homepage des Informationsverbundes Asyl und bei den großen Wohlfahrtsverbänden.

Alte Probleme und neue Entwicklungen

Zusammenfassend wird gegenwärtig für verschiedene Gruppen von Migrant*innen das Recht auf Gesundheit eingeschränkt – obwohl Deutschland sich mit der Ratifizierung des UN-Sozialpakts (Artikel 12) verpflichtet hat, das Recht auf Zugang zu Gesundheit zu achten, d. h. niemanden auszuschließen, dieses Recht vor Eingriffen durch Dritte zu schützen und dafür

zu sorgen, dass jeder Mensch der in der BRD lebt, unabhängig vom Aufenthaltsstatus Zugang erhält. Dies bedeutet konkreter, dass gemäß der Allgemeinen Erklärung der Menschenrechte alle Menschen den gleichberechtigten Zugang zu einer medizinischen Versorgung im Rahmen des durch das Fünfte Buch des Sozialgesetzbuches - Gesetzliche Krankenversicherung (SGB V) als medizinisch notwendig definierten Leistungskatalogs haben sollten. Auch professionsethisch verpflichten sich in Deutschland Ärzt*innen⁵ zur Behandlung unabhängig vom Aufenthaltsstatus der betroffenen Person. Die Ziele, Gesundheitsversorgung und ein gesundes Leben für alle Menschen zu gewährleisten und dabei niemanden zurückzulassen, hat die Bundesregierung aktuell im September 2019 bei einem hochrangigen Treffen der Vereinten Nationen zu Universal Health Coverage in New York bekräftigt und dort die Deklaration für allgemeine Gesundheitsversorgung (Universal Health Coverage) unterzeichnet. Als Teil der globalen Nachhaltigkeitsagenda gelten diese Ziele sowohl für das eigene Land als auch für die internationale Zusammenarbeit. Damit hat Deutschland sich erneut verpflichtet, allen Einwohner*innen die notwendigen medizinischen Leistungen diskriminierungsfrei zugänglich zu machen. Dieses Ziel ist in Deutschland noch lange nicht erreicht - eine ethisch vertretbare Alternative zur humanitären medizinischen Versorgung ist alternativlos. Gleichzeitig ist weiterhin eine konzertierte politische Arbeit der Zivilgesellschaft, auch unter der Mitwirkung der Aidshilfen erforderlich, um die strukturell bedingte medizinische Unterversorgung der o. g. Personengruppen und die zugehörigen Zugangsbarrieren zu beseitigen.

Weiterführende Literatur und Links

Website des Diakonie Bundesverbandes mit den Dokumenten der BAG Gesundheit/Illegalität: https://www.diakonie.de/krank-und-ohne-papiere

Gesundheit für Geflüchtete, Informationsportal von Medibüros/ Medinetzen: http://gesundheit-gefluechtete.info/

Flüchtlingsrat Berlin (o.J.): Medizinische Versorgung. https://fluechtlingsrat-berlin.de/recht-und-rat/#5-medizinische-versorgung.

von Manteuffel M., Kößler M., Mohr T. & Habbe H. (2017). Aufenthaltsrechtliche Illegalität, Beratungshandbuch 2017. 4., aktualisierte und vollständig überarbeitete Auflage. Hrsg. DCV und DRK Berlin/Freiburg.

Offe J., Dieterich A., Bozorgmehr K., & Trabert G. (2018): Parallel Report to the CESCR on the Right to Health for Non-Nationals on the 6th Periodic Report of the: Federal Republic of Germany on the implementation of the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights. Prepared for the Committee on Economic, Social and Cultural Rights, 64th session. Submitted July 2018. https://tbinternet.ohchr.org/Treaties/CESCR/Shared%20Documents/DEU/INT_CESCR_CSS_DEU_32476_E.pdf.

https://www.asyl.net/start/

https://www.der-paritaetische.de/schwerpunkt/migration/publikationen/

UN High-Level Meeting on Universal Health Coverage, 23. September, New York, Documentation/Declaration: https://www.un.org/pga/73/event/ universal-health-coverage/

Die Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration, Gleichbehandlungsstelle EU-Arbeitnehmer und Bundesarbeitsgemeinschaft der Wohlfahrtsverbände (2019). Zugang zum Gesundheitssystem für Unionsbürgerinnen und Unionsbürger, Angehörige des EWR und der Schweiz. Broschüre, https://www.bagfw.de/filead-

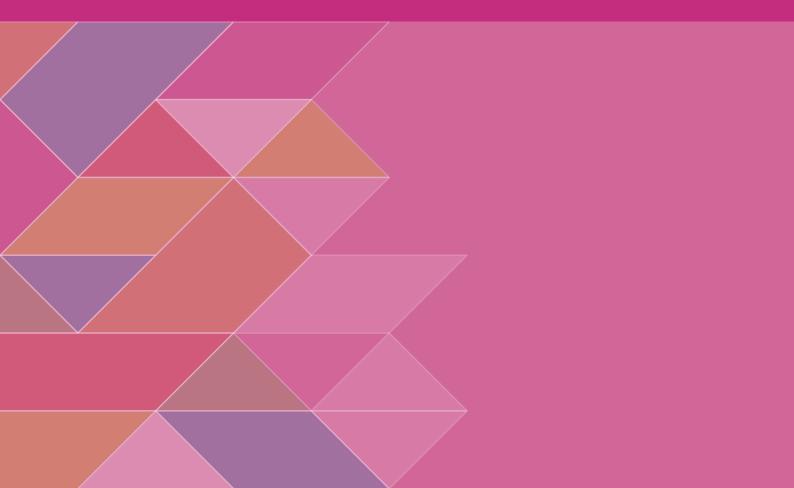
min/user_upload/Veroeffentlichungen/Publikatio-

nen/EU_GS_BAGFW_Bro_ZugangGesundHS.pdf.

Ärzte der Welt. Gesundheitsreport 2019. https://www.aerztederwelt.org/presse-undpublikationen/publikationen/2019/12/11/gesundheitsreport-2019.

⁵ Im Genfer Gelöbnis, das Teil der ärztlichen Berufsordnungen ist, heißt es: "Ich werde mich bei der Erfüllung meiner ärztlichen Pflichten meiner Patientin oder meinem Patienten gegenüber nicht durch Alter, Krankheit oder Behinderung, Glaube, ethnische Herkunft, Geschlecht, Staatsangehörigkeit, politische Zugehörigkeit, Rasse, sexuelle Orientierung, soziale Stellung oder durch andere Faktoren beeinflussen lassen." Neufassung der ärztlichen Berufspflichten in Anlehnung an den Hippokratischen Eid (Musterberufsordnung Bundesärztekammer 2018).





Tipps zum Weiterlesen

BORDERNETwork (2012). Crossing Borders, Building Bridges – A Practical Manual on Effective Models of Participatory based HIV Prevention in Migrants/Ethnic Minorities. Sofia: Health and Social Development Foundation.

Wilson C., Flicker S., Restoule J.P. & Furman E. (2016). Narratives of resistance: (Re) Telling the story of the HIV/AIDS movement – Because the lives and legacies of Black, Indigenous, and People of Colour communities depend on it. *Health Tomorrow: Interdisciplinarity and Internationality Journal*, 4 (1), 1–35.

Crenshaw K. (1989). Demarginalizing the Intersection of Race and Sex: A Black Feminist Critique of Antidiscrimination Doctrine, Feminist Theory and Antiracist Politics. *The University of Chicago Legal Forum*, 1989 (1), 139–167.

Craciun D. (2020). *PaSuMi-Handbuch.* Berlin: Deutsche Aidshilfe e.V.

DAH (2017): *HIV- und STI-Tests – Informationen und Standards.* Berlin: Deutsche AIDS-Hilfe e. V.

Drewes J. & Sweers H. (Hrsg.) (2010). *Strukturelle Prävention und Gesundheitsförderung im Kontext von HIV* (AIDS-Forum DAH, Bd. 57). Berlin: Deutsche AIDS-Hilfe e. V.

Gangarova T. & von Unger H. (2020). Community Mapping als Methode – Erfahrungen aus der partizipativen Zusammenarbeit mit Migrant*innen. In: S.

Hartung, M. Wright & P. Wihofszky (Hrsg.), *Partizipative Forschung. Ein Forschungsansatz für Gesundheit und seine Methoden* (S. 143–177). Berlin: VS Verlag.

Gangarova T. (2018). Diversityorientierte Entwicklung der Suchthilfe. *Impu!se für Gesundheitsförderung*, 2018 (101), 22.

Gräser S. et al. (2013). MAQUA-HIV-Manual zur Qualitätssicherung in der HIV-Prävention für und mit MigrantInnen – Theorie und Praxismanual. Bremen: Niebank-Rusch-Verlag.

Mecheril P., Castro Varela M., Dirim I., Kalpaka A. & Melter Cl. (Hrsg.) (2010). *Migrationspädagogik*. Weinheim und Basel: Beltz Verlag.

Prasad N. (Hrsg.) (2017). *Soziale Arbeit mit Geflüchteten. Rassismuskritisch, Professionell, Menschenrechtsorientiert.* Opladen, Berlin, Toronto: Verlag Barbara Budrich GmbH.

Razum O., Meesmann U., Bredehorst M., Brzoska P., Dercks T., Glodny S., Zeeb H., Schenk L., Salman R., Menkhaus B., Ulrich R. & Saß A.-Ch. (2008). Migration und Gesundheit. Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Berlin: Robert Koch-Institut.

Razum O. & Bozorgmehr K. (2016). Restricted entitlements and access to health care for refugees and immigrants: The example of Germany. *Global Social Policy*, 16 (3), 321–324.

Schue M., Miriam M. & Czycholl D. (2013). Zugänge finden, Türen öffnen – transkulturelle Suchthilfe. Praktische Erfahrungen aus dem Modellprogramm trans-Ver. Lengerich: Pabst Science Publishers.

Santos-Hövener C. (2013). HIV-STI-Surveillance bei und mit Migrant/innen aus Subsahara Afrika. *HIV&More*, 2013 (2), 52–53.

Santos-Hövener C. (2014). Migrantinnen und Migranten in der Forschung erreichen: Forschung zu sexueller Gesundheit mit Afrikanerinnen und Afrikanern. In: *Dokumentation Kongress Armut und Gesundheit 2014, 13.–14.3.2014.* Berlin: Gesundheit Berlin-Brandenburg e. V.

Santos-Hövener C. & von Unger H. (2012). Kultursensible HIV/STI-Prävention bei Sexarbeiterinnen mit Migrationshintergrund. *Prävention und Gesundheitsförderung*, 7 (2), 148–154.

von Unger H. (2012). Partizipative Gesundheitsforschung. Wer partizipiert woran?. *Forum Qualitative Sozialforschung, 13* (1), Art. 7.

von Unger H. (2012). Participatory health research with immigrant communities in Germany. *International Journal of Action Research*, *8* (3), 266–287.

von Unger H. (2014). *Partizipative Forschung. Einführung in die Forschungspraxis.* Wiesbaden: VS Verlag.

von Unger H. & Gangarova T. (2011). *PaKoMi Handbuch. HIV-Prävention für & mit Migrant/inn/en.* Berlin: Deutsche AIDS-Hilfe e. V. http://www.hiv-migration.de/content/pakomi-handbuch-deutsch.

von Unger H., Gangarova T., Ouedraogo O., Flohr C., Spennemann N. & Wright M.T. (2013). Stärkung von Gemeinschaften: Partizipative Forschung zu HIV-Prävention mit Migrant/innen. *Prävention und Gesundheitsförderung, 8* (3), 171–180.

Wright M.T. (Hrsg.) (2010). *Partizipative Qualitätsentwicklung in der Gesundheitsförderung und Prävention.* Bern: Hans Huber.

Wright M.T. (2013). Was ist Partizipative Gesundheitsforschung? Positionspapier der International Collaboration for Participatory Health Research. *Prävention und Gesundheitsförderung, 8* (1), 122–131.

Wright M.T., Block M., Kilian H. & Lemmen K. (2013). Förderung von Qualitätsentwicklung durch partizipative Gesundheitsforschung. *Prävention und Gesundheitsförderung*, 8 (3), 147–154.



Bundesministerium für Gesundheit:

https://www.bundesgesundheitsministerium.de

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA): www.bzga.de

Deutsche Aidshilfe e. V. (DAH): www.aidshilfe.de

Deutsche Aidshilfe e. V. (DAH) – Migration: www.hiv-migration.de

Infodienst Flucht, Migration und Gesundheit der BZgA: https://www.infodienst.bzga.de/migration-flucht-und-gesundheit/

Praxisdatenbank zur Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten (auch Good-Practice-Projekte): www.gesundheitliche-chancengleichheit.de

Robert Koch-Institut (RKI): www.rki.de

Quint-Essenz Qualitätsentwicklung in Gesundheitsförderung und Prävention:www.quint-essenz.ch

Informationen zu HIV/Aids in 12 Sprachen: www.zanzu.de/de/infektionen/hiv-und-aids

Informationen für queere Geflüchtete in 5 Sprachen: www.queerrefugeeswelcome.de

Glossar

Community – ist eine Gemeinschaft, also eine Gruppe von Menschen, die etwas gemeinsam haben und sich miteinander verbunden fühlen.

Community-Mapping – ist ein partizipatives Verfahren, mit dem die Merkmale, Ressourcen und Probleme von Communities bildlich umgesetzt werden können: Dazu wird eine Karte (engl. mapping) einer Gemeinschaft (engl. community) gezeichnet.

Empowerment – ist in der Gesundheitsförderung ein Prozess, der die Befähigung und Stärkung von Einzelnen oder Gruppen zur Gestaltung ihrer Lebensbedingungen und eine größere Selbstbestimmung über die eigene Gesundheit zum Ziel hat.

Gendersternchen – ist in der Linguistik (Sprachwissenschaft) das als Platzhalter genutzte Sternchen (Asterisk), das bei Schreibweisen wie Migrant*innen zwischen der maskulinen Wortform und der femininen Endung zu sehen ist. Das Gendersternchen soll ein Mittel der sprachlichen Darstellung aller sozialen Geschlechter und Geschlechtsidentitäten sein, auch jener abseits des gesellschaftlich vorherrschenden Zweigeschlechtersystems.

Inklusion – beschreibt eine Gesellschaft, in der jeder Mensch akzeptiert wird und gleichberechtigt und selbstbestimmt an dieser teilhaben kann – unabhängig von Geschlecht, Alter oder Herkunft, von Religionszugehörigkeit oder Bildung, von eventuellen Behinderungen oder sonstigen individuellen Merkmalen.

Interkulturelle Öffnung (IKÖ) – ist ein Prozess der Organisationsentwicklung, durch den Einrichtungen bzw. Organisationen sich auf die heutige, von Migration geprägte Gesellschaft einstellen. Das Ziel dabei ist, Migrant*innen die Teilhabe an gesellschaftlichen, wirtschaftlichen und politischen Prozessen zu ermöglichen.

Intervision – ist eine kollegiale Beratung in psychosozialen Berufen. Beruflich Gleichgestellte wie z. B. Mitarbeiter*innen der Aidshilfen suchen gemeinsam nach Lösungen für ein konkretes Problem. Eine Person bringt ein Thema ein, die anderen unterstützen sie bei der Lösungsfindung.

MSO - Migrant*innenselbstorganisation

MSM – Männer, die Sex mit Männern haben

Multiplikator*innen – sind in der Gesundheitsförderung alle Personen oder Gruppen, die professionell oder ehrenamtlich im Rahmen von Projekten und Maßnahmen auf die Stärkung der Gesundheit bei den Zielgruppen hinwirken und Wissen oder Informationen weitgeben und somit zu deren Verbreitung (in den Zielgruppen) beitragen.

Partizipation – bedeutet, Menschen zu beteiligen und ihnen die Möglichkeit zu geben mitzuentscheiden. Es geht nicht um Teilnahme, sondern um Teilhabe: mitreden, mitgestalten und mitbestimmen.

Peers – sind Menschen, die z. B. der gleichen Altersgruppe angehören, den gleichen sozialen und/oder kulturellen Hintergrund, gleiche Vorlieben und Einstellungen teilen.

Powersharing – bedeutet, Macht zu teilen oder Macht abzugeben.

Qualitätsstandard – ist das Mindestmaß an Qualität, das im Bereich der HIV-Prävention erreicht werden muss, um z. B. Migrant*innen einen gleichberechtigten Zugang zu Information, Beratung und Versorgung zu ermöglichen.

Schlüsselpersonen – sind Kontaktpersonen in den Communities, die eine Zusammenarbeit ermöglichen, das heißt Türen öffnen können. Das können sowohl offizielle Vertreter*innen von Gruppen, Vereinen und MSO sein, als auch Personen ohne formale Funktion, die in ihren Communities gut vernetzt und angesehen sind.

Setting – bezeichnet ein überschaubares sozialräumliches System (wie Betrieb, Schule, Krankenhaus, Stadtteil etc.), in dem Menschen ihren Alltagstätigkeiten nachgehen. Setting-orientierte Interventionen richten sich an die strukturellen Bedingungen des Settings und an die involvierten Personengruppen.

SMART – SMART-Kriterien werden bei der Bestimmung der Ziele von Maßnahmen und Interventionen herangezogen. Mit ihrer Hilfe werden Ziele so formuliert, dass sie spezifisch, messbar, attraktiv, realistisch und terminierbar sind.

Supervision – ist eine Form der Beratung für Mitarbeiter*innen, z. B. in psychosozialen Berufen. Supervisionen werden von eine*r Supervisor*in, der*die zumeist eine entsprechende Qualifikation oder Zusatzausbildung hat, geleitet. Einzelpersonen, Gruppen und Organisationen lernen in der Supervision, ihr berufliches oder ehrenamtliches Handeln zu prüfen und zu verbessern.

Zielgruppen – sind diejenigen Gruppen oder Personen, auf die ein Angebot oder eine Strategie abzielen.

Quiz zur Selbsteinschätzung

Bitte kreise die Punkte in der jeweiligen Antwortspalte ein. Die Auflösung findest du auf S. 90.	ja	nein	weiß nicht	Frage trifft nicht zu
Mit unseren Angeboten erreichen wir auch Menschen mit Migrationshintergrund.	10	0	-10	0
Es gibt spezifische Angebote für Migrant*innen.	10	0	-10	0
Die Angebote für Migrant*innen sind Community-basiert und werden mit Vertreter*innen der Communities geplant und durchgeführt.	10	0	-10	0
Die Beteiligung der Community-Partner*innen wird angemessen entlohnt oder entschädigt.	10	0	-10	0
Die Angebote sind sprachlich und visuell passend.	10	0	-10	0
Der Abbau von Stigma spielt im Rahmen unserer Präventionsarbeit eine zentrale Rolle.	10	0	-10	0
Die Zusammenarbeit mit den Kooperationspartner*innen ist gleichberechtigt, z.B. werden die Ziele gemeinsam gesetzt.	10	0	-10	0
In unserer Einrichtung ist das Diversity-Konzept im Leitbild verankert.	10	0	-10	0
In der persönlichen Beratung von Migrant*innen ist die sprachliche Verständigung gesichert, z.B. durch den Einsatz von Sprach- oder Kulturmittler*innen bzw. Dolmetscher*innen.	10	0	-10	0
Der Erwerb von Fremdsprachen und die Auffrischung von Sprach- kenntnissen der Mitarbeiter*innen werden gefördert (inkl. Deutsch als Fremdsprache).	10	0	-10	0
Alle Mitarbeiter*innen haben an mindestens einer Schulung zu migrationsbezogenen Themen (z. B. Diversity-Training) teilgenommen.	10	0	-10	0
Multiplikator*innen aus den Communities haben an einer Schulung teilgenommen.	10	0	-10	0
Die Arbeit von Multiplikator*innen wird honoriert.	10	0	-10	0
Multiplikator*innen erhalten Zugang zur Supervision bzw. Intervision.	10	0	-10	0
Die Multiplikator*innen haben Gelegenheit, weitere Fort- und Weiterbildungsangebote zu besuchen.	10	0	-10	0
Bitte zähle die Punkte zusammen:				

Auflösung

100-150 Punkte

Hervorragend! Deine Einrichtung engagiert sich sehr für die Gesundheit von Migrant*innen und die Öffnung der Einrichtung für diverse Gruppen. Eure Arbeit entspricht den wichtigsten Standards der HIV-Prävention für & mit Migrant*innen. Tolle Arbeit!

50-90 Punkte

Echt gut. Deine Einrichtung engagiert sich sehr für die Gesundheit von Migrant*innen und eure Arbeit entspricht in vielen Punkten den Standards der HIV-Prävention für & mit Migrant*innen. Oft ist das Abweichen von den Standards lokalen Umständen bzw. der besonderen Arbeitsweise der Einrichtung geschuldet. Aber ihr macht grundsätzlich tolle Arbeit – weiter so!

10-40 Punkte

Eure Arbeit entspricht in einigen Punkten den Standards der HIV-Prävention für & mit Migrant*innen. Oft ist das Abweichen von den Standards lokalen Umständen geschuldet. Aber ihr seid definitiv auf dem richtigen Weg – weiter so!

0 Punkte

Eure Arbeit entspricht nicht den Standards für die HIV-Prävention für & mit Migrant*innen. Entweder sind die lokalen Umstände so besonders oder eure Prioritäten liegen woanders. Da geht in jedem Fall mehr.

-10 bis -150 Punkte

Mach dich schlau! Sprich mit den anderen im Team/in der Einrichtung. Und dann mach das Quiz nochmal.

