

# ipp schriften 03

AUSGABE 03 SOMMER 2009

SILKE GRÄSER, NORBERT KRISCHKE,  
CHRISTINE WOHLRAB

## HIV/AIDS-PRÄVENTION UND VERSORGUNG FÜR MIGRANTINNEN UND MIGRANTEN AUS SUB-SAHARA AFRIKA

EINE PILOTSTUDIE ZUR EVALUATION DES ›AFRIKA-PROJEKTS‹ DES  
GESUNDHEITSAMTES BREMEN

PROJEKTBERICHT

SCHRIFTENREIHE DES INSTITUTS FÜR PUBLIC HEALTH  
UND PFLEGEFORSCHUNG, UNIVERSITÄT BREMEN  
HERAUSGEBER: STEFAN GÖRRES, INGRID DARMANN-FINCK,  
SILKE GRÄSER

# Impressum

IPP-Schriften, Ausgabe 03 /2009:

**Titel:** HIV/AIDS-Prävention und Versorgung für MigrantInnen aus Sub-Sahara Afrika

**AutorInnen:** Prof. Dr. Silke Gräser, PD Dr. Norbert R. Krischke, Christine Wohlrab.  
Unter Mitarbeit von Astrid Tuckermann und Mohsen Haj Bagheri

**Kontakt AutorInnen:** Prof. Dr. Silke Gräser  
IPP, Institut für Public Health und Pflegeforschung, Universität Bremen  
Email: graeser@uni-bremen.de, www.ipp.uni-bremen.de

PD Dr. Norbert R. Krischke  
Institut für Psychologie, Abteilung für Gesundheits- und Klinische Psychologie,  
Carl von Ossietzky Universität Oldenburg, Email: norbert.krishcke@uni-oldenburg.de

Christine Wohlrab, BA PH  
IPP, Institut für Public Health und Pflegeforschung, Universität Bremen, Email: wohlrab@uni-bremen.de

**Herausgeber IPP-Schriften:** Direktorium des Instituts für Public Health und Pflegeforschung, Fachbereich 11  
Human- und Gesundheitswissenschaften, Universität Bremen: Prof. Dr. Stefan Görres (geschäftsführend),  
Prof. Dr. Ingrid Darmann-Finck, Prof. Dr. Silke Gräser

**Kontakt Herausgeber:** Prof. Dr. Stefan Görres (geschäftsführender Direktor)  
Postfach 330440, 28334 Bremen  
Besucheranschrift: Grazer Straße 4, 28359 Bremen  
Tel: 0421 – 218 9543, Fax: 0421 – 218 8150  
E-Mail: health@uni-bremen.de, Internet: www.ipp.uni-bremen.de  
Bremen, August 2009  
Umschlaggestaltung: Patel Design, Bremen  
Auflage Print: 300  
Bezugsadresse: Institut für Public Health und Pflegeforschung, Kontakt s.o.  
Download der Online-Ausgabe unter: www.ipp.uni-bremen.de  
ISSN: 1864-4546 (Printausgabe)  
ISSN: 1867-1942 (Internetausgabe)

**V.i.S.d.P.:** Verantwortlich für die publizierte Fassung sind die Autorinnen bzw. Autoren der vorliegenden Ausgabe

**Haftungsausschluss:** Es gilt der Haftungsausschluss der Universität Bremen (Online im Internet unter:  
<http://www.uni-bremen.de/kontakt/disclaimer.php3>).

Die Universität Bremen übernimmt keinerlei Gewähr für die Aktualität, Korrektheit und Vollständigkeit der bereitgestellten Informationen. Haftungsansprüche gegen die Universität Bremen, die sich auf Schäden materieller oder immaterieller Art beziehen, die durch die Nutzung oder Nichtnutzung der dargebotenen Informationen bzw. durch die Nutzung fehlerhafter und unvollständiger Informationen verursacht wurden, sind grundsätzlich ausgeschlossen, sofern seitens der Universität Bremen kein nachweislich vorsätzliches oder grob fahrlässiges Verschulden vorliegt.

Die Universität Bremen hat keinerlei Einfluss auf die aktuelle und zukünftige Gestaltung und auf die Inhalte fremder Internetseiten, auf die in der Internetausgabe direkt oder indirekt verwiesen wird (Links). Deshalb distanziert sie sich hiermit ausdrücklich von allen Inhalten aller gelinkten/verknüpften Seiten. Dies gilt auch für alle Fremdeinträge in von der Universität Bremen eingerichteten Gästebüchern, Diskussionsforen und Mailing-Listen.

Die Universität Bremen hat in allen Publikationen die Urheberrechte der Autoren der verwendeten Grafiken, Tondokumente, Videosequenzen und Texte zu beachten. Sie ist bestrebt, möglichst von ihr selbst erstellte Grafiken, Tondokumente, Videosequenzen und Texte zu nutzen oder auf lizenzfreie Grafiken, Tondokumente, Videosequenzen und Texte zurückzugreifen. Eine Vervielfältigung oder Verwendung der innerhalb des Internetangebotes der Universität Bremen verwendeten Grafiken, Tondokumente, Videosequenzen und Texte in anderen elektronischen oder gedruckten Publikationen ist ohne ausdrückliche Zustimmung des Autors nicht gestattet, sofern diese nicht ausdrücklich als lizenzfrei erklärt sind.

**Urheberrecht (Copyright - Universität Bremen):** Alle Rechte vorbehalten, all rights reserved, Universität Bremen, D-28359 Bremen. Die (Online-)Dokumente (hier: IPP-Schriften) einschließlich ihrer Teile sind urheberrechtlich geschützt. Sie dürfen nur zum privaten, wissenschaftlichen und nichtgewerblichen Gebrauch zum Zweck der Information kopiert und ausgedruckt werden, wenn sie den Copyright-Hinweis enthalten. Die Universität Bremen behält sich das Recht vor, diese Erlaubnis jederzeit zu widerrufen. Ohne vorherige schriftliche Genehmigung der Universität Bremen dürfen diese Dokumente/Webseiten nicht vervielfältigt, archiviert, auf einem anderen Server gespeichert, in News-Gruppen einbezogen, in Online-Diensten benutzt oder auf einer CD-ROM gespeichert werden. Sie dürfen jedoch in einen Cache oder einen Proxy-Server zur Optimierung der Zugriffsgeschwindigkeit kopiert werden. Wir erlauben ausdrücklich und begrüßen das Zitieren unserer Dokumente und Webseiten sowie das Setzen von Links auf unsere Website.

ipp Schriften 03

SILKE GRÄSER, NORBERT KRISCHKE,  
CHRISTINE WOHLRAB

# **HIV/AIDS-PRÄVENTION UND VERSORGUNG FÜR MIGRANTINNEN UND MIGRANTEN AUS SUB-SAHARA AFRIKA**

**EINE PILOTSTUDIE ZUR EVALUATION DES ›AFRIKA-PROJEKTS‹ DES  
GESUNDHEITSAMTES BREMEN**

**PROJEKTBERICHT**

**BREMEN, 2008**

**SCHRIFTENREIHE DES INSTITUTS FÜR PUBLIC HEALTH  
UND PFLEGEFORSCHUNG, UNIVERSITÄT BREMEN  
HERAUSGEBER: STEFAN GÖRRES, INGRID DARMANN-FINCK,  
SILKE GRÄSER**



## **Abstract/Zusammenfassung**

Der vorliegende Projektbericht stellt die Ergebnisse einer Evaluations-Pilotstudie zur HIV/Aids Versorgung und Prävention des öffentlichen Gesundheitsdienstes des Landes Bremen vor. Im Zentrum steht das ‚Afrika-Projekt‘, ein zielgruppenorientiertes, sozialräumlich ausgerichtetes und zugehendes Versorgungs- und Präventionsangebot der AIDS/STD Beratung des Gesundheitsamtes Bremen, das sich an MigrantInnen aus Sub-Sahara-Afrika richtet. In einer ersten Bestandsaufnahme werden die an Afrikanische MigrantInnen gerichteten HIV/AIDS Präventionsangebote in Deutschland und die Versorgungssituation in Bremen erfasst und Projektaktivitäten dokumentiert. In qualitativen Interviews mit Betroffenen untersucht das Evaluationsprojekt die Barrieren und Ressourcen, die die Zugänge zu Versorgung und Prävention beeinflussen. Dazu gehören in der Versorgung vor allem kulturelle Einflüsse im Umgang mit HIV/AIDS, die zu einer Stigmatisierung der HIV-Infizierten und soziale Rückzügen der Communities führen. Leitfadeninterviews mit MultiplikatorInnen ergeben Barrieren wie sprachliche Schwierigkeiten, Migranten-Status, Angst vor den Konsequenzen einer Erkrankung, mangelnde Krankenversicherung und mangelndes Wissen über das deutsche Gesundheitssystem. Zusätzlich wird teilweise auch die zielgruppenspezifische Prävention als Stigmatisierungstendenz und so als Barriere wahrgenommen. Insgesamt weisen die Untersuchungen nach wie vor auf ein Bedürfnis nach Informationen über HIV/Aids und Transmissionswegen hin.

This project report presents the results of an evaluation pilot study about HIV/AIDS related care and prevention of the public health services in Bremen. The project focuses on the ‘Africa-Project’, a setting-based and targeted care and prevention project that targets African Migrants from Sub-Sahara-region. In first analysis targeted prevention activities for African migrants in Germany and the current situation of care in Bremen are described and the project activities are documented. In qualitative interviews with HIV-infected patients the evaluation project evaluates barriers and resources which determine accessibility of prevention and care. This includes in care especially cultural determinants of dealing with HIV/AIDS, which may lead to stigmatization and social withdrawal of the communities. Structured qualitative interviews with key communicators describe barriers like language problems, the migrant status, fear of consequences of the disease, lacking health assurance and lacking knowledge about the German health system. Additionally the focus on the specific target-group of African migrants is partly perceived as stigmatization and as a barrier. Generally the studies emphasize the ongoing need of information on HIV and the transmission ways.

## Inhaltsverzeichnis

<b>Vorwort .....</b>	<b>8</b>
<b>1. Forschungsfeld: Afrikanische MigrantInnen und HIV/Aids in Europa.....</b>	<b>10</b>
1.1 Das Stigmatisierungsdilemma zielgruppenspezifischer Präventions- und Versorgungsstrukturen .....	10
1.2 Verbreitung von HIV und Aids innerhalb der Zielgruppe.....	11
1.3 HIV und Aids-spezifische Risiken für MigrantInnen aus Subsahara-Afrika .....	11
1.4 Versorgungssituation von HIV und Aids betroffenen AfrikanerInnen.....	13
<b>2. Das „Afrika-Projekt“ am Bremer Gesundheitsamt .....</b>	<b>14</b>
<b>3. Forschungsdesign .....</b>	<b>15</b>
3.1 Forschungsziele .....	15
3.2 Forschungsdesign und Methoden.....	16
<b>4. Stand der Forschung zur HIV/Aids- Prävention und Krankenversorgung .....</b>	<b>18</b>
4.1 Präventions- und Betreuungsangebote für afrikanische MigrantInnen in Deutschland .....	18
4.1.1 HIV/Aids-Präventionsangebote für MigrantInnen aus Subsahara-Afrika .....	18
4.1.2 HIV/Aids-Versorgungsangebote für MigrantInnen aus Subsahara-Afrika.....	19
4.1.3 Organisation und Evaluation.....	20
4.2 Präventions- und Versorgungsangebote zu HIV/Aids in der Hansestadt Bremen.....	20
4.2.1 HIV/Aids- Präventionsangebot in Bremen .....	21
4.2.2 Das Versorgungsangebot für HIV/Aids-erkrankte Menschen.....	22
<b>5. Ergebnisse zur Versorgungssituation betroffener AfrikanerInnen in Bremen .....</b>	<b>23</b>
5.1 Hintergrund und Ziele .....	23
5.2 Untersuchungsdesign und Durchführung.....	23
5.3 Ergebnisse und Empfehlungen .....	24
<b>6. Evaluation der Präventionsarbeit im „Afrika-Projekt“.....</b>	<b>30</b>
6.1 Dokumentation der Präventionsarbeit.....	30
6.1.1 Ziele .....	30
6.1.2 Untersuchungsdesign und Durchführung .....	30
6.1.3 Präventionsaktivitäten des „Afrika-Projekts“ .....	31
6.2 Ergebnisse der Leitfadeninterviews mit MultiplikatorInnen .....	36
6.2.1 Inhalte und Ziele der MultiplikatorInnen-Schulungen .....	36
6.2.2 Evaluation der MultiplikatorInnen-Schulung anhand qualitativer Interviews .....	36
6.2.3 Ergebnisse zur Präventionsarbeit.....	37
6.2.4 Ergebnisse zur Versorgung .....	42

6.2.5	Schlussbemerkung .....	44
<b>7.</b>	<b>Ausblick und Empfehlungen .....</b>	<b>44</b>
7.1	Forschungsvorhaben: „Identifikation von Barrieren und Ressourcen in der HIV/Aids-Prävention und Versorgung für MigrantInnen aus Subsahara-Afrika“ .....	44
7.2	Entwicklung eines Fragebogens zur Erfassung von Wissen, Verhalten und Einstellung zu HIV/Aids für Betroffene und Nicht-Betroffene (KAP-Study) .....	45
7.3	Empfehlungen .....	46
	<b>Literatur .....</b>	<b>49</b>
	<b>Abbildungsverzeichnis .....</b>	<b>52</b>

## **Vorwort**

Das Bremer Afrika-Projekt (BAP) steht für die Entwicklung und Evaluation eines zugehenden und kultursensiblen Zugangs zur HIV/Aids Versorgung, Betreuung und Prävention für afrikanische MigrantInnen. Das Praxisprojekt selber, das in der STD/AIDS Beratung im Gesundheitsamt des Landes Bremen verortet ist, setzt seit 2004 ein kultursensibles und aktiv zugehendes HIV/Aids Versorgungs- und Betreuungsangebot für MigrantInnen aus Sub-Sahara Afrika um. Seit Mai 2007 fördern die Deutsche AIDS Stiftung (DAS) und der Europäische Flüchtlingsfond (EFF) das „Afrika-Projekt“. Die Evaluation des „Afrika-Projekts“ wurde durch die Universitäten Oldenburg und Bremen vom 1.6.2007 bis 31.5.2008 wissenschaftlich begleitet und evaluiert.

Im Mittelpunkt der Pilotphase stand die Entwicklung von Evaluationsinstrumenten zur wissenschaftlichen Bewertung der eingesetzten zielgruppenorientierten Zugangsstrategien, als auch eine systematische Erprobung von wissenschaftlichen Verfahren und ihrer Interaktion mit den sozial-räumlichen Zugangswegen der HIV- und Aids-Prävention einerseits und der Erfassung von Barrieren und Ressourcen bei der Nutzung von HIV- und Aids spezifischen Versorgungsangeboten durch die MigrantInnen andererseits. Die Ergebnisse der Pilotphase werden im Sinne einer Kombination von summativer und formativer Evaluation in die Weiterentwicklung des Projektes integriert und bieten eine Basis für eine strukturierte und systematische Gesamtevaluation des Bremer HIV- und Aids-Präventionsansatzes. Die vorliegende Pilotstudie gibt erste Hinweise für die Entwicklung von evidenzbasierten Handlungsempfehlungen für die HIV-Prävention und Aids-Versorgung für afrikanische MigrantInnen.

Im Rahmen der Pilotstudie zur Evaluation wird ein Instrumentarium zur fortlaufenden Dokumentation und Evaluation der Projektaktivitäten entwickelt, um im Sinne der Prozessevaluation Praxis und Evaluation eng zu vernetzen und Ergebnisse schnell an die Praxispartner weitergeben zu können. Zur Erkundung der Versorgungsqualität und der Bedürfnisse, Ressourcen und Barrieren für ein Leben mit HIV/Aids wurden qualitative leitfadengestützte Interviews mit HIV-positiven oder an Aids erkrankten AfrikanerInnen entwickelt, durchgeführt und ausgewertet. Ebenso wurden qualitative strukturierte Leitfäden zur Durchführung von Interviews mit MigrantInnen und Schlüsselpersonen entwickelt und erprobt, um kulturspezifische Zugangsbarrieren und Ressourcen im Versorgungssystem zu erheben.

Um im Sinne einer summativen Evaluation zukünftig die Ergebnisqualität präventiver Maßnahmen verlässlicher und international vergleichbar bestimmen zu können, wurde ein Fragebogen zu Wissen, Verhalten und Einstellungen zum Thema HIV/Aids unter afrikanischen MigrantInnen (KAP-Study) konstruiert, der basierend auf einem international verwendeten Itempool die Grundlage für weitere Befragungen darstellen kann. Das Instrument wurde in deutscher, englischer und französischer Sprache an einer kleinen Stichprobe teststatistisch überprüft.

Im Folgenden werden die ersten Ergebnisse dieser quantitativen und qualitativen Studien vorgestellt. Die besondere lebensweltliche Orientierung, die als zentrales Strukturelement des Bremer-Afrika-Projekts durch eine zugehende und aufsuchende HIV/Aids-Arbeit und durch den Einbezug von Peer-

Education über MultiplikatorInnen aus dem Kulturkreis geleistet wird, z.B. bei öffentlichen Veranstaltungen, Treffpunkten oder über afrikanische Schlüsselpersonen, stellen für die Evaluation eine besondere Herausforderung dar, nicht nur in Bezug auf die Datenerhebungsorte wie Kirchen, Friseurläden und Call-Shops, sondern auch bei der Generierung von Stichproben und insbesondere sinnhafter und ethisch angemessener Strategien der Datenerhebung. So sind auch hier, ebenso wie im Projekt selber, die Zugänge zur Zielgruppe herausfordernd, erfordern kreative Problemlösungen und erfordern neben der Unterstützung durch die MultiplikatorInnen auch eine intensive Auseinandersetzung mit den Aspekten Stigmatisierung und Diskriminierung, die aus Sicht der befragten Zielgruppe eng mit dem Thema HIV/Aids und Afrika verbunden sind. Ein starker Einbezug lebensweltlicher und partizipativer Elemente ist dabei eine zentrale Strategie, die einen Zugang zur Zielgruppe der Interventionen selber befördern kann und darüber hinaus auch als Orientierung für die Evaluationsstrategie dienen sollte.

Die Durchführung der Evaluation wäre nicht möglich gewesen ohne die Unterstützung und Bereitschaft aller Befragten und Interviewten und insbesondere auch der Unterstützung durch die MultiplikatorInnen und PraxispartnerInnen des Gesundheitsamtes Bremen.

## **1. Forschungsfeld: Afrikanische MigrantInnen und HIV/Aids in Europa**

### **1.1 Das Stigmatisierungsdilemma zielgruppenspezifischer Präventions- und Versorgungsstrukturen**

In der HIV/AIDS Prävention kommen sowohl bevölkerungs- und zielgruppendifferenzierte Interventionsformen zum Einsatz (Gutzwiler & Paccaud, 2007). Die Bevölkerungsstrategie zielt dabei auf eine breite Sensibilisierung der Population für gesundheitsrelevante Themen ab, die sich aus massenmedialen und personalkommunikativen Gesundheitskampagnen, persönlicher und anonymer Telefonberatung, sowie der Ansprache über das Internet zusammen setzt. Da die populationsbezogene Prävention aufgrund ihres Anspruches, möglichst flächendeckend zu arbeiten, sehr allgemein gehalten werden muss, können mit Hilfe dieses Präventionsansatzes aber nicht alle Teile der Bevölkerung erreicht werden (Hurrelmann, Klotz & Haisch 2004). Es wird angenommen, dass gerade Gruppen mit abweichenden Werten und Normen durch das Raster einer solchen bevölkerungsbezogenen Prävention fallen. Diese Gruppen der Bevölkerung wie MigrantInnen können besser über zielgruppenspezifische Prävention erreicht werden. Forschungsergebnisse zeigen, dass MigrantInnen in hohem Maße gesundheitlichen Gefährdungen ausgesetzt sind und aufgrund negativer Erfahrungen mit dem Versorgungssystem und sozialer und sprachlicher Barrieren einen schlechteren Zugang zum Gesundheitssystem haben (Hurrelmann et al., 2004). Ebenso legen die verschiedenen subjektiven Gesundheits- und Krankheitskonzepte der MigrantInnen aus unterschiedlichen Herkunftsländern eine zielgruppenorientierte HIV/Aids-Präventionsstrategie nahe. Chinouya und Reynolds (2001) verweisen zudem darauf, dass Afrikanische MigrantInnen auch nach ihrer Emigration weiterhin mit ihren kulturell gebundenen gesundheitsbezogenen Einstellungen und Verhaltensweisen verbunden bleiben.

Eine zielgruppendifferenzierte HIV/AIDS Prävention und Versorgung für Afrikanische MigrantInnen in Deutschland erfordert eine den spezifischen Bedürfnissen angepasste Zugangsweise, die kulturelle, soziale, ökonomische und genderbezogene Aspekte mit einbezieht. Gleichzeitig entsteht aber auch die Gefahr, die Zielgruppe durch Präventionsmaßnahmen zu exponieren und zu etikettieren und sie so der Gefahr von Stigmatisierung auszusetzen. In der HIV/Aids-Prävention für afrikanische MigrantInnen kommt dies einer doppelten Stigmatisierung gleich; zum Etikett ‚MigrantIn‘ kommt nun auch noch das Etikett „HIV-infiziert“ hinzu. Dieses ‚Präventions-Stigmatisierungsdilemma‘ einer zielgruppendifferenzierten Prävention, die bewusst den Einsatz kultursensibler Strategien und Konzepte für eine segmentierte Zielgruppe sucht, muss in Erkenntnisprozesse einfließen, da sich so auch das Spannungsfeld einer lebensweltlich verorteten HIV/AIDS Prävention und Versorgung ausgestaltet. Im Rahmen der Pilotstudie wurde diese Stigmatisierungsproblematik gezielt aufgegriffen, indem nach der Wahrnehmung von Diskriminierung durch das „Afrika-Projekt“ gefragt wurde. Zielgruppenspezifische HIV/Aids-Prävention muss dieses Spannungsfeld kontinuierlich ausbalancieren und die eigenen Inhalte und Vorgehensweise diesbezüglich fortlaufend kritisch hinterfragen.

## **1.2 Verbreitung von HIV und Aids innerhalb der Zielgruppe**

Weltweit sind über 33 Millionen Menschen mit HIV infiziert (UNAIDS, 2007). Der überwiegende Teil der Infizierten (22,5 Millionen) lebt in Ländern südlich der Sahara. In Westeuropa zählen afrikanische MigrantInnen zu den Hauptbetroffenen-Gruppen (Prost, Elford, Imrie, Petticrew & Hart, 2008). Zwischen 1995 und 2002 wurden zwei Drittel aller heterosexuell übertragenen HIV-Erstmeldungen bei Personen aus den sogenannten Hochprävalenzländern<sup>1</sup>, allen voran MigrantInnen aus Subsahara-Afrika, registriert<sup>2</sup>. Vielen MigrantInnen ist ihr positiver HIV-Status nicht bekannt und haben daher bislang keinen Zugang zu Behandlung und Betreuung durch die Versorgungssysteme in den Aufnahmeländern (Hamers & Downs, 2004).

In der Bundesrepublik bescheinigen die Zahlen der vergangenen Jahre MigrantInnen aus den Hochendemie-Gebieten eine überdurchschnittlich starke Betroffenheit. Die HIV-Prävalenz bei MigrantInnen aus Subsahara-Afrika beträgt Schätzungen zufolge etwa 3 %. Sie ist innerhalb der Bevölkerung nicht-deutscher Herkunft am höchsten. Im Vergleich dazu liegt die derzeitige HIV-Prävalenz bei Personen deutscher Herkunft bei 0,06 % (Robert Koch Institut, 2007).

Zwischen 2001 und 2007 betrug der Anteil der Neudiagnosen von Personen ausländischer Herkunft an der Gesamtzahl der Neudiagnosen etwa ein Drittel. Davon registrierte man etwa 50 % der Neudiagnosen bei MigrantInnen aus Subsahara-Afrika. Mit 10 % liegen MigrantInnen aus den Hochprävalenzländern heute an dritter Stelle der Hauptbetroffenen-Gruppen. An zweiter Stelle befinden sich mit 18 % Personen, die sich auf heterosexuellem Weg infiziert haben. Die höchste Betroffenheit zeigen mit 64 % weiterhin Männer, die ihre Infektion bei homosexuellen Kontakten erworben haben (Stand: 1. Halbjahr 2007; Robert Koch Institut, 2007).

Deutliche Geschlechterunterschiede zeigen sich bei den seit 2004 erfassten Aids-Diagnosen in Deutschland. Nur 6 % der männlichen an Aids erkrankten Personen kamen aus den Hochendemie-Gebieten. Im Gegensatz dazu kamen 42 % aller Frauen, die in diesem Zeitraum in Deutschland an Aids erkrankt sind, aus Ländern mit hoher HIV-Prävalenz (Robert Koch Institut, 2007).

## **1.3 HIV und Aids-spezifische Risiken für MigrantInnen aus Subsahara-Afrika**

Hintergründe der hohen Vulnerabilität liegen u.a. auch in dem spezifischen, kulturell begründeten Umgang mit HIV und Aids (Prost et al., 2008); so wurde in Großbritannien in der Zielgruppe eine geringe Bereitschaft beobachtet, sich auf HIV testen zu lassen. Beeinflusst wird die Test-Bereitschaft von eigenen Erfahrungen mit sexuell übertragbaren Erkrankungen, sowie der persönlichen Risikowahrnehmung sich überhaupt anstecken zu können (Fenton, Chinouya, Davidson & Copas,

---

<sup>1</sup> Unter HPL fallen alle Länder, die eine HIV-Prävalenz > als ein Prozent der Allgemeinbevölkerung haben (Altersgruppe 14-49) und in denen HIV vorwiegend heterosexuell übertragen wird. Dazu gehören alle Staaten Subsahara-Afrikas, sowie Teile der Karibik und Südostasiens (Robert Koch Institut, 2007).

<sup>2</sup> Die Daten beziehen sich auf folgende Länder: Belgien, Dänemark, Finnland, Deutschland, Griechenland, Island, Irland, Luxemburg, Norwegen, Schweden, Schweiz und Großbritannien (Hamers & Downs, 2004).

2002). In einer Studie von Erwin, Morgan, Britten, Gray und Peters (2002) hatten nur 28 % der positiv Getesteten damit gerechnet, an HIV erkrankt zu sein. Betroffene AfrikanerInnen präsentieren sich zum Diagnosezeitpunkt häufig in einem späteren Stadium ihrer Erkrankung; ihre CD4-Zellenzahl ist vergleichsweise niedrig und oft bestehen bereits opportunistischen Erkrankungen (Stahelin, Egloff, Rickenbach, Kopp & Furrer, 2004; Del Amo, Bröring & Fenton, 2003).

Eng in Verbindung mit der geringen Risikowahrnehmung steht der ebenfalls beobachtete niedrige Kondomgebrauch. Charakteristisch ist stattdessen die Betonung von Treue und Monogamie als kultureller Wert in den afrikanischen Communities in Europa, mit denen sich Safer Sex nicht vereinbaren lässt (Fenton et al., 2002). Kondome zu besitzen oder auf ihren Gebrauch zu bestehen, bedeutet stets in Konflikt mit der normativen Anschauung einer Beziehung zu geraten. Safer Sex Praktiken erzeugen Misstrauen in einer Partnerschaft und werden als Indiz für beabsichtigtes „Fremdgehen“ angesehen. Eine Methode sich vor HIV zu schützen sei vor allem die sorgfältige Auswahl des Partners. Als ein sicheres Kriterium dafür wird die Zugehörigkeit zur selben regionalen, nationalen oder religiösen Community angesehen (Elam, Fenton, Johnson, Nazroo & Ritchie, 1999). Im Widerspruch dazu steht die Beobachtung, dass sexuelle GelegenheitspartnerInnen nicht unüblich zu sein scheinen (Chinouya & Davidson, 2003). Nach Fenton, Chinouya, Davidson und Copas (2001) gehen AfrikanerInnen während eines Heimatbesuchs zunehmend neue sexuelle Beziehungen ein. Deutlich wird der Widerspruch zwischen Einstellung und tatsächlichem Verhalten auch in einer Untersuchung zum sexuellen Risikoverhalten von Afrikanischen Jugendlichen. Obwohl weibliche Jugendliche die höchste Rate an ungeplanten Schwangerschaften und Geschlechtskrankheiten aufweisen und über mehr sexuelle Erfahrung berichten, ist die Einstellung zu sexuellen Themen im Vergleich zu Jugendlichen anderer Herkunftsländer am konservativsten ausgeprägt (Coleman & Testa, 2007).

Als weitere Barrieren, die den Zugang zu Prävention und Behandlung erschweren, konnten die ausgeprägte Stigmatisierung und Tabuisierung von HIV und Aids identifiziert werden. Viele AfrikanerInnen äußern die Angst, mit HIV und Aids in Verbindung gebracht zu werden, so dass das Thema bewusst ausgeklammert wird. Der Hintergrund ist zum einen die noch immer bestehende Überzeugung, dass das Virus bei Alltagskontakten, wie das gemeinsame Benutzen von Küchenutensilien oder öffentlicher Bäder mit HIV-positiven Menschen, übertragen werden kann (Dias, Gonçalves, Luck & Jesus Fernandez, 2004). Auch als nur vermeintlich Betroffener muss man einen Ausschluss aus der Gemeinschaft befürchten (Beier, 2005). Erschwerend kommt hinzu, dass Sexualität, nicht nur in der afrikanischen Kultur, ein stark schambesetztes Thema ist. Der offene Umgang mit einer Erkrankung, die vorwiegend auf sexuellem Weg übertragen wird, stigmatisiert auf diese Weise besonders. HIV und Aids ist nach wie vor sehr eng mit „unmoralischem“ Verhalten (Untreue oder Prostitution) gekoppelt. Zum Teil wird die Tabuisierung von HIV im Migrationsland als noch stärker wahrgenommen, da die Communities klein und überschaubar sind und sich persönliche Informationen so schneller verbreiten (Beier, 2005).

#### **1.4 Versorgungssituation von HIV und Aids betroffenen AfrikanerInnen**

In Westeuropa wurde ein anhaltender Informationsmangel zu HIV und Aids, zu Übertragungswegen und zu den bestehenden Versorgungs- und Behandlungsangeboten erkannt (Prost et al., 2008). Vielen MigrantInnen ist nicht bekannt, wo HIV-Tests durchgeführt werden und kostenlos Kondome erhältlich sind (Weatherburn, Ssanyu-Seruma, Hickson, Mc Lean & Reid, 2003).

Die empfundene Diskriminierung und Stigmatisierung durch Gesundheitspersonal und den eigenen Communities, nimmt europaweit sehr stark Einfluss auf das Leben HIV-positiver und an Aids erkrankter AfrikanerInnen. Die Geheimhaltung einer Infektion vor Freunden, Familie und der Community hat für viele Betroffene oberste Priorität (Chinouya & Reynolds, 2001). Für viele HIV-Infizierte ist es unmöglich Unterstützung und Hilfe zu erfahren oder anzunehmen. Die Furcht vor Offenbarung ihrer Krankheit und möglichen Vertrauensbrüchen durch ihre Mitmenschen überwiegen alles andere (Flowers et al., 2006). Die komplexen und lebenslänglichen Therapieschemata, die Nebenwirkungen und die Einschränkungen durch die HIV-Infektion (z.B. das Stillverbot bei HIV-positiven Müttern) sind schwer zu verbergen und ein sozialer Rückzug ist häufig die einzig sichere Konsequenz für die Betroffenen.

Von HIV und Aids betroffene AfrikanerInnen leiden besonders unter den finanziellen Folgen ihrer Erkrankung. Überproportional häufig sind sie von Armut, Arbeitslosigkeit und Unterbeschäftigung betroffen (Prost et al., 2008). Insbesondere afrikanische Frauen haben mit finanzieller Not, schlechten Wohnverhältnissen und Rassismus zu kämpfen (Anderson & Doyal, 2004). In Großbritannien gehen trotz einer guten beruflichen Qualifizierung weniger als 20 % der mit HIV infizierten AfrikanerInnen einer Beschäftigung nach (Chinouya & Davidson, 2003; Weatherburn et al., 2003). Vielfach wird berichtet, dass die finanziellen Sorgen die Sorge über die eigene HIV-Erkrankung übersteigen (Prost et al., 2008). Mit der Diagnose HIV zu leben scheint vielen kaum bewältigbar, sodass hier bereits die erste Hürde zu einer Testung zu finden ist. Auf der anderen Seite konnte die Wiedereingliederung ins Arbeitsleben in mehreren Studien als Ressource für Betroffene identifiziert werden (z.B. Anderson & Doyal, 2004).

Hinzu kommen Probleme im Zuge der Immigration. Für die Betroffenen ist die Sicherung ihres Aufenthaltsstatus im Migrationsland von hoher Bedeutung (Prost et al., 2008). Trotz zunehmender Verfügbarkeit antiretroviraler Therapie geht mit der Rückkehr ins afrikanische Heimatland in der Regel eine Verschlechterung der gesundheitlichen Versorgung einher. Zwar gilt HIV und Aids im Rahmen eines Asylverfahrens in Deutschland als Abschiebehindernis, allerdings nur dann, wenn nachgewiesen werden kann, dass eine Behandlung im Herkunftsland nicht angemessen gesichert ist (Herkommer, 2000). Es ist fraglich, inwieweit dies auf der einen Seite den Betroffenen bekannt und gleichzeitig in der Realität praktiziert wird. Folgende Aussage von Hoffmann (2000, S. 24) beschreibt das Dilemma: „Die rechtliche Situation ist vergleichbar mit dem Krankheitsverlauf: 'Wer kämpft, kann verlieren. Wer nicht kämpft, hat schon verloren'. Daher ist es nicht verwunderlich, dass ein unsicherer Aufenthaltsstatus eher eine Zugangsbarriere darstellt als die Bereitschaft zur Testung zu erhöhen (Beier, 2005). Insbesondere papierlos in Deutschland lebende MigrantInnen, die per Gesetz keinen

Anspruch auf medizinische Behandlung besitzen, bleibt der Zugang zur HIV/Aids-Versorgung in den meisten europäischen Ländern nach wie vor verwehrt (Bröring, Canter, Schinaia & Teixeira, 2003).

## **2. Das „Afrika-Projekt“ am Bremer Gesundheitsamt**

Bereits seit 1995 engagiert sich die „AIDS/STD-Beratung“ des Gesundheitsamtes in Bremen in ihrem Arbeitsschwerpunkt „Migration“ in der Prävention und Begleitung von Flüchtlingen. Die Fokussierung auf einen speziellen Kulturkreis entstand aus den Erfahrungen, die die MitarbeiterInnen der „AIDS/STD-Beratung“ mit HIV-positiven MigrantInnen aus den Subsahara-Ländern gemacht haben. Insbesondere der späte Zugang zum Versorgungssystem und eine ausgeprägte Tabuisierung von HIV und Aids in den in Bremen ansässigen Communities, die Betroffene stark stigmatisieren und ausgrenzen, zeigten besonderen Handlungsbedarf auf (Gesundheitsamt Bremen, 2006).

Um sich dieser Problematik gezielter anzunehmen, wurde im Jahr 2004 das „Afrika-Projekt“ in Bremen ins Leben gerufen. Es verfolgt das Ziel die HIV/Aids-Betreuung, Prävention und Aufklärung für AfrikanerInnen in Bremen zu verbessern. Diese Ziele werden durch eine spezifisch kultursensible Komponente der Gesundheitskommunikation zu erreichen versucht. Dies geschieht aus dem Verständnis heraus, dass Präventions- und Betreuungsarbeit kulturelle Bedingungen beachten muss, um effektiv zu sein („kultursensible Präventions- und Betreuungsarbeit“). Dabei stehen folgende Ziele im Vordergrund:

### **1. Ziele im Bereich „Versorgung“**

- Entwicklung und Ausbau von gesundheitskommunikativen Zugängen für HIV-Infizierte und an Aids erkrankte Menschen, damit diese die bestehenden Versorgungsangebote adäquat in Anspruch nehmen können.
- Kultursensible Begleitung und Betreuung von Menschen mit HIV und Aids aus dem afrikanischen Kontinent.
- Impulse für ein solidarisches Klima mit den in Deutschland von HIV und Aids betroffenen AfrikanerInnen setzen.

### **2. Ziele im Bereich „Prävention“**

- Entwicklung von gesundheitskommunikativen Zugängen für die Präventionsarbeit.
- Sensibilisierung und Bewusstseinsbildung durch die Öffnung der afrikanischen Community für das Thema HIV/Aids.
- Intensivierung der bisher geleisteten Präventionsarbeit für die Zielgruppe.

Die Einbindung eines Mitarbeiters mit afrikanischem Migrationshintergrund ist ein zentraler Bestandteil der Projektarbeit. Aspekte der Versorgung und Prävention sind dabei eng miteinander verzahnt, was sich in der konkreten Umsetzung des Projektes widerspiegelt. In Anlehnung an Rosenbrock (2007) beinhaltet die gemeindeorientierte Projektarbeit folgende Komponenten:

### **1. Informations- und Aufklärungsteil:**

- Durchführung von Aufklärungs- und Solidaritätsveranstaltungen, Infotischen und Verteilung von Kondomen in den afrikanischen Communities (z.B. bei Gottesdiensten, in Afro-Shops, Studentengemeinden oder während kultureller Veranstaltungen).
- Schulung und Weiterbildung von MultiplikatorInnen aus dem afrikanischen Kulturkreis (Peer-Education).

### **2. Zugehende bzw. aufsuchende Komponente:**

- Kontaktaufnahme und Kontaktpflege zu den afrikanischen Communities und sog. sozialen Schlüsselpersonen.
- Nutzung deren formeller und informeller sozialer Position zur kulturimmanenten und akzeptierten Auseinandersetzung mit Tabuthemen und Tabubrüchen im Hinblick auf die HIV/Aids-Präventions- und Betreuungsarbeit.

### **3. Sozialräumliche Komponente:**

- Verfügbarkeit von mindestens einer langfristig zur Verfügung stehenden, vertrauten offiziellen Kontakt- und Bezugsperson für Betroffene und Nicht-Betroffene aus Sub-Sahara Afrika, die über transkulturelle Kompetenz verfügt.
- Aufbau langfristiger, vertrauensvoller Arbeitskontakte zwischen den MitarbeiterInnen des öffentlichen Gesundheitsdienstes und sozialer Schlüsselpersonen der ansässigen Communities, wie z.B. Pastoren.
- Die über die primäre HIV/Aids-Präventions- und Betreuungsarbeit hinausgehende Bereitschaft der Teammitglieder, in kritischen und subkritischen Lebenslagen beratend zur Verfügung zu stehen.

Die Arbeit des Bremer „Afrika-Projekts“ ist eingebettet in die Strukturen der „AIDS/STD-Beratungsstelle“ des Bremer Gesundheitsamtes. Unterstützt wird der afrikanische Projektmitarbeiter von drei durch ihn zu HIV/Aids geschulten MultiplikatorInnen aus Kamerun, Togo und Ghana. Die Aufgabe der MultiplikatorInnen ist es auf der einen Seite den Zugang zur Zielgruppe weiter auszubauen. Gleichzeitig sollen sie aber auch im Sinne eines niedrigschwelligen Angebots kompetente AnsprechpartnerInnen für HIV/Aids für ihre Landsleute sein (Peer-Education). MultiplikatorInnen senken die Zugangsbarrieren, da sie nicht unmittelbar als Vertreter staatlicher Institutionen wahrgenommen werden.

## **3. Forschungsdesign**

### **3.1 Forschungsziele**

Der Bedarf an zielgruppenorientierter Versorgung in Bereich HIV und Aids für afrikanische MigrantInnen in Europa wurde vielerorts erkannt. Die Anzahl spezifischer HIV/Aids-Interventions- und Präventionsangeboten, die sich explizit an MigrantInnen aus den Sub-Sahara Ländern Afrikas richten,

ist jedoch sehr begrenzt. Aktuelle Studien weisen darauf hin, dass zudem sehr wenig über die Effektivität solcher Interventionen bekannt ist (Prost et al., 2008). Das Bestreben ist daher, dem existierenden Mangel an wissenschaftlicher Evaluation entgegenzuwirken, um damit die Versorgungs- und Präventionsangebote für afrikanische MigrantInnen im Bereich HIV/Aids langfristig optimieren zu können. In der vorliegenden Pilotstudie standen daher folgende Ziele im Mittelpunkt:

### **1. Evaluation der Versorgungssituation für HIV-positive und an Aids erkrankte MigrantInnen aus Sub-Sahara Afrika**

Durchgeführt wurde eine erste Analyse der HIV/Aids-spezifischen Versorgungsstruktur und der Zugangswege von afrikanischen MigrantInnen in Bremen. Besonderes Augenmerk wurde dabei auf das Leben Betroffener in den Communities gelegt. Untersucht wurden die soziale und institutionelle Unterstützung, das Ausmaß erlebter Stigmatisierung, Tabuisierung, sowie die kulturellen, genderspezifischen und religiösen Einflussfaktoren.

### **2. Evaluation der Präventionsarbeit**

Ein weiterer Schwerpunkt ist die prozessorientierte Erhebung der Präventionsaktivitäten im Bremer „Afrika-Projekt“. Hier werden Art, Umfang und Qualität der geleisteten Projektarbeit erfasst. Zur Evaluation der Schulungen und einer ersten Identifikation kulturspezifischer Zugangsbarrieren und Ressourcen bei der Nutzung HIV/Aids bezogener Präventionsmaßnahmen wurden leitfadengestützte qualitative Interviews mit den MultiplikatorInnen des „Afrika-Projekts“ durchgeführt.

Aus den gewonnenen Erkenntnissen der Pilotstudie werden erste Empfehlungen für die Praxis abgeleitet, um die Präventions- und Betreuungsarbeit im Rahmen der Arbeit des „Afrika-Projekts“ prozessorientiert zu optimieren. Die Verzahnung und enge Zusammenarbeit von Wissenschaft und Praxis wurde dabei von beiden Projektpartnern als unabdingbar erachtet.

## **3.2 Forschungsdesign und Methoden**

Die Pilotstudie dient der Entwicklung und Erprobung spezifischer Evaluationsmethoden zur Erfassung der Qualität der Interventionen des Bremer „Afrika-Projekts“. Den theoretischen Ausgangspunkt zur Entwicklung und Modifikation der Erhebungsinstrumente bilden gesundheitspsychologische Theorien und Modelle. Die Evaluation untergliedert sich in die Bereiche „Versorgung“ und „Prävention“ und umfasst sowohl eine Prozess-, Struktur als auch Ergebnisevaluation. Ein zu Beginn des Projektes entwickelter Prozess-Evaluationsplan legte die Evaluationsindikatoren der Interventionen (z.B. Anzahl der Teilnehmer, Zufriedenheit, Reichweite, Zugang, Barrieren und Ressourcen für die Intervention) nach internationalem Standard fest (Saunders, Evans & Joshi, 2005). Entsprechend der oben formulierten Hauptziele ergibt sich ein zweigeteiltes Arbeitsprogramm. Ein Arbeitsprogramm widmet sich der Versorgungssituation für HIV-positive und an Aids erkrankte AfrikanerInnen. Das zweite

Arbeitsprogramm bezieht sich auf die begleitende Evaluation der Präventionsmaßnahmen des „Afrika-Projekts“. Beide Arbeitsprogramme werden sowohl mit Hilfe qualitativer als auch quantitativer Methoden umgesetzt.

***Erstes Arbeitsprogramm:***

***Erfassung der Versorgungssituation von HIV-positiven und an Aids erkrankten MigrantInnen aus Sub-Sahara Afrika***

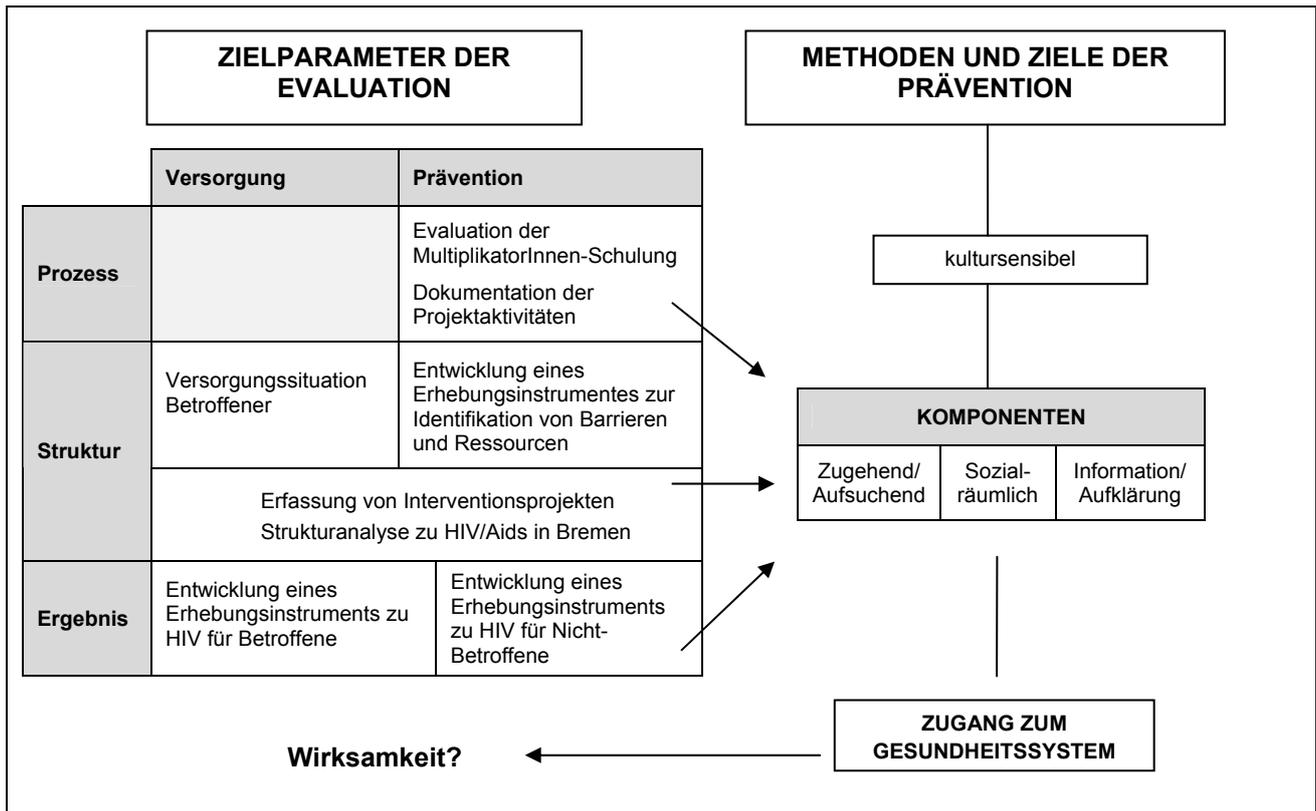
Die Erfassung der Versorgungssituation für HIV-positive und an Aids erkrankte AfrikanerInnen in Bremen und deren Leben mit HIV/Aids in der Community geschieht explorativ über leitfadengestützte qualitative Interviews. Als Basis dient eine Zusammenstellung der HIV/Aids-spezifischen Versorgungsangebote in Bremen und den in Deutschland existierenden Interventionsprojekten zu HIV/Aids für afrikanische MigrantInnen. Ebenso wurde ein Fragebogen entwickelt und erprobt, der Wissen, Verhalten, Einstellung und die Versorgungssituation von betroffenen AfrikanerInnen ermittelt.

***Zweites Arbeitsprogramm:***

***Evaluation der Präventionsarbeit des Bremer „Afrika-Projekts“:***

Hierzu wurden ein standardisierter Dokumentationsbogen zur Erfassung und Beurteilung aller Präventionsmaßnahmen im Rahmen des „Afrika-Projekts“ entwickelt. Zusätzlich wurde ein Fragebogen konzipiert, der Wissen, Verhalten und Einstellung zu HIV/Aids von afrikanischen MigrantInnen erfassen soll (KAP-Study). Das Instrument wurde im Rahmen einer Praktikabilitätsprüfung einem ersten Praxistest unterzogen.

Zur Erfassung von Barrieren und Ressourcen bei der Präventionsarbeit wird im Hinblick auf das Forschungsvorhaben zum „Afrika-Projekt“ (vgl. dazu 7.1) ein qualitativer Leitfaden für Einzelinterviews mit Schlüsselpersonen der afrikanischen Communities entwickelt. Das Prozessmodell gesundheitlichen Handelns („Health Action Process Approach“, Schwarzer, 2004) dient dabei als gesundheitspsychologische und gesundheitswissenschaftliche Fundierung.



**Abbildung 1:** Evaluationsparameter, Methoden und Ziele der Präventions- und Betreuungsarbeit im Rahmen des Bremer „Afrika-Projekts“

#### 4. Stand der Forschung zur HIV/Aids- Prävention und Krankenversorgung

##### 4.1 Präventions- und Betreuungsangebote für afrikanische MigrantInnen in Deutschland

In Deutschland wird seit dem Jahre 2000 vereinzelt HIV/Aids-spezifische Prävention für afrikanische MigrantInnen angeboten. Die Organisation dessen geschieht zumeist auf Projektbasis, im Rahmen von Vereinsgründungen oder durch Selbsthilfegruppen. Durch staatliche Mittel ist diese Art der HIV/Aids-Prävention bislang nicht langfristig gesichert, was die Etablierung einer nachhaltigen HIV/Aids-spezifischen Präventionsarbeit für afrikanische MigrantInnen erschwert.

Die Datengrundlage für den Stand der Forschung hinsichtlich der kulturspezifischen HIV/Aids-Prävention für afrikanische MigrantInnen basiert auf einer Telefonbefragung, die im April/Mai 2008 durchgeführt wurde.

##### 4.1.1 HIV/Aids-Präventionsangebote für MigrantInnen aus Subsahara-Afrika

Es konnten in Deutschland neun HIV/Aids-Präventionsangebote identifiziert werden, die im Hauptfokus für MigrantInnen aus Subsahara-Afrika zugeschnitten sind (vgl. Abb. 2). Hauptsächliche Bestandteile der HIV/Aids-spezifischen Präventionsarbeit für afrikanische MigrantInnen sind der

Einsatz von Informationsständen auf Festen und Veranstaltungen, die gezielte Wissensvermittlung zu Übertragungswegen, zur Behandlung und zum Umgang mit HIV/Aids im Alltag. Die Präventionsangebote sind mehrsprachig (deutsch, englisch, französisch) und überwiegend im Sinne einer aufsuchenden Präventionsarbeit organisiert. Zur Reduzierung der Zugangsbarrieren wird häufig mehrsprachiges Präventionsmaterial bereitgestellt, der Einsatz von Dolmetschern organisiert, sowie Ausbildung und Einsatz von Afrikanischen MultiplikatorInnen gefördert.

#### 4.1.2 HIV/Aids-Versorgungsangebote für MigrantInnen aus Subsahara-Afrika

In Krefeld, Freiburg und Bremen werden zusätzlich spezifische HIV/Aids-Fortbildungen für Krankenhäuser und Fachpersonal angeboten, um die MitarbeiterInnen des Versorgungssystems für die Belange afrikanischer MigrantInnen mit HIV-Infektion oder Aids-Erkrankung zu sensibilisieren. Ebenso konnten von Betroffenen in einigen Gemeinden Patientenseminare organisiert und Selbsthilfegruppen initiiert werden. Die einzelfallbezogene Beratung und Begleitung von HIV-positiven und an Aids erkrankten MigrantInnen wird von fast allen Anbietern bereitgestellt. Beim Bremer „Afrika-Projekt“ ist es in den Regelbetrieb der „AIDS/STD-Beratungsstelle“ des Gesundheitsamtes Bremen integriert.

Intervention	Stadt								
	Krefeld	Bremen	Essen	Freiburg	Nürnberg	Berlin	Köln	Hamburg	Hannover
Mehrsprachige Präventionsangebote	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Öffentlichkeitsarbeit: Infostände	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Wissensvermittlung	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Erstellung von kultursensiblen Präventionsmaterialien	x	x	x			x	x	x	x
Aufsuchende Präventionsarbeit	x	x	x	x	x	x	x	x	
Einzelfallbezogene Hilfen	x	x	x	x	x	x		x	x
Dolmetschereinsatz	x	x	x	x	x		x	x	x
Ausbildung und Einsatz von MultiplikatorInnen	x	x	x	x	x	x			
Fortbildungen für Fachpersonal etc.	x	x		x					
PatientInnenseminare	x						x		x
Selbsthilfegruppen	x				x	x	x	In Planung	x

**Abbildung 2:** Aktivitäten und Angebote von HIV/Aids-Projekten für afrikanische MigrantInnen in Deutschland (Stand Mai 2008)

### **4.1.3 Organisation und Evaluation**

Die HIV/Aids-Prävention -und Versorgung für afrikanische MigrantInnen geschieht oftmals mit einem interkulturellen Mitarbeiterteam. Träger in Deutschland sind überwiegend Selbsthilfegruppen oder Vereine. Dies impliziert in der Regel unsichere und kurzfristige Finanzierungen und somit eine geringe Kontinuität in der Arbeit und führt zu einem Bruch der Projekte. Dies steht im Widerspruch zu der Erfahrung, dass die Akzeptanz kulturspezifischer HIV/Aids-Prävention durch die Zielgruppe aufwendig und schwer zu erreichen ist. Das Bremer „Afrika-Projekt“ zeichnet sich im Rückblick durch die Gesamtdauer seiner Finanzierung aus und hat mit seiner bisherigen Laufzeit von sechs Jahren eine vergleichsweise hohe Überlebensdauer. Ein großes Defizit liegt in Deutschland im Mangel an wissenschaftlichen Evaluationsergebnissen zur kulturspezifischen HIV/Aids-Präventionsarbeit für afrikanische MigrantInnen; so ist auch das „Afrika-Projekt“ des Bremer Gesundheitsamtes zum erfassten Zeitpunkt das einzige Interventionsprojekt, das in Deutschland wissenschaftlich evaluiert und begleitet wird.

## **4.2 Präventions- und Versorgungsangebote zu HIV/Aids in der Hansestadt Bremen**

Die Analyse der Versorgungslandschaft zu HIV/Aids in der Hansestadt Bremen bezieht sich auf das Jahr 2008. Ziel war es alle zentralen Anlaufstellen für Infizierte und Erkrankte zur Versorgung, Betreuung, aber auch für Prävention zu erfassen und in einer ersten Übersicht zusammenzustellen. Die Erhebung erfolgte mittels Internetrecherche, telefonischer Interviews und Besuchen vor Ort.

Nachdem in einem „Schneeballverfahren“ alle Institutionen zur HIV/Aids-Versorgung und Prävention ermittelt wurden, wurden die Inhalte des Angebotes, Kontakte zur Zielgruppe und spezielle Angebote für (afrikanische) MigrantInnen, sowie die vorhandenen KooperationspartnerInnen erfasst. Die Übersicht wurde im Verlauf der Recherche fortlaufend aktualisiert. Die Ergebnisse werden getrennt nach Präventionsangeboten und Versorgungsleistung dargestellt (vgl. Abb. 3).

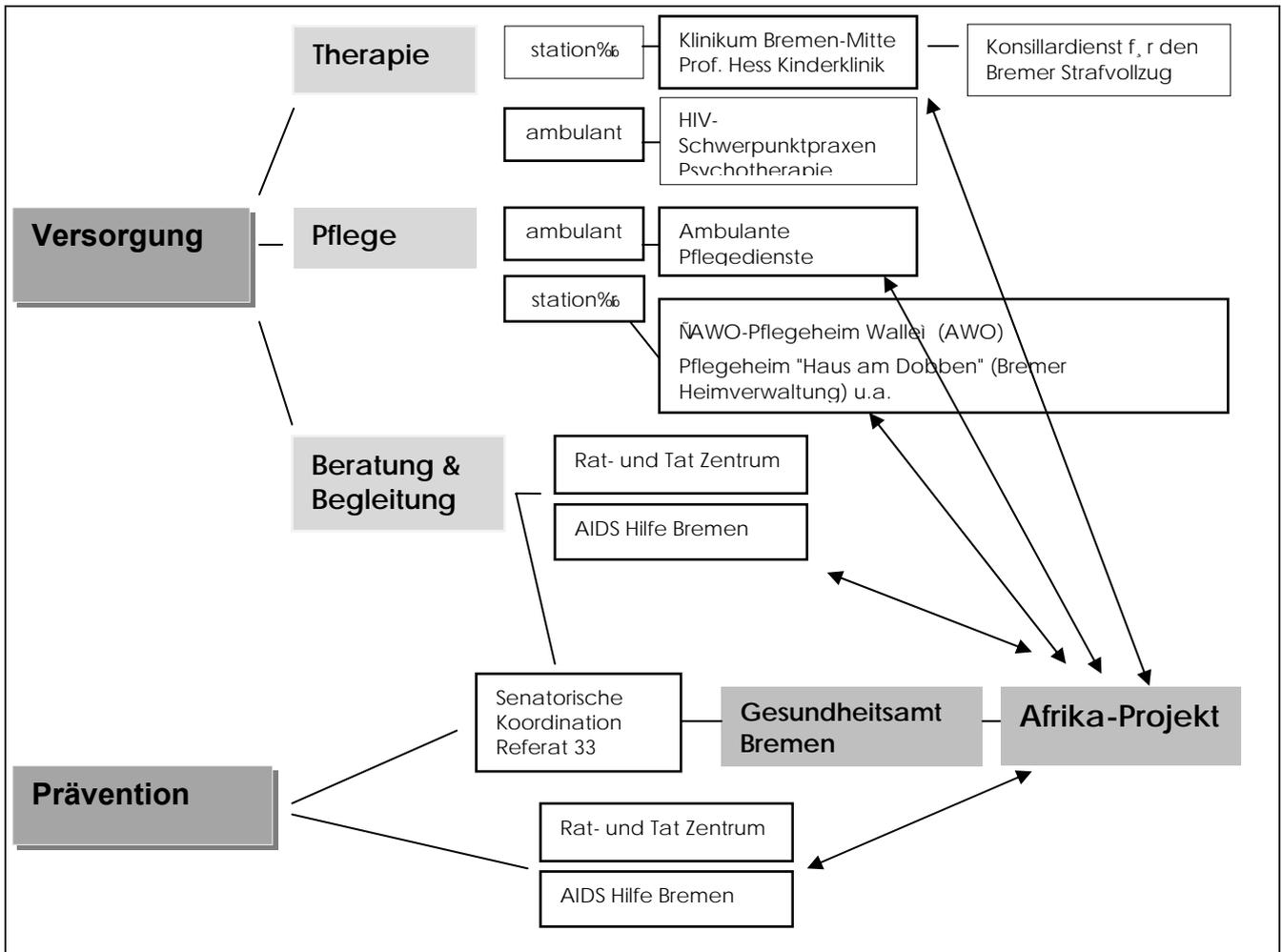


Abbildung 3: Das Bremer Hilfesystem zu HIV und Aids (Stand: November 2008)

#### 4.2.1 HIV/Aids- Präventionsangebot in Bremen

Die Prävention und Aufklärung zu HIV und Aids wird in Bremen im Schwerpunkt von drei Trägern gewährleistet; dazu gehören die „AIDS/STD-Beratung“ des Bremer Gesundheitsamtes als Angebot des öffentlichen Gesundheitsdienstes, die „AIDS Hilfe Bremen“ und das „Rat & Tat Zentrum“ als Interessensvertretung für schwul-lesbisches Leben. Letztere sind als gemeinnützige Vereine organisiert. Diese Kerneinrichtungen sind eingebettet in ein umfangreiches Kooperationsnetz, das untereinander bzw. mit anderen Trägern Zusammenarbeit und Austausch im Bereich der Aufklärungs- und Öffentlichkeitsarbeit zu HIV und Aids ermöglicht. Zu diesen Kooperationsträgern gehören unter anderem Anbieter aus dem Bereich der Drogen- und Prostituiertenhilfe, sowie Schulen zur Aufklärung von Kindern und Jugendlichen.

Das Präventionsangebot der Träger in Bremen ist sehr vielseitig in der Art der Weitergabe und Gestaltung von HIV/Aids-Aufklärung und Information. Die Beratung erfolgt vor Ort, telefonisch oder via Internet. Die „AIDS/STD-Beratung“ des Gesundheitsamtes Bremen bietet als einzige Einrichtung

einen HIV-Antikörpertest inkl. Beratungsgespräch an. Dieser Test wird kostenlos und anonym durchgeführt. Zusätzlich besteht die Möglichkeit einer medizinisch-ärztlichen Untersuchung und Beratung zu sexuell übertragbaren Erkrankungen. Hilfestellung und Beratung zu medizinischen Themen und Test-Beratung werden auch von der „AIDS Hilfe Bremen“ und dem „Rat & Tat Zentrum“ angeboten. Mehrsprachiges Informationsmaterial zu HIV/Aids für die Zielgruppe der MigrantInnen liegt in jeder Einrichtung aus. Zur Überwindung von Sprachbarrieren wird nach Bedarf versucht, Beratungen in der Muttersprache durchzuführen. Das Gesundheitsamt koordiniert außerdem einen Dolmetscherdienst, der themenunabhängig für alle Gesundheitseinrichtungen in Bremen gegen eine Gebühr zur Verfügung steht. Dieser soll den Zugang für MigrantInnen zum Gesundheitssystem erleichtern. In Bremen konnte eine spezifische Präventionsarbeit für MigrantInnen aus Subsahara-Afrika nur beim Gesundheitsamt gefunden werden.

#### **4.2.2 Das Versorgungsangebot für HIV/Aids-erkrankte Menschen**

Die Versorgung von Betroffenen umfasst therapeutische, pflegerische und psychosoziale Maßnahmen, sowie deren Begleitung und Beratung in allen Fragen rund um ihre HIV/Aids-Erkrankung. Die HIV/Aids-Versorgung wird nicht in spezialisierten Einrichtungen realisiert, sondern ist in der Regel integraler Bestandteil der allgemeinen Gesundheitsversorgung; einige haben jedoch einen Schwerpunkt in der Versorgung von HIV/Aids-PatientInnen. So hat beispielsweise das Klinikum Bremen-Mitte als Krankenhaus der Maximalversorgung für das Gebiet „Innere Medizin“ und bei der „Kinder- und Jugendheilkunde“ (Prof. Hess Kinderklinik) einen HIV/Aids-Schwerpunkt. Das Klinikum stellt darüber hinaus den HIV/Aids-Konsillardienst für den Bremer Strafvollzug. Für die ambulante ärztliche Versorgung konnten in Bremen mehrere HIV-Schwerpunktpraxen identifiziert werden, die in engem Kontakt zu allen Präventionsträgern stehen. Die pflegerische Versorgung von HIV/Aids-PatientInnen wird durch ambulante Dienste und stationäre Einrichtungen gewährleistet. In der stationären Pflege bieten das Pflegeheim „Haus am Dobben“ der Bremer Heimverwaltung und das „AWO-Pflegeheim Walle“ eine fokussierte Betreuung von HIV/Aids-Betroffenen. Die AWO stellt in ihrem Pflegeheim fünf Pflegeplätze für Aids-Kranke bereit. Die Aufnahme neuer Aids-PatientInnen erfolgt in Absprache mit der „AIDS/STD-Beratungsstelle“ des Gesundheitsamtes in Bremen, mit dem eine langjährige Kooperation besteht. Ein wichtiger Teil der Versorgung ist die allgemeine Beratung und Unterstützung in medizinischen und sozialrechtlichen Fragen, sowohl für Betroffene selbst, als auch ihrer Angehöriger; diese Aufgabe übernehmen in Bremen alle Präventionsträger. Zum weiteren Angebot gehören je nach Einrichtung Krisenintervention, Wohnraumvermittlung, Selbsthilfeangebote für Betroffene, Therapiebegleitung, Beschäftigungsprojekte, Vermittlung von Haushaltshilfen/Tag- und Nachtwachen, Unterstützung bei Behördengängen und die Weitervermittlung an behandelnde Ärzte<sup>3</sup>.

Das „Afrika-Projekt“ des Gesundheitsamtes bietet ein spezifisch kultursensibles und umfangreiches Betreuungsangebot für afrikanische MigrantInnen mit HIV/Aids an. Durch die Spezialisierung ist es möglich zielgruppenorientiert zu arbeiten und auf die Wünsche und Bedürfnisse der Betroffenen

---

<sup>3</sup> Quellen: [www.gesundheitsamt.bremen.de](http://www.gesundheitsamt.bremen.de), [www.ratundtat-bremen.de](http://www.ratundtat-bremen.de), [www.aidshilfe-bremen.de](http://www.aidshilfe-bremen.de).

einzugehen. Das Kooperationsnetz des Gesundheitsamtes ermöglicht es zudem als Mittler und Ansprechpartner für Betroffene oder Institutionen zu fungieren.

## **5. Ergebnisse zur Versorgungssituation betroffener AfrikanerInnen in Bremen**

In Deutschland ist wenig darüber bekannt, wie von HIV und Aids betroffene AfrikanerInnen leben und in welchem Ausmaß und in welcher Qualität das deutsche Versorgungssystem sie erreicht. Internationale Studien zeigen, dass gerade in der Betreuung von bereits an HIV oder Aids erkrankten AfrikanerInnen Handlungsbedarf besteht. Armut, Stigmatisierung und Isolation prägen das Leben HIV-positiver AfrikanerInnen. Der Kontakt zum Versorgungssystem wird durch viele Barrieren, seien sie kommunikativer, informativer oder kultureller Art, erschwert (Prost et al., 2008).

### **5.1 Hintergrund und Ziele**

Ziel war es die besonderen Bedürfnisse der hier lebenden von HIV und Aids betroffenen AfrikanerInnen exemplarisch zu erfassen. Neben der Identifikation von Barrieren und Belastungen sollten auch vorhandene Ressourcen und Bedürfnisse der Betroffenen aufgezeigt werden, die im Rahmen von Präventions- und Therapiemaßnahmen zukünftig berücksichtigt werden können und dazu beitragen könnten, die Gesundheit und das Leben der betroffenen AfrikanerInnen positiv zu beeinflussen. Das Forschungskonzept orientiert sich am salutogenetischen Ansatz von Antonovsky (1979). Gesundheit wird als Ergebnis eines Spannungsfeldes zwischen Schutz- und Risikofaktoren gesehen. Im Mittelpunkt der Untersuchung zur Versorgungssituation HIV- und Aids betroffener AfrikanerInnen standen folgende Fragestellungen:

1. Wie gestaltet sich das Leben von HIV-positiven AfrikanerInnen in Deutschland und speziell in der afrikanischen Community hinsichtlich Belastungen und Ressourcen?
2. Wie gut fühlen sich HIV-positive AfrikanerInnen durch das deutsche Gesundheitssystem versorgt?

### **5.2 Untersuchungsdesign und Durchführung**

Es wurde ein qualitativer Forschungsansatz gewählt. Die Interviews wurden leitfadengestützt in Anlehnung an das ‚Problemzentrierte Interview‘ nach Witzel (1982) durchgeführt. Die Entwicklung des Leitfadens erfolgte theoriegeleitet auf Basis von in internationalen Studien identifizierten, relevanten Fragebereichen (Prost et al., 2008; Anderson & Doyal, 2004). Der Zugang zu den InterviewpartnerInnen wurde über das Gesundheitsamt Bremen hergestellt, das im Rahmen des ‚Afrika-Projektes‘ die Betreuung von an HIV oder Aids erkrankten AfrikanerInnen leistet. Aus dieser Gruppe generierte sich auch die Stichprobe; dabei wurde die Auswahl der potentiellen InterviewpartnerInnen vorab im Team besprochen. Alle infrage kommenden KlientInnen wurden über

ihre Vertrauenspersonen zunächst informell angesprochen und über die Ziele, Inhalte und den Ablauf der Pilotstudie informiert.

In einem Zeitrahmen von zwei Wochen im April 2008 wurden schließlich drei Interviews in den Räumen des Gesundheitsamtes durchgeführt. Bei einem Interview wurde ein Dolmetscher hinzugezogen. Die Stichprobe bestand aus zwei Männern und einer Frau; alle Befragten hatten ihre Heimatländer schon seit mehr als zwölf Jahren verlassen. Mit der Diagnose HIV lebt jede/r seit mindestens zwei Jahren, wobei alle Befragten bereits mit antiretroviraler Therapie behandelt werden. Es kann daher davon ausgegangen werden, dass die Betroffenen über ausreichende Erfahrungen mit der Versorgungsqualität und dem Leben mit HIV bzw. Aids verfügen.

Die Interviews dauerten zwischen 55 und 120 Minuten. Nach vorheriger Einwilligung der Betroffenen wurden diese digital aufgezeichnet und transkribiert. Im Anschluss an die Interviews fand eine Nachbetreuung durch die AnsprechpartnerInnen der Beratungsstelle statt. Einige Wochen nach der Befragung wurde den Betroffenen ein quantitativer Fragebogen zugeleitet, der Wissen, Verhalten, Einstellungen und Aspekte der subjektiven Versorgungssituation erfasst. Zwei Teilnehmer sandten den Fragebogen ausgefüllt zurück. Ein Teilnehmer lehnte eine nochmalige Befragung ab.

### **5.3 Ergebnisse und Empfehlungen**

Die Interviews wurden nach Transkription anhand einer qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (2003) ausgewertet. Die qualitative Auswertung der Interviews zeigt zunächst, dass die berichteten Erfahrungen und Probleme der befragten MigrantInnen die Notwendigkeit gezielter Unterstützung betroffener AfrikanerInnen bestätigen. Deutlich wird bei allen InterviewpartnerInnen eine fehlende Risikowahrnehmung in Bezug auf HIV/Aids vor der eigenen Diagnose. Zwar war ihnen die Erkrankung in Ansätzen bekannt, es hätte sich jedoch keiner der Befragten vorstellen können, selbst einmal daran zu erkranken. Als Begründung wurde angegeben, dass HIV/AIDS als Erkrankung bestimmter (negativ behafteter) Randgruppen gesehen wurde, wie z.B. Prostituierten oder sog. ‚Womanizern‘. Erst die Entwicklung von Symptomen gab den Anlass ärztliche Hilfe aufzusuchen; in einem Fall handelte es sich um eine Zufallsdiagnose im Rahmen der Schwangerenvorsorge. Fasst man die Ergebnisse der Interviews in Kategorien zusammen, ergeben sich nachfolgende Aspekte, die das Leben mit HIV/Aids und die Versorgungsqualität entscheidend beeinflussen und charakterisieren.

- **Fehlende bzw. falsche Information**

Eine Einflussgröße ist die mangelnde bzw. falsche Information zu HIV und Aids und der Versorgungslandschaft in den afrikanischen Communities. Speziell bei HIV bestehen noch immer unzureichende Kenntnisse zu Übertragungswegen, Krankheitsverlauf und Behandlungsmöglichkeiten. Die Vorstellung, dass HIV über Alltagskontakte zu übertragen sei und eine Infektion einen schnellen Tod herbei führe, sei noch immer weit verbreitet. Ebenso dominiere weiterhin das abschreckende Bild vom ausgemergelten Aids-Patienten. Diese Dramatisierung von HIV/Aids schürt die Angst und Scheu vor der Erkrankung und verhindert eine Auseinandersetzung damit: *„They fear in Africa, they fear the*

*HIV more than even car is coming to knock you“ (B2, Z. 262-263). Dies wird auch an folgender Aussage deutlich: „Bei mir, ich versteh alles! Woher kommt diese Krankheit und was bringt sie. Ich bin schon lange im System und ich habe Erfahrung mit der Krankheit. Aber Leute, die keine Erfahrung haben, die haben Angst“ (B1, Z.369-371).*

Auf der anderen Seite ist auch eine Marginalisierung von HIV/Aids die Folge, da man sich auf Grund der Zuschreibung von HIV zu bestimmten Randgruppen in Sicherheit wiegt. Der vorhandene Informationsmangel unter AfrikanerInnen stellt eine enorme Belastung für Betroffene dar, da sie immer wieder mit Vorurteilen und Diskriminierung seitens ihrer Umwelt konfrontiert sind.

Zudem ist aus Angst vor Ansteckung der Kontakt zu Kranken von frühster Kindheit an geprägt von Distanz und Zurückhaltung. Ein Teilnehmer beschreibt, dass man sich selbst bei kleinen Auffälligkeiten einer kranken Person nicht nähert. Das Gleiche geschehe bei Menschen mit Körperbehinderung und erst recht wenn eine schwere Erkrankung wie HIV vorläge: *„[...] you, if you got several sickness, you can't entering to people!“ (B2, Z. 242).*

<b>Information</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Unzureichende Kenntnisse zur Versorgungslandschaft</li> <li>➤ Unzureichende Kenntnisse zur Übertragung, Behandlung und zum Krankheitsverlauf von HIV/Aids</li> <li>➤ Folgen:             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Dramatisierung bei gleichzeitig verminderter Risikowahrnehmung von HIV/Aids („Randgruppenzuschreibung“)</li> <li>- Diskriminierung und Stigmatisierung Betroffener</li> </ul> </li> </ul>
--------------------	--

Abbildung 4: Einflussgröße "Information" bei der Versorgung Betroffener

▪ **Stigmatisierung und Ausgrenzung**

Folge und Ursache der mangelnden Informiertheit ist die von allen Befragten beschriebene Stigmatisierung und Tabuisierung von HIV und Aids. Sie äußert sich in der Ausgrenzung bzw. freiwillig gewählten Isolation der infizierten AfrikanerInnen. Die InterviewpartnerInnen berichteten, dass keiner etwas mit HIV zu tun haben möchte und selbst der Kontakt zu vermeintlich Infizierten vermieden wird, da man sonst ebenfalls unter Verdacht gerate, daran erkrankt zu sein. Die Dramatik dieses Geschehens beschreibt ein Betroffener mit einem einfachen Satz: *“You are out of the people and no brothers!” (B2, Z. 275).* Als Betroffener wird man aus der Gemeinschaft ausgeschlossen, nicht mehr als Mensch betrachtet und auf Grund von diffusen Ansteckungsängsten gefürchtet: *„[...] es gibt Leute auch, die denken, ok ... du bist schwul oder du bist etwas komisch oder etwas, was du machst ist ... oder du hast die Krankheit im Kopf (lacht). Ja! Es gibt Leute, die denken ‚komisch‘ oder die denken du bist kein Mensch mehr, wenn du diese Krankheit hast.“ (B1, Z. 521-524).*

Die Geheimhaltung des HIV-Status hat daher oberste Priorität, um nicht die Unterstützung der Community zu verlieren, die im Migrationsland einen hohen Stellenwert besitzt. Die Befragten betonten, dass man sich niemals einem anderen Menschen anvertrauen würde: *“If I'm talking to them, I would never say, I'm infected! I would never!” (B2, Z. 469).* Als Grund wird das fehlende Vertrauen zu

und unter AfrikanerInnen genannt, die den Status anderen Personen mitteilen könnten. Ein Befragter berichtete davon, von einem Freund in der Vergangenheit verraten worden zu sein. Danach war er einer Verurteilung seiner Umwelt ausgesetzt, weshalb er daraus für sich die Konsequenz zog, sich fast vollständig von der Umwelt zurück zu ziehen; zum einen, weil es selbst für notwendig gehalten wurde, aus Angst vor einem wiederholten „Outing“, aber auch aus dem Gefühl heraus Gesunden gegenüber nicht mehr gleichwertig zu sein: „[...] Wenn ich bin so wie ... sowas zu sehen schon oder so, aber nicht zusammen mit Leute reden so, weil ich finde mich ... ich bin nicht wie die (lacht), ich bin nicht gleich.“ (B3, Z. 501-504).

<b>Folgen der Stigmatisierung</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Ausgrenzung bzw. selbst gewählte Isolation</li> <li>➤ Ausschluss aus der Gemeinschaft und Verlust von Unterstützung</li> <li>➤ Geheimhaltung der Erkrankung hat oberste Priorität</li> <li>➤ Eigenes subjektives Gefühl der Minderwertigkeit</li> </ul>
-----------------------------------	--

**Abbildung 5:** Folgen der Stigmatisierung für Betroffene

#### ▪ Kulturelle Einflussgrößen

Werte und Normen einer Kultur beeinflussen den Umgang mit HIV und Aids. Dazu gehört das kulturspezifische Gesundheits- und Krankheitsverhalten. Ärztliche Hilfe wird oft erst dann in Anspruch genommen oder gesucht, wenn sich körperliche Einschränkungen oder Symptome zeigen. Solange man sich gesund und stark fühle, bestünde kein Grund zu einem Arzt zu gehen und sich auf HIV testen zu lassen: „As, when I was strong working, when you tell me to go, I would say ‘(ablehnender Laut), why should I go for? I won’t go!’“ (B2, Z. 779-780). Der Präventionsgedanke, sich vorsorglich um seine Gesundheit zu bemühen, scheint nicht verbreitet.

Eine große Rolle spielt außerdem das von allen Befragten in irgendeiner Form beschriebene ‚Gerede‘<sup>4</sup> innerhalb der Communities. Ein Befragter schildert die Folgen: „They talk a lot. They talk a lot! They will stay at Afro-Shop: ‘oh, you know this man? He’s affected by the HIV, don’t’... then nobody will come to you. Nobody!“ (B2, Z. 302-304). So führe es zu einer Verstärkung von Isolation und Stigmatisierung, aus Angst vor ‚Outing‘ innerhalb der Gemeinschaft. Zusätzlich bewirke das Gerede eine Verunsicherung der Betroffenen, nämlich immer dann, wenn die Erkrankung dadurch dramatisiert wird oder beunruhigende (Fehl-) Informationen verbreitet werden.

<b>Kulturelle Einflussgrößen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Traditionelles Gesundheits- und Krankheitsverhalten</li> <li>➤ Schnelle Verbreitung von (Fehl- und Falsch-) Information in den Communities, fördert Stigmatisierung und Isolation</li> </ul>
----------------------------------	---

**Abbildung 6:** Kulturelle Einflussgrößen auf den Umgang mit HIV/Aids und den Betroffenen

<sup>4</sup> Im Interview wurde das Wort „gossiping“ benutzt, das übersetzt „Klatscherei“ bedeutet.

▪ **Versorgungsqualität**

Vordergründig wird die Versorgung in Deutschland von allen TeilnehmerInnen als sehr gut bewertet, da es oftmals im Vergleich zur schlechteren Situation in Afrika eingeschätzt wird. Allerdings wurden bereits erste Barrieren angesprochen, die den Zugang schon zu Beginn verhindern (Wissensmangel, Stigmatisierung). Erwähnt sei hier auch der Aspekt der unzureichenden Versorgung papierloser MigrantInnen, auf den ein Befragter immer wieder einging. Zum anderen ergaben die Interviews einen Hinweis darauf, dass selbst bei bestehendem Zugang zum System eine adäquate Betreuung infizierter AfrikanerInnen nicht automatisch gewährleistet ist. Dies verdeutlichen die Erfahrungen eines Teilnehmers. Er befand sich bereits seit über zehn Jahren in Deutschland in ärztlicher Behandlung, ohne jedoch ausreichend über seine Erkrankung informiert worden zu sein. Dies änderte sich erst nach der Kontaktaufnahme zu den MitarbeiterInnen der „AIDS/STD-Beratungsstelle“, die nach einer schweren Krankheitsprogression durch das behandelnde Krankenhaus hinzugezogen wurden. Dem Befragten wurde daraufhin ein neuer Arzt vermittelt. Diese Entwicklung beschreibt der Befragte so: *„Vorher ich hab gar nix gewusst! Nur Medikamente vom Doktor bekommen, kucken Blut, wie geht's und das war's! Keiner erklären mich über was oder irgendwas, ich war mit keiner Ahnung!“* (B3, Z. 587-598). Aussagen aus den KAP-Fragebögen legen außerdem nahe, dass sich ein Befragter trotz der bereits länger bestehenden Diagnose noch immer unzureichend über HIV und Aids aufgeklärt fühlt. Weitere Defizite wurden festgestellt bei der Versorgung Papierloser und im Bereich der Selbstorganisation Betroffener. Die in Deutschland bestehenden Selbsthilfeorganisationen für infizierte AfrikanerInnen würden seiner Erfahrung nach bislang nur unzureichend und an den Bedürfnissen vorbei arbeiten. So wünsche sich ein Befragter von diesen Gruppen mehr praktische Hilfe, um den Lebensalltag zu meistern. Um die ermittelten Defizite und Versorgungslücken zu beseitigen, wurden verschiedene Lösungsvorschläge beschrieben. Diese sind in Abbildung 7 kurz zusammengefasst.

<b>Versorgungsdefizite</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Anhaltende Stigmatisierung Betroffener als Zugangsbarriere</li> <li>➤ Unzureichende Versorgung papierloser MigrantInnen mit HIV/Aids</li> <li>➤ Informationsmangel zu HIV/Aids auch auf Seiten der Betroffenen selbst, trotz bestehendem Zugang</li> <li>➤ Mangelnde Selbstorganisation betroffener AfrikanerInnen</li> <li>➤ Notwendigkeit von Hilfen und Unterstützung zur Bewältigung des Lebensalltags</li> </ul>
<b>Lösungsvorschläge</b>	Versorgung Papierloser	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Sichere Anlaufstelle, die angstfrei besucht werden kann</li> <li>➤ Informationsheft zu HIV/Aids und zur Versorgung</li> <li>➤ Eigene Community als Informations-Mittler</li> </ul>
	Aufklärung und Prävention	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Zugehende, frei zugängliche Information (z.B. Informationsheft, Filme, Werbung, Konzerte)</li> <li>➤ Beachtung von Sprache und Analphabetismus</li> <li>➤ Information auch für die Heimatländer</li> </ul>
	Versorgung Betroffener	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Praktische Hilfen (z.B. selbstorganisierte Sparvereine, Haushaltsausstattung)</li> </ul>

**Abbildung 7:** Defizite und Lösungsvorschläge in der Versorgung betroffener AfrikanerInnen

Ein Betroffener spricht dem „Afrika-Projekt“ des Gesundheitsamtes bei Aufklärung und Informationsweitergabe der afrikanischen Communities in Bremen eine entscheidende Rolle zu, merkt aber auch gleichzeitig an, dass dies eine lange Zeit in Anspruch nehmen wird, bis sich Erfolge zeigen werden: *„But ... they have, they have more, long way to go. The education has a long way to go!“* (B2, Z. 327-328).

#### ▪ Belastungen und Ressourcen

Zu den oben genannten Belastungen kommen noch eine Reihe weiterer, krankheitsbedingter hinzu. Dazu gehören die Auseinandersetzung mit der eigenen Sterblichkeit, die Einschränkungen im Bereich der Sexualität und Fortpflanzung, sowie den Einnahmemodi und Nebenwirkungen der Therapie. Im Mittelpunkt stand dabei stets die Frage, aus welchen Ressourcen die Betroffenen schöpfen konnten, um die Krankheit besser zu bewältigen. Zunächst einmal wird die zentrale Funktion von Information deutlich. Ein aufgeklärter Patient kennt seine Erkrankung und kann sich gegen Vorurteile und Anfeindungen von außen zur Wehr setzen. Dies unterstreicht folgende Aussage, die den Umgang mit Stigmatisierung seitens der Umwelt beschreibt: *„[...] dein Problem ist größer als ich! Du weißt nicht was du bist, aber ich kenn, was ich bin! Und das mach ich gut behandeln.“* (B1, Z. 692-693). Ein anderer Befragter äußert sich zu dem Vorhandensein von ausreichend Information so: *“Even all the information you are getting here is keeping me strong!”* (B2, Z. 724-725).

Für alle drei Befragten ist die Behandlung selbst ein entscheidendes Kriterium für Wohlbefinden. Ein stabiler Gesundheitszustand ist eine klare Ressource den Alltag zu meistern und die Hoffnung nicht zu verlieren: *„Weil ist ganz traurig, du hast keine ... wie heißt ... keine Hoffnung mehr und du bist positiv, weil du denkst, egal was du versuchst ... du denkst, wenn du bist bisschen krank, ich bitte Gott ... Gott wenn du mich nimmst, nimm mich oder so ... so, du hast keine Hoffnung, ja!“* (B3, Z. 131-134).

Gleiches gilt für die soziale Unterstützung durch vertrauensvolle Mitmenschen und das Vorhandensein von AnsprechpartnerInnen, die Halt und Kraft vermitteln. Zentrale Aufgabe nimmt in einem Klima der Stigmatisierung das Versorgungssystem als neutraler Bezugspunkt ein: *„Erleichternd? Erleichtert, ich bin seit 6 Monaten wie neu, ich hab diesen neuen Arzt! Weil erklärt mir alles! Alles und dann macht mich auch glücklich im Herz, weil er mir sagen kann, wie alles und dann, und dann ich weiß!“* (B3, Z. 585-587). Dabei spielt auch die Beratungsstelle des Gesundheitsamtes für alle eine entscheidende Rolle. Deren positive Bedeutung für die persönliche Lebensentwicklung nach Kontaktaufnahme wird von jedem eindringlich beschrieben: *„[...] if I didn't see you people, Mister R., then you hear different thing from me. Because at times I look around, my poison thing, I have to drink it and end up my life.“* (B2, Z. 558-560). Hervorgehoben werden die umfassende und regelmäßige Hilfe in allen Lebensbereichen und die umfangreichen Informationen, die die Betroffenen dort vermittelt bekommen. Letztere werden als Zuspruch und Stärkung empfunden, die die mitunter nicht immer selbstverständliche Therapiecompliance unterstützen und als rein psychologische und zwischenmenschliche Komponente Kraft geben: *„So at times, when I'm there, I wanted to call you*

*then, talk to you then ... you say the other day I shouldn't think of bad ... of that sickness! Everybody can get, so I have to forget and take my medicament, because in this medicament, I'm bringing (myself in?), when I take it" (B2, Z. 491-494). Mentale Kraft ist stets von Nöten, nicht zu verzweifeln und in Panik zu geraten.*

Als letzte Ressource konnte die Existenz von Perspektiven zum Beispiel in Form von Beschäftigung und geplanter beruflicher Neuorientierung identifiziert werden. Dazu ein Befragter: *„Weil vorher ich war mehr traurig, aber jetzt ich verstehen, ich leb gesund und so und ich bin nicht so traurig (lacht). Ich will auch bisschen Schule machen, ja und sie haben für mich gefunden bisschen Arbeit, putzen so, ja ... so ich geh zur Schule, ich geh bisschen putzen, ich wohn zu Hause ... der Tag ist ... wie heißt ... der Tag ist Ende! (B3, Z. 515-519).*

<b>Belastungen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Stigmatisierung und Ausgrenzung</li> <li>➤ Eigene Sterblichkeit</li> <li>➤ Einschränkungen im Bereich der Sexualität und Fortpflanzung</li> <li>➤ Einnahmemodi und Nebenwirkungen der Therapie</li> </ul>
<b>Ressourcen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Zugang zu Information („Information stärkt“)</li> <li>➤ Stabiler Gesundheitszustand</li> <li>➤ Soziale Unterstützung</li> <li>➤ Vorhandensein von vertrauensvollen AnsprechpartnerInnen, z.B. durch das Bremer Gesundheitsamt</li> <li>➤ Kontinuierliche Hilfen und Unterstützung im Lebensalltag</li> <li>➤ Vorhandensein von Perspektiven (z.B. im Beruf)</li> </ul>

**Abbildung 8:** Belastungen und Ressourcen eines Lebens mit HIV/Aids

### Schlussfolgerungen

Die Ergebnisse im Bereich der Versorgung und Betreuung HIV-infizierter AfrikanerInnen legen Handlungsbedarf im Sinne einer stärkeren Zielgruppenorientierung in der Versorgung nahe. Es besteht ein anhaltender Wissensmangel zu HIV und Aids in den afrikanischen Communities, der der Stigmatisierung und Diskriminierung Betroffener weiter Nahrung gibt. Intensive Informations- und Aufklärungsmaßnahmen sind notwendig und müssen sowohl die Gesunden, als auch die Betroffenen selbst erreichen. Dies sollte *aktiv* geschehen und *zu* den Menschen hin getragen werden. Ein großes Problem stellt die Ausgrenzung und Isolation infizierter AfrikanerInnen dar. Gleichzeitig werden ein stabiler Gesundheitszustand und soziale Netzwerke und Ansprechpartner als zentrale Ressourcen genannt, die Erkrankung bewältigen zu können. Dem Abbau von Stigmatisierung und Tabuisierung von HIV und Aids innerhalb der Community und der Verbesserung des Zugangs zum Gesundheitssystem können daher eine entscheidende Rolle beigemessen werden, um diese Ressourcen zu fördern. Voraussetzung dafür sind auf die Zielgruppe ausgerichtete Präventions- und Interventionsmaßnahmen, die den spezifischen Bedürfnissen der betroffenen MigrantInnen gerecht werden. Ein großer Schritt für alle befragten Betroffenen war die Kontaktaufnahme mit den MitarbeiterInnen des Bremer Gesundheitsamtes, die ihnen Halt und Unterstützung in den

verschiedensten Bereichen zukommen lassen und für zwei der Befragten die einzige Möglichkeit darstellen, sich über ihre Probleme und Sorgen in Folge ihrer Erkrankung auszutauschen. Aus der Untersuchung geht nicht hervor, wie die Versorgung außerhalb des „Afrika-Projekts“ für Betroffene aussieht. Ein weiterer wichtiger Schritt wäre daher, die Befragung an dieser Stelle fortzusetzen (z.B. über eine Kontaktaufnahme zu Betroffenen in Schwerpunktpraxen).

## **6. Evaluation der Präventionsarbeit im „Afrika-Projekt“**

### **6.1 Dokumentation der Präventionsarbeit**

#### **6.1.1 Ziele**

Ziel der Erhebung war es zunächst jeden Kontakt zur Zielgruppe im Bereich der Präventions- und Aufklärungsarbeit festzuhalten. Von Interesse dabei war vor allem, welche MigrantInnen erreicht wurden, und in welcher Weise und von welchen Personengruppen die Veranstaltungen und Materialien in Anspruch genommen wurden. Hierzu zählt auch die Resonanz der NutzerInnen in Hinblick auf Bewertung und Akzeptanz der Projektaktivität. Begleitend dazu wurden inhaltliche Besonderheiten der jeweiligen Veranstaltungen in offenen Items festgehalten, so z.B. im Hinblick auf den beobachteten Diskussions- und Themenbedarf der TeilnehmerInnen bei Informationsveranstaltungen. Aber auch Vorbehalte und Kritikpunkte konnten dadurch fortlaufend erfasst werden.

#### **6.1.2 Untersuchungsdesign und Durchführung**

Die folgenden Ergebnisse beziehen sich auf den Zeitraum vom 1. Juni 2007 bis 31. Mai 2008. Die Präventionsveranstaltungen des „Afrika-Projekts“ wurden in diesem Zeitraum stets durch einen Mitarbeiter des Evaluationsteams begleitet, der unter Zuhilfenahme eines eigens hierfür entwickelten Dokumentationsblattes diese Aktivitäten im Hinblick auf die folgenden Kategorien dokumentierte:

- Art der Aktivität (z.B. Informationsveranstaltung, Infostände), ggf. die Sprache, in der die Aktivität durchgeführt wurde
- Beschreibung der Teilnehmer (Anzahl, Herkunftsländer, Geschlecht)
- Behandelte Themen
- Ausgeteilte Informationsmaterialien (Art und Anzahl)
- Fragen aus der Zielgruppe und Besonderheiten der Aktivität

Bei den durchgeführten Präventionsveranstaltungen handelte es sich um:

- Informationsveranstaltungen, die z.B. in Kirchen, Diskotheken oder Studentenwohnheimen,
- Verteilaktionen in Afroschops, die sowohl von den MultiplikatorInnen als auch vom Projektleiter selbst durchgeführt wurden,

- Infostände, die häufig in andere, größere Programme wie afrikanische Feste oder Diskotheken eingebettet waren.

Vereinzelt, besonders bei Aktivitäten mit größeren Menschenmengen, wie es häufig bei Verteilaktionen und Infoständen der Fall war, ergaben sich Schwierigkeiten bei der Bestimmung der Teilnehmerzahl und der Herkunftsländer. In solchen Situationen wurden diese Parameter geschätzt. Dabei dienten, sofern die Veranstaltungen in einer Größeren eingebettet waren, die Angaben des Großveranstalters als Basis für die Bestimmung der Statistiken. In Fällen, in denen diese Angaben nicht erhältlich waren, erfolgte die Einschätzung in Absprache mit dem Mitarbeiter des Gesundheitsamtes. Die ausgeteilten Informationsmaterialien wurden differenziert nach Themenbereich, Menge, Sprache der Broschüren und zusammen mit der Anzahl der verteilten Kondome festgehalten.

Die ausgefüllten Dokumentationsblätter wurden mittels deskriptiver statistischer Analysen ausgewertet. Die in den Dokumentationsblättern enthaltenen offenen Fragen wurden einer qualitativen Kategorienbildung im Sinne einer strukturierenden Inhaltsanalyse unterzogen. Die individuellen Verteilaktionen der MultiplikatorInnen sind in der vorliegenden Auswertung berücksichtigt worden. Als Basis für die Dokumentation ihrer Aktivitäten dienten die persönlichen Protokolle, die sie zwecks Gehaltsabrechnungen im Gesundheitsamt eingereicht hatten. In diesem Abschnitt wird die Arbeit der MultiplikatorInnen nur im Bezug auf die Anzahl der von ihnen erreichten Menschen und verteilten Materialien erwähnt.

### **6.1.3 Präventionsaktivitäten des „Afrika-Projekts“**

Insgesamt waren für den oben genannten Zeitraum 64 Veranstaltungen geplant, von denen 58 durchgeführt werden konnten. Während zwei der Veranstaltungen aus organisatorischen Gründen nicht stattfinden konnten, fielen die restlichen vier wegen Ausbleiben der erwarteten TeilnehmerInnen aus. Das „Afrika-Projekt“ konnte im Rahmen der 58 durchgeführten Aktivitäten, die in einem Zeitraum von zwölf Monaten stattfanden, 3404 Menschen erreichen. Hier bereits enthalten sind 671 NutzerInnen die auf die Verteilaktionen der MultiplikatorInnen zurückgehen. Der Anteil der Frauen an der Gesamtstichprobe betrug 55 % und entspricht somit 1873 Teilnehmerinnen. 1665 der 3404 TeilnehmerInnen wurden durch Infostände, 1351 durch Verteilaktionen, 309 durch Informationsveranstaltungen in Gottesdiensten und 79 durch Informationsveranstaltungen an anderen Orten erreicht.

▪ **Aktivitäten und TeilnehmerInnen**

	<b>Infostand</b>	<b>Verteilaktion</b>	<b>Gottesdienst</b>	<b>Informations- veranstaltung</b>
<b>Anzahl</b>	9	35	8	6
<b>TeilnehmerInnen</b>	1665	1351	309	79

**Abbildung 9:** Anzahl durchgeführter Aktivitäten und Anzahl der Teilnehmer getrennt nach Art der Veranstaltung

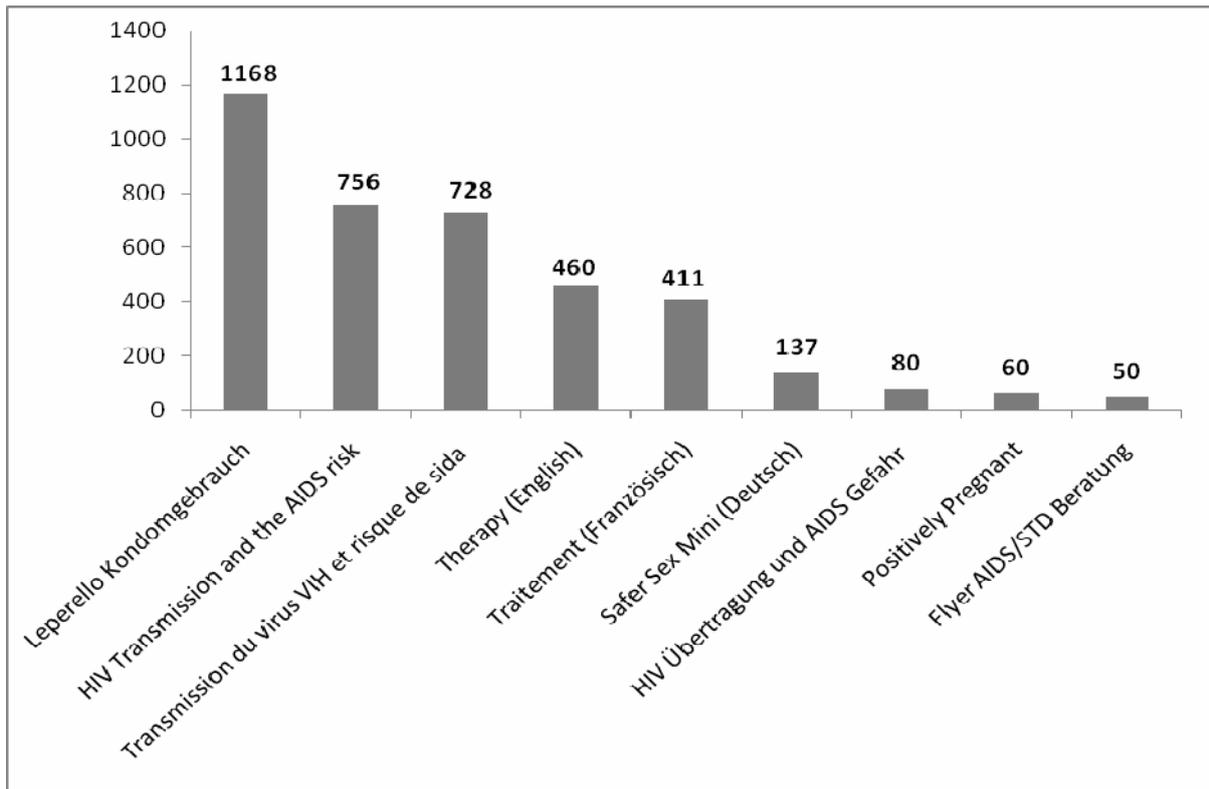
Bei den durchgeführten Aktivitäten handelte es sich um neun Infostände, 35 Verteilaktionen (29 davon durch MultiplikatorInnen), acht Informationsveranstaltungen in Kirchen und sechs weitere, die an anderen Orten wie Diskotheken und afrikanischen Vereinen stattfanden.

▪ **Informationsmaterialien**

Folgende Informationsmaterialien wurden im Rahmen der Aktivitäten des Afrika-Projektes verwendet:

- Flyer „AIDS/STD-Beratung“ (Deutsch und Englisch)
- „Leperello Kondomgebrauch“ (mehrsprachig)
- „Safer Sex“ Minibroschüre (Deutsch)
- „Traitement?“ Broschüre (Französisch)
- „Therapy?“ Broschüre (Englisch)
- „Positively pregnant“ (Englisch)
- „HIV transmission and the AIDS risk“ (Englisch)
- „HIV-Übertragung“ (Deutsch)
- „Transmission du virus VIH et risque de SIDA“ (Französisch)

Die sprachfreie Infobroschüren „Leperello zum Kondomgebrauch“ wurde mit einer Stückzahl von 1168 von den NutzerInnen am häufigsten in Anspruch genommen. Ebenso häufig wurden die französische und englische Version der BZgA-Broschüre „HIV Übertragung und AIDS Gefahr“ verteilt.

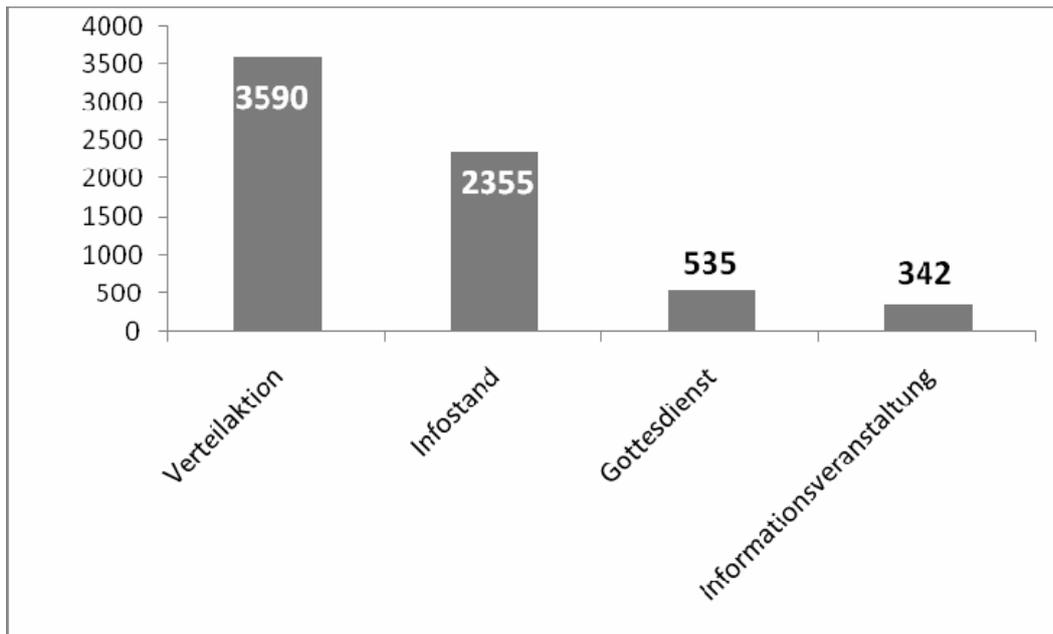


**Abbildung 10:** Anzahl verteilter Infobroschüren getrennt nach Themenbereichen

Die erwähnten drei Infobroschüren sind auch die Infomaterialien, mit denen die MultiplikatorInnen die Afrosshops im Rahmen ihrer Verteilaktionen am häufigsten versorgt haben. Insgesamt haben sie im Zeitraum September 2007 bis Mai 2008 1665 Informationsbroschüren verteilt. Werden hier die Anzahl der Broschüren hinzuaddiert, die im Rahmen der anderen Veranstaltungen des „Afrika-Projekts“ verteilt wurden, ergibt dies eine Gesamtsumme von 3850 verteilten Informationsbroschüren.

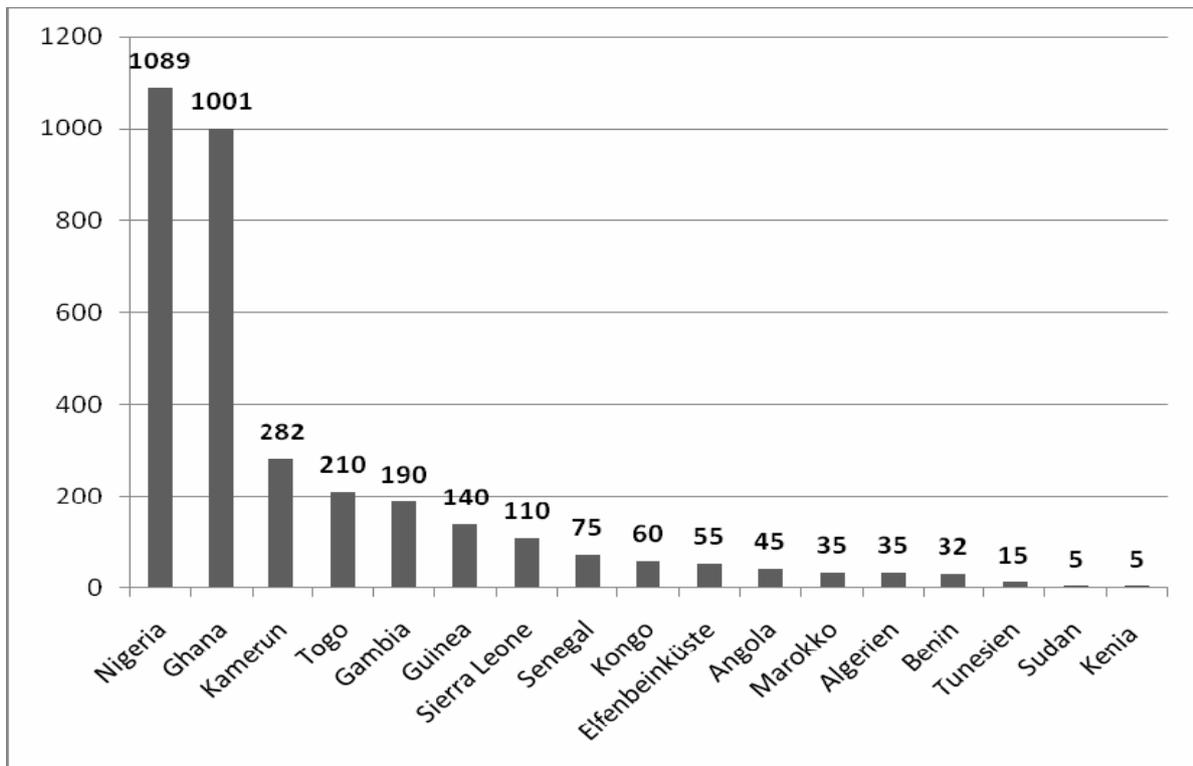
#### ▪ **Kondomverteilung**

Neben den Informationsbroschüren, die durch die Aktivitäten des „Afrika-Projekts“ verteilt werden, stellt das Projekt der Zielgruppe auch Gratiskondome zur Verfügung. Aus Gesprächen, die sich am Rande der Veranstaltungen ergaben, ist bekannt, dass dies eine sehr wichtige Hilfe für die Zielgruppe darstellt. Da vielen von ihnen wenig Geld zur Verfügung steht, werden die Kondome des Gesundheitsamtes gerne angenommen. So wurden durch die Aktivitäten des „Afrika-Projekts“ und die Unterstützung der MultiplikatorInnen bisher insgesamt 6822 Kondome verteilt. Wie der unteren Grafik zu entnehmen ist, wurden 3590 Kondome bei Verteilaktionen in Afrosshops hinterlassen, während an Infoständen 2355 Kondome, bei Informationsveranstaltungen in Kirchen 535 und bei anderen Informationsveranstaltungen 342 Kondome verteilt wurden.



**Abbildung 11:** Anzahl verteilter Kondome getrennt nach Art der Aktivität

▪ **Nationalitäten der TeilnehmerInnen**



**Abbildung 12:** Verteilung der Nationalitäten der ProjektteilnehmerInnen

Wie den Statistiken des Landesamts Bremen zu entnehmen ist, handelt es sich bei der größten Gruppe der afrikanischen MigrantInnen in Bremen um Menschen aus Ghana. Darauf folgt mit Nigeria die zweitgrößte Gruppe der afrikanischen MigrantInnen (Statistisches Landesamt Bremen, 2007). Dies

spiegelt sich auch in der Anzahl der Personen wieder, die im Rahmen des „Afrika-Projekts“ erreicht wurden. Allerdings konnten hier mit 1089 häufiger Menschen aus Nigeria erreicht werden, während Migranten aus Ghana mit 1001 an zweiter Stelle folgten. An dritter Stelle folgten mit 282 Menschen aus Kamerun. Insgesamt konnten MigrantInnen aus 17 afrikanischen Ländern erreicht werden.

▪ **Diskussionsbedarf der TeilnehmerInnen**

Soweit es die zeitlichen Rahmenbedingungen zuließen, wurde am Ende jeder Informationsveranstaltung dem Publikum die Möglichkeit gegeben, Fragen zu stellen. Diese Fragen wurden auf den Dokumentationsblättern protokolliert und später qualitativ ausgewertet. Mit Abstand wurden die meisten Fragen zum Thema „Übertragung und Infektionsmöglichkeiten“ gestellt. Insgesamt 16 der 36 gestellten Fragen (43 %) drehen sich rund um dieses Problem und die Sorge, wie man sich infizieren kann bzw. was letztendlich zu einer Infektion führen wird (Kategorie 1). Das Thema Heilmittel und Medikamente (Kategorie 4) war mit nur zwei Fragen von weniger großem Interesse. Auch Möglichkeiten der Prävention (Kategorie 6) und der Umgang mit dem sozialen Umfeld bzw. wie es Erkrankten nach Bekanntwerden der Infektion aus sozialer Perspektive ergeht (Kategorie 5), ist mit jeweils nur zwei Fragen weniger gewichtig als die Problematik, weshalb sich dieses Projekt ausschließlich um MigrantInnen hier in Deutschland kümmert und nicht den Menschen in Afrika Unterstützung bietet (Kategorie 2). Somit geht es allein in 17 % der Fragen um die Hilfe für Afrika bzw. warum dieses Projekt sich nicht daran beteiligt. Ferner ist das Interesse am Ursprung bzw. Entstehung von HIV/Aids mit einem Anteil von 8 % nicht übermäßig groß (Kategorie 3). Sonstige Themen (Kategorie 7), wie z. B. Erkundigungen nach dem Zeitraum zwischen Infektion und dem Test oder nach der wissenschaftlichen Evidenz der Informationen, ebenso wie Fragen „How can we stop it?“, machen 14 % aus. Das Ergebnis dieser Auswertung verdeutlicht, dass sehr großes Interesse an Übertragungswegen und Infektionsmöglichkeiten besteht und gerade in diesem Bereich ein erhöhter Informationsbedarf vorliegt.

Zusammenfassend wurden Fragen zu den folgenden Themenbereichen gestellt:

Nr.	Kategorie	Häufigkeit	%
K1)	Übertragungswege & Infektion	16	43 %
K 2)	Unterstützung für Afrika	6	17 %
K 3)	Ursprung und Entstehung	3	8 %
K 4)	Heilmittel und Medikamente	2	6 %
K 5)	Soziales Umfeld/Umgang mit Erkrankten	2	6 %
K 6)	Prävention	2	6 %
K 7)	Sonstiges	5	14 %

**Abbildung 13:** Themenbereiche der Diskussionsrunden während der Veranstaltungen

## **6.2 Ergebnisse der Leitfadeninterviews mit MultiplikatorInnen**

### **6.2.1 Inhalte und Ziele der MultiplikatorInnen-Schulungen**

Bei den MultiplikatorInnen des Afrika-Projektes handelt es sich um StudentInnen aus Ghana, Kamerun und Togo. Diese wurden im September 2007 von den Leitern des „Afrika-Projekts“ im Rahmen einer Schulung in ihre Tätigkeit eingewiesen. Insgesamt fanden drei 3-stündige Schulungen statt. Die Schulungen hatten zum Ziel das zum Teil schon vorhandene Wissen der MultiplikatorInnen aufzufrischen und vorhandene Wissenslücken zu füllen. Den MultiplikatorInnen wurde so das notwendige „Knowhow“ vermittelt, um bei Rückfragen seitens ihrer Community kompetent antworten zu können. Ein weiteres Ziel bestand darin ein Verständnis für die Notwendigkeit des Projektes zu schaffen. Die Inhalte der Schulungen waren im Einzelnen:

- Übersicht über die HIV/Aids Epidemie
- Übertragungswege
- Schutzmöglichkeiten
- HIV-Test
- HIV und Immunsystem
- Therapie
- Solidarität mit Betroffenen

### **6.2.2 Evaluation der MultiplikatorInnen-Schulung anhand qualitativer Interviews**

Die Evaluation der MultiplikatorInnen-Schulung dient der Spezifizierung der Schulungsinhalte, aber auch der Modifikation und Adaption an die Bedürfnisse der Zielgruppe. Gleichzeitig werden die MultiplikatorInnen als Modell einer Barrieren- und Ressourcenbefragung angesehen, bei der Key-Persons der Community hinsichtlich einer Verbesserung der HIV/Aids-Prävention untersucht werden. Die Interviews mit den MultiplikatorInnen fanden an zwei Terminen zwischen dem 11.01.08 und dem 14.01.08 in den Räumlichkeiten des Gesundheitsamtes Bremen statt. Diese wurden digital aufgezeichnet und später transkribiert. Die Interviews dauerten zwischen 65 und 95 Minuten. Für die Befragung der TeilnehmerInnen wurde ein halbstrukturierter Interviewleitfaden konzipiert, der sich auf die Themenbereiche Wissen und Einstellungen der MultiplikatorInnen zu HIV/Aids bezieht. Da eine Prä-Messung dieser Komponenten aus organisatorischen Gründen nicht möglich war, wurden die MultiplikatorInnen retrospektiv befragt.

Ergänzend zu den genannten Themen wurden Fragen zu Ressourcen und Barrieren bei der HIV/Aids-Prävention, zu kultursensibler HIV/Aids-Prävention, sowie zu Verbesserungsvorschlägen für künftige Schulungen gestellt. Die Interviews wurden mittels einer qualitativen Inhaltsanalyse ausgewertet.

### 6.2.3 Ergebnisse zur Präventionsarbeit

Für den Bereich Prävention wurden Aussagen zu den folgenden drei Themenbereichen gefunden:

- Multiplikatorenschulungen
- Barrieren und Ressourcen bei der HIV/Aids-Prävention
- Kultursensible HIV/Aids-Prävention

#### ▪ Multiplikatorenschulungen

Die MultiplikatorInnen wurden zu Beginn des Interviews hinsichtlich ihres Wissens zu HIV und Aids befragt. Einer der MultiplikatorInnen besaß hier aufgrund seines persönlichen Interesses, beruflicher Erfahrungen und früherem schulischen Engagement ein sehr breites und differenziertes Wissen. Die Themen HIV und Aids und der Umgang mit Betroffenen waren Inhalte, mit denen er sich bereits vor der Schulung beschäftigt hatte. Hingegen berichteten die anderen MultiplikatorInnen vor der Schulung wenig Wissen und Interesse für das Thema gehabt zu haben. So wusste beispielsweise einer der Teilnehmer sehr wohl, dass HIV auf sexuellem Wege übertragen werden kann, ging aber davon aus, dass das Küssen einer infizierten Person ebenfalls zu einer Infektion führe. Seinen geringen Wissenstand begründete ein anderer Teilnehmer damit, kein Interesse für das Thema gehabt zu haben. Die Betroffenen hätte er eher als „Monster und schmutzige Sünder“ wahrgenommen und das Thema im Freundes- und Bekanntenkreis kaum diskutiert. Nach der Schulung zeigte sich bei den beiden zuletzt Erwähnten eine Veränderung; HIV/Aids würde jetzt im privaten Rahmen viel häufiger thematisiert und auch die anfängliche ablehnende Haltung gegenüber Infizierten habe sich gewandelt.

Ein weiterer besonderer Effekt der Schulung ist nach Angaben eines der MultiplikatorInnen die entwickelte erhöhte Selbstsicherheit bei der eigenen Tätigkeit. Dies wurde auf das in der Schulung vermittelte Wissen zurückgeführt, das daher als eine Notwendigkeit für die Arbeit als MultiplikatorIn angeführt wurde: Wissen sei eine Voraussetzung dafür, das Vertrauen der Zielgruppe zu gewinnen und sie zu überzeugen. Nach der Schulung konnte bei zwei der MultiplikatorInnen ein deutlicher Wissenszuwachs beobachtet werden; sie besaßen nun viel differenziertere Informationen über Transmissionswege und Risikogruppen.

Insgesamt bewerteten die TeilnehmerInnen die Schulung als positiv. Insbesondere wurden die Wissensvermittlung durch PowerPoint-Präsentationen und die Erläuterungen zum Thema durch den Mitarbeiter des „Afrika-Projekts“ hervorgehoben. Inhaltliche Verbesserungsvorschläge hinsichtlich der Gestaltung künftiger Schulungen betrafen die Fokussierung unterschiedlicher HIV-Entstehungstheorien und der Stigmatisierungsproblematik. Weiterhin sollten die Schulungen um aufenthaltsrechtliche Aspekte erweitert werden, da diese häufig zu Nachfragen in der Zielgruppe führten. Damit das vermittelte Wissen besser verinnerlicht wird, sollten außerdem Handouts ausgehändigt werden und Auffrischungsveranstaltungen stattfinden. Neben der detaillierten Wissensvermittlung zur Therapie, wurde die Bildung von Schulungsgruppen, die in Bezug auf Sprachverständnis und Wissen auf gleichem Niveau sind, vorgeschlagen.

<b>Wissen zu HIV/Aids</b>	➤ Wissenszuwachs bei Übertragungswegen, Risikogruppen
<b>Einstellung zu HIV/Aids</b>	➤ Abbau eigener Stigmatisierungs- und Ausgrenzungstendenzen
<b>Verhalten zu HIV/Aids</b>	➤ Vermehrte Thematisierung im Freundes- und Bekanntenkreis
<b>Auswirkungen auf die Arbeit als MultiplikatorIn</b>	➤ Mehr Selbstsicherheit durch differenziertes Wissen („Wissen schafft Vertrauen der Zielgruppe“)
<b>Inhaltliche Bewertung der Schulung</b>	➤ Insgesamt positive Bewertung  Anregungen für kommende Schulungen: Thematisierung von HIV-Entstehungstheorien, Stigmatisierung und aufenthaltsrechtliche Aspekte, HIV/Aids-Therapie
<b>Formale Bewertung der Schulung</b>	➤ Positiv bewertet : Art der Vermittlung, z.B. Power-Point-Präsentation  Anregungen für kommende Schulungen: Handouts, Bildung differenzierter Schulungsgruppen hinsichtlich Sprache/Wissenstand

**Abbildung 14:** Zentrale Ergebnisse zur inhaltlichen und formalen Bewertung der Schulung

### Ressourcen und Barrieren bei der HIV/Aids-Prävention

Neben der Evaluierung der Schulungen wurden die MultiplikatorInnen zu Ressourcen und Barrieren bei der HIV/Aids-Prävention befragt, die im Folgenden wiedergegeben werden. Die Befragten nannten die Tabuisierung der Sexualität in der Zielgruppe als eine kulturbedingte Barriere, die die Aufklärungsarbeit erschwere. Einer der Befragten bemerkte hierzu: „...*das ist immer ein Problem über Sex in der Öffentlichkeit zu sprechen und dieses Problem bleibt bestehen*“ (T2, Z.187). Zur Überwindung dieses Problems wird ein humorvoller und offener Umgang mit dem Thema vorgeschlagen. Auch hier wird die Arbeit des Projektmitarbeiters hervorgehoben und auf seinen offenen und kultursensiblen Umgang mit dem Problem hingewiesen „ ... *er macht das wirklich sehr offen, er geht genau mit die Punkte und schämt sich nicht, wenn es jetzt um Penis geht oder so, dann ... ja, das ist sehr lustig. Und dann das gibt so auch Vertrauensart, ne?! Die sagen, ah, das rede ich immer geheim, jetzt kann ich so offen reden*“ (T3, Z. 295-299). Diskriminierung wurde ebenfalls als ein zentrales Problem bei der Präventionsarbeit genannt. Ein Teil der Zielgruppe fühle sich durch das „Afrika-Projekt“ stigmatisiert und gekränkt; es entstehe durch den Namen und Inhalt des Projektes der Eindruck, dass alle Afrikaner HIV-infiziert seien und „alles Schlechte wiederum aus Afrika käme“. Des Weiteren muss in Betracht gezogen werden, dass zumindest ein Teil der Zielgruppe großes Misstrauen gegenüber Behörden besitzt. Es herrsche die Befürchtung der Vernetzung der Gesundheitsämter und der Ausländerbehörden, was bei einem positiven HIV-Status zu einer Abschiebung führen könnte. Der Zugang zu der Zielgruppe sollte nie durch einen weißen Mitarbeiter

erfolgen, da dessen Hautfarbe ebenfalls als eine Barriere bei der HIV-Prävention betrachtet wird (s. hierzu auch den Abschnitt „Kultursensible Präventionsarbeit“).

Als eine bedeutende Barriere wird die mangelnde Risikowahrnehmung der Zielgruppe betrachtet. HIV wird als ein Risiko betrachtet, das einen selbst nicht betrifft. Einer der MultiplikatorInnen bemerkte hierzu: *„Sie denken bis jetzt immer, es ist die Sache von den Anderen. Nicht für mich. Ich brauch das nicht zu wissen“* (T3, Z.195). Dies mag unter anderem in der von den MultiplikatorInnen berichteten Verslossenheit der Zielgruppe dem Thema gegenüber begründet sein. Es wird, so die Meinung eines der Befragten, aufgrund der empfundenen Ohnmacht der Krankheit gegenüber ignoriert. Folgende Äußerung soll dies verdeutlichen: *„Weil es leider keine schöne Krankheit ist ... wenn das über Malaria gewesen wäre, das wäre kein Problem, weil Malaria kann man so behandeln. Aber Aids, dieses HIV, das ist auch noch dieses: es ist auch wichtig, dass die Leute denken auch immer, dass sie haben das, weil sie fremdgegangen sind“* (T3, Z.279-281). Dieses Zitat verdeutlicht auch die Stigmatisierung, der HIV-Infizierte ausgesetzt sind. Ein ebenfalls weitreichendes Problem stellt die verspätete Inanspruchnahme des deutschen Gesundheitssystems durch die MigrantInnen dar. Für die in Bremen lebenden AfrikanerInnen vermuten die MultiplikatorInnen als Ursache hierfür folgende Schwierigkeiten:

- Sprachbarrieren,
- der Status als Migrant und die damit verbundene Sorge einer Abschiebung bei positivem HIV-Status,
- Angst vor dem Testergebnis,
- Mangelnde Krankenversicherung,
- Mangelnde Informationen über vorhandene Strukturen im Gesundheitssystem.

Neben den erwähnten Barrieren berichteten die MultiplikatorInnen auch von Ressourcen der Zielgruppe. Diese bieten Anknüpfungspunkte für die Gestaltung künftiger Präventionsmaßnahmen und beschreiben Möglichkeiten, die der Erreichbarkeit der Zielgruppe dienen könnten. So wurde die große Bedeutung von feierlichen Veranstaltungen in der Zielgruppe hervorgehoben. Diese bieten einen geeigneten Weg die Zielgruppe zu erreichen. Weiterhin wird die Hilfsbereitschaft und Geselligkeit der Zielgruppe betont; diese Besonderheit könne gegen die Ausgrenzung Betroffener genutzt werden und sei häufig lediglich durch lückenhaftes Wissen über HIV behindert.

<b>Barrieren</b>	<b>Kulturell</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Tabuisierung von Sexualität und Stigmatisierung von HIV/Aids</li> </ul> <p>Überwindung: humorvoller, offener Umgang mit dem Thema HIV/Aids und Sexualität</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Mangelnde Risikowahrnehmung</li> <li>➤ Empfundene Ohnmacht gegenüber HIV/Aids, „Angst vor dem Test-Ergebnis“</li> </ul>
------------------	------------------	---

	<b>Aufenthaltsrechtlich</b>	➤ Misstrauen gegenüber Behörden („Angst vor Abschiebung“)
	<b>Versorgungsrelevant</b>	➤ Empfundene Diskriminierung und Stigmatisierung durch die Projektarbeit ➤ Sprachbarrieren ➤ Unzureichende Kenntnisse zur Versorgungslandschaft ➤ Fehlende Krankenversicherung
<b>Ressourcen</b>		➤ Nutzung von Geselligkeit der afrikanischen Communities, z.B. Informationsvermittlung bei feierlichen Veranstaltungen ➤ Nutzung von traditioneller Hilfsbereitschaft der afrikanischen Communities

**Abbildung 15:** Barrieren und Ressourcen bei der HIV/Aids-Präventionsarbeit

### **Kultursensible HIV/Aids-Prävention**

Vorschläge für die konkrete Gestaltung einer kulturadäquaten HIV/Aids-Prävention wurden für die beiden Bereiche „Projektmitarbeiter“ und „Informationsvermittlung“ gemacht.

- **Kontinuität bei den ProjektmitarbeiterInnen**

Die Bekanntheit des Mitarbeiters in der Community wird als ein Vorteil bei der Präventionsarbeit betrachtet, der sich positiv auf die Verslossenheit dem Thema gegenüber auswirken kann. Außerdem sind nach Möglichkeit beide Geschlechter in der Arbeitsgruppe vertreten, so dass bei Bedarf ein Ansprechpartner / eine Ansprechpartnerin des gleichen Geschlechts zur Verfügung steht. Eine der MultiplikatorInnen bemerkte aber hierzu: *„...ich glaube, es ist egal. So, oder er hat das so gut gemacht. Vielleicht, wenn das ein anderer Mann gewesen wäre, der das nicht so gut gemacht hätte, das wäre schon ein Problem, das wäre schon besser eine Frau“ (T3, Z.306-281)*. Dieser Aussage nach ist also das Geschlecht des Mitarbeiters wichtig; es kann jedoch in den Hintergrund treten, wenn es ihm gelingt die nötige Sympathie in der Zielgruppe zu wecken. Der Erstkontakt zu der Zielgruppe sollte nicht über einen weißen Mitarbeiter hergestellt werden. In Fällen, in denen dies unumgänglich ist, sollten folgende Verhaltensregeln beachtet werden: Der weiße Mitarbeiter sollte kein autoritäres Auftreten besitzen und sich dem Risiko bewusst sein, dass sich sein Gegenüber eventuell ausgefragt und kontrolliert fühlen könnte. Hierzu das folgende Zitat: *„ja also wenn er so ankommt, dann muss er darauf achten, dass er nicht so als Polizist erscheint ... so um andere Information zu bekommen: ja wie bist du hier angekommen? Und wie lebst du oder so ... dann, wenn er über sowas redet, dann kommt automatisch eine Blockade“ (T2, Z.208-210)*. Oft herrsche ein Misstrauen Weißen gegenüber, daher sollte man genügend Zeit für den Vertrauensaufbau investieren. Idealerweise werden Erstkontakte zu der Zielgruppe über afrikanische Mitarbeiter hergestellt; dabei wird das Präventionsteam durch StudentInnen unterstützt: Bildung besitzt in der Community einen hohen Wert und StudentInnen genießen somit ein hohes Ansehen. Neben diesen Barrieren, die dem weißen Mitarbeiter anhaften, bieten sich auch eine Reihe von Ressourcen, die z.B. bei der Betreuung

Betroffener von Bedeutung sein könnten. Dem weißen Mitarbeiter, so die MultiplikatorInnen, würde man im Falle eines positiven Testergebnisses ein größeres Vertrauen entgegenbringen als einem der eigenen Landsleute. Bei letzterem würde man die Befürchtung haben, dass dieser seiner Schweigepflicht nicht nachkomme. Idealerweise sind die Stellen in einem HIV/Aids-Präventionsprojekt durch einen weißen und einen afrikanischen Mitarbeiter zu besetzen: Der afrikanische Mitarbeiter ist wichtig, um den Zugang zu der Zielgruppe aufzubauen, ihr Vertrauen zu gewinnen und empfundener Diskriminierung vorzubeugen, während der weiße Mitarbeiter dem Ganzen mehr Seriosität verleiht: *„also, ich sage jetzt wir Afrikaner: Wenn ein Deutscher dabei ist, dann macht das mehr seriös. Wenn das nur Schwarze sind, dann nehmen sie das nicht so sehr als seriös an“* (T3, Z.225). Diese Zusammensetzung des Teams bietet sich ganz besonders für die Durchführung von Gruppenveranstaltungen an.

- **Informationsvermittlung**

Die Art der Informationsvermittlung sollte Dialogcharakter besitzen und Wertschätzung für die Zielgruppe zum Ausdruck bringen. Dies könne dadurch erreicht werden, indem das Präventionsteam sich für das Erleben der Afrikaner interessiert, ihnen zuhört und an bereits vorhandenes Wissen anknüpft. Die Zielgruppe sollte also nicht belehrt, sondern aktiv in die Informationsveranstaltung einbezogen werden. Andernfalls würde man Gefahr laufen auf Desinteresse und Blockaden zu stoßen. Folgende Aussagen einer der MultiplikatorInnen soll dies weiter verdeutlichen: *„... was wisst ihr z.B. davon und habt ihr denn irgendwie negative Erfahrungen und im Gespräch kann man bestimmte Themen aufgreifen und sein Wissen platzieren. Also ich glaube da hören die Leute eher zu und diese Mundpropaganda auch. Da gewinnt man eher mehr die Leute dazu auch besser zuzuhören. Auch besser das, was sie meinen zu wissen eher zu überdenken, anstatt das zu sagen: ‚Ich komme vom Afrika-Projekt, ich erzähl euch mal jetzt ein paar Fakten‘“* (T1, Z.159).

Zusätzlich sollte darauf geachtet werden, die Menschen durch die Inhalte einer Informationsveranstaltung nicht zu beschuldigen, da dies ebenfalls zu einer Ablehnung der durchgeführten Aktivität führen kann: *„... ja, man muss auch darauf achten, dass man die Anderen nicht beschuldigt. Sobald die das Gefühl haben, dann kommt die Blockade automatisch“* (T2, Z.275-277). Ein zentraler Punkt scheint die Vermittlung der Sinnhaftigkeit des „Afrika-Projekts“ zu sein. Es ist bei der Kontaktaufnahme wichtig die Zielgruppe wissen zu lassen, dass die Prävention ausschließlich im Interesse der afrikanischen MigrantInnen in Bremen durchgeführt wird. Einer der MultiplikatorInnen berichtete, wie er auf diese Weise die ihm entgegengebrachten Blockaden auflösen und das Interesse der aufgesuchten Menschen doch noch gewinnen konnte: *„... ja so ... hab ich am Anfang gedacht oder ihnen erklärt, dass dieses Projekt nur im Interesse Afrikaner ins Leben gerufen ist, und sobald sie das verstehen, machen sie mit“* (T2, Z.181).

Eine besondere und kultursensible Art der Aufklärungsarbeit, so die MultiplikatorInnen, ist die Vermittlung der Präventionsinhalte durch Geschichten und Theaterstücke. Nach Meinung der Befragten seien insbesondere Geschichten sehr tief in der afrikanischen Kultur verwurzelt und könnten daher großen Anklang bei der Zielgruppe finden: *„... also kulturnah würd ich sagen packt man ein Afrikaner richtig an, möchte man ein Afrikaner- Herz richtig berühren oder so, also es geht so*

durch Geschichten ... viele kennen, erinnern sich gerne an ihre Kindheit, wie sie so am Lagerfeuer sitzen, wo die Oma dann Geschichten erzählt, oder wo dann so Märchen erzählt werden“ (T1, Z.176).

<p><b>ProjektmitarbeiterInnen</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Bekanntheit der MitarbeiterInnen in den Communities</li> <li>➤ Sympathie relevanter als Geschlechtszugehörigkeit</li> <li>➤ Teamzusammensetzung aus afrikanischen und weißen Mitarbeitern entscheidend</li> <li>➤ Erstkontakt und Vertrauensabbau zur Zielgruppe durch afrikanischen Mitarbeiter</li> <li>➤ Weißer Mitarbeiter:             <ul style="list-style-type: none"> <li>- erhöht Seriosität der Arbeit</li> <li>- ist hilfreich bei der Versorgung Betroffener</li> <li>- Vertrauensaufbau braucht Zeit</li> </ul> </li> <li>➤ Unterstützung der Arbeit durch StudentInnen</li> </ul>
<p><b>Informationsvermittlung</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Dialogcharakter, keine Belehrung und Schuldzuweisung</li> <li>➤ Wertschätzung und Interesse am Erleben der AfrikanerInnen schafft Vertrauen</li> <li>➤ Verdeutlichung von Sinn und Zweck der Arbeit („ist im Interesse der AfrikanerInnen“)</li> <li>➤ Kulturnahe Vermittlung über Geschichten und Theaterstücke</li> </ul>

**Abbildung 16:** Aspekte kultursensibler HIV/Aids-Präventionsarbeit

#### 6.2.4 Ergebnisse zur Versorgung

Die in diesem Abschnitt vorgestellten Ergebnisse beziehen sich im ersten Teil auf die Effekte der Schulung, die überwiegend zu einer positiven Veränderung der Einstellungen der MultiplikatorInnen den HIV-Infizierten gegenüber geführt haben. Dieser Punkt kann als ein zentrales Ergebnis der Leitfadeninterviews mit den MultiplikatorInnen betrachtet werden, da es eindringlich zeigt, dass die Solidarität mit den Betroffenen durch intensive Aufklärung erreicht werden kann. Anschließend soll auf die Barrieren eingegangen werden, die die Versorgung von Betroffenen erschweren.

##### ▪ Effekte der Schulung

Solidarität mit Infizierten ist einer der Inhalte, die im Rahmen der Multiplikatoren-Schulungen behandelt worden ist. Einer der MultiplikatorInnen, der bereits einen hohen Wissensgrad zu HIV/Aids mitbrachte, zeigte sich bei diesem Thema sehr besorgt und erschrocken über die noch anhaltende Ausgrenzung und Stigmatisierung der Betroffenen. Durch die Schulung sei sein Bewusstsein dafür noch einmal geschärft worden. Anders verhielt es sich bei den anderen MultiplikatorInnen; bei ihnen konnte eine beachtliche Einstellungsveränderung beobachtet werden. Wie bereits im Abschnitt zu Prävention erwähnt, bemerkte einer der Interviewten hierzu, die Infizierten vorher als „Monster und

schmutzige Sünder“ wahrgenommen zu haben. Durch die Schulung habe er aber gelernt, dass ein Zusammenleben mit ihnen möglich sei. Folgendes Zitat verdeutlicht das: *„Also, dass ich mit diesen Leuten keinen Kontakt haben wollte. Ich hab sie so als Monster gesehen, oder so, aber jetzt denk ich mal, ne, man kann auch mit Infizierten leben oder so“* (T3, Z.72). Ein anderer Multiplikator gab an, sich immer auf der sicheren Seite gefühlt zu haben, solange er sein Verhalten beibehält. Nach der Schulung allerdings sei ihm klar geworden, dass dies alleine nicht reiche und er auch die Anderen informieren müsse. Weiterhin sei ihm die Notwendigkeit des solidarischen Umgangs mit den Betroffenen klar geworden, und so warnt er vor ihrer Ausgrenzung, wie das folgende Zitat verdeutlicht: *„Ja alles, was die brauchen ist Solidarität. Die brauchen nicht mehr so in eine Ecke gelegt zu werden. Sonst ist der Tod psychologisch schon besiegelt“* (T2, Z.285). Insgesamt sind sich alle Befragten einig und sprechen sich für einen solidarischen Umgang mit Infizierten aus. Diese dargestellten Ergebnisse sollen auf die Wichtigkeit von Informationen gegen die Ausgrenzung von Betroffenen hinweisen, denn Wissen fördert einen offenen und solidarischen Umgang.

#### ▪ **Barrieren und Ressourcen bei der Versorgung von Betroffenen**

Die Ausgrenzung von Betroffenen wird vom Gesundheitsamt mit Sorge beobachtet, da dies neben den krankheitsbedingten und migrationsbedingten Schwierigkeiten oft eine zusätzliche Belastung für die Infizierten bedeutet. Eine Ursache dafür wird im unzureichenden Wissen der Menschen zu den Übertragungswegen der Krankheit vermutet. Die Betroffenen werden isoliert, weil man befürchtet sich sonst anzustecken. Hierzu das folgende Zitat: *„... also erst mal ist die Angst, dass man sich infizieren lässt, wenn man so einer Person nahe kommt“* (T2, Z.298). Neben dieser Infektionsangst wird von den MultiplikatorInnen die Stigmatisierungsproblematik angesprochen. Die Betroffenen werden häufig des Ehebruchs beschuldigt, was die Verletzung eines wichtigen afrikanischen Wertes bedeutet oder ihnen wird ein ausschweifendes Sexualleben nachgesagt.

Auch religiöse Überzeugungen tragen zur Stigmatisierung bei. Die Infektion durch HIV wird als eine Strafe Gottes interpretiert: *„... und auch der Gedanke, dass der ein schlechtes Leben geführt hat, deswegen ist der mit dieser Krankheit bestraft“* (T2, Z.300). Wie die Befragten bereits schon in ihren Vorschlägen zur Gestaltung künftiger Schulungen geäußert haben, sehen sie auch in der Stigmatisierung der Betroffenen ein ernst zunehmendes Problem und schlugen vor, das Thema bereits im Rahmen der MultiplikatorInnen-Schulungen zu behandeln. Einer der MultiplikatorInnen sieht die Verantwortung für eine Integration der Betroffenen in die Community auch bei den Betroffenen selbst; Seiner Ansicht nach tragen die Betroffenen durch ihre Verschlossenheit ein Stück weit zu ihrer Ausgrenzung bei und hält es für einen wichtigen Schritt, wenn Betroffene sich weiter öffnen und auf die Menschen zugehen würden. Jede Geheimhaltung würde Vorurteile bestätigen und die Realität der Erkrankung im Unklaren lassen. Hier zeigt sich ein wichtiger Hinweis für die Versorgung von Betroffenen: Betroffene Mitglieder der Communities müssen gestärkt werden und Ressourcen bei den Communities aktiviert werden. Die Bemühungen um einen solidarischen Umgang mit den Infizierten und den Abbau der Infizierten fokussieren häufig nur die gesunde Bevölkerung; dabei wird die große und wichtige Rolle der Betroffenen selbst verkannt.

<b>Effekte der Schulung</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Abbau eigener Stigmatisierungstendenzen</li> <li>➤ Wahrnehmung von und Besorgnis über Stigmatisierung und Ausgrenzung Betroffener</li> <li>➤ Bewusstseinschärfung für die Relevanz der Solidarität mit Betroffenen</li> <li>➤ Bewusstseinschärfung für die Notwendigkeit von Informationsvermittlung („Wissen fördert Solidarität“)</li> </ul>
<b>Barrieren für Betroffene</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Stigmatisierung und Isolation Betroffener</li> <li>➤ Gründe: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mangelndes Wissen zu Übertragungswegen („Infektionsangst“)</li> <li>- Religiöse und moralische Überzeugungen</li> </ul> </li> </ul>
<b>Ressourcen für Betroffene</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Stärkung und Öffnung der Betroffenen notwendig, damit Isolation verlassen werden kann</li> <li>➤ Solidarität durch Aufklärung und Information</li> </ul>

**Abbildung 17:** Barrieren und Ressourcen zur Versorgung Betroffener.

### 6.2.5 Schlussbemerkung

Abschließend sei darauf verwiesen, dass eine kultursensible und zugehende Herangehensweise prinzipiell von allen MultiplikatorInnen als erforderlich erachtet wurde; nur durch ein solches Vorgehen würde bei der Zielgruppe der afrikanischen MigrantInnen Vertrauen geschaffen werden. Bei der Gestaltung einer kultursensiblen Prävention sind als zusätzlich differenzierendes Merkmal zudem die Besonderheiten des jeweiligen Landes zu beachten; im Zusammenhang mit dem afrikanischen Kontinent könne man nur sehr eingeschränkt von einer einheitlichen Kultur sprechen. Für den Umgang mit Desinteresse und Widerstand dem Präventionsgegenstand gegenüber empfehlen die MultiplikatorInnen Geduld und betonen in diesem Zusammenhang den Zeitfaktor einer langen Vertrauensbildungsphase, wie er auch zu Anfang der Präventionsarbeit in Deutschland eine Rolle spielte.

## 7. Ausblick und Empfehlungen

### 7.1 Forschungsvorhaben: „Identifikation von Barrieren und Ressourcen in der HIV/Aids-Prävention und Versorgung für MigrantInnen aus Subsahara-Afrika“

Diese Pilotstudie ist eingebettet in ein Forschungsvorhaben der Universitäten Bremen und Oldenburg zur HIV/Aids Prävention, das über einem Zeitraum von drei Jahren durch das Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) seit Dezember 2008 gefördert wird. Im Zentrum des Forschungsprojektes steht die Identifikation von Barrieren und Ressourcen bei der HIV/Aids-Präventionsarbeit mit MigrantInnen aus Sub-Sahara-Staaten. Als methodischer und inhaltlicher Ansatz dient eine starke Ressourcenorientierung, die hier identifizierte kulturelle Ressourcen in die

Entwicklung von Präventionsprogrammen einfließen lassen will. Im Sinne einer Zielgruppenorientierung soll ein ressourcenorientierter Zugang genutzt werden sollen, bei dem die Ergebnisse der Ressourcen- und Barrierenanalyse in die kultursensitive HIV/Aids-Präventionsarbeit einfließen. Wichtige Ergebnisse der Studie sind Aussagen über die Wirksamkeit der entwickelten Präventionsmaßnahmen und der neu etablierten Strukturen des Präventionsprojektes, um Ansatzpunkte und wesentliche Wirkmechanismen zu eruieren und auf die bundesdeutsche Präventionspraxis übertragen zu können. Als evaluiertes Modell guter Praxis könnte das Bremer Modell auch für die Optimierung von präventiven Zugängen für andere MigrantInnengruppen beispielhaft sein. Die vorliegende Pilotstudie diente auf der einen Seite einem ersten Feldzugang, auf der anderen Seite sollten qualitative und quantitative Erhebungsinstrumente entwickelt und erprobt werden.

## **7.2 Entwicklung eines Fragebogens zur Erfassung von Wissen, Verhalten und Einstellung zu HIV/Aids für Betroffene und Nicht-Betroffene (KAP-Study)**

Ein Fragebogen wird zur ergebnisorientierten Evaluation des „Afrika-Projekts“ eingesetzt. Mit Hilfe vorher festgelegter Indikatoren sollen Wissenszuwachs, Verhaltens- und Einstellungsänderung zum Thema HIV/Aids von afrikanischen MigrantInnen in Bremen vor und nach der Intervention erfasst werden (KAP-Study: Knowledge, Attitude, Practice). Der entwickelte Fragebogen orientiert sich dabei an ähnlichen Erhebungen, die in Europa und Sub-Sahara Afrika in den letzten Jahren durchgeführt wurden (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung [BZgA], 2006; Health Protection Agency, 2005; SPI-Forschung, 2005; New Dimensions Consultancy [NEDICO], 2006; Unicef, 2006). Er umfasst 43, zumeist geschlossene Fragen und beinhaltet außerdem Items zur Erfassung der allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung nach Bandura (1997). Der Fragebogen liegt entsprechend der Zielgruppe in den Sprachen Deutsch, Englisch und Französisch vor.

Der Fragebogen wurde in Zusammenarbeit mit den MultiplikatorInnen an einer kleinen Stichprobe (n=30) getestet. Die Erhebung erfolgte an verschiedenen kommunalen Treffpunkten der afrikanischen Community unter Nutzung der vorhandenen Netzwerkstruktur des „Afrika-Projekts“. Die Einsatzorte waren unter anderem: Afro-Shops, Friseurläden, kulturelle Veranstaltungen der Community und Bekanntenkreise der MitarbeiterInnen. Eine erste Einschätzung zeigt, wie sensibel mit dem Thema in der Community umgegangen werden muss. Ein hoher Ressourceneinsatz und viel Zeit waren notwendig, um das nötige Vertrauen aufzubauen und die Bereitschaft zur Teilnahme herzustellen. Das Stigmatisierungsdilemma wurde auch hier wieder ersichtlich und viele Angesprochene fühlten sich durch die Befragung einer Diskriminierung ausgesetzt. Eine Zusammenarbeit von afrikanischen und deutschen MitarbeiterInnen erwies sich hierbei am erfolgreichsten. Gleichzeitig entstand aber der Eindruck, dass ein hoher Diskussionsbedarf zum Thema vorhanden ist, da an vielen Erhebungsorten lebhafte Gespräche entstanden.

Wie bedeutsam es ist, dass von HIV/Aids Betroffene über ihre Erkrankung zum einen gut aufgeklärt sind und zum anderen einen selbstbewussten und offensiven Umgang damit pflegen, haben die

Ergebnisse im Verlauf der Pilotstudie verdeutlicht. Angst und Scham, verbunden mit falschem Wissen über die eigene Erkrankung, spielen eine große Rolle, sich von den Mitmenschen und der eigenen Community zurückzuziehen. Daher erschien es wichtig, den KAP-Fragebogen auf den Kreis der Betroffenen auszuweiten. Dabei wurden die Items zu Wissen, Verhalten und Einstellung modifiziert und um Aspekte der Versorgungsqualität erweitert.

### **7.3 Empfehlungen**

Schon jetzt zeigen sich Komplexität und Vielschichtigkeit einer kultursensiblen und bedürfnis- und ressourcenorientierten HIV/Aids-Prävention und Betreuung für MigrantInnen. Es stellt hohe Anforderungen an das Versorgungssystem, das über ein hohes Maß an Flexibilität und interkultureller Kompetenz verfügen muss, um die Menschen in ihren individuellen Bedürfnissen zu erreichen. Die fortwährende Reflexion der Präventions- und Betreuungsarbeit in Kooperation mit VertreterInnen der ansässigen Communities ist dabei zwingend notwendig, um im Sinne eines partizipativen Ansatzes durch Empowermentstrategien insbesondere der Gefahr von ‚Stigmatisierung durch Prävention‘ entgegen zu arbeiten. Die Notwendigkeit einer zielgruppenorientierten Versorgung verdeutlichen die identifizierten HIV/Aids-spezifischen Barrieren und Ressourcen von afrikanischen MigrantInnen, die sich in sozioökonomischen, kommunikativen oder kulturspezifischen Aspekten verorten lassen.

Für die Rahmenbedingungen der Präventionsarbeit lassen sich aus den vorliegenden Ergebnissen der Pilotstudie erste Handlungsempfehlungen ableiten:

- ✓ Langfristigkeit und Stabilität des Afrika-Projektes zum Erhalt und weiteren Aufbau vertrauensvoller Arbeitskontakte, bestehend aus afrikanischen und deutschen MitarbeiterInnen
- ✓ Intensive Einbeziehung und kontinuierlicher Austausch mit den ansässigen Communities und deren sog. Schlüsselpersonen
- ✓ Fortführung und Ausbau der MultiplikatorInnen-Schulungen (Peer-Education)
- ✓ Gewährleistung einer weitestgehenden Nähe zur Regelversorgung zum Abbau von subjektiv wahrgenommenen Stigmatisierungstendenzen
- ✓ Überzeugungsarbeit hinsichtlich Sinn, Ablauf und Ziel des Projekts zum Abbau von subjektiv wahrgenommenen Diskriminierungstendenzen
- ✓ Offener Dialog und Partizipation in der Wissensvermittlung und Prävention

Aus den Interviews und erfassten Dokumentationsbögen wird ersichtlich, dass weiterhin ein großer Bedarf an Informationen zu HIV/Aids in den afrikanischen Communities in Bremen besteht. Häufige Nachfragen bzw. ermittelte Wissensdefizite, die in der Informationsvermittlung verstärkt berücksichtigt werden sollten, kamen aus den folgenden Themengebieten:

- ✓ Übertragungswege (Abbau von Ohnmacht und „Infektionsangst“), Therapie und Prognose von HIV/Aids
- ✓ Beachtung und Zulassen von Themen wie z.B. Hilfen für Afrika oder HIV-Entstehungstheorien

- ✓ Abbau von Vorurteilen gegenüber Betroffenen und „Randgruppenzuschreibungen“
- ✓ Angebote der Versorgungslandschaft, insbesondere zur HIV-Testung und zu „behördefreien“, anonymen Beratungsstellen
- ✓ Angebote für Papierlose und Aspekte zu aufenthaltsrechtlichen Belangen

Die Versorgung betroffener AfrikanerInnen erfordert ein Höchstmaß an kultureller Sensibilität und eine solide Vertrauensbasis, um Rückzug und Ausgrenzung zu vermeiden. Daraus ergeben sich nachfolgende Handlungsfelder:

- ✓ Aktive Informationsvermittlung zu Übertragungswegen, Therapie & Nebenwirkungen und Prognose von HIV/Aids und der vorhandenen Versorgungsangebote („Information stärkt“)
- ✓ Sicherstellung eines vertrauensvollen Ansprechpartners, der auch als Mittler und Berater in alltagsrelevanten Fragen (Beruf, Wohnung etc.) fungiert („Perspektiven schaffen“)
- ✓ Bekanntmachung des Angebots „Afrika-Projekt“ innerhalb der Communities und der Versorgungslandschaft zur Zugangserleichterung für betroffene AfrikanerInnen
- ✓ Abbau von Stigmatisierung und Diskriminierung, weitere Bemühungen um ein solidarisches Klima in den Communities
- ✓ Empowerment der Betroffenen selbst zur Öffnung nach außen, Aufbau einer Selbsthilfegruppe

Diese Handlungsfelder beziehen sich sowohl auf strukturelle, als auch auf Handlungsprinzipien einer kultursensitiven Arbeit. Die Bedeutung einer partizipativ ausgerichteten Form der Aufklärung und Gesundheitskommunikation, wie sie in den Ergebnissen als Bedarf deutlich wurde, muss daher als Handlungsempfehlung unterstrichen werden. Unter diesem Aspekt nehmen die besonderen Ressourcen der Zielgruppe eine wichtige Funktion in der Verbesserung der ‚accessibility‘ – der Zugänglichkeit des Versorgungssystems für die Zielgruppe ein. Nur unter Nutzung von Ressourcen, wie sie beispielsweise in der besonderen Dichte der sozialen Netzwerke liegen, ist es möglich Zugänge zu finden und herzustellen, die über reine ‚Oberflächen-Aspekte‘ in Bezug auf Kultursensitivität (wie z.B. Mehrsprachlichkeit in der Beschaffenheit von Aufklärungsmaterialien) hinausgehen und in der Wahl der Strategien und Prinzipien an diesen Ressourcen ansetzen wie z. B. Ansätzen der Peer-education im Sinne eines intensiven Einsatzes von MultiplikatorInnen aus der Community und durch ein aufsuchendes, an der Lebenswelt der AfrikanerInnen in Bremen ausgerichtetes Angebot. Zu solchen Ressourcen, die bedeutsam für die Planung und Strategieentwicklung in der HIV/AIDS Präventions- und Betreuungsarbeit sind, gehören z.B.:

- ✓ Nutzung von großer Solidarität in den Communities („Wir-Gesellschaft“) und der Beschaffenheit von sozialen Netzwerken (z.B. hohe Densität, Homogenität) in den Communities
- ✓ Nutzung von „Geselligkeit“ und traditioneller Hilfsbereitschaft innerhalb der Communities
- ✓ Präsentation der Information durch kultursensible Darstellung (Theater, Geschichten)
- ✓ Weitere Nutzung und Einbeziehung von Schlüssel-Persönlichkeiten innerhalb der Communities (z.B. Pastoren)

Über ein erweitertes Verständnis kulturspezifischer Bedingungen bei der Passung zwischen Individuum und Versorgungssystem kann die HIV/Aids-Arbeit des „Afrika-Projekts“ durch den Einbezug von kultursensitiveren Strategien sukzessive verbessert werden, indem Ressourcennutzung als ein wichtiges Handlungsprinzip in die Weiterentwicklung des Projektes und seiner Handlungsstrategien integriert wird.

Grundsätzlich ist der gemeinwesenorientierte und lebensweltliche Ansatz des Bremer Afrika-Projekts zur HIV/Aids-Arbeit geeignet und Erfolg versprechend, um die MigrantInnengruppe der AfrikanerInnen überhaupt zu erreichen. Es ist daher unter besonderer Berücksichtigung der Handlungsprinzipien Empowerment und Partizipation weiter auszubauen, um Betroffenen mehr Teilhabe und so auch Zugang im Sinne einer subjektiv wahrgenommenen ‚Zugänglichkeit‘ zum Gesundheitssystem zu ermöglichen. Dies meint auch eine interkulturelle Öffnung des Versorgungssystems selber, das Integration und Teilhabe als Ziele verfolgt und eine Erreichbarkeit der Angebote für alle Menschen unabhängig ihrer Herkunft in Deutschland ermöglicht. So wird weiterhin die Aufgabe der Schulungen im Gesundheitssystem wichtig bleiben und muss weiter befördert werden, um auch das System und die dort tätigen Professionellen zu befähigen, mit kulturspezifischen Aspekten kompetenter umzugehen und so über die Stärkung der Kompetenzen im Gesundheitswesen selber die Nachhaltigkeit der Arbeit weiter zu befördern.

## Literatur

Ajzen, I. & Fishbein, M. (1980). *Understanding Attitudes and predicting Social Behavior*. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice-Hall Inc.

Anderson, J. & Doyal, L. (2004). Women from Africa living with HIV in London; a descriptive study. *Aids Care*, 16 (1), 95-105.

Antonovsky, A. (1979). *Health, Stress and Coping*. San Francisco: Jossey-Bass. Publ.

Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: Freeman.

Beier, S. (2005). Afrikanische Migranten in Deutschland und ihr Umgang mit HIV/Aids. *Curare*, 28 (2+3), 188-200.

Bröring, G., Canter, C., Schinaia, N. & Teixeira, B. (Hrsg.) (2003). *Aids & Mobility. Access to care: Privilege or right? Migration and vulnerability in Europe*. Woerden: European Project Health and Mobility.

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2006). *Aids im öffentlichen Bewusstsein der Bundesrepublik Deutschland 2005. Wissen, Einstellung und Verhalten zum Schutz vor Aids*. Köln: BZgA. Verfügbar unter: [http://www.bzga.de/bot\\_Seite1417.html](http://www.bzga.de/bot_Seite1417.html) [01.07.2008]

Chinouya, M. & Reynolds, R. (2001). *HIV Prevention and African Communities living in England: A framework for action*. London: National AIDS Trust. Verfügbar unter: <http://www.nat.org.uk/document/76> [01.06.2008]

Chinouya, M. & Davidson, O. (2003). *The Padare Project. Assessing health-related knowledge, attitudes and behaviours of HIV-positive Africans accessing services in north central London*. London: African HIV Policy Network. Verfügbar unter: <http://www.ahrf.org.uk/articles/padare.pdf> [27.05.2008]

Coleman, L. & Testa, A. (2007). Sexual health knowledge, attitudes and behaviours among an ethnically diverse sample of young people in the UK. *Health Education Journal*, 66(1), 68-81.

Del Amo, J., Bröring, G. & Fenton, K. (2003). HIV health experiences among migrant Africans in Europe: How are we doing? *AIDS*, 17(5), 2261-2263.

Dias, S., Gonçalves, A., Luck, M. & Jesus Fernandez, M. (2004). Risco de Infecção por VIH/SIDA: Utilização-acesso aos Serviços de Saúde numa comunidade migrante. *Acta Medica Portuguesa*, 17, 211-218.

Elam, G., Fenton, K., Johnson, A., Nazroo, J. & Ritchie, J. (1999). *Exploring ethnicity and sexual health: A qualitative study of sexual attitudes and lifestyles of five ethnic minority communities in Camden and Islington*. London: University College London.

Erwin, J., Morgan, M., Britten, N. Gray, K. & Peters, B. (2002). Pathways to HIV testing and care by black African and white patients in London. *Sexually Transmitted Infections*, 78(1), 9-37.

Fenton, K.A., Chinouya, M., Davidson, O. & Copas, A. (2001). HIV transmission risk among sub-Saharan Africans in London travelling to their country of origin. *AIDS*, 15(11), 1442-1445.

Fenton, K.A., Chinouya, M., Davidson, O. & Copas, A. (2002). HIV testing and high risk sexual behavior among London's migrant African communities: a participatory research study. *Sexually Transmitted Infections*, 78(4), 241-245.

- Flowers, P., Davis, M., Hart, G., Rosengarten, M., Frankis, J. & Imrie, J. (2006). Diagnosis, stigma and identity among HIV positive Black African living in the UK. *Psychology and Health*, 21(1), 109-122.
- Gesundheitsamt Bremen (2006). *Zur Arbeit der AIDS/STD Beratung – Ein Blick auf die Jahre 2003-2004*. Verfügbar unter: <http://www.gesundheitsamt-bremen.de/aktuell/pdf/BerichtAIDS-STD-03-04.pdf> [30.06.2008]
- Gutzwiller, F. & Paccaud, F. (Hrsg.) (2007). *Sozial- und Präventivmedizin, Public Health*. Bern: Huber.
- Harmers, F.F. & Downs, A.M. (2004). The changing face of the HIV epidemic in western Europe: what are the implications for public health policies? *Lancet*, 364(9428), 83-94.
- Health Protection Agency (Hrsg.) (2005). *Mayisha II main study report. Assessing the feasibility and acceptability of community based prevalence surveys of HIV among black Africans in England*. Verfügbar unter: [http://www.ahpn.org/downloads/publications/Mayisha\\_II.pdf](http://www.ahpn.org/downloads/publications/Mayisha_II.pdf) [29.05.2008]
- Herkommer, H. (2000). *Wegweiser Migration und Aids. Ein Handbuch für Betroffene und Berater*. Cochem: Bremm.
- Hofmann, H. (2000). Verhindert die HIV-Infektion eine Abschiebung? In Gesundheitsamt Bremen (Hrsg.), *Aids in der Fremde – Interkulturelle Aspekte in der Arbeit mit MigrantInnen* (Dokumentation der Fachtagung in Bremen 30. November 2000) (S. 19-24). Bremen: Gesundheitsamt Bremen.
- Hurrelmann, K., Klotz, T. & Haisch, J. (2004). *Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung*. Bern: Verlag Hans Huber.
- Mayring, P. (2003). *Qualitative Inhaltsanalyse*. Weinheim: Deutscher Studien Verlag.
- New Dimensions Consultancy (2006). *Resource 2. A Baseline Knowledge, Attitudes, Practices and Beliefs Survey*. Verfügbar unter: [www.bms.com/pdf/stf\\_manual/resource\\_02.doc](http://www.bms.com/pdf/stf_manual/resource_02.doc) [06.11.2008]
- Pant, A. (2005). Sexualverhalten und HIV-Prävention. In R. Schwarzer (Hrsg.), *Enzyklopädie der Psychologie, Band 1: Gesundheitspsychologie* (S. 525-545). Göttingen: Hogrefe.
- Prost, A., Elford, J., Imrie, J., Petticrew, M. & Hart, G.J. (2008). Social, Behavioural, and Intervention Research among People of Sub-Saharan African Origin Living with HIV in the UK and Europe: Literature Review and Recommendations for Intervention. *AIDS Behaviour*, 12(2), 94-170.
- Robert Koch Institut (2007). *Epidemiologisches Bulletin. HIV-Infektion/Aids: Halbjahresbericht I/2007* (Sonderausgabe B). Verfügbar unter: [http://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2007/Sonderausgaben/B\\_\\_2007.html](http://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2007/Sonderausgaben/B__2007.html) [06.11.2008]
- Rosenbrock, R. (2007). Aids-Prävention – Ein Erfolgsmodell in der Krise. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 50(4), 432-441.
- Saunders, R. P., Evans, M. H. & Joshi, P. (2005). Developing a Process-Evaluation Plan for Assessing Health Promotion Program Implementation. *Health Promotion Practice*, 6(2), 134-147.
- Schwarzer, R. (2004). *Psychologie des Gesundheitsverhaltens – Einführung in die Gesundheitspsychologie*. Göttingen: Hogrefe.
- SPI-Forschung (2005). *HIV/Aids und Migranten/innen. Gesundheitsrisiken, soziale Lage und Angebote einschlägiger Dienste. Nationale Auswertung für Deutschland*. Verfügbar unter: [http://www.bmg.bund.de/nn\\_603380/SharedDocs/Publikationen/Forschungsberichte/f-342,templateId=raw,property=publicationFile.pdf/f-342.pdf](http://www.bmg.bund.de/nn_603380/SharedDocs/Publikationen/Forschungsberichte/f-342,templateId=raw,property=publicationFile.pdf/f-342.pdf) [27.05.2008]

Stahelin, C., Egloff, N., Rickenbach, M., Kopp, C. & Furrer, H. (2004). Migrants from sub-Saharan Africa in the Swiss HIV Cohort Study: a single center study of epidemiologic migration-specific and clinical features. *AIDS Patient Care and STDs*, 18(11), 665-75.

Statistisches Landesamt Bremen (2007). Auskunft auf eine Anfrage des Gesundheitsamtes Bremen (Stand: 31.12.2007).

UNAIDS (2007). *AIDS epidemic update, December 2007*. Genf: UNAIDS. Verfügbar unter: [http://data.unaids.org/pub/EPISlides/2007/2007\\_epiupdate\\_en.pdf](http://data.unaids.org/pub/EPISlides/2007/2007_epiupdate_en.pdf) [28.05.2008]

Unicef (2006). *HIV and Aids knowledge, attitudes, practices and behaviour (KAPB) Study in Namibia*. Verfügbar unter: [http://www.nied.edu.na/publications/aids/UNICEF%20Nam\\_2006\\_HIV%20AIDS%20-KAPB%20study\\_Keyfindings\\_corrected%2027%20nov.pdf](http://www.nied.edu.na/publications/aids/UNICEF%20Nam_2006_HIV%20AIDS%20-KAPB%20study_Keyfindings_corrected%2027%20nov.pdf) [26.06.2008]

Weatherburn, P., Ssanyu-Seruma, W., Hickson, F., Mc Lean, S. & Reid, D. (2003). *Project NASAH: An investigation into the HIV treatment information and other needs of African people with HIV resident in England*. London: Sigma Research.

Verfügbar unter: <http://www.sigmaresearch.org.uk/downloads/report03a.pdf> [26.06.2008]

Witzel, A. (1982). *Verfahren der qualitativen Sozialforschung. Überblick und Alternativen*. Frankfurt: Campus.

## Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Evaluationsparameter, Methoden und Ziele der Präventions- und Betreuungsarbeit im Rahmen des Bremer „Afrika-Projekts“	18
Abbildung 2: Aktivitäten und Angebote von HIV/Aids-Projekten für afrikanische MigrantInnen in Deutschland (verfügbare Daten: Stand Mai 2008)	19
Abbildung 3: Das Bremer Hilfesystem zu HIV und Aids (Stand: November 2008)	21
Abbildung 4: Einflussgröße "Information" bei der Versorgung Betroffener	25
Abbildung 5: Folgen der Stigmatisierung für Betroffene	26
Abbildung 6: Kulturelle Einflussgrößen auf den Umgang mit HIV/Aids und den Betroffenen	26
Abbildung 7: Defizite und Lösungsvorschläge in der Versorgung betroffener AfrikanerInnen	27
Abbildung 8: Belastungen und Ressourcen eines Lebens mit HIV/Aids	29
Abbildung 9: Anzahl durchgeführter Aktivitäten und Anzahl der Teilnehmer getrennt nach Art der Veranstaltung	32
Abbildung 10: Anzahl verteilter Infobroschüren getrennt nach Themenbereichen	33
Abbildung 11: Anzahl verteilter Kondome getrennt nach Art der Aktivität	34
Abbildung 12: Verteilung der Nationalitäten der ProjektteilnehmerInnen	34
Abbildung 13: Themenbereiche der Diskussionsrunden während der Veranstaltungen	35
Abbildung 14: Zentrale Ergebnisse zur inhaltlichen und formalen Bewertung der Schulung	38
Abbildung 15: Barrieren und Ressourcen bei der HIV/Aids-Präventionsarbeit	40
Abbildung 16: Aspekte kultursensibler HIV/Aids-Präventionsarbeit	42
Abbildung 17: Barrieren und Ressourcen zur Versorgung Betroffener	44



**Institut für Public Health  
und Pflegeforschung**

Fachbereich 11  
Grazer Straße 4  
28359 Bremen

Telefon 0421 218-3059  
Fax 0421 218-8150  
E-Mail [health@uni-bremen.de](mailto:health@uni-bremen.de)  
www [ipp.uni-bremen.de](http://ipp.uni-bremen.de)

ipp-Schriften, Ausgabe 03

HIV/AIDS-Prävention und Versorgung  
für MigrantInnen aus Sub-Sahara Afrika

Bestelladresse: [health@uni-bremen.de](mailto:health@uni-bremen.de)

03 / 2009

ISSN: 1864-4546 (Printausgabe)

ISSN: 1867-1942 (Internetausgabe)