



Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg  
*Hamburg University of Applied Sciences*

Hochschule für Angewandte Wissenschaften  
Fakultät Life Sciences  
Studiengang Gesundheitswissenschaften

*Migrationssensible HIV-Primärprävention für die Zielgruppe  
Subsahara-Afrika in Deutschland – Herausforderungen und  
Lösungswege*

**Bachelorarbeit**

**Vorgelegt von:**        **Lea Knuth**

Matrikelnummer:        2004178

Betreuende Prüferin: Frau Prof.<sup>in</sup> Dr.<sup>in</sup> Christine Färber

Zweite Prüferin:        Dipl.-Gesundheitswirtin Joana Roos-Bugiel

Tag der Abgabe:        28.02.2014

# Inhaltsverzeichnis

<b>I Abbildungsverzeichnis</b>	<b>IV</b>
<b>II Tabellenverzeichnis</b>	<b>IV</b>
<b>III Abkürzungsverzeichnis</b>	<b>V</b>
<b>IV Zusammenfassung</b>	<b>VI</b>
<b>1. Einleitung</b>	<b>1</b>
<b>2. HIV und AIDS</b>	<b>3</b>
2.1 HIV und AIDS in Deutschland	4
2.1.1 Epidemiologie	5
2.2 Migration und Gesundheit	6
2.3 Migrantinnen und Migranten aus Subsahara-Afrika und HIV	8
2.3.1 Geschlechterspezifische Risiken in Bezug auf HIV	10
2.4 Entwicklung des Infektionsgeschehens innerhalb der Zielgruppe	12
2.4.1 Frauen aus Subsahara-Afrika und HIV in Deutschland	14
<b>3. Prävention</b>	<b>15</b>
3.1 HIV-Primärprävention – Situation in Deutschland	16
3.2 Migration und HIV-Prävention	18
3.3 Lebenswelt der Subsahara-Migrantinnen und Migranten in Deutschland	20
3.4 Erreichbarkeit der Zielgruppe in Bezug auf HIV-Prävention	21
<b>4. Maßnahmen zur Öffnung der HIV-Prävention für Personen aus Subsahara-Afrika</b>	<b>26</b>
4.1 Interkulturelle Öffnung der Prävention	27
4.1.1 Mediale HIV-Prävention	27
4.1.2 Beratungsangebote in der HIV-Prävention	29
4.1.3 Aus- und Weiterbildung	29

4.2 Kooperation und Vernetzung	31
4.3 Partizipation	32
4.4 <i>Peer-Education</i> und <i>Community-Arbeit</i>	34
4.5 <i>Gendersensible</i> HIV-Prävention	37
4.5.1 Frauenspezifische Präventionsmaßnahmen	37
4.5.2 Männerspezifische Präventionsmaßnahmen	38
<b>5. Diskussion</b>	<b>43</b>
<b>6. Fazit</b>	<b>47</b>
<b>V Literaturverzeichnis</b>	<b>VII</b>

## I Abbildungsverzeichnis

- Abbildung 1:** Verlauf der geschätzten HIV-Prävalenz, HIV-Inzidenz, AIDS-Inzidenz sowie der AIDS bedingten Todesfälle seit Beginn der Epidemie in Deutschland (S. 6)
- Abbildung 2:** Modell verschiedener Einflussgrößen auf die Gesundheit von Migrantinnen und Migranten während ihres Lebenslaufes (S. 7)
- Abbildung 3:** Subsaharische Länder Afrikas (S. 8)
- Abbildung 4:** Herkunftsregionen der seit 2001 in Deutschland diagnostizierten Personen, bei denen ein anderes Herkunftsland als Deutschland angegeben wurde (S. 13)
- Abbildung 5:** Einteilung der Prävention (S. 15)

## II Tabellenverzeichnis

- Tabelle 1:** Zusammenfassung der Handlungsempfehlungen zur Öffnung der HIV-Prävention für die Zielgruppe der Personen aus Subsahara-Afrika (S. 41 f.)

### III Abkürzungsverzeichnis

<b>AIDS:</b>	<i>Acquired Immunodeficiency Syndrome</i> (erworbenes Immundefektsyndrom)
<b>ART:</b>	Antiretrovirale Therapie
<b>BMG:</b>	Bundesministerium für Gesundheit
<b>BZgA:</b>	Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
<b>DAH:</b>	Deutsche AIDS-Hilfe e.V.
<b>DAS:</b>	Deutsche AIDS-Stiftung
<b>HIV:</b>	<i>Human Immunodeficiency Virus</i> (Humanes Immundefizienz-Virus)
<b>HPL:</b>	Hochprävalenzland
<b>MSM:</b>	Männer, die Sex mit Männern haben
<b>RKI:</b>	Robert Koch-Institut
<b>UNAIDS:</b>	<i>Joint United Nations Programme on HIV/AIDS</i> (Gemeinsames Programm der Vereinten Nationen zu HIV/AIDS)
<b>WHO:</b>	<i>World Health Organization</i> (Weltgesundheitsorganisation)

## IV Zusammenfassung

Deutschlandweit leben Ende des Jahres 2012 etwa 78.000 Personen mit einer HIV-Infektion. Innerhalb der Gruppe aller Migrantinnen und Migranten ist die höchste HIV-Prävalenz hierzulande bei Einwanderinnen und Einwanderern aus Subsahara-Afrika zu erkennen. Migrationsprozesse können sich dabei auf das Infektionsrisiko mit dem Virus auswirken. Subsaharische Personen sind zunächst durch vorherrschende Bedingungen in der Heimatregion als vulnerabel anzusehen. Desweiteren begünstigen Informationsdefizite, der Verlust protektiver Faktoren und insbesondere soziokulturelle Prägungen und traditionelle Normen in Bezug auf die HIV-Infektion eine Ansteckung. Im Kontext einer geschlechterspezifischen Betrachtung lässt hierbei zusätzlich ein erhöhtes Infektionsrisiko der weiblichen Subsahara-Migrantinnen erkennen. Dies spiegelt sich auch in der Betrachtung der epidemiologischen Lage der Zielgruppe in Bezug auf HIV wider. Aufgrund dieser Beobachtungen, sowie bedingt durch eine hohe Prävalenz innerhalb der Gemeinde der Personen aus Subsahara-Afrika hierzulande, ist die Erreichung von Migrantinnen und Migranten aus jener Region für die deutsche Präventionslandschaft von besonderer Relevanz. Sie wird jedoch durch diverse soziale, kulturelle und migrationsbedingte Barrieren erschwert. Das Präventionssystem ist für die Allgemeinbevölkerung bereits umfangreich ausgebaut und auch auf migrations-sensible Angebote wird zunehmend Wert gelegt. Maßnahmen, welche gezielt die subsaharische Kohorte ansprechen, sind bisher jedoch nur in begrenztem Maße zu verzeichnen. Herausforderungen, welchen die deutschen Gesundheitsdienste gegenüberstehen, existieren primär in der Beseitigung vorhandener Barrieren in der Erreichung der Zielgruppe. Um jene zu senken und eine adäquate Ansprache durch HIV-Präventionsmaßnahmen zu erreichen, muss zur Gestaltung spezifischer Angebote die Lebenswelt der subsaharischen Gemeinschaft in Deutschland untersucht und aktiv in die Konzeption und Durchführung einbezogen werden. Besondere Aufmerksamkeit sollte hierbei, neben der Berücksichtigung spezifischer soziokultureller und traditioneller Hintergründe und Ressourcen, einer geschlechtersensiblen Ausrichtung der Präventionsmaßnahmen zukommen.

# 1. Einleitung

Bereits seit mehr als 30 Jahren beeinflusst die Verbreitung des HI-Virus weltweit das Infektionsgeschehen. Der auch in Deutschland thematisierten AIDS-Erkrankung wird seit jeher, unter anderem durch Präventionsmaßnahmen, versucht, entgegenzuwirken. Diese werden hierzulande bereits seit Ende der 1980er Jahre stetig weiterentwickelt und stellen ein effektives Mittel zur Infektionsbekämpfung dar (MARKUS & STARKER, 2006: 7, 20).

Allerdings konzentrierten sich konzipierte Angebote und Projekte zunächst hauptsächlich auf die Erreichung der deutschen Allgemeinbevölkerung. Da jedoch auch das Migrationsgeschehen Einfluss auf die Infektionsentwicklung übt, muss hierüber hinaus die Gruppe der Migrantinnen und Migranten in präventive Bemühungen einbezogen werden (BLÜMEL & GANGAROVA, 2012: 5).

Innerhalb der Kohorte der Personen mit Migrationshintergrund ist die höchste HIV-Prävalenz unter subsaharischen Einwanderinnen und Einwanderern auszumachen. Vor allem wird dies verursacht durch Infektionsrisiken vor, während und nach einem Migrationsvorgang. Weiterhin beeinflusst eine Vielzahl anbieterseitiger sowie von Seiten der Zielkohorte bestehender Barrieren die erfolgreiche Aufklärung der Personengruppe durch Präventionsmaßnahmen (SEEDAT, et al., 2013: 223; SPALLEK & RAZUM, 2007: 452).

Das Ziel dieser Arbeit besteht folglich darin, vorhandene Barrieren und Herausforderungen innerhalb des Primärsektors der auf subsaharische Migrantinnen und Migranten ausgerichteten HIV-Präventionsarbeit in Deutschland aufzuzeigen und migrationssensible, unter Berücksichtigung der spezifischen Lebens- und Verhaltensweisen gestaltete, Lösungswege herauszuarbeiten.

Hierzu wird in Kapitel 2 zunächst ein Überblick über medizinische Grundlagen und Fakten zu HIV und AIDS gegeben, wonach in dem folgenden Teil die Entwicklung der HIV-Surveillancesysteme sowie des Infektionsgeschehens in Deutschland erläutert wird. Im nächsten Abschnitt werden die Auswirkungen eines Migrationsvorganges auf die Gesundheit untersucht, woraufhin diese auf die Zielgruppe der Subsahara-Migrantinnen und Migranten in Bezug auf HIV und AIDS angewandt

werden. *Genderspezifische* Aspekte werden in diesem Zusammenhang explizit berücksichtigt. Um die vorausgegangenen Ausarbeitungen zu unterstreichen, erfolgt abschließend eine Darstellung der Migrations- und Infektionsentwicklung innerhalb dieser Zielgruppe in Deutschland.

Im dritten Kapitel befasst sich die Arbeit mit der Prävention von HIV und gibt nach einer Darstellung der Entwicklung der deutschen Primärpräventionslandschaft im folgenden Abschnitt einen Überblick über die Angebotssituation von migrations-spezifischen Präventionsmaßnahmen. Um die Einstellung der subsaharischen Migrantengruppe zu solchen Angeboten zu verdeutlichen, wird im nächsten Teil ihre Lebenswelt in Deutschland untersucht, sodass anschließend existierende Barrieren und Ressourcen in ihrer Erreichbarkeit aufgedeckt werden können.

In Kapitel Vier werden Maßnahmen zur Öffnung der HIV-Prävention in Bezug auf die Personen aus Subsahara-Afrika in Deutschland erarbeitet. Zunächst wird die Notwendigkeit einer interkulturellen Öffnung der Angebote beschrieben, worauf folgend sie durch Handlungsvorschläge für die Gestaltung printmedialer und beratungsbasierender Maßnahmen, sowie durch die Konzeption und Wahrnehmung von Fortbildungen verdeutlicht wird. Als Grundsätze für eine erfolgreiche Zusammenarbeit in der Primärprävention werden die Vernetzung mit *Communitystrukturen*, sowie eine gleichberechtigte Beteiligung ihrerseits in Form von Partizipation nahegelegt. Diese Aspekte werden in dem Präventionsansatz der *Peer-Education* vereinigt. Im abschließenden Abschnitt wird der Nutzen einer geschlechterspezifischen Angebotsausrichtung untersucht und durch Handlungsempfehlungen für die Gestaltung solcher vervollständigt.

In der Diskussion werden erarbeitete Ergebnisse kritisch beleuchtet und in der Formulierung vorhandener Herausforderungen und Lösungswege nochmals zusammengefasst, woraufhin ein Fazit die Arbeit abrundend abschließt.

## 2. HIV und AIDS

Die Abkürzung AIDS (engl. *acquired immunodeficiency syndrome*) bezeichnet eine Immunschwächekrankheit, welche infolge einer Infektion mit HIV (engl. *human immunodeficiency virus*) auftreten kann. Durch eine Ansteckung mit dem HI-Virus werden Zellen des Immunsystems der betroffenen Person infiziert und zerstört, sodass es, in einer unterschiedlich langen Latenzphase, zu einer schweren Schädigung des körpereigenen Abwehrsystems kommen kann (DAIG, 2013). Von einer Erkrankung an AIDS wird gesprochen, wenn sich die Schwächung des Immunsystems in einem weiter fortgeschrittenen Stadium befindet, in welchem charakteristische (opportunistische) Infektionskrankheiten auftreten. Diese sind für ein funktionierendes Immunsystem ungefährlich, können im Falle einer AIDS-Erkrankung jedoch lebensbedrohliche Ausmaße annehmen (GBE, 2014).

Allgemein kann das HI-Virus durch den Kontakt zu Blut, Sperma, Vaginalsekret oder Muttermilch übertragen werden, wobei das Übertragungsrisiko durch die jeweils variierende Viruslast beeinflusst wird. Die drei Hauptübertragungswege in Deutschland stellen die sexuelle Übertragung, eine Infektion durch Blutkontakt sowie die Mutter-Kind-Übertragung dar.

Die sexuelle Übertragung durch ungeschützten Geschlechtsverkehr gilt in Deutschland als häufigste Infektionsursache. Zu einer Ansteckung kann es sowohl durch die Aufnahme von Sperma, Vaginalsekret oder Blut über die Schleimhäute, als auch durch engen Kontakt zwischen zwei Schleimhäuten kommen. Die Schleimhautdicke, sowie mögliche Verletzungen, Entzündungen oder Infektionen dieser beeinflussen das Ansteckungsrisiko weiterhin. Als weiterer Übertragungsweg gilt die Infektion durch Blutkontakt. Hierbei kann das Virus durch den direkten Kontakt von Schleimhaut oder offenen Wunden mit infektiösem Blut übertragen werden. Die Benutzung von gebrauchtem Zubehör zur Konsumierung von Rauschmitteln, insbesondere von mit infektiösem Blut verunreinigtem Spritzbesteck, gilt als relevanter Übertragungsweg. Die Infektion mit dem Virus kann außerdem durch die Mutter-Kind-Übertragung erfolgen. Eine HIV-positive Frau kann das Virus in der Schwangerschaft über die Plazenta, vor allem aber während der Geburt durch Vaginalsekret- oder Blutkontakt an ihr Kind weitergeben. Auch eine

Ansteckung nach der Geburt ist möglich, da die Muttermilch HI-Viren enthält (SWEERS, et al., 2011: 11-15).

Eine Ausheilung der Infektionskrankheit ist nach wie vor nicht möglich. Mittlerweile gibt es jedoch eine effektive Behandlungsmöglichkeit, die sogenannte Antiretrovirale Therapie (ART). Hierbei wird mithilfe einer Kombination von einzunehmenden Medikamenten die Viruslast im Körper so weit gesenkt, dass sie unter der Nachweisgrenze liegt. Durch diese Maßnahme wird der therapierten Person eine erhebliche Verbesserung der Lebensqualität, sowie, bei langwieriger Einnahme der Therapeutika, eine Normalisierung der Lebenserwartung geboten. Das Risiko einer Virusweitergabe auf sexuellem Wege, sowie die Übertragung von Mutter zu Kind kann mithilfe der ART ebenfalls minimiert werden (STELLBRINK, 2012: 1158, 1166).

## **2.1 HIV und AIDS in Deutschland**

Zu Beginn der 1980er erlangte die AIDS-Erkrankung in Deutschland erstmals Aufmerksamkeit. Als Reaktion hierauf wurde ein *Surveillance*system eingerichtet, welches die Erkrankungsfälle zunächst bundesweit anonym in einem AIDS-Fallregister erfasste. In weiteren Berechnungen erfolgte hieraufhin die Bestimmung der Prävalenz, welche die Gesamtzahl der infizierten Personen in Deutschland angibt. Auch die Inzidenz, die Anzahl der Neuinfektionen pro Jahr, wurde in diesem Zuge berechnet. Mit der Einführung der ART etwa zehn Jahre später änderte sich das Krankheitsbild hingehend auf eine geringere Anzahl an AIDS-Ausbrüchen und hierdurch bedingten Todesfällen, sodass die bisher angewandte Überwachungsmethode zunehmend an Aussagekraft verlor. Um weiterhin einen realen Überblick über die Epidemie zu behalten, wurde als neuer Weg die Erfassung der HIV-Erstdiagnosen gewählt. Jedoch bestanden durch unentdeckte Infektionen, weiterhin Schwachstellen. In den folgenden Jahren wurde das *Surveillance*system fortlaufend verbessert, um einen möglichst genauen Überblick über das Infektionsgeschehen in Deutschland zu ermöglichen. Die Verabschiedung des Infektionsschutzgesetzes im Jahre 2001 hatte zur Folge, dass zusätzlich weitere präzisierende Daten, wie beispielsweise das Herkunftsland sowie das wahrscheinliche Infektionsland, erfasst wurden. Diese Änderung ermöglichte eine

umfassendere Beobachtung, welche auch das Migrationsgeschehen berücksichtigt (KLUMB & WIESSNER, 2010: 14 f.).

### **2.1.1 Epidemiologie**

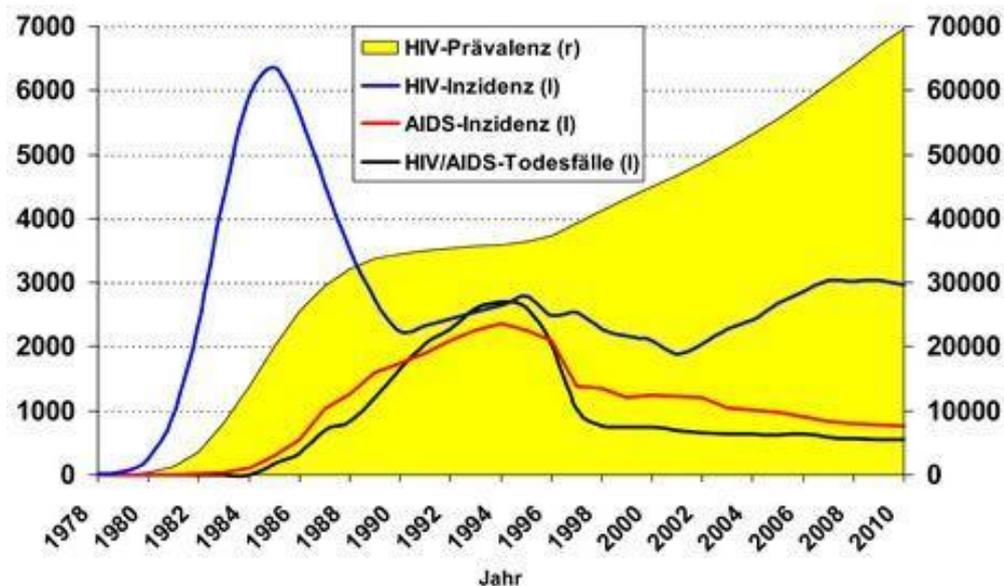
In den ersten Jahren der 1990er hielt sich die HIV-Prävalenz in Deutschland auf einem stabilen Niveau, da sich die Anzahl der Neuinfektionen, AIDS-Manifestationen und der AIDS-bedingten Todesfälle weitestgehend ausglich. Mit dem Beginn der Einführung der ART Mitte der 1990er Jahre steigt die Gesamtzahl der mit HIV und AIDS lebenden Personen in Deutschland an. Dies lässt sich in hohem Maße auf eine therapiebedingte Abnahme der Todesfälle und hieraus folglich einer Zunahme der mit dem HI-Virus infizierten Menschen in Deutschland zurückführen (HAMOUDA, et al., 2007: 409).

Die Prävalenz der, Ende des Jahres 2012 in Deutschland lebenden Personen mit HIV und AIDS, beträgt nach Schätzungen des Robert Koch-Institutes (RKI) etwa 78.000, wobei sich diese Zahl auf 15.000 weibliche und 63.000 männliche infizierte Individuen aufteilen lässt. Innerhalb der Gruppe der Männer, die Sex mit Männern haben (MSM), besteht aufgrund ihres Sexualverhaltens ein erhöhtes Infektionsrisiko. Etwa 51.000 der in Deutschland mit einer HIV-Infektion lebenden Personen haben sich auf diesem Wege angesteckt.

Weitere Risiken zur Infektion mit HIV innerhalb der deutschen Bevölkerung bestehen in der Übertragung durch heterosexuelle Kontakte, intravenösen Drogengebrauch, sowie der Ansteckung durch die Transfusion von HIV-kontaminiertem Blut (RKI, 2012).

Die HIV-Inzidenz erreichte in Deutschland ihren ersten Höhepunkt in dem Verlauf der HIV-Epidemie bereits Mitte der 1980er Jahre. Hiernach blieb die Zahl der Neuinfektionen in den 1990er Jahren gering und erlangte von 1999 bis 2001 ihren vorläufigen Tiefststand (HAMOUDA, et al., 2007: 409). Ab diesem Zeitpunkt wurde erneut ein Anstieg der Ansteckungen verzeichnet, wobei sich die Anzahl der Neuinfektionen seit Mitte der 2000er Jahre auf einem nahezu gleichbleibend hohen Niveau eingependelt hat (SEEDAT, et al., 2012a: 468). Die Zahl der geschätzten Inzidenz in Deutschland liegt Ende des Jahres 2012 laut RKI bei 3.400 Menschen, wobei die männliche Bevölkerungsgruppe mit etwa 3.000 Neuinfektionen den größten Anteil ausmacht. Von den im gleichen Jahr neu Infizierten hat sich wieder-

rum der größte Teil (geschätzte 2.500 Personen) aufgrund eines erhöhten Infektionsrisikos innerhalb der Gruppe der MSM angesteckt. Die restlichen Neuinfektionen lassen sich auf die Ansteckung durch heterosexuelle Kontakte (630 Personen) und eine Infektion durch intravenösen Drogenkonsum (210 Personen) aufteilen (RKI, 2012).



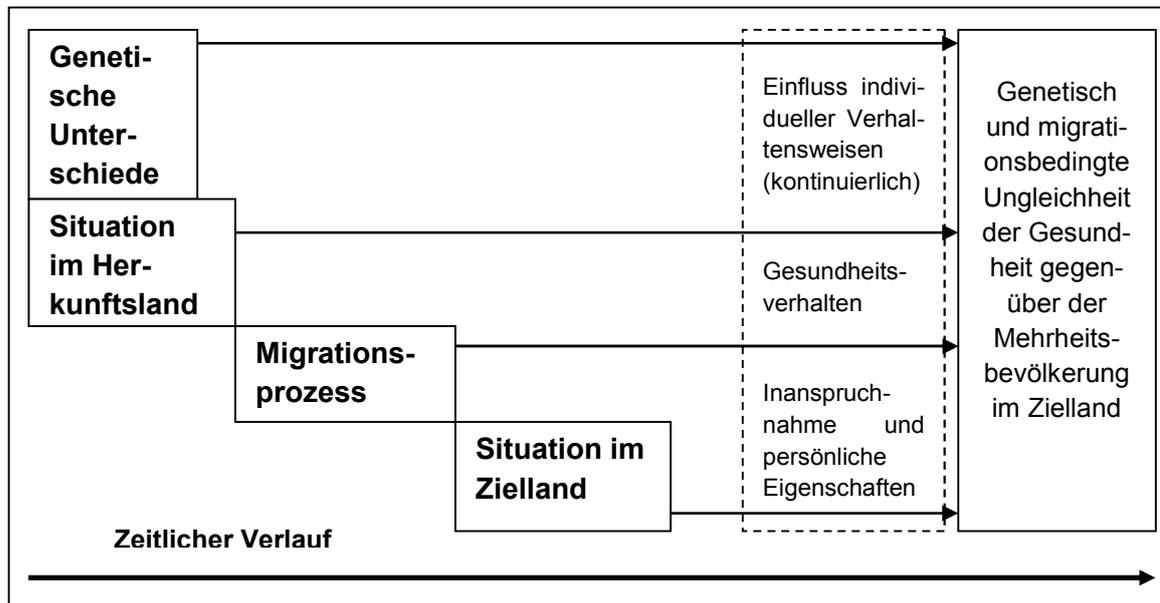
**Abb. 1: Verlauf der geschätzten HIV-Prävalenz, HIV-Inzidenz, AIDS-Inzidenz sowie der AIDS bedingten Todesfälle seit Beginn der Epidemie in Deutschland.**  
Quelle: RKI, 2010

## 2.2 Migration und Gesundheit

Migration bezeichnet laut dem Bundesamt für Migration und Flüchtlinge den Prozess einer räumlichen Verlegung des Lebensmittelpunktes einer Person. Von internationaler Migration wird gesprochen, wenn dies über die Staatsgrenzen hinweg geschieht (BAMF, 2012: 14). In weiterem Sinne werden Personen mit Migrationshintergrund als eine Gruppe von „allen nach 1949 auf das heutige Gebiet der Bundesrepublik Deutschland Zugewanderten, sowie alle in Deutschland geborenen Ausländer und alle in Deutschland als Deutsche Geborenen mit zumindest einem zugewanderten oder als Ausländer in Deutschland geborenen Elternteil“ (DESTATIS, 2013a: 6) definiert.

Ein Migrationshintergrund birgt für die Gesundheit der zugewanderten Personen eine erhöhte Vulnerabilität. Diese wird bestimmt durch diverse, unterschiedliche Determinanten, welche sich übergeordnet in vorherrschende Bedingungen im

Herkunftsland und migrationsspezifische Aspekte, sowie in die Bedingungen im Einwanderungsland und genetische und soziokulturelle Hintergründe einteilen lassen.



**Abb. 2: Modell verschiedener Einflussgrößen auf die Gesundheit von Migrantinnen und Migranten während ihres Lebenslaufes.** Quelle: Vereinfachte Darstellung frei nach SPALLEK & RAZUM, 2008: 283

Die Gesundheit kann demnach zunächst von in dem Heimatland herrschenden Bedingungen beeinflusst werden. Relevant sind traumatische Erfahrungen mit Gewalt und Kriegen, jedoch stellen die Qualität der Gesundheitsversorgung und das im Herkunftsland vorliegende Risiko für Infektionskrankheiten ebenfalls zu beachtende Einflussfaktoren dar. Weiterhin ist es möglich, dass sich migrations-spezifische Aspekte auf den gesundheitlichen Zustand von Einwanderinnen und Einwanderern auswirken. Ein Migrationsprozess ist in vielen Fällen mit enormen körperlichen Strapazen verbunden. Hierzu zählen in erster Linie psychosoziale Einflussfaktoren wie Isolation, Einsamkeit und Stress. Erfahrungen mit Rassismus und möglicherweise erlebte Gewalteinwirkungen innerhalb des Migrationsprozesses können ebenfalls die Gesundheit beeinflussen. Im Zielland ist ein besonderes Gesundheitsrisiko in der sozialen Lebenslage zu sehen. Neben eventuell existierenden Sprachbarrieren zählen weiterhin nachteilige Arbeits-, Bildungs- und Wohnbedingungen zu gesundheitsbeeinträchtigenden Aspekten. Diskriminierungserfahrungen in dem Einwanderungsland können den Gesundheitszustand ebenfalls langfristig prägen. Weitere Faktoren, welche Auswirkungen auf die Ge-

sundheit haben können, sind genetische und soziokulturelle Hintergründe eines Einwanderers, welche jegliche Denk- und Handlungsweisen untermalen (SPALLEK & RAZUM, 2007: 452; RAZUM, et al., 2008: 16).

### 2.3 Migrantinnen und Migranten aus Subsahara-Afrika und HIV

Die Länder des Kontinentes Afrika lassen sich geografisch in die Regionen nördlich und südlich der Sahara einteilen. Während etwa 50 der afrikanischen Länder vollständig oder teilweise südlich der Sahara liegen und somit das Subsahara-Gebiet ausmachen, zählen die arabisch geprägten Nordstaaten am Mittelmeer nicht dazu. Mitte des Jahres 2013 leben südlich der Sahara rund 926 Millionen Personen (BEHRENDIS & STALLMEISTER, 2013: 6).



Abb. 3: Subsaharische Länder Afrikas. Quelle: STEPMAP, 2014

Nachdem in den 1960er Jahren zunächst hauptsächlich nordafrikanische Personen arbeitsbedingt nach Deutschland einwanderten, stammt heute der größere Teil der hierzulande lebenden Afrikanerinnen und Afrikaner aus den subsaharischen Gebieten (SCHMID & BORCHERS, 2010: 147; DESTATIS, 2013b: 39).

Gründe (*Push*-Faktoren) für die Auswanderung aus dem Heimatland sind vielfältig. Hierzu zählen vor allem die Flucht vor Kriegen, Erwerbslosigkeit und wirtschaftlicher Not, weiterhin begünstigen Umweltzerstörungen und das Auftreten von Naturkatastrophen einen Migrationsprozess (SCHMID, et al., 2004: 7).

Nahezu alle Subsahara-Staaten sind Hochprävalenzländer (HPL), was bedeutet, dass mehr als 1% der Bevölkerung zwischen 15 und 49 Jahren eine HIV-Infektion aufweist. Insgesamt sind es Ende 2012 in diesem Teil des Kontinents etwa 25 Millionen Personen, wovon etwa 2,9 Millionen Betroffene zu den Kindern zählen (UNAIDS, 2013).

Die Betrachtung der in Kapitel 2.2 genannten, migrationsspezifischen Gesundheitsrisiken verdeutlicht, dass die Zielgruppe der Zuwanderinnen und Zuwanderer aus den Staaten südlich der Sahara in Bezug auf eine HIV-Infektion eine vulnerable Gruppe darstellen.

Hierzu trägt, unter Einbezug der Bedingungen im Heimatland, zunächst die erhebliche Ausbreitung der HIV-Epidemie in dem subsaharischen Gebiet bei. Darüber hinaus existieren weiterhin Barrieren und Aspekte, welche die Infektionsgefahr der Zielgruppe während des Migrationsvorganges erhöhen. Zunächst kann die psychische Gesundheit durch das Erleben von organisierter Gewalt in der Herkunftsregion stark beeinträchtigt werden. Hinzu kommen psychosoziale Probleme durch den Verlust protektiver Faktoren, welche ein promiskuitives und folglich infektionsrisikoreiches Sexualverhalten begünstigen können (GÖTTKE, 2009: 2). Ein weiteres migrationsspezifisches Risiko, insbesondere für weibliche Auswanderinnen, liegt in sexueller Gewalt, welche möglicherweise auf dem Weg in das Einwanderungsland erfahren wird (DÖLL, et al., 2000: 140 f.). Die soziale Lebenslage im Zielland stellt für die Kohorte insofern ein Ansteckungsrisiko dar, als dass diverse Barrieren, welche in Kapitel 3.4 näher erläutert werden, den Zugang zu der Gesundheitsversorgung und zu Präventionsmaßnahmen erschweren.

Soziokulturelle Hintergründe, welche eine HIV-Infektion begünstigen, können bereits von dem Heimatland mit in das Zuwanderungsland gebracht und nicht ohne weiteres bei der Einreise in ein fremdes Land abgelegt werden. So gehen HIV und AIDS in subsaharischen Kulturen häufig mit einer hohen Tabuisierung einher. Diese besteht oft aufgrund der unterschiedlichen religiösen und traditionellen Hinter-

gründe, welche HIV und AIDS nicht selten mit verschrienen Themen wie Homosexualität und Prostitution assoziieren (KLUMB & WIESSNER, 2010: 36 f.). In einigen Kulturen besagt jene Auffassung gleichzeitig, dass solange die Regeln der jeweiligen Religion befolgt werden, eine HIV-Ansteckung nicht stattfinden kann und somit nur Sünder infolge einer Bestrafung mit einer Infektion belegt werden (KLUMB & WIESSNER, 2010: 154 f.). Unter diesem Aspekt scheint die Benutzung eines Kondoms zum Schutz vor dem HI-Virus wenig plausibel (STRUCK, 2003: 22). Aus solchen, regional unterschiedlichen, religiösen und gesellschaftlichen Sichtweisen erschließt sich ein weiteres infektionsrelevantes Problem. Aus Angst vor einer Stigmatisierung und einer hieraus folgenden negativen sozialen Konsequenz, wie dem Ausschluss aus Gesellschaftskreisen, wird in häufigen Fällen auch eine bereits diagnostizierte Erkrankung verschwiegen (STEUER, 2012: 34). Die stark von Religionsaspekten, kulturellen Auffassungen und sozialen Prägungen beeinflussten Verhaltensmuster innerhalb der afrikanischen Kulturen gestalten die Kommunikation über Sexualität, vor allem in ländlicheren Gebieten, als schwierig. Generationsübergreifend stellt diese Thematik in den Herkunftsländern ebenfalls häufig ein Tabu dar. Infolgedessen bestehen weit verbreitete Informationsdefizite in der sexuellen Aufklärung (STRUCK, 2003: 23).

### **2.3.1 Geschlechterspezifische Risiken in Bezug auf HIV**

Zwischen den Geschlechterstrukturen der Subsahara-Migrantinnen und Migranten sind Unterschiede in Bezug auf die Infektionsrisiken mit HIV zu erkennen. Bevor diese im weiteren Verlauf näher beleuchtet werden, erfolgt zunächst eine stichwortartige Zusammenfassung:

- Biologische Beschaffenheit
- Soziokulturelle Prägungen
  - Ungleiche Machtstrukturen und Rollenverteilung
- Traditionelle Rituale

Die Frauen werden zunächst in Folge ihrer biologischen Beschaffenheit als besonders vulnerabel gegenüber einer HIV-Infektion angesehen. Aufgrund einer höheren Viruslast in der Samenflüssigkeit, sowie einer anfälligen Beschaffenheit der Vaginalschleimhaut können sie sich bei heterosexuellem Geschlechtsverkehr eher infizieren als Männer. Hinzu kommen traditionelle und soziokulturelle Prägungen

innerhalb der subsaharischen Gesellschaften, welche die Verbreitung des HI-Virus begünstigen. In weiten Teilen des Subsahara-Gebietes besteht nach wie vor eine patriarchalisch ausgerichtete Rollenverteilung, welche auch in sexuellen Aspekten eine Unterordnung der Frau erkennen lässt. Strukturen der Polygamie und die Untreue des Mannes sind gängige Praxis und steigern sowohl für den Mann als auch für die Frau die Gefahr, sich mit dem Virus zu infizieren (STRUCK, 2003: 24). Frauen haben aufgrund einer sozialen Machtungleichheit kaum die Möglichkeit auf eine Verhütung zu bestehen, da eine Ansprache dieser Thematik häufig mit Untreue in Verbindung gebracht wird. Hieraus können gewalttätige Handlungen von Seiten des Mannes resultieren. Der Aspekt, dass die zentrale Aufgabe einer Frau in vielen Regionen Subsahara-Afrikas in der Fortpflanzung und Familiengründung gesehen wird, lässt sie zusätzlich von schützenden Verhütungsmaßnahmen absehen (COMMONWEALTH SECRETARIAT, 2002: 26 f.).

Die Kontrolle über das Schutzverhalten liegt somit in den meisten Fällen allein auf Seiten des Mannes. Eine geringe Informiertheit über sexuelle Übertragungswege des HI-Virus und mangelndes Wissen über protektive Maßnahmen begünstigen jedoch ein risikoreiches Sexualverhalten. Soziokulturell bestimmte Mythen, welche besagen, dass die Verwendung von Kondomen der Männlichkeit schadet, sind als Folge solcher Informationsdefizite ebenfalls nach wie vor verbreitet (COMMONWEALTH SECRETARIAT, 2002: 22).

Ein weiterer Aspekt, welcher beide Geschlechtergruppen einer höheren Infektionsgefahr aussetzt, ist in der Tradition der Beschneidung zu erkennen. Häufig wird sie unter mangelnden hygienischen Bedingungen mit verunreinigtem Operationsbesteck durchgeführt. Während sie bei Männern noch einen gewissen hygienischen Nutzen birgt, geht sie besonders seitens der Frauen nicht selten mit einer erhöhten Blutungs- und Verletzungsgefahr während des Geschlechtsverkehrs einher (DÖLL, et al., 2000: 169 f.). Die weibliche Genitalbeschneidung wird auch heutzutage noch praktiziert, hauptsächlich in den westlichen, östlichen und nordöstlichen Regionen Afrikas (WHO, et al., 2008: 6, 11).

Nach Nennung dieser Faktoren gilt es jedoch zu beachten, dass die afrikanischen Einwanderinnen und Einwanderer allgemein keine homogene Gruppe darstellen, und sich aus zahlreichen unterschiedlichen Religionen, kulturellen Hintergründen

und einer großen Sprachenvielfalt zusammensetzen, sodass nicht jede subsaharische Person im gleichen Maße diesen Infektionsrisiken ausgesetzt ist (AHK, 2007: 8).

## **2.4 Entwicklung des Infektionsgeschehens innerhalb der Zielgruppe**

In Deutschland leben Ende des Jahres 2012 nach Angaben des Statistischen Bundesamtes insgesamt 287.954 Personen afrikanischer Herkunft. Diese Zahl setzt sich aus der Gesamtheit weiblicher und männlicher afrikanischer Staatsangehöriger und Staatenloser, sowie aus Afrikanerinnen und Afrikanern mit ungeklärter Staatsangehörigkeit in Deutschland zusammen (DESTATIS, 2013b: 6).

165.083 dieser vornehmlich zwischen 25 und 65 Jahre alten Einwanderinnen und Einwanderer stammen aus dem Gebiet südlich der Sahara und stellen somit im Anbetracht auf andere Gruppierungen mit Migrationshintergrund in Deutschland zahlenmäßig eine kleine Gruppe dar. Insgesamt machen sie etwa 0,2 % der deutschen Bevölkerung aus (DESTATIS, 2013b: 75, 137-140).

Geschlechterspezifisch leben 88.500 männliche subsaharische Afrikaner in Deutschland, während die Einwanderinnen aus diesen Regionen mit 76.583 etwa 46,4 % der gesamten subsaharischen Ausländer in Deutschland ausmachen (DESTATIS, 2013b: 137-140).

Unter dem Begriff der HIV-Epidemie in Deutschland lassen sich Einwanderinnen und Einwanderer aus Subsahara-Afrika als epidemiologisch relevant ansehen, da sie die Migrantengruppe mit der höchsten Prävalenz darstellen.

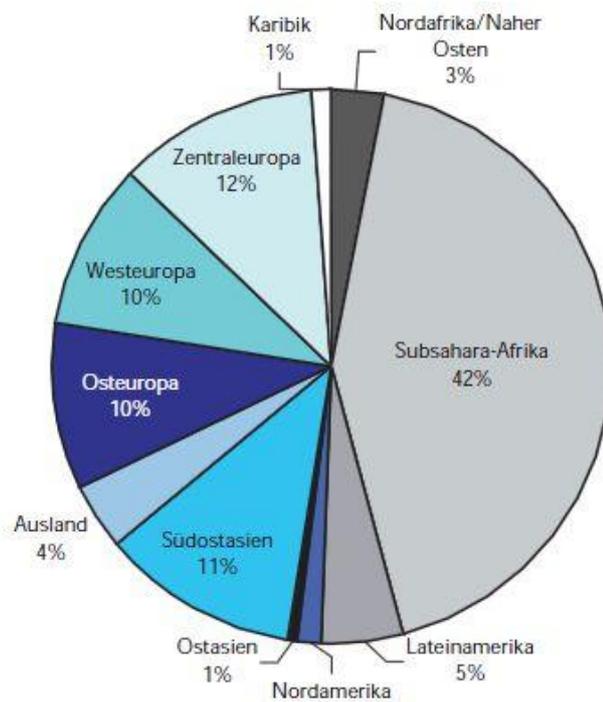
Den Hauptübertragungsweg in der Zielgruppe stellt der heterosexuelle Geschlechtsverkehr dar. In den Jahren von 2003 bis 2013 wurden insgesamt 5.028 Erstdiagnosen durch diese Sexualpraktik in Deutschland vermeldet. Der höchste Anteil der hierdurch infizierten Personen stammt mit 2.280 Meldungen (45,3 %) aus Subsahara-Afrika. Somit bilden sie nicht nur die höchste Zahl der Neuinfektionen bei ausländischen Bevölkerungsgruppen in Deutschland, sondern überragen auch die Anzahl an deutschen Personen, welche sich durch diesen Übertragungsweg infiziert haben (1.429 Menschen). Der Großteil der Infektionen (71%) der Zielgruppe aus den Subsahara-Gebieten wurde hierbei nach Angaben des RKI bereits in dem Herkunftsland erworben, während rund 13,7 % der Infektionen

in Deutschland stattgefunden haben. Eine Ansteckung in anderen Ländern, sowie eine höhere Zahl an Diagnosen mit unbekanntem Infektionsort (13,9%) bestimmen die restlichen Diagnosen unter subsaharischen Afrikanerinnen und Afrikanern (SEEDAT, et al., 2013: 223).

In Anbetracht der Daten des RKI spielt das erhöhte Ansteckungsrisiko innerhalb der Kohorte der MSM für die Infektionsverteilung in der subsaharischen Gemeinde in Deutschland kaum eine Rolle. Lediglich 1% der 217 im Jahre 2010 auf diesem Wege Neuinfizierten mit einem anderen Her-

kunftsland als Deutschland kamen aus Subsahara-Afrika (SEEDAT, et al., 2012b: 20). Das Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS) schätzt die MSM-bedingte HIV-Prävalenz in den subsaharischen Staaten jedoch auf 17,9%. Aus diesem Grund sollte dem Aspekt Beachtung geschenkt werden, dass homosexuelle Handlungen auch heutzutage noch in 38 Staaten südlich der Sahara als strafbar gelten. Des Weiteren gehen sie dort kulturell und sozial bedingt mit Faktoren von Diskriminierung, Stigmatisierung und Ausgrenzung einher, sodass homosexuelle afrikanische Männer ihre Neigung sowohl in der Gesellschaft als auch vor Gesundheitsdiensten verschweigen (WOLF, et al., 2013: 1 f.; AMNESTY INTERNATIONAL, 2013).

Da diese soziokulturellen Barrieren mit der Einreise in ein anderes Land nicht ohne weiteres abgelegt werden können, könnte eine höhere Dunkelziffer an auf diesem Wege erworbenen Infektionen innerhalb der Zielgruppe vorliegen.



**Abb. 4: Herkunftsregionen der seit 2001 in Deutschland mit HIV diagnostizierten Personen, bei denen ein anderes Herkunftsland als Deutschland angegeben wurde. Quelle: SEEDAT, et al., 2010: 40**

### **2.4.1 Frauen aus Subsahara-Afrika und HIV in Deutschland**

Im Jahr 2011 lebten in Subsahara Afrika mit 58% aller Meldungen mehr Frauen als Männer mit HIV und AIDS (UNAIDS, 2012a). Eine solche Entwicklung ist ebenfalls unter den weiblichen und männlichen Einwanderern dieser Herkunft in Deutschland zu beobachten. Der Prozess der Geschlechterverteilung der HIV-Neuinfektionen bei den Migrantinnen und Migranten aus Subsahara Afrika zeigt, dass es seit 1999 zu einer kontinuierlichen Verschiebung der Daten kommt. Während zu Beginn der *Surveillance*aufzeichnungen noch die Infektionszahlen der männlichen Migranten einen höheren Anteil einnahmen, stieg die Zahl der weiblichen Neuinfektionen ab Ende der 1990er Jahre fortlaufend an. Ende des Jahres 2007 wurden mit knapp 60% deutlich mehr Erstdiagnosen bei den subsaharischen Einwanderinnen festgestellt (KLUMB & WIESSNER, 2010: 21).

Die hohe Infektionsrate innerhalb dieser Kohorte herrscht heute weiterhin vor, so dass von den im Jahre 2010 in Deutschland auf heterosexuellem Wege infizierten Frauen etwa 66,3% aus den subsaharischen Staaten erfasst wurden (SEEDAT, et al., 2012b: 20). In Bezug auf die Gesamtaufenthaltszahl von Personen aus Subsahara-Afrika in Deutschland wird deutlich, dass die weiblichen Einwanderinnen eine geringere Personenzahl erreichen als die männlichen, jedoch einer höheren Infektionsbetroffenheit unterliegen.

Nach Beschreibung dieser Daten sollte abschließend berücksichtigt werden, dass ein Teil der Infektionen erst in einem späteren Stadium der HIV-Infektion aufgedeckt wird, sodass davon ausgegangen werden muss, dass die Zahl der angesteckten Personen, insbesondere auch die der Migrantinnen und Migranten mit einem ohnehin schlechteren Zugang zum Gesundheitswesen, höher ist, als durch die Datenerhebung angenommen (RAZUM, et al., 2008: 41). Um diese besonders vulnerable Gruppe in Bezug auf HIV-Prävention besser zu erreichen, sind spezifische, zielgruppenorientierte Maßnahmen nötig.

Abschließend lässt sich zusammenfassen, dass die Kohorte der Personen aus Subsahara-Afrika in Deutschland, trotz einer zahlenmäßig geringen Vertretenheit, die Migrantengruppe mit der höchsten HIV-Prävalenz darstellt. Aufgrund diverser, gesundheitsbeeinflussender Determinanten vor, während und nach einem Migrationsvorgang sind sie häufig einem erhöhten Ansteckungsrisiko mit dem HI-Virus

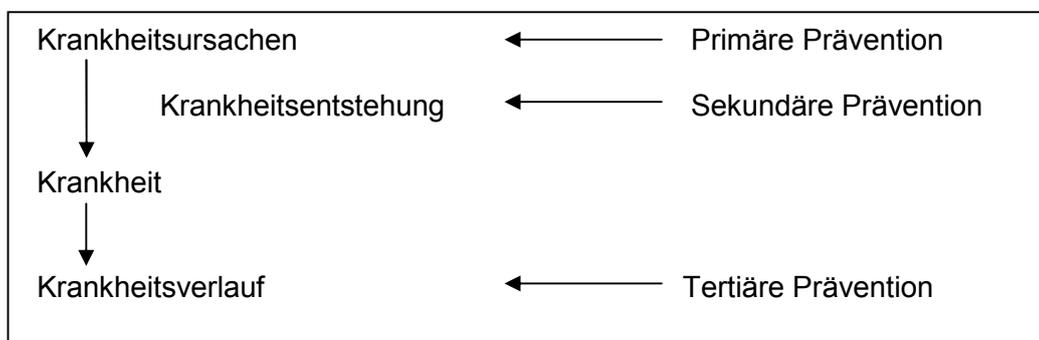
ausgesetzt. *Genderspezifische* Unterschiede in der Infektionsvulnerabilität wirken sich weiterhin auf die Infektionsverteilung aus, sodass die Kohorte der subsaharischen Frauen sowohl in Deutschland, als auch in den Herkunftsregionen in höherem Maße infiziert ist.

### 3. Prävention

Das Wort Prävention wird abgeleitet von dem lateinischen Begriff „prae-venire“, welcher so viel bedeutet, wie einer Sache zuvorzukommen (WALLER, 2006: 185).

Heute wird unter dem Begriff der Prävention die Verhütung von Krankheiten durch vorbeugende Maßnahmen zur Ausschaltung von Krankheitsursachen und -risiken, durch Früherkennung oder durch die Vermeidung des Fortschreitens einer bestehenden Krankheit verstanden (LEHMANN, et al., 2011: 561).

Eine Unterteilung der Präventionsmaßnahmen nach dem Zeitpunkt der Intervention ergibt drei verschiedene Präventionsansätze, die Primär-, Sekundär- und die Tertiärprävention.



**Abb. 5: Einteilung der Prävention** *Quelle: Eigene Darstellung nach WALLER, 2006: 186*

Die Primärprävention beschäftigt sich mit der Ursache von Krankheiten, wobei ihrem Begriff alle notwendigen Maßnahmen untergeordnet werden, um eine Krankheit, beziehungsweise das Erkranken zu vermeiden. Hierzu zählen vornehmlich die Senkung von Belastungen und die Stärkung von Ressourcen. Zur sekundären Prävention werden Aspekte gezählt, welche durch Krankheitsfrüherkennung und durch eine adäquate Frühbehandlung in den Entstehungsprozess

einer Krankheit eingreifen und hierdurch den Verlauf positiv beeinflussen. Sekundäre Maßnahmen beschäftigen sich demnach mit der Entstehung einer Krankheit. Die tertiäre Prävention wiederum, heute auch unter dem Begriff der Rehabilitation gefasst, beschäftigt sich mit der Verhütung eines Krankheitsrückfalls oder einer Chronifizierung und wirkt somit auf den Verlauf einer Erkrankung (LEHMANN, et al., 2011: 561 f.; WALLER, 2006: 185 f.).

Des Weiteren können Präventionsmaßnahmen nach der Zielgröße unterschieden werden. Bei dem Ansatz der personalen Prävention liegen die notwendigen Präventionsmaßnahmen in einer Person, während bei der Verhaltensprävention ihr Verhalten im Mittelpunkt der Prävention steht. Das Verändern bestimmter, krankmachender Verhältnisse wird unter dem Begriff der Verhältnisprävention behandelt (WALLER, 2006: 185 f.).

Im weiteren Verlauf dieser Arbeit wird auf die primärpräventive Aspekte eingegangen, welche sich demnach mit Maßnahmen und Bemühungen zur Verhinderung einer Infektion mit dem HI-Virus beschäftigen.

### **3.1 HIV-Primärprävention – Situation in Deutschland**

Auf Bundesebene spielt zunächst die Bundeszentrale für Gesundheitliche Aufklärung (BZgA), welche im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) Präventionsmaßnahmen durchsetzt, in der Gesundheitskommunikation um HIV und AIDS seit dem Jahre 1987 eine zentrale Rolle. Die bundesweite Aufklärungskampagne „Gib AIDS keine Chance“ existiert bereits seit diesem Zeitpunkt. Auch heutzutage bietet die BZgA noch eine Kombination aus medialen und personal-kommunikativen Angeboten für die Förderung des Schutzverhaltens der Allgemeinbevölkerung an (UNAIDS, 2012b).

Die Deutsche AIDS-Hilfe e.V. (DAH) ist bereits seit einem ähnlich langen Zeitraum in dem Gebiet der HIV-Prävention tätig. Zu Beginn der Epidemie agierte sie zunächst als Selbsthilfegruppe, entwickelte sich dann jedoch über eine Selbsthilfeorganisation bis heute zu einer nichtstaatlichen Organisation weiter (ROSEN-BROCK, 2010: 13). Aktuell stellt die DAH den bundesweiten Dachverband von etwa 130 lokalen und regionalen Dienststellen dar, welche insbesondere auf Beratungs- und Testangebote in Bezug auf HIV und AIDS spezialisiert sind und sich

meist auf besonders vulnerable Zielgruppen fokussieren. Bereits in den Anfangszeiten der Präventionsarbeit vereinbarten die BZgA und die DAH untereinander eine enge Kooperation, und auch heute erhält die DAH von der BZgA den Großteil der staatlichen Mittel für Präventionszwecke. Neben diesen Organen der Prävention stellt die Deutsche AIDS-Stiftung (DAS) einen weiteren zugehörigen Akteur der deutschen Präventionslandschaft dar. Sie fördert nach finanziellen Unterstützungsangeboten für betroffene Personen bundesweit verschiedene, präventiv ausgelegte Projekte (BZgA, 2009a).

Hinsichtlich der thematisch relevanten kommunalen und landesweiten Angebote gilt zunächst der öffentliche Gesundheitsdienst als wichtigster Vertreter von präventiven Maßnahmen zu HIV und AIDS. Bereits Ende der 1980er Jahre wurden deutschlandweit in etwa 300 Gesundheitsämtern AIDS-Beratungsstellen eingerichtet, in welchen eine anonyme, vertrauliche und kostenlose Beratung zu Themen rund um eine HIV-Infektion angeboten wurde. Von den heute über 400 Einrichtungen ist ein großer Teil noch immer auf anonymer und kostenloser Basis tätig, und arbeitet, häufig verallgemeinert als STD-Beratungsstelle, nach dem Prinzip des *voluntary counselling and testing*. Diese Vorgehensempfehlung betont die Freiwilligkeit der Inanspruchnahme eines Angebots und fordert in Kombination mit einem HIV-Test immer eine persönliche Beratung (STEFFAN, et al., 2005: 71). Die Aufklärungs- und Öffentlichkeitsarbeit in Form von der Teilnahme an bestimmten zielgruppenspezifischen Kampagnen zählen außerdem zu den Aufgaben dieser Gesundheitsdienste.

Parallel zu den Hauptakteuren in der HIV-Primärprävention existieren außerdem allgemein- oder zielgruppenspezifisch ausgerichtete Präventionsangebote und Projekte, welche durch weitere freie Träger, Stiftungen oder Vereine ins Leben gerufen wurden (BZgA, 2009a).

Um einen möglichst großen Anteil der deutschen Allgemeinbevölkerung zu erreichen, wird eine, in Deutschland bereits erfolgreich praktizierte, Vernetzung staatlicher und nichtstaatlicher Akteure auf den verschiedenen Bundes-, Länder und Kommunalebene, sowie eine koordinierte und aktive Kooperation dieser Organe benötigt (UNAIDS, 2012b).

Für die deutsche Allgemeinbevölkerung stellt sich das HIV-Präventionskonzept bereits als funktional und erfolgreich dar, jedoch muss beachtet werden, dass gerade einzelne Migrantengruppen, wie die der Subsahara-Afrikanerinnen und Afrikaner, in welchen ein erhöhter Aufklärungsbedarf zum Thema HIV und AIDS besteht, nicht ausreichend von den Präventionsdiensten erreicht werden.

### **3.2 Migration und HIV-Prävention**

Einwanderinnen und Einwanderer sind aufgrund von in Kapitel 2.2 genannten migrationsspezifischen Aspekten, psychosozialen Faktoren, einer oftmals defizitären sozialen Lage und mangelnder Integration im neuen Heimatland sowie der herrschenden Bedingungen in ihrem Herkunftsland einem höheren Risiko einer HIV-Infektion ausgesetzt. Für den deutschen Gesundheitsdienst besteht somit ein erhöhter Bedarf, diese Zielgruppe durch Aufklärungsmaßnahmen zu erreichen. Die Präventionslandschaft ist in Deutschland für die Mehrheitsbevölkerung bereits umfangreich ausgebaut und auch für Personen mit Migrationshintergrund wurden im Laufe der Entwicklung der HIV-Prävention zunehmend spezifische Angebote erarbeitet und eingerichtet.

Von den bestehenden medialen Angeboten, welche im Rahmen der HIV-Prävention von der deutschen Bevölkerung am häufigsten wahrgenommen werden, wird die Zielgruppe der Migrantinnen und Migranten in deutlich geringerem Maß angesprochen. In dem Angebotsspektrum des öffentlichen Gesundheitsdienstes hingegen wird migrantenspezifischen Präventionsmaßnahmen bereits Beachtung geschenkt (STEFFAN, et al., 2005: 59). Aufgrund des aktuellen Wissensstandes in Bezug auf infektionsgefährdete Risikogruppen wurden vorhandene Aufklärungsmaterialien übersetzt, außerdem beschäftigen einige der regionalen und kommunalen Beratungszentren bereits Dolmetscherinnen und Dolmetscher, welche die individuellen Belange der weiblichen und männlichen Klienten effektiver an die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter tragen können (SPALLEK & RAZUM, 2007: 454; JUNG, et al., 2006: 14). Dieser Einsatz ist allerdings bundeslandabhängig und sowohl Materialien als auch Dolmetscherinnen und Dolmetscher stehen meist nur für die zahlenmäßig am stärksten vertretenen Migrantengruppen zur Verfügung, sodass es bei Minderheiten innerhalb der Zielgruppe zu Benachteiligungen im Zugang kommen kann (SPALLEK & RAZUM, 2007: 454).

In der Arbeit der Deutschen AIDS-Hilfe ist Migration in Verbindung mit der HIV-Prävention seit mehreren Jahren ein Thema, sodass bestehende und entwickelte Maßnahmen verstärkt auf die Zielgruppe zugeschnitten wurden. Infolgedessen entwickelten die AIDS-Hilfen Beratungsfortbildungen und führten diese für interessiertes Fachpersonal durch. Zu weiteren Bemühungen zählte das Entwerfen von migrationsspezifischen Materialien sowie in vereinzelt lokalen AIDS-Hilfen die Umsetzung von Modellprojekten und Konzepten, mit deren Hilfe speziell vulnerable Migrantinnen und Migranten erreicht werden sollen (KLUMB & WIESSNER, 2010: 59). Die weiteren Einrichtungen der freien Trägerschaft, welche auf dem Gebiet der HIV-Prävention agieren, lassen ebenfalls einen Angebotszuwachs für die Gruppe der Personen mit Migrationshintergrund in Deutschland erkennen. Häufig sind diesen jedoch zeitlich, personell und finanziell begrenzende Rahmen gesetzt, sodass ein langfristiger Nutzen oder Erfolg nicht evaluiert werden kann (SPALLEK & RAZUM, 2007: 453).

Im Laufe des Fortschritts der migrationsspezifischen Prävention von HIV-Infektionen kam auch die Erkenntnis auf, dass die in hohem Maße heterogene Gruppe der Migrantinnen und Migranten in Deutschland durch allgemein gefasste Programme nicht gleichermaßen erreicht werden kann, sodass eine Präzisierung der Angebote nötig ist (GÖTTKE, 2009: 2 f.). Zunächst sind die verschiedenen Kohorten unterschiedlich hohen HIV-Risiken ausgesetzt. Weiterhin besteht nicht nur herkunftsbedingter Differenzierungsbedarf, sondern auch in sprachlichen, kulturellen und geschlechterspezifischen Aspekten. Es wurde festgestellt, dass zur Entwicklung erfolgreicher Maßnahmen innerhalb der Kohorte mit Migrationshintergrund, die Notwendigkeit einer Spezifizierung der Zielgruppe unter Berücksichtigung von soziokulturellen, religions- und sprachsensiblen Ansätzen besteht (KLUMB & WIESSNER, 2010: 217).

Die Gruppe der Migrantinnen und Migranten aus Subsahara-Afrika gerät vorrangig durch die hohe HIV-Prävalenz in der Heimatregion in den Fokus, welche sich deutlich auf das Infektionsgeschehen der in Deutschland lebenden Personen auswirkt. Sie stellen, trotz ihres zahlenmäßig geringen Anteils innerhalb der Kohorte der Migrantinnen und Migranten in Deutschland, die Gruppierung mit der höchsten HIV-Prävalenz dar. Des Weiteren treten innerhalb dieser Gemeinschaft spezifische, für die Inanspruchnahme von Präventionsangeboten entscheidende

Barrieren auf, welche den Zugang zu bestehenden Maßnahmen weiterhin erschweren und zielgruppenorientierte Ansätze erfordern. Um diese deutlicher zu identifizieren und herauszuarbeiten, ist es zunächst nötig, die Lebenswelt der zugewanderten Zielgruppe in Deutschland näher zu betrachten.

### **3.3 Lebenswelt der Subsahara-Migrantinnen und Migranten in Deutschland**

Innerhalb ihrer, durch die Herkunftsregion definierten Gemeinschaft, gelten die Einwanderinnen und Einwanderer aus Subsahara-Afrika ebenfalls als eine heterogene Gruppe. Sie stammen aus verschiedenen Ländern und Regionen innerhalb des Subsahara-Gebietes, sprechen unterschiedliche Sprachen und weisen diverse kulturelle Hintergründe sowie eine Vielzahl an Religionszugehörigkeiten auf. Auch das Alter, die Gründe für eine Migration sowie der Grad der Bildung variieren. Hieraus folglich erstreckt sich die Kohorte der subsaharischen Migrantinnen und Migranten über eine Bandweite von studierenden Personen bis hin zu Flüchtlingen, welche zum Teil legal in Deutschland leben, teilweise einen unsicheren Aufenthaltsstatus haben oder sich illegal in Deutschland aufhalten (DAS, 2008: 43; BROCKMANN, et al., 2005: 19).

Im Einwanderungsland vermischen sich all diese Personen mit unterschiedlichsten Hintergründen und demografischen Strukturen in lokalen Zusammenschlüssen, sogenannten *Communities*. Diese beschreiben ein eigenständiges, soziokulturelles und ökonomisches Netzwerk von subsaharischen Migrantinnen und Migranten und werden durch gemeinsame religiöse Prägungen, Traditionen oder Interessen in weitere Untergruppen definiert (KOSCHOLLEK & SANTOS-HÖVENER, 2012: 7; BROCKMANN, et al., 2005: 17).

Das soziale Umfeld stellt, insbesondere für im Ausland lebende Personen, einen wichtigen Faktor dar. Durch die Zugehörigkeit zu der *Community* können subsaharische Einwanderinnen und Einwanderer das migrationsbedingte Gefühl der Einsamkeit und der Isolation durch den Kontakt zu Personen mit ähnlichen Hintergründen und Einstellungen kompensieren (AHH, 2009). In erster Linie bietet die *Community* einen Ort der sozialen Zusammenkunft, welcher sowohl als Ablenkung von dem Alltagsgeschehen als auch dem Zwecke des Austausches von Informationen dienen kann. Neben der Behandlung religiöser, kultureller und politi-

scher Themen findet unter den Zugewanderten zusätzlich integrationsfördernde Unterstützung statt, welche sich beispielsweise auf Arbeits- und Wohnungsbelange bezieht (KOSCHOLLEK & SANTOS-HÖVENER, 2012: 7).

Ergänzend zu diesem Konzept spielt die Gründung und Existenz von Vereinen, Organisationen und Gemeinden, welche die diversen Interessengruppen innerhalb des Netzwerkes und auch nach außen hin vertreten, eine vornehmliche Rolle. Sie organisieren Veranstaltungen wie Sportturniere oder Gottesdienste für die *Community* und bieten eine weitere sozialkommunikative Möglichkeit (KOSCHOLLEK & SANTOS-HÖVENER, 2012: 8).

Das Netzwerk der subsaharischen Migrantinnen und Migranten in Deutschland ist innerhalb der Zielgruppe gut ausgebaut und bietet den weiblichen und männlichen Einwanderern einen Ort, an welchem Isolationsgefühle und Heimweh kompensiert werden können. Die Auslebung von religiösen und kulturellen Bedarfen kann in dem Netzwerk, innerhalb von Gruppen mit gleichgesinnten Personen, stattfinden. Gleichzeitig jedoch verhindert eine Zugehörigkeit zu *Community*netzwerken möglicherweise eine Anbindung und Integration in deutsche Lebenswelten, sodass die Folge hieraus eine Isolation der subsaharischen Migrantengruppe innerhalb der deutschen Gesellschaft sein kann. Hierdurch erschwert sich der Zugang zu bestehenden Aufklärungsangeboten des deutschen Gesundheitssystems zu HIV zusätzlich (DÖLL, et al., 2000: 136).

### **3.4 Erreichbarkeit der Zielgruppe in Bezug auf HIV-Prävention**

Aufgrund der gut ausgebauten *Community*strukturen der Kohorte aus Subsahara-Afrika in Deutschland werden Informationen zu diversen Themen zunächst häufig aus dem Freundes- und Bekanntenkreis bezogen. Da HIV und AIDS in den afrikanischen Gesellschaften jedoch häufig einer Tabuisierung unterliegen, ist es für Interessierte oftmals nicht möglich, das Thema ohne Schamgefühl und Angst vor einer Stigmatisierung anzusprechen (STEFFAN, et al., 2005: 30; GÖTTKE, 2009: 4). Die Möglichkeit, Informationen zu diesem gesundheitsrelevanten Aspekt zu erlangen, bietet sich für die Zielgruppe also im höchsten Maße außerhalb der *Community* in Einrichtungen des deutschen Gesundheitsdienstes. Nach Meinung der Expertinnen und Experten besteht das Interesse nach Informationen zu HIV und AIDS in der Zielgruppe. Der Zugang zu Hilfsangeboten ist jedoch oft, bedingt

durch unterschiedliche Faktoren, schwieriger als für Allgemeinbevölkerung und wirft in Kombination mit mangelndem Wissen zu Übertragungswegen des Virus und Schutzmaßnahmen hiergegen Barrieren auf (DAS, 2008: 43). Um einen Überblick über die folgenden, detaillierten Ausführungen zu geben, werden jene zugangerschwerenden Aspekte zunächst allgemein aufgezählt.

Barrieren im Zugang zu präventiven Maßnahmen seitens der subsaharischen Migrantengruppe:

- Sprache
- Kommunikation
- Mangelnde Kenntnisse über präventive Angebote
- Status im Einwanderungsland
- Sorgenvielfalt
- Soziokulturelle & gesellschaftliche Hintergründe

Barrieren in der Erreichung der Zielgruppe durch präventive Maßnahmen seitens der deutschen Gesundheitsdienste:

- Sprache
- Kommunikation
- Geringe, zielgruppenspezifische Angebotsbewerbung
- Unzureichendes Hintergrundwissen
- Fehlende finanzielle, zeitliche und personelle Ressourcen

Zunächst können migrationsspezifische Barrieren existieren und somit den Zugang zu HIV-Präventionsmaßnahmen behindern. Besonders Migrantinnen und Migranten aus den ländlicheren Regionen Subsahara-Afrikas sprechen selten eine Fremdsprache, sodass im Einwanderungsland Kommunikationsprobleme entstehen, welche eine angemessene Beratung und Aufklärung erschweren. Nicht nur sprachlich, sondern in der gesamten Kommunikation, also auch in der Beschreibung von Symptomen oder Anliegen, drücken sich die verschiedenen Kulturen in unterschiedlicher Weise aus. Ohne ein Hintergrundwissen über diesen Aspekt kann es zu Missverständnissen und Unsicherheit kommen (DÖLL, et al., 2000: 164). Aufgrund jener Problematik können auch bestehende, mediale Aufklärungsmaterialien von der Zielgruppe seltener wahrgenommen und verstanden

werden. Hinzu kommt die Tatsache, dass vielen subsaharischen Personen die Einrichtungen, welche der HIV-Prävention nachgehen, gar nicht bekannt sind. Mangelhafte Kenntnisse über das Angebot der deutschen Gesundheitsdienste und den eigenen Anspruch hierauf resultieren in der geringeren Wahrnehmung von Präventionsmaßnahmen (KOSCHLLEK & SANTOS-HÖVENER, 2012: 30 f.). Ein erschwerter Zugang kann sich der Zielgruppe, selbst wenn vorhandene Einrichtungen bekannt sind, durch weitere migrationsbedingte Faktoren bieten. Von hoher Bedeutung für die Wahrnehmung von präventiven Maßnahmen ist der Aufenthaltsstatus der Person. Oftmals ist dieser nicht gesichert, sodass Einschränkungen in der Inanspruchnahme von gesundheitlichen Versorgung entstehen. Erschwerend hinzu kommt in einigen Fällen außerdem die Angst davor, dass der illegale Aufenthaltsstatus durch einen Besuch entdeckt wird und wohlmöglich eine Abschiebung ins Herkunftsland zur Folge hat. Infolgedessen kann Misstrauen gegenüber den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern relevanter Anbieter entstehen. Der Gang zu einer Gesundheitseinrichtung erfolgt hieraus resultierend oftmals nur in äußersten Notfällen, sodass das Konzept der Prävention ein geringes Potential birgt (KOSCHOLLEK & SANTOS-HÖVENER, 2012: S. 35). Neben aufenthaltsrechtlichen Sorgen haben Migrantinnen und Migranten häufig vermehrt existenzielle, ökonomische Sorgen und soziale Probleme. Diese führen nicht selten dazu, dass die eigene Gesundheit in den Hintergrund rückt und Präventionsangebote von ihnen in geringerem Maße bedacht werden als von der Mehrheitsbevölkerung (KLUMB & WIESSNER, 2010: 154).

Einen weiteren entscheidenden Aspekt für die bestehenden Zugangsbarrieren der Kohorte stellen kulturelle und gesellschaftliche Hintergründe, welche das Leben der Zielgruppenangehörigen prägen, dar. Aufgrund einer starken Tabuisierung von Sexualität, HIV und AIDS in der Subsahara-Region kann die Offenheit, mit welcher diese Themen in Deutschland behandelt werden, von Personen aus diesem Gebiet nicht geteilt werden (KOSCHOLLEK & SANTOS-HÖVENER, 2012: 44 f.). Hierüber zu sprechen ist für viele von ihnen, insbesondere in gemischtgeschlechtlichen Gruppen, mit Scham behaftet. Folglich bedarf es oftmals einem hohen Maße an Überwindung, solche Aspekte im Gespräch mit fremden Personen zu thematisieren (STRUCK, 2003: 23; BROCKMANN, et al., 2005: 22). Eng im Zusammenhang mit dieser Tabuisierung stehen ebenfalls religiöse und traditionelle Auffas-

sungen über Gesundheit und Krankheit. In vielen der Glaubensrichtungen, welche unter den subsaharischen Migrantinnen und Migranten verbreitet sind, wird eine Erkrankung, insbesondere eine Infektion mit HIV, als eine Strafe Gottes oder der Ahnen infolge von sündigem, falschen Verhalten gesehen. Bei einer Offenbarung der Ansteckung sind, aufgrund dieser Auffassung, in häufigen Fällen eine Diskriminierung und der Ausschluss aus der Gesellschaft die Folge (DÖLL, et al., 2000: 163). Aus dieser Tatsache entsteht eine Angst vor dem Stigmatisierungsprozess und der Isolation von der *Community*, welche eine wichtige Bezugsquelle für soziale Kontakte darstellt. Die Hemmschwelle sich mit der Krankheit auseinanderzusetzen und wohlmöglich eine Einrichtung, die sich mit HIV befasst, aufzusuchen, ist demnach hoch. Viele Subsahara-Migrantinnen und Migranten haben Angst, dass sie beim Betreten dieser von anderen *Community*angehörigen gesehen werden. Hierdurch könnte eine Assoziierung ihrer Person mit einer HIV-Infektion stattfinden, welche den Ausschluss aus dem sozialen Netzwerk in Deutschland zur Folge hätte (M'BAYO, 2009: 24; KLUMB & WIESSNER, 2010: 162 f.).

Die Annahme, dass einzig und allein Gott oder die Ahnen für eine Heilung erkrankter Personen verantwortlich sind, ist in vielen ethnischen Gruppen verbreitet, sodass es wenig sinnvoll erscheint, sich risikoarm zu verhalten oder ärztliche Hilfe aufzusuchen. Eigenständige Heilungsversuche werden zunächst oft religiös ausgerichtet und bestehen beispielsweise aus Gebeten, jedoch finden auch Ansätze der traditionellen Medizin durch sogenannte Heilerinnen und Heiler Anwendung. Häufig werden diese Maßnahmen gegenüber den chemischen Medikamenten der westlichen Medizin bevorzugt (KOSCHOLLEK & SANTOS-HÖVENER, 2012: 31 f.). Die Unterschiede in der Auffassung von Gesundheit und Krankheit machen sich weiterhin im Zeitpunkt, zu welchem medizinische Hilfe beansprucht wird, bemerkbar. Nach traditionellen Erfahrungswerten ist für afrikanische Personen aus der Subsahara-Region oftmals ein Mensch erst dann krank, wenn Symptome und Schmerzen vorhanden sind. Die Konsultation mit traditionellen Heilerinnen und Heilern im Herkunftsland, sowie das Aufsuchen von ärztlichem Personal in Deutschland finden somit häufig erst in akuten Stadien statt. Der geringe Zulauf der Zielgruppe in Bezug auf präventive Untersuchungen lässt sich durch diese Auffassung ebenfalls begründen (DAS, 2008). Hieraus resultiert oftmals, dass insbesondere HIV-Infektionen durch ihre Verlaufseigenschaften erst in einem fortge-

schrrittenen Stadium diagnostiziert werden und eine effektive Behandlung eingeschränkt wird.

Jedoch lassen sich nicht nur auf Seiten der Einwanderinnen und Einwanderer Barrieren im Zugang zu HIV-Präventionsangeboten identifizieren. Auf Seiten der Gesundheitsdienste und Einrichtungen, welche sich mit dem Thema beschäftigen, sind ebenfalls Faktoren auszumachen, welche den Zugang hierzu für die Zielgruppe hochschwellig erscheinen lassen. Die bereits erwähnte Kommunikationsbarriere ist ebenso auf Anbieterseite anzusiedeln. Durch eine mangelhafte, zielgruppenspezifische Bewerbung der eigenen Angebote erreichen vorhandene Maßnahmen die Subsahara-*Communities* in geringerem Maße (KOSCHOLLEK & SANTOS-HÖVENER, 2012: 30 f.). Des Weiteren können unzureichendes Wissen über kulturelle Hintergründe und hiermit verbundene Sitten und Verhaltensmuster der Migrantinnen und Migranten Missverständnisse entstehen lassen. Beidseitige Unsicherheit und Unbehagen können hieraus resultieren und die Schaffung einer vertrauensvollen Atmosphäre verhindern (M'BAYO, 2009: 25). Fehlende personelle, zeitliche und finanzielle Ressourcen begrenzen häufig das umfassende und nachhaltige Eingehen auf die speziellen Bedarfe der Zielkohorte (KLUMB & WIESSNER, 2010: 65).

In der Lebenswelt der Subsahara-Migrantinnen und Migranten bieten sich jedoch nicht nur Barrieren, sie verfügen in Deutschland weiterhin über Ressourcen, welche sich als gesundheitsförderlich erweisen können. Auch diese werden zunächst stichpunktartig dargestellt, bevor sie im weiteren Verlauf näher erläutert werden.

Ressourcen von subsaharischen Migrantinnen und Migranten für die Präventionsarbeit:

- Persönlichkeits- und Willensstärke
- Ausgebautes soziales Netzwerk
- Interkulturelle Kompetenzen

Es erfordert Stärke und Persönlichkeit, eine Einwanderung in ein fremdes Land zu bewältigen, sodass migrierte Personen eine gewisse Willensstärke und Motivation, Neues und Unbekanntes kennenzulernen, aufweisen. Innerhalb des sozialen Netzwerkes der *Communities* in Deutschland bietet sich den Einwanderinnen und

Einwanderern ein starker Rückhalt, welcher bei der Integration in das neue Heimatland von großer Bedeutung ist (SPALLEK & RAZUM, 2007: 452). Er gibt Sicherheit und kompensiert häufig Heimweh und Isolationsgefühle, ebenfalls durch die ausgeprägte Hilfsbereitschaft, welche innerhalb der *Community* besteht. Des Weiteren bietet die Vereinsstruktur, die durch die Mitglieder aufgebaut wurde, eine Vielzahl an Anlaufstellen zu diversen Themenbereichen (KOSCHOLLEK & SANTOS-HÖVENER, 2012: 39-42). Durch den Einwanderungsprozess lernen die Migrantinnen und Migranten, zusätzlich zu ihrer eigenen, neue Kulturen kennen und erlangen hierdurch verstärkt sprachliche und interkulturelle Kompetenzen (BLÜMEL & GANGAROVA, 2012: 11).

#### **4. Maßnahmen zur Öffnung der HIV-Prävention für Personen aus Subsahara-Afrika**

Die Zielgruppe der Migrantinnen und Migranten aus den Regionen südlich der Sahara begegnet in Deutschland einer Vielzahl an Zugangsbarrieren zu HIV-Präventionsmaßnahmen. Sie liegen sowohl für die Kohorte, als auch für die relevanten Gesundheitseinrichtungen vor und erschweren eine erfolgreiche Aufklärung der Zielgruppe. Um die *Communities* für das Thema HIV zu sensibilisieren, müssen demnach spezielle Methoden entworfen und angewendet werden (DAS, 2008).

Präventionsangebote, welche Ansätze zeigen, auf die speziellen Herausforderungen der Zielgruppe einzugehen, werden in Deutschland bereits seit einiger Zeit vereinzelt durchgeführt, sind jedoch häufig zeitlich, personell oder finanziell begrenzt (AHK, 2007: 3).

Trotz dieser Schwierigkeiten sind in Deutschland Methoden zu verzeichnen, welche auch für die Erreichung der Subsahara-Migrantinnen und Migranten wirksam erscheinen. Die Identifizierung und Nutzung der vorliegenden, gesundheitsförderlichen Ressourcen und Strukturen der Zielgruppe spielt in der Entwicklung spezifischer Maßnahmen eine vorrangige Rolle.

## **4.1 Interkulturelle Öffnung der Prävention**

Das Wissen von Migrantinnen und Migranten zu kostenlosen HIV-Beratungsangeboten und Präventionsprojekten ist im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung niedriger (STEFFAN, et al., 2005: 90). Da allerdings gerade diese Zielgruppe aufgrund von migrationsspezifischen Barrieren verstärkt auf jene Maßnahmen angewiesen ist, besteht die Notwendigkeit der interkulturellen Öffnung der HIV-Prävention in Deutschland. Diese sollte in allen relevanten Bereichen konsequent berücksichtigt und durchgeführt werden, um die Benachteiligung der Personen aus den afrikanischen Regionen südlich der Sahara abzubauen.

Seit dem Jahre 2002 bietet die DAH ihren lokalen Einrichtungen finanzielle Unterstützung, um diesen Aspekt in das bestehende Präventionskonzept mit einzubinden (STRUCK, 2003: 6).

### **4.1.1 Mediale HIV-Prävention**

Die Erkenntnis, dass die medialen Präventionsangebote zu HIV in Deutschland nicht alle Bevölkerungsgruppen gleichermaßen erreichen, wurde bereits belegt (STEFFAN, et al., 2005: 68). Um die Kohorte der Migrantinnen und Migranten aus Subsahara-Afrika in höherem Maße anzusprechen, empfiehlt sich eine, auf die speziellen migrationsspezifischen Hintergründe ausgerichtete Umgestaltung vorhandener Printmaterialien sowie eine Neuentwicklung solcher.

Bereits in der optischen Gestaltung dieser Medien sollte eine Zielgruppenspezifizierung Anwendung finden. Aufgrund der bestehenden Angst vor einer Assoziierung ihrer Person mit einer HIV-Infektion haben viele Menschen aus Subsahara-Afrika Hemmungen, sich mit Broschüren oder Flyern zu beschäftigen, welche die Erkrankung offenkundig thematisieren (AHK, 2007: 9). Diese Zugangsbarriere kann durch eine neutrale äußerliche Gestaltung vermindert werden. Eine vorherige Erhebung, welche aufzeigt, in welchen bildlichen und sprachlichen Aspekten die Zielgruppe in der jeweiligen Umgebung am effektivsten angesprochen werden kann, erleichtert die Auswahl und jegliche weitere Gestaltung (FÄRBER & ROOSBUGIEL, 2013: 52 f.). Die Aufmerksamkeit der anzusprechenden Personen kann durch die Verwendung von *Eyecatchern* gewonnen werden. Es empfiehlt sich der Einsatz von Bildmaterialien, mit welchen sich die anzusprechenden Subsahara-Migrantinnen und Migranten identifizieren können, ohne sie als tabubrechend oder

diskriminierend anzusehen. Die Abbildung von afrikanischen Sympathieträgern ist ein möglicher Weg, welcher das Interesse der Zielgruppe wecken kann (FÄRBER & ROOS-BUGIEL, 2013: 52 f.; AHK, 2007: 9).

Für die sprachliche Gestaltung der medialen Präventionsmaßnahmen ist des Weiteren keinesfalls eine alleinige Übersetzung vorhandener Materialien ausreichend. Hierüber hinaus muss in der Konzeption auf die kulturellen Hintergründe der anzusprechenden Personen Rücksicht genommen werden. Die jeweiligen Bedürfnisse können auch hier am effektivsten in einer vorherigen Analyse in Zusammenarbeit mit der Zielgruppe ermittelt werden.

Zunächst sollten die zur Aufklärung verwendeten Phrasen und Texte zwar idealerweise in der Muttersprache gestaltet sein, dies erweist sich bei einer so heterogenen Zielgruppe jedoch als schwierig. Für die weitere sprachliche Gestaltung empfiehlt sich, dem Kommunikationsverhalten und der Art der Informationsweitergabe unter Subsahara-Afrikanerinnen und Afrikanern Beachtung zu schenken. Da persönliche Unterhaltungen innerhalb dieser Zielgruppe einen hohen Stellenwert haben, sollten dies auch die gestalteten Präventionsmaterialien berücksichtigen und demnach lebendige, dialogähnliche Formulierungen und Phrasen enthalten. Es erweist sich als sinnvoll, die Materialinhalte in einem breiteren Kontext anzulegen. Somit können neben einer kultur- und tabusensiblen Weitergabe von Informationen zu HIV und AIDS auch weitere migrationsspezifische Aspekte wie Datenschutz, Aufenthaltsrechte und die Gesundheitsversorgung allgemein behandelt werden (AHK, 2007: 7-10). Durch diesen umfassend gestalteten Präventionsansatz kann zusätzlichen migrationsspezifischen Informationsdefiziten und Sorgen entgegengewirkt werden.

Für die inhaltliche Gestaltung der Texte empfiehlt sich eine einfache Verständlichkeit, auf die Nutzung von Fachbegriffen und Fremdwörtern sollte weitestgehend verzichtet werden. Piktogramme und ähnliche bildliche Darstellungen können Verwendung finden um bezüglich des differierenden Bildungsgrades der Zielgruppe eine möglichst große Bandbreite anzusprechen (FÄRBER & ROOS-BUGIEL, 2013: 53).

Wie bereits festgestellt wurde, haben die Kommunikation und soziale Kontakte einen hohen Stellenwert für Zuwanderinnen und Zuwanderer. Diese Erkenntnis

sollte in der Präventionsarbeit berücksichtigt werden, sodass printmediale Maßnahmen keinesfalls das alleinige Spektrum in der Aufklärung der Subsahara-Migrantinnen und Migranten zu HIV und AIDS darstellen dürfen, sondern vielmehr die Angebote und Projekte zu diesen Themen ergänzen sollten. Zur Bewerbung der bestehenden Beratungsmöglichkeiten können sie verstärkt in der Lebenswelt der Zielgruppe eingesetzt werden.

#### **4.1.2 Beratungsangebote in der HIV-Prävention**

Neben der migrationssensiblen Ansprache der Subsahara-Zielgruppe durch printmediale Angebote sollten bestehende Beratungsangebote die Migrationshintergründe und soziokulturellen Prägungen dieser Kohorte berücksichtigen. Um beiderseits Missverständnisse und Diskriminierungsgefühle zu vermeiden, müssen die Beraterinnen und Berater über Hintergrundwissen zu diesen Aspekten verfügen, um im Gespräch dementsprechend sensibel auf sie eingehen zu können (STRUCK, 2003: 22). Idealerweise beschäftigen die Beratungsstellen binationale Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, welche aus ähnlichen Lebenswelten stammen, die Muttersprache sprechen und bereits über relevantes Hintergrundwissen verfügen.

Aufgrund der großen Sprachen- und Kulturvielfalt innerhalb der Subsahara-Region ist es jedoch nahezu unmöglich, alle Untergruppen durch diese Maßnahme abzudecken, sodass es hierüber hinaus erforderlich ist, wesentliche Hintergrundinformationen zu kulturellen Sichtweisen der zu erreichenden Gruppe an die Angestellten heranzutragen (HUGHES & FOSCHIA, 2004: 23).

#### **4.1.3 Aus- und Weiterbildung**

Da Sprach- und Kommunikationsunterschiede ein Hindernis für Migrantinnen und Migranten in der Aufsuchung von HIV-Präventionseinrichtungen darstellen, sollte den Barrieren von Seiten der Anbieter entgegengewirkt werden. Ein effektiver Weg, um dies umzusetzen, kann die Teilnahme an Schulungen und Fortbildungen sein.

Um die migrationssensible Öffnung nachhaltig in das Konzept einer Beratungsstelle zu integrieren, muss zunächst beachtet werden, dass sich nicht nur die Angestellten mit direktem Klientinnen- und Klientenkontakt, sondern alle Ebenen der Einrichtung zu diesem Thema weiterbilden (HUGHES & FOSCHIA, 2004: 23).

Die Fortbildungsmaßnahmen zielen nicht darauf ab, jede Kultur und jede Lebenswelt der einzelnen Subgruppen der Zielkohorte zu kennen, da dies nicht umsetzbar ist. Der Sinn besteht vielmehr darin, den Teilnehmerinnen und Teilnehmern ein Basisverständnis der Verhaltens- und Kommunikationsweisen der Kohorte zu vermitteln (HUGHES & FOSCHIA, 2004: 23).

Innerhalb der interkulturellen Kompetenzstärkung ist es außerdem notwendig, dass die Weiterbildungsangebote aufzeigen, wie HIV-präventionsbezogene Themen behutsam an die zu beratende Person herangebracht werden können. Hierbei gilt es insbesondere zu beachten, dass individuelle, kulturelle Werte respektiert werden müssen und Schamgrenzen nicht verletzt werden dürfen. Die Fähigkeit, Klientinnen und Klienten in ihrer Kommunikationsweise zu verstehen und mit diesem Hintergrundwissen einfühlsam zu begleiten, schafft beiderseitiges Vertrauen und fördert die Wirksamkeit von Präventionsmaßnahmen (HUGHES & FOSCHIA, 2004: 49).

Bestehende Sprachbarrieren lassen sich nicht durch die Teilnahme an einer Fortbildung zerstreuen. Dolmetscherinnen und Dolmetscher sollten eingesetzt werden, wenn keine gemeinsame Sprache gesprochen werden kann, da nur adäquate Informationsvermittlung eine verständliche Beratung garantiert. Die Durchführung von Beratungen mit „Händen und Füßen“ löst zumeist Unsicherheit aus und verstärkt die Hemmungen, sich einer Beratungsstelle zuzuwenden. Von den Klientinnen und Klienten mitgebrachte Personen eignen sich in der Übernahme der Dolmetscherfunktion eher in geringerem Maße, da das Sprechen über tabuisierte Themen wie HIV und Sexualität in subsaharischen Kreisen ohnehin mit einem hohen Schamgefühl einhergeht. Die Angst vor einer Weitertragung der Beschäftigung mit einem solch sensiblen Thema an die *Community* und eine hieraus resultierende soziale Isolierung verbieten es den Personen, sich in dieser Situation offen und ehrlich zu verhalten (HUGHES & FOSCHIA, 2004: 50 f.). Der Einsatz von außenstehenden, neutralen Dolmetscherinnen und Dolmetscher hingegen kann für das Kommunikationsverhältnis zwischen Klient und Berater förderlich sein. Sie stellen ein vertrauensvolles Verhältnis her, mindern hierdurch Misstrauen und ermöglichen somit eine effektive, professionelle Kommunikation (OLDAG, 2009: 65).

Über diese grundlegend notwendigen Gestaltungsmaßnahmen zur interkulturellen Öffnung von bestehenden Beratungs- und Aufklärungsdiensten hinaus existieren noch weitere Aspekte, welche in der Gestaltungsstruktur der Einrichtungen Beachtung finden können.

Zunächst sollte im Hinblick auf die Öffnungszeiten untersucht werden, ob neben der Allgemeinbevölkerung auch Migrantengruppen die Angebote in Anspruch nehmen können. Viele von ihnen sind häufig lange und in mehreren Arbeitsstätten tätig, um ihren Lebensunterhalt zu finanzieren. Folglich können sie oftmals keine Beratungsangebote innerhalb der Regelzeiten wahrnehmen, sodass eine Verlängerung oder Verschiebung der Öffnungszeiten in Betracht gezogen werden sollte (HUGHES & FOSCHIA, 2004: 21).

Darüber hinaus kann ebenfalls die äußerliche Gestaltung der Institutionen näher fokussiert werden. Durch die Tatsache, dass mit HIV und AIDS eine starke Tabuisierung und Stigmatisierungsgefahr einhergeht, ist es sinnvoll, einschlägige Kennzeichnungen der Einrichtung mit jenen Aspekten zu vermeiden (KLUMB & WIESSNER, 2010: 162). Die äußerliche Aufmachung sollte zwar die Beratungsstelle als solche kennzeichnen, bei einer auffälligen, auf den ersten Blick ins Auge springenden Verwendung von Begriffen wie HIV und AIDS ist jedoch Vorsicht geboten.

## **4.2 Kooperation und Vernetzung**

Auf die bestehende, oft gut ausgebaute Vereins- und Organisationsnetze innerhalb der subsaharischen *Communities* wurde bereits im Kapitel 3.3 eingegangen. In der migrationssensiblen HIV-Präventionsarbeit stellen diese Migrantenselbstorganisationen eine wichtige zu nutzende Ressource dar und müssen, falls noch nicht ausreichend bestehend, in ihrem Aufbau unterstützt und gefördert werden (HUGHES & FOSCHIA, 2004: 15).

Um eine erfolgreiche Präventionsarbeit für Mitglieder der Zielgruppe der Subsahara-Migrantinnen und Migranten zu entwickeln und durchzusetzen, ist es zunächst für die Angestellten bestehender Einrichtungen essentiell, Kontakt zu ihnen aufzunehmen. Eine gute Möglichkeit, um eine Vernetzung der lokalen Gesundheitsdienste mit der Community zu fördern, stellt die Nutzung von diesen *communityin-*

ternen Vereinen, Kirchenverbänden oder ähnlichen Organisationen dar. Hierbei eignen sich zur Kontaktaufnahme besonders die jeweiligen Vorstände als Schlüsselpersonen (KOSCHOLLEK & SANTOS-HÖVENER, 2012: 42). In Absprache und Vereinbarung mit ihnen kann, in häufig langwierigen Prozessen, eine Sensibilisierung der Zugehörigen in Bezug auf HIV und Präventionsmaßnahmen stattfinden (ROSENBROCK, 2010: 39 f.).

Der Arbeitsaufwand, welcher mit dieser intensiven Kontaktpflege einhergeht, ist zwar hoch, jedoch von Nöten, um ein Vertrauensverhältnis zwischen den Migrantinnen und Migranten und den deutschen Einrichtungen zu schaffen. Von Seiten der *Community* werden spezifische Sichtweisen und migrationspezifische Hintergründe, welche es in der Arbeit der Präventionseinrichtungen zu beachten gilt, nähergebracht. Auf der anderen Seite wird den subsaharischen Einwanderinnen und Einwanderern die Angebotsvielfalt des deutschen Gesundheitssystems aufgezeigt und auch das Misstrauen vor fremden Einrichtungen und Strukturen genommen (HUGHES & FOSCHIA, 2004: 53 f.).

Die Vernetzung gesundheitsrelevanter Strukturen ist jedoch nicht nur zwischen diesen beiden Zusammenschlüssen anzustreben, sondern stellt ferner eine Querschnittsarbeit dar, welche es deutschlandweit auszubauen und zu intensivieren gilt. Es müssen sowohl auf lokaler und überregionaler, als auch auf bundesweiter Ebene alle relevanten Institutionen und Verbindungen miteinander in Kontakt treten. Hierzu zählen Regierungen, kommunale Behörden, freie Träger und *Migrantencommunities*, welche ihre Zusammenarbeit durch regelmäßigen, fachlichen Austausch stärken sollten. Durch eine erfolgreiche Kooperation dieser Akteure kann eine gleichberechtigte, nicht diskriminierende Atmosphäre entstehen, die eine Partizipation der *Migrantencommunities* in der Gestaltung von Präventionskonzepten ermöglicht (MGEPA, 2013: 22 f.; BLÜMEL & GANGAROVA, 2012: 18).

### **4.3 Partizipation**

Um eine Zielgruppe mit gesundheitsfördernden Maßnahmen anzusprechen, reicht es nicht aus, jene von außen an die Migrantinnen und Migranten heranzutragen. Das Prinzip der partizipativen Gesundheitsförderung unterstützt allgemein die Befähigung der Zielgruppe zu einer gleichberechtigten Zusammenarbeit zwischen

wissenschaftlichen Strukturen, Praxiseinrichtungen und Bürgerinnen und Bürgern zur Entwicklung von gesundheitsfördernden Maßnahmen (WRIGHT, et al., 2013: 119).

Der im Zusammenhang hiermit entwickelte Ansatz des *Community-Based Participatory Research* wendet die partizipative Grundstruktur in Kombination mit der Nutzung von bestehenden *Community*strukturen an, um die Gesundheit der Mitglieder zu fördern und Ungleichheiten zu vermindern (VON UNGER, 2013).

Konkret bedeutet dies in der HIV-Prävention für die Migrantengruppe aus Subsahara-Afrika die Miteinbeziehung ihrer *Community*strukturen und –mitglieder in die Gestaltung und Durchführung von präventiven Maßnahmen zum Schutz vor einer HIV-Infektion. Die lebensweltnahen Personen können kulturelles Wissen und Erfahrungswerte mit einbringen um wirksame Präventionsmaßnahmen zu erschaffen (BZgA, 2009b: 41). Partizipative Prozesse zur Barrierenidentifizierung und Beseitigungsmaßnahmen dieser können hierbei zunächst durch die Einbeziehung von Einzelpersonen aus dem *Community*umfeld stattfinden. Die intensive Kooperation mit Schlüsselpersonen aus Vereinen, Kirchen oder anderen Organisationen innerhalb der Lebenswelt der Zielgruppe empfiehlt sich ebenfalls, um HIV-Prävention partizipativ in den *Communities* zu verankern (KOSCHOLLEK & SANTOS-HÖVENER, 2012: 42).

Wichtig ist in einer solchen Zusammenarbeit, dass die Partizipation in allen Stufen der Projektentwicklung und Durchführung stattfindet. Bereits in der Entwicklungsphase sollte allen Parteien gleichberechtigtes Mitspracherecht zugeteilt werden, welches sich zur Erzielung einer erfolgreichen Maßnahme auch in dem fortlaufenden Prozess des Projektes, sowie in der Evaluation nicht verlieren darf (HUGHES & FOSCHIA, 2004: 68).

Partizipative Arbeit findet in allen HIV-präventiv relevanten Bereichen ihre Anwendung. Die Einbindung von Schlüsselpersonen oder Gruppen aus der *Community* bei der Konzeption von printmedialen Angeboten sowie bei der Entwicklung von subsaharaspezifischen Gesundheitsförderungsprojekten ermöglicht zunächst eine erfolgreiche, interkulturell erarbeitete Konzeption des jeweiligen Projektes. Hierüber hinaus resultiert aus einer solchen Kooperation die Förderung des Vertrau-

ensverhältnisses, welche sich positiv auf die weitere Zusammenarbeit auswirkt (BZgA, 2009b: 69 f.).

Für die Konzeption und den Prozess der partizipativen Gesundheitsförderung darf nicht unbeachtet gelassen werden, dass eine gemeinschaftliche Entwicklung von Projekten in einem solchen Umfang die Motivation und eine kontinuierliche Mitarbeit aller Teilnehmerinnen und Teilnehmer erfordert. Mit einer erfolgreichen Prozessentwicklung geht ein hoher Bedarf an zeitlichen Ressourcen einher (ROSENBROCK, 2010: 40).

#### **4.4 *Peer-Education* und *Community-Arbeit***

Eine Methode zur Erreichung von Migrantinnen und Migranten zur HIV-Prävention, welcher sich in anderen Ländern und ebenfalls in Deutschland bereits als erfolgreich dargestellt hat, zeigt sich in dem aufsuchenden Arbeitsansatz in Verknüpfung mit einer sogenannten *Peer-Education*.

Hinter dem Begriff steckt ein Konzept, welches die Arbeit der bestehenden HIV-Beratungseinrichtungen zur Erreichung von Migrantengruppen ergänzen und verbessern soll. Dies wird angestrebt durch eine Ausbildung von Personen mit Migrationshintergrund mit dem Ziel, sie als Mediatorinnen und Mediatoren präventive Botschaften in ihre spezifischen Lebensumfelder und *Communities* weitertragen zu lassen (HUGHES & FOSCHIA, 2004: 69 f.).

Das soziokulturelle und traditionelle Hintergrundwissen sowie die Hilfsbereitschaft in subsaharischen *Communities* untereinander stellen für das *Peer-Education*-Konzept wichtige Voraussetzungen dar. Zunächst ist die Anwerbung und eine sorgfältige Auswahl von qualifizierten Personen der erste Schritt in der erfolgreichen Zusammenarbeit. Als notwendig hierbei werden insbesondere ein Zugang und eine Angehörigkeit der *Peers* zur *Community* angesehen. Des Weiteren sind ausreichende Sprachkenntnisse von Nöten, sowohl in der Muttersprache, als auch in der deutschen Sprache (AHF, 2009: 28). Ein grundlegendes Interesse an HIV und AIDS und eine Kommunikationskompetenz der angehenden *Peer-Educator* ist bei der Behandlung von häufig schambehafteten und tabuisierten Themen innerhalb der *Community* weiterhin von Vorteil (RAZUM, et al., 2008: 125).

Die Anwerbung solch geeigneter Personen kann auf unterschiedlichen Wegen stattfinden, beispielsweise durch eine direkte, verbale Ansprache von Einzelpersonen. Besonders die Einbindung und Befähigung von Vorstands- oder Führungspersonen aus den relevanten Gemeinschaften stellt einen effektiven Weg dar, um Aufklärungsmaßnahmen an die subsaharischen Gemeinschaften weiter zu geben. Durch die alleinige Auslegung von Plakaten und Flyern in *communityspezifischen* Settings ist hingegen eine geringere Resonanz zu erwarten (BROCKMANN, et al., 2005: 10).

Nach der Auswahl kompetenter Mitglieder erfolgt im nächsten Schritt eine Schulung dieser, bei welcher ausführliches Fachwissen zu einer HIV-Infektion, zu Übertragungswegen und zu Schutzmöglichkeiten vermittelt wird (AHF, 2009: 23). Bevor die Mediatorinnen und Mediatoren dieses an ihre Gemeinschaften weitergeben, sollten zielgruppensensible Konzepte zur Durchführung von Informationsveranstaltungen in partizipativer Zusammenarbeit diskutiert und entwickelt werden. Im Fokus steht im Laufe dieses Prozesses die Untersuchung, wie die Gestaltung einer Veranstaltung zum Thema Sexualität in Verbindung mit einer HIV-Infektion aussehen muss, um zielgruppengerecht und trotzdem nachhaltig zu wirken (AHF, 2009: 27).

In diesem Zuge ist es desweiteren notwendig, der Heterogenität der Untergruppen der *Community* Beachtung zu schenken. Innerhalb einer religiös orientierten Gruppe müssen Informationen auf andere Weise vermittelt werden, als in einer privaten, freundschaftlich verknüpften Gruppe. Geringere sozioökonomische Grade sollten berücksichtigt werden, um eine möglichst hohe Reichweite zu erzielen (BROCKMANN, et al., 2005: 21 f.; FÄRBER & ROOS-BUGIEL, 2013: 67).

Die Einbindung der Prävention in einen ganzheitlicheren Ansatz hat sich in der Beratungsdurchführung bewährt. HIV-Aufklärung kann beispielsweise in eine Veranstaltung zu allgemeinen Gesundheitsthemen eingebettet werden, ohne eine sofortige Stigmatisierung der Besucherinnen und Besucher zu erwirken (AHF, 2009: 33). Aufgrund des lebhaften Kommunikationsverhaltens der Zielgruppe fördern auflockernde Elemente eine angenehme Atmosphäre zur Behandlung tabu-behafteter Themen. Die Nutzung von Gegenständen, Liedern oder Theaterstücken zur Wissensvermittlung haben sich bereits in subsaharischen Präventionsangebo-

ten als wirksam erwiesen (HUGHES & FOSCHIA, 2004: 68; FÄRBER & ROOS-BUGIEL, 2013: 54).

Sobald der Entwicklungsprozess der Veranstaltungsgestaltung abgeschlossen ist, führen die ausgebildeten *Peers* Informationsveranstaltungen innerhalb ihres Umfeldes durch. Nach Abschluss dieses Prozesses ist eine partizipative Reflektion der Veranstaltung empfehlenswert, um die Wirksamkeit der Maßnahmen weiter zu verbessern.

In der Arbeit mit Subsahara-Migrantinnen und Migranten stellt sich weiterhin heraus, dass tabuisierte Aspekte in einer vertrauensvollen, bekannten Umgebung am besten und effektivsten thematisiert werden können. Für die aufsuchende Arbeit erweist es sich somit als vorteilhaft, die Zielgruppe den Veranstaltungsort festlegen zu lassen (AHK, 2007: 15).

Das Konzept der *Peer-Education* zeigt sich, unter Berücksichtigung der genannten Aspekte, als eine durchaus wirksame Methode in der HIV-Präventionsarbeit mit Subsahara-Migrantinnen und Migranten. Die geschulten Mediatorinnen und Mediatoren arbeiten darauf hin, Projekte zu HIV und AIDS innerhalb der *Community* zu verankern und die Tabuisierung dieser Themen durch Vertrauensbildung und Informationsvermittlung zu bekämpfen (KLUMB & WIESSNER, 2010: 36).

In Deutschland wird das Prinzip bereits von einzelnen Einrichtungen und Beratungsstellen genutzt, und die Erkenntnis, dass *peergestaltete* Ansätze in den *Communities* eine höhere Akzeptanz genießen, besteht. Allerdings sind diese aufgrund von fehlenden Geldern oft auf ehrenamtliche Tätigkeit ausgelegt (AHF, 2009: 39; AHK, 2007: 16). Die Möglichkeit einer finanziellen Entlohnung des Einsatzes sollte jedoch geschaffen werden, da die Ausbildungsprozesse und Weitervermittlungsbemühungen zu Präventionszwecken von Seiten der *Peers* ebenfalls hohen Zeit- und Arbeitsaufwand und fordern, welchen sie nebenher, zusätzlich zu ihren individuellen Alltagsanforderungen, meistern müssen (AHF, 2009: 39). Hinzu kommt die Tatsache, dass ehrenamtliche Arbeit in der Gruppe der Personen aus Subsahara-Afrika nicht den gleichen Stellenwert genießt wie hierzulande. Bedingt durch erschwerte Arbeitsbedingungen im Einwanderungsland und der notwendigen Absicherung des Lebensunterhaltes kann eine unbezahlte Tätigkeit, selbst

wenn die Motivation besteht, eventuell nicht wahrgenommen werden (KLUMB & WIESSNER, 2010: 156).

#### **4.5 Gendersensible HIV-Prävention**

Die geschlechterbedingten Unterschiede in den Infektionsrisiken und in der HIV-Prävalenz innerhalb der subsaharischen Bevölkerung dürfen seitens der Präventionsanbieter nicht ignoriert werden. Relevante Einrichtungen sollten sich zur Aufgabe machen, die differenzierten Bedürfnisse der Subsahara-Migrantinnen und Migranten zu identifizieren und in die Aufklärungskonzepte zu integrieren.

Da besonders in geschlechterübergreifenden Kohorten hohe Schamgrenzen bei der Ansprache von Sexualität und HIV vorherrschen, ist eine Trennung von Frauen und Männern in HIV-spezifischen Präventionsangeboten zu beachten. Hierbei können gegebenenfalls weitere Untergruppen nach der Altersstruktur gebildet werden, um die Maßnahmen für die Teilnehmerinnen oder Teilnehmer so angenehm wie möglich zu gestalten (COMMONWEALTH SECRETARIAT, 2002: 104). In der gezielten, *genderspezifischen* Ansprache gilt es desweiteren zu beachten, dass zur erfolgreichen Aufklärung für die jeweilige Zielkohorte in der inhaltlichen Konzeption auf spezielle weibliche und männliche Verhaltensweisen und Bedürfnisse eingegangen werden muss (FÄRBER & ROOS-BUGIEL, 2013: 75).

##### **4.5.1 Frauenspezifische Präventionsmaßnahmen**

Aufgrund von traditioneller Rollenverteilung und patriarchalischen Strukturen in vielen Gesellschaften in Subsahara-Afrika haben weibliche Migrantinnen häufig wenig Mitspracherecht in der Gestaltung der Sexualität innerhalb einer Beziehung. Hierdurch sind sie dem Sexualverhalten ihres Partners ausgeliefert und haben, selbst wenn sie es wünschen, keine Kontrolle über die eigene Infektionsverhütung. Des Weiteren werden Frauen in subsaharischen Gesellschaften oftmals mit ihrer Fruchtbarkeit und Fortpflanzungsfähigkeit identifiziert, sodass hierdurch ungeschützter Geschlechtsverkehr, trotz hoher Infektionsrisiken, in Kauf genommen wird (COMMONWEALTH SECRETARIAT, 2002: 26 f.).

Um die Schamgrenze, über Sexualität, HIV und AIDS zu sprechen, herabzusetzen, sollten Veranstaltungen zu dieser Thematik ausschließlich von Frauen für Frauen angeboten werden. Damit eine effektive Vermittlung von HIV-Präventions-

maßnahmen für die Zielgruppe gewährleistet werden kann, empfiehlt es sich, zunächst allgemeiner gefasste Themen wie Körper und Sexualität anzusprechen. In Zusammenarbeit mit den Anbieterinnen sollten die Frauen in ihrer Kommunikation durch die Präventionsmaßnahme insofern befähigt werden, als dass sie lernen, offener mit tabuisierten Aspekten umzugehen und diese anzusprechen (COMMONWEALTH SECRETARIAT, 2002: 35 f.).

Einen weiteren Themenblock, in welchen sich die Vermittlung von HIV-spezifischem Wissen einbinden lässt, stellt die reproduktive Gesundheit dar. Da Schwangerschaft und Fortpflanzung häufig eine zentrale Rolle im Leben dieser Migrantinnen einnehmen, scheint ein Ansatz, welcher die HIV-Prävention im Zusammenhang mit dem Schutz der eigenen Kinder anspricht, wirksam und vielversprechend (FÄRBER & ROOS-BUGIEL, 2013: 63).

#### **4.5.2 Männerspezifische Präventionsmaßnahmen**

Für männliche Subsahara-Migranten besteht ebenfalls der Bedarf einer geschlechterspezifischen Ausrichtung innerhalb der HIV-Prävention. Ebenso wie bei den frauenbezogenen Maßnahmen sollten diese Veranstaltungen von einem Mann in einer reinen Männerkohorte durchgeführt werden (BROCKMANN, et al., 2005: 39).

Zunächst sind innerhalb spezifischer Angebote die Rollenverteilungen und Machtstrukturen im Zusammenhang mit der Verbreitung von HIV und AIDS näher zu betrachten. Das risikoreiche Sexualverhalten von subsaharischen Männern wird in einigen Gesellschaften durch einen stark ausgeprägten Sexualtrieb begründet, welchem sie, aufgrund der Verführung durch Frauen, nachgeben müssen. Diese Auffassung sieht die Schuld für die Untreue der Männer somit eher auf Seiten der weiblichen Individuen und hindert sie daran, Verantwortung für ihr eigenes, risikoreiches Verhalten zu übernehmen. Verstärkend hinzu kann die Anschauung vertreten werden, dass die Nutzung von Kondomen das Lustempfinden verringert, wodurch eine Verwendung dieser möglicherweise vernachlässigt wird (COMMONWEALTH SECRETARIAT, 2002: 22).

Präventionsveranstaltungen und -angebote, welche für männliche subsaharische Migranten konzipiert werden, sollten folglich zunächst auf die kultursensible Vermittlung der Basisinformationen zu HIV abzielen. Weiterhin ist es förderlich auf die

geschlechterbedingte, unterschiedliche Vulnerabilität in Bezug auf eine Infektion einzugehen. Zur Blickwinkelerweiterung der männlichen Teilnehmer müssen hierbei auch die möglichen Folgen eines risikoreichen Verhaltens für die Frauen und für die Familie thematisiert werden. Insgesamt sollte die Ausrichtung der Schutzmaßnahmen auf eine Beziehungsgestaltung zwischen Frau und Mann abzielen, in welcher vorherrschende Autoritätsstrukturen idealerweise einer gemeinschaftlich und gleichberechtigt ausgelegten Gestaltung weichen (COMMONWEALTH SECRETARIAT, 2002: 25).

Ein HIV-Präventionsaspekt in der Arbeit mit subsaharischen Männern, welchem in Deutschland bisher kaum Beachtung zugebracht wurde, liegt in der Durchführung einer Zirkumzision, der Beschneidung des männlichen Genitals. Hierbei wird in einem operativen Eingriff entweder eine teilweise oder eine komplette Entfernung der Vorhaut vorgenommen. Da die Schleimhaut an der Innenseite dieser Vorhaut eine verhältnismäßig große Eintrittspforte für das HI-Virus am männlichen Geschlechtsteil darstellt, wurde bereits untersucht, ob eine Entfernung dieser Auswirkungen auf das Infektionsrisiko des Mannes hat. Ergebnisse verschiedener Studiendurchführungen belegten einen 48-88% höheren Schutz vor einer HIV-Infektion gegenüber der unbehandelten Kontrollgruppen (BAILEY, et al., 2007: 643).

Diese und ähnliche Untersuchungsergebnisse veranlassten die *World Health Organisation* (WHO) und UNAIDS dazu, die Zirkumzision im Jahre 2007 in den Katalog der Präventionsmaßnahmen für HIV und AIDS aufzunehmen und empfehlen, sie auch in nationalen Präventionskonzepten zu beachten (WHO & UNAIDS, 2007: 3 f.).

In Zusammenhang mit diesen Empfehlungen wird kritisiert, dass eine Beschneidung nur partiellen Schutz bietet, sich das Risikoverhalten von Männern infolge einer Beschneidung jedoch erhöhen könnte, da sie sich in Sicherheit wiegen. Aus diesem Sicherheitsgefühl könnte ein geringeres Schutzverhalten beim Geschlechtsverkehr resultieren, welches die Gefahr, sich mit HIV zu infizieren, auch auf Seiten der Frauen, wiederum steigert. Eine Durchführung des operativen Eingriffes unter unhygienischen Bedingungen birgt weiterhin das erhöhte Risiko einer Infektion (SCHEDLINSKY, 2007).

Da die Zirkumzision offenbar einen gewissen Schutz vor einer HIV-Infektion bietet, ist die Einbindung dieses verhältnismäßig neuen Ansatzes in das deutsche Beratungskonzept möglich, muss jedoch zunächst sorgfältig konzeptionalisiert werden. Da der operative Eingriff an einer sehr intimen Stelle durchgeführt wird, ist ein hohes Maß an Kultursensibilität in der Bewerbung der Beschneidung nötig. Es muss weiterhin konsequent betont werden, dass ein Eingriff keinen vollständigen, sondern nur einen verbesserten Schutz vor einer Ansteckung bietet und unbedingt unter professionellen, hygienischen Bedingungen stattfinden muss. Im gleichen Zuge mit dieser Aufklärung sind zusätzlich Informationen zu den gängigen Schutzmaßnahmen zu vermitteln (WHO & UNAIDS, 2007: 4).

Sowohl bei den weiblich ausgerichteten, als auch bei den Maßnahmen, welche die männlichen Subsahara-Migranten ansprechen, muss darauf geachtet werden, dass jene kontinuierlich und in Zusammenarbeit mit der relevanten Zielkohorte weiterentwickelt und beworben werden (MGEPA, 2013: 34).

Die Einrichtung von neuen, sowie die Stärkung von bestehenden Migrantenselbstorganisationen, welche sich für die jeweilige Geschlechtergruppe einsetzen, erweist sich für die Befähigung, und somit auch für die HIV-Prävention, als erfolgreiche Maßnahme (COMMONWEALTH SECRETARIAT, 2002: 36).

<b>Thema</b>	<b>Allgemeine Handlungsempfehlungen</b>
<b>Interkulturelle Öffnung der Prävention</b>	<p><b>Mediale Gestaltung:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bedarfsanalyse unter Einbezug der Zielgruppe</li> <li>• Zielgruppenspezifische, ansprechende und nicht diskriminierende bildliche und sprachliche Gestaltung</li> <li>• Einbindung der Themen in einen breiteren Kontext</li> <li>• Einfache Verständlichkeit</li> </ul>
	<p><b>Beratungsangebote:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Identifizierung und Berücksichtigung soziokultureller und kommunikativer Hintergründe</li> </ul>
	<p><b>Aus- &amp; Weiterbildung</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vermittlung und Erlernung zu beachtender Aspekte in der zielgruppensensiblen Beratung</li> <li>• Teilnahme aller Ebenen einer Einrichtung</li> <li>• Einsatz von Dolmetscherinnen und Dolmetschern</li> </ul>
<b>Kooperation &amp; Vernetzung</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Migrantenselbstorganisationen unterstützen</li> <li>• Vernetzung mit <i>Communities</i></li> <li>• Kooperation aller relevanter Akteure auf allen Kommunal-, Landes- und Bundesebenen</li> </ul>
<b>Partizipation</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Konzeption von HIV-Präventionsmaßnahmen unter Einbezug der subsaharischen <i>Community</i>mitglieder</li> <li>• Zusammenarbeit in jeder Projektphase</li> <li>• Gleichberechtigte Befähigung in jeder Projektphase</li> </ul>
<b>Peer-Education &amp; Community-</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ausbildung von geeigneten <i>Community</i>mitgliedern zu HIV-spezifischen Themen</li> <li>• Partizipative Erarbeitung und Anwendung aufsuchender, ziel-</li> </ul>

<b>Arbeit</b>	<p>gruppensensibler Vermittlungskonzepte</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Partizipative Reflektion zur Maßnahmenverbesserung</li> <li>• Absicherung der Finanzierung der Arbeit der <i>Peers</i></li> </ul>
<b>Gender- &amp; migrations-sensible Prävention</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Geschlechter- und ggf. altersspezifische Trennung der Aufklärungsmaßnahmen</li> </ul>
	<p>Frauenspezifische Maßnahmen</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vermittlung von Informationen zu HIV im Zusammenhang mit reproduktiver Gesundheit</li> <li>• Befähigung zur Kommunikation über tabuisierte Themen</li> </ul>
	<p>Männerspezifische Maßnahmen</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vermittlung von Informationen zu HIV, Risikoverhalten und Konsequenzen</li> <li>• Kultursensible Informationsvermittlung zur Zirkumzision</li> </ul>

**Tabelle 1: Zusammenfassung der Handlungsempfehlungen zur Öffnung der HIV-Prävention für die Zielgruppe der Personen aus Subsahara-Afrika. Quelle: Eigene Darstellung**

## 5. Diskussion

Die Personengruppe der Migrantinnen und Migranten aus dem subsaharischen Afrika in Deutschland ist im Vergleich zu anderen Migrantenkohorten zahlenmäßig eher klein, in der HIV-Prävention jedoch von besonderer Bedeutung für die deutschen Gesundheitsdienste. Die hohe HIV-Prävalenzrate innerhalb der der Subsaharagemeinschaft steht in enger Verbindung mit dem Infektionsgeschehen in den Heimatländern. Weiterhin nehmen migrationspezifische Faktoren und die Lebensbedingungen in dem Einwanderungsland eine wichtige Rolle ein. Bestehende Angebote in der HIV-Prävention erfahren von der Zielgruppe bisher wenig Zulauf, da zahlreiche, insbesondere soziokulturell und traditionell bedingte Zugangsbarrieren eine Inanspruchnahme erschweren. Besonders geeignete Ansätze, um die Personengruppe effektiv und nachhaltig zu erreichen, werden in ganzheitlichen, partizipierenden Maßnahmen gesehen, welche, in gleichberechtigter Zusammenarbeit aller beteiligter Ebenen, lebensweltbezogene und kultursensible Prävention durchführen.

Die Herausforderungen, welche der wirksamen Arbeit mit dieser Kohorte zugrunde liegen, sind zunächst in der Erreichung der Zielgruppe durch präventive Maßnahmen in Bezug auf HIV anzusiedeln. Bestehende Barrieren müssen identifiziert und infolgedessen beseitigt werden. Präventive Erfolge werden häufig durch eine nicht vorhandene Kultursensibilität behindert. Für eine verbesserte Vorgehensweise müssen sich die Angebote an den soziokulturell geprägten Denkweisen der subsaharischen Einwanderinnen und Einwanderer orientieren und diese in der Projektgestaltung berücksichtigen. Die effektive Aufklärung wird häufig durch migrationsbedingte, bestehende Kommunikations- und Sprachbarrieren eingeschränkt. Auch erlebte negative Erfahrungen im Kontext eines Migrationsprozesses beeinflussen das Aufsuchen von gesundheitlich relevanten Einrichtungen. Besondere Beachtung muss in der Konzeption von präventiven Angeboten weiterhin der geschlechtsspezifischen, unterschiedlich hohen Infektionsvulnerabilität geschenkt werden. Dies wird begründet durch die Auffassung, dass in den Geschlechtergruppen jeweils unterschiedliche Präventionsstrategien beachtet werden müssen und außerdem durch die Tatsache, dass in gemischtgeschlechtlichen Zusammenschlüssen ein höherer Grad an Tabuisierung besteht.

Von Anbieterseite aus sind Barrieren, welche die Zusammenarbeit mit subsaharischen Personen erschweren, zunächst ebenfalls in unterschiedlichen Sprach- und Kommunikationsweisen zu sehen. Des Weiteren werden die bestehenden, präventiven Angebote zielgruppenspezifisch zu wenig beworben, sodass bei Personen aus Subsahara-Afrika folglich oftmals ein mangelndes Wissen über vorhandene, kostenlose und anonyme Informationsmöglichkeiten besteht. Die Wichtigkeit einer migrationssensiblen Gestaltung und Durchführung präventiver Angebote zu HIV und AIDS wurde in Deutschland zwar erkannt, wird jedoch bisher nicht konsequent umgesetzt. Anbieterinnen und Anbieter gesundheitsfördernder Maßnahmen sind in diesem Bereich häufig noch ungenügend ausgebildet, wodurch eine adäquate, zielgruppensensible Ansprache nicht stattfinden kann. Eine weitere Herausforderung für die Gesundheitsdienste zeigt sich in der Sicherung finanzieller, personeller und zeitlicher Kapazitäten, welche für den aufwendigen Prozess der migrationssensiblen, zielgruppenorientierten Präventionsöffnung in höherem Maße benötigt werden und den Erfolg der Maßnahmen erheblich beeinflussen.

Um diesen Herausforderungen gerecht zu werden, bedarf es spezifischer, an den Bedürfnissen der Zielgruppe orientierter Lösungswege. Grundsätzlich gilt es, die identifizierten Belastungen und Barrieren durch eine Nutzung gegebener Ressourcen zu beseitigen.

Für die Realisierung präventiver Maßnahmen muss zunächst sichergestellt werden, dass ausreichende Ressourcen finanzieller, zeitlicher und personeller Natur zur Verfügung stehen. Die Absicherung und Förderung dieser ist essentiell, um nachhaltige, erfolgreiche HIV-Prävention realisieren zu können.

In der Arbeit mit Migrantinnen und Migranten aus Subsahara-Afrika sind relevante Ressourcen weiterhin in der Wichtigkeit von Kommunikationsvorgängen und der engen Verbundenheit zu ihren ausgebauten sozialen Netzwerken zu sehen. Um migrationssensible HIV-Prävention innerhalb der Gesundheitsdienste zu etablieren, muss eine Um- oder Neugestaltung zielgruppenspezifischer Maßnahmen unter Berücksichtigung dieser gegebenen Ressourcen durchgeführt werden.

Die subsaharischen *Community*netzwerke sollten demnach gezielt aufgesucht und eingeladen werden, die Maßnahmen in gleichberechtigter Zusammenarbeit mit ausgebildeten Fachkräften zu gestalten. Ihre Meinung muss hierbei in alle Prozes-

se mit einbezogen werden, wobei die Förderung der Eigenverantwortung nicht nur die Integration in die deutsche Gesellschaft unterstützt, sondern ebenfalls das Vertrauen gegenüber dem deutschen Gesundheitsdienst stärkt. In der Durchführung der entwickelten Präventionsmaßnahmen erweist sich besonders die Einbindung von Einzelpersonen in Form von *Peer-Education* als sinnvoll. Da die *Community*-mitglieder bereits über Sprachkompetenzen und relevantes Hintergrundwissen zu soziokulturellen und traditionellen Hintergründen und Erfahrungswerten verfügen, eignen sie sich besonders, um vertrauensvolle, effektive Aufklärungsarbeit zu betreiben.

Sobald innerhalb solcher Beratungen neben HIV und AIDS auch andere gesundheits- oder migrationsrelevante Themen Behandlung finden, können interessierte Personen Informationen erhalten, ohne eine sofortige Stigmatisierung zu erfahren. Weiteren, meist migrationsbedingten Sorgen, kann durch diese ganzheitliche Ansatzgestaltung gezielt vorgebeugt werden.

Um bei der Vermittlung präventionsbezogener Informationen kulturbedingte Schamgrenzen nicht zu überschreiten und Stigmatisierungen vorzubeugen, eignet sich vor allem eine geschlechterspezifische Trennung der anzusprechenden Gruppen. Da sie in Bezug auf eine HIV-Infektion unterschiedlich vulnerabel sind, müssen auch jeweilige präventive Maßnahmen differenziert gestaltet werden.

Weitere Lösungsansätze, welche sich neben dieser Zusammenarbeit mit den Subsahara-Netzwerken für die Anbieterseite als sinnvoll erweisen, beinhalten eine kontinuierliche Aus- und Weiterbildung aller Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zur Stärkung ihrer interkulturellen Kompetenz. Der Einsatz von Dolmetscherinnen und Dolmetschern ist in diesem Kontext förderlich, da sie wichtige Informationen unter der Berücksichtigung kommunikativer Besonderheiten muttersprachlich weitergeben können und somit der Entstehung von Misstrauen vorbeugen.

Aus der Literaturrecherche geht hervor, dass die Erkenntnis der Notwendigkeit einer zielgerichteten Ansprache dieser vulnerablen Gesellschaftsgruppe im deutschen Gesundheitsdienst bereits gewonnen wurde. Jedoch wird dieser Ansatz bisher nur punktuell und meist unter begrenzten Rahmenbedingungen praktiziert. Eine flächendeckende Ausweitung, sowie die Förderung und Unterstützung solcher zielgruppenorientierter Projekte, muss in Deutschland in Zukunft Anwendung fin-

den, um der hohen HIV-Prävalenz innerhalb der subsaharischen *Communities* nachhaltig entgegenzuwirken.

Zusammenfassend konnte die Erkenntnis gewonnen werden, dass die Zielgruppe nur dann effektiv erreicht werden kann, wenn ihre soziokulturellen und traditionellen Hintergründe in bestehenden und neu gestalteten Präventionsmaßnahmen untersucht und berücksichtigt werden. Nach jenem Ansatz konzeptionalisierte Maßnahmen sollten im Kontext einer aufsuchenden Arbeit vermittelt werden und die Zielgruppe und ihre Lebensräume in jeder Phase aktiv und gleichberechtigt ansprechen und einbeziehen. Die muttersprachliche Weitergabe stellt die geeignetste Methode dar, ist aufgrund der hohen Heterogenität innerhalb der subsaharischen Gemeinschaft in Deutschland jedoch nur in begrenztem Maße umsetzbar.

Ein Aspekt, welchem in der HIV-Präventionsgestaltung besondere Aufmerksamkeit geschenkt werden muss, ist in der geschlechtersensiblen Gestaltung der HIV-Präventionsmaßnahmen mit Ausrichtung auf subsaharische Frauen und Männer in Deutschland zu erkennen. Eine solche geschlechtliche Trennung der Angebote beugt Schamgefühlen in der Ansprache tabuisierter Themen vor und ermöglicht die effektive Informationsvermittlung zu relevanten Themen in einer vertrauensvollen, privaten Atmosphäre. Im weiteren Verlauf der zielgruppenspezifischen Präventionsentwicklung sollte somit, parallel zu einer migrationssensiblen Vorgehensweise, ein *Gender-Mainstreaming* verstärkt angestrebt werden, sodass beiden Geschlechtern spezifische, auf die jeweiligen Bedürfnisse abgestimmte, Angebote zur Verfügung stehen.

Limitationen dieser Arbeit bestehen zunächst aufgrund der hohen Heterogenität innerhalb der subsaharischen Gemeinschaft in Deutschland hinsichtlich kultureller und migrationssensibler Hintergründe. Es muss betont werden, dass, bedingt durch diese vorherrschende Vielfalt, die Erstellung universell deutschlandweit anwendbarer Handlungsempfehlungen nicht möglich ist. Einer Planung und Konzeption von HIV-Präventionsmaßnahmen sollte aufgrund dessen immer eine Umgebungsanalyse der *Community*strukturen und ihrer spezifischen Bedürfnisse vorausgehen. Auch die Frage, ob eine gezielte Ansprache Diskriminierungsgefühle von Seiten der Subsahara-Migrantinnen und Migranten auslösen könnte, muss in dieser Phase berücksichtigt werden. Begründet durch eine hohe Komplexität des

Themas war es im Rahmen dieser Arbeit nicht möglich, alle relevanten Akteure des deutschen Gesundheitsdienstes gleichwertig mit einzubeziehen, sodass der politischen Ebene ein geringeres Maß an Beachtung zukommt.

## **6. Fazit**

Durch eine migrationssensible Ausrichtung von Präventionsmaßnahmen ist es möglich, das Bewusstsein der subsaharischen Migrantengruppe in Bezug auf HIV und AIDS stärken und erweitern. Kulturelle und soziale Rahmenbedingungen sowie spezielle Bedürfnisse in der Ansprache der Zielgruppe müssen hierbei konsequent berücksichtigt werden. Durch die Identifizierung und Senkung bestehender Zugangsbarrieren kann eine präzise ausgerichtete Umsetzung zielgruppenbezogener Präventionsmaßnahmen stattfinden, in welcher die anzusprechende Gruppe der Subsahara-Migrantinnen und Migranten in ihren Ressourcen gestärkt, und zur gleichberechtigten Mitarbeit befähigt wird. Hieraus entsteht zunächst ein gesteigertes Selbstverantwortungsgefühl, welches, in Kombination mit dem gewonnen Informationszuwachs über die Wichtigkeit des Schutzverhaltens für die eigene Person und für die Umwelt, zu einer positiven, gesundheitsfördernden Verhaltensänderung führt.

Die deutsche Präventionslandschaft hat die Wichtigkeit der Ansprache dieser Kohorte mit migrationssensibel gestalteten HIV-Präventionsmaßnahmen bereits erkannt, muss jedoch in Zukunft eine flächendeckendere und präziser ausgerichtete Entwicklung dieses Bereiches anstreben.

## V Literaturverzeichnis

**(AHF, 2009):** AIDS-Hilfe Freiburg e.V. (AHF). (2009): Projekt "FluG" - Flucht und Gesundheit. Freiburg: AIDS-Hilfe Freiburg e.V., Deutsche AIDS-Hilfe e.V.

**(AHH, 2009):** AIDS-Hilfe Hamburg e.V. (AHH). (2009): Dimensionen der HIV-Prävention mit Afrikanerinnen und Afrikanern (Sub-Sahara): am Beispiel der AIDS-Hilfe Hamburg e.V. URL:[http://www.aidshilfe-hamburg.de/uploads/downloads/fachtagungen/vortrag\\_gesundheitskommunikation\\_bayreuth.pdf](http://www.aidshilfe-hamburg.de/uploads/downloads/fachtagungen/vortrag_gesundheitskommunikation_bayreuth.pdf) (12.02.2014)

**(AHK, 2007):** AIDS-Hilfe Kassel e.V. (AHK). (2007): Dokumentation - Aufsuchende Präventionsarbeit in afrikanischen Communities in Köln und im Umland. Köln/Berlin: Deutsche AIDS-Hilfe e.V.

**(AMNESTY INTERNATIONAL, 2013):** Amnesty International. (2013): Wachsende Homophobie südlich der Sahara - Regierungen, Religionsführer und Medien schüren die Gewalt gegen sexuelle Minderheiten. URL:  
[http://www.amnesty.at/service\\_links/presse/pressemitteilungen/wachsende\\_homophobie\\_suedlich\\_der\\_sahara/](http://www.amnesty.at/service_links/presse/pressemitteilungen/wachsende_homophobie_suedlich_der_sahara/) (01.02.2014)

**(BAILEY, et al., 2007):** Bailey, Robert C.; Moses, Stephen; Parker, Corette B.; Agot, Kawango; Maclean, Ian; Williams, Carolyn FM.; Campbell, Richard T.; Ndinya-Achola, Jeckoniah O.. (2007): Male Circumcision for HIV prevention in young men in Kisumu, Kenya: a randomised controlled trial. The Lancet, Volume 369, Issue 9562. 643-656.

**(BAMF, 2012):** Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (BAMF). (2012): Migrationsbericht des Bundesamtes für Migration und Flüchtlinge im Auftrag der Bundesregierung. Berlin: Bundesministerium des Innern.

**(BEHRENDTS & STALLMEISTER, 2013):** Behrends, Cristoph & Stallmeister, Ute. (2013): Datenreport 2013 der Stiftung Weltbevölkerung - soziale und demografische Daten weltweit. Hannover: Deutsche Stiftung Weltbevölkerung.

**(BEHRENDT, 2011):** Behrendt, Alice. (2011): Afrikanische Stimmen zur weiblichen Genitalverstümmelung in Hamburg - Kenntnisse, Einstellungen und Praktiken. Hamburg: Plan International Deutschland e.V..

**(BLÜMEL & GANGAROVA, 2012):** Blümel, Stephan & Gangarova, Tanja. (2012): Migration, Prävention, Gesundheitsförderung - Empfehlungen für Fachkräfte. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.

**(BROCKMANN, et al., 2005):** Brockmann, Birgit; Schultz, Rainer; Tomse, Mirjam; Gülec, Ayse. (2005): Gesundheitsdolmetscher/innen - "Peer-Involvement" in der Primär- und Sekundärprävention. Berlin/Kassel: Deutsche AIDS-Hilfe e.V., AIDS-Hilfe Kassel e.V..

**(BZgA, 2009a):** Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA). (2009): Aidsprävention und Beratung in Deutschland. URL: <http://www.aids.de/details.php> (05.02.2014)

**(BZgA, 2009b):** Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA). (2009): Gesundheitsförderung Konkret - Migration und Gesundheitsförderung - Ergebnisse einer Tagung mit Expertinnen und Experten. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.

**(COMMONWEALTH SECRETARIAT, 2002):** Commonwealth Secretariat. (2002): Gender Mainstreaming in HIV/AIDS - Taking a Multisectoral Approach. London: Commonwealth Secretariat.

**(DAIG, 2013):** Deutsche AIDS Gesellschaft e.V. (DAIG). (2013): Was ist HIV?. URL: <http://www.daignet.de/site-content/hiv-allgemein/was-ist-hiv-1> (05.01.2013)

**(DAS, 2008):** Deutsche AIDS-Stiftung (DAS). (2008): Stiftung fördert Afrika Projekt des Gesundheitsamtes Bremen - Zugang zu HIV-Prävention und Beratung erleichtern. HIV&more, 2/2008, 43.

**(DESTATIS, 2013a):** Statistisches Bundesamt (DESTATIS). (2013): Bevölkerung und Erwerbstätigkeit - Bevölkerung mit Migrationshintergrund - Ergebnisse des Mikrozensus 2012. Fachserie 1, Reihe 2.2. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.

**(DESTATIS, 2013b):** Statistisches Bundesamt (DESTATIS). (2013): Bevölkerung und Erwerbstätigkeit - Ausländische Bevölkerung - Ergebnisse des Ausländerzentralregisters. Fachserie 1, Reihe 2. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.

**(DÖLL, et al., 2000):** Döll, Susanne; Lemmen, Karl; Mohammadzadeh, Zahra; Muluneh, Aemero; Waka, Aderajew; Wiessner, Peter. (2000): AIDS und Migration. AIDS-Forum DAH Band 41. Berlin: Deutsche AIDS-Hilfe e.V..

**(FÄRBER & ROOS-BUGIEL, 2013):** Färber, Christine & Roos-Bugiel, Joana. (2013): Kultur- und Gendersensibilität in Programmen der Gesundheitsförderung. In: Kultur- und gendersensible Gesundheitsförderung und HIV-Prävention am Arbeitsplatz - Implementierung eines erweiterten HIV-Arbeitsplatzprogramms für die GIZ in Mosambik. 51-78.

**(GBE, 2014):** Gesundheitsberichterstattung des Bundes (GBE). (2014): Themenheft 31: "HIV und AIDS" - AIDS. URL: [http://www.gbe-bund.de/gbe10/abrechnung.prc\\_abr\\_test\\_logon?p\\_uid=gasts&p\\_aid=&p\\_knoten=FID&p\\_sprache=D&p\\_suchstring=8603::HPV](http://www.gbe-bund.de/gbe10/abrechnung.prc_abr_test_logon?p_uid=gasts&p_aid=&p_knoten=FID&p_sprache=D&p_suchstring=8603::HPV) (13.01.2014)

**(GÖTTKE, 2009):** Göttke, Edith Line. (2009): Untersuchung zur Einstellung und zum Umgang von Migranten aus Hochprävalenzländern zu HIV und AIDS sowie zur Primär- und Sekundärprävention in Berlin. Berlin: Verband für interkulturelle Arbeit - Regionalverband Berlin/Brandenburg e.V..

**(HAMOUDA, et al., 2007):** Hamouda, Osamah; Marcus, Ulrich; Voß, L.; Kollan C.. (2007): Verlauf der HIV-Epidemie in Deutschland. Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz. 399-411.

**(HUGHES & FOSCHIA, 2004):** Hughes, Jane & Foschia, Jean-Pierre. (2004): Chancengleichheit im Gesundheitssystem? Gesundheitsangebote und AIDS/STI-Prävention für Menschen mit Migrationshintergrund - Ein Handbuch für Beratungspraxis und Politik. Verona

**(JUNG, et al., 2006):** Jung, Felicitas; Jürgens, Karen; Taschies, Martin; Coors, Susanne; Hauswaldt, Johanna Ute; Cordes, Brigitte; Akpabli, Robert; Schmidt, Sören. (2006): Zur Arbeit der AIDS/STD Beratung - Ein Blick auf die Jahre 2003-2004. Bremen: Gesundheitsamt Bremen - Sozialmedizinischer Dienst für Erwachsene.

**(KLUMB & WIESSNER, 2010):** Klumb, Silke & Wiessner, Peter. (2010): Migration und HIV-Prävention. AIDS-Forum DAH Band 58 Hrsg. Berlin: Deutsche AIDS-Hilfe e.V..

**(KOSCHOLLEK & SANTOS-HÖVENER, 2012):** Koschollek, Carmen & Santos-Hövenner, Claudia. (2012): HIV/STI-Surveillance bei Migrant/innen aus Subsahara Afrika - Vertiefung der Situationsanalyse zu Lebenswelten afrikanischer Migrant/innen in Deutschland. Berlin: Robert Koch-Institut.

**(LEHMANN, et al., 2011):** Lehmann, Frank; Köster, Monika; Brandes, Sven; Bräunling, Stefan; Geene, Raimund; Kaba-Schönstein, Lotte; Kilian, Holger; Linden, Susanne; Wehen, Mira; Reker, Natascha. (2011): Gesundheitsförderung Konkret - Kriterien guter Praxis in der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten: Ansatz - Beispiele - Weiterführende Informationen. 5. erweiterte und überarbeitete Auflage. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.

**(MARCUS & STARKER, 2006):** Marcus, Ulrich & Starker, Anne. (2006): Gesundheitsberichterstattung des Bundes Heft 31 HIV und AIDS. Berlin: Robert Koch-Institut.

**(M'BAYO, 2009):** M'Bayo, Rosaline. (2009): "Afrikaherz" - Zur Gesundheitsversorgung afrikanischer MigrantInnen. In: Migration & Gesundheit - Dossier. Berlin: Heinrich-Böll-Stiftung. 22-26.

**(MGEPA, 2013):** Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen (MGEPA). (2013). Weiterentwicklung der HIV/AIDS-Prävention in Nordrhein-Westfalen - Schwerpunkt "Neuinfektionen minimieren". Düsseldorf: Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen.

**(OLDAG, 2009):** Oldag, Sabine. (2009): Die Relevanz der Dolmetscherdienste in der Gesundheitsversorgung: Der Gemeindedolmetschdienst Berlin. In: Migration & Gesundheit - Dossier. Berlin: Heinrich-Böll-Stiftung. 63-66.

**(RAZUM, et al., 2008):** Razum, Oliver; Zeeb, Hajo; Meesmann, Uta; Schenk, Liane; Bredehorst, Maren; Brzoska, Patrick; Dercks, Tanja; Glodny, Susanne; Menkhaus, Björn; Salman, Ramazan; Saß, Anke-Christine; Ulrich, Ralf. (2008): Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichterstattung des Bundes - Migration und Gesundheit. Berlin: Robert Koch-Institut.

**(RKI, 2010):** Robert Koch-Institut (RKI). (2010): Zum Verlauf der HIV-Epidemie in Deutschland bis Ende 2010. URL:  
[http://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/H/HIVAIDS/hiv\\_aids\\_inhalt\\_teaser.html](http://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/H/HIVAIDS/hiv_aids_inhalt_teaser.html)  
(16.02.2014)

**(RKI, 2012):** Robert Koch-Institut (RKI). (2012): HIV/AIDS in Deutschland - Eckdaten der Schätzung - Epidemiologische Kurzinformation des Robert Koch-Instituts. URL:  
[http://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/H/HIVAIDS/Epidemiologie/Daten\\_und\\_Berichte/EckdatenDeutschland.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](http://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/H/HIVAIDS/Epidemiologie/Daten_und_Berichte/EckdatenDeutschland.pdf?__blob=publicationFile) (15.01.2014)

**(ROSENBROCK, 2010):** Rosenbrock, Rolf. (2010): Entwicklungskonzept für die Prävention von HIV/AIDS, sexuell übertragbaren Infektionen und Hepatitiden in Berlin. Berlin: Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz Berlin.

**(SCHEDLINSKY, 2007):** Schedlinsky, Oliver. (2007): Beschneidung gegen HIV ist riskant und Ressourcenverschwendung. URL: [http://manndat.de/wp-content/uploads/2009/02/kritik\\_an\\_beschneidungsempfehlung.pdf](http://manndat.de/wp-content/uploads/2009/02/kritik_an_beschneidungsempfehlung.pdf) (12.02.2014)

**(SCHMID, et al., 2004):** Schmid, Eefje; Wagner, Jutta; Sich, Verena; Schönleben, Verena. (2004): Migration in und aus Afrika. Bonn: Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung.

**(SCHMID & BORCHERS, 2010):** Schmid, Susanne & Borchers, Kevin. (2010): Vor den Toren Europas? Das Potential der Migration aus Afrika. Forschungsbericht 7. Nürnberg: Bundesamt für Migration und Flüchtlinge.

**(SEEDAT, et al., 2010):** Seedat, Jamela; Marcus, Ulrich; Fehrmann, Sylvia; Paape, Claudia; Petschelt, Judith. (2010): HIV bei Migranten in Deutschland. Epidemiologisches Bulletin Nr. 5. 39-48.

**(SEEDAT, et al., 2012a):** Seedat, Jamela; Marcus, Ulrich; Fehrmann, Sylvia; Paape, Claudia; Petschelt, Judith. (2012): Schätzung der Prävalenz und Inzidenz von HIV-Infektionen in Deutschland. Epidemiologisches Bulletin Nr. 47. 465-480.

**(SEEDAT, et al., 2012b):** Seedat, Jamela; Marcus, Ulrich; Fehrmann, Sylvia; Paape, Claudia; Petschelt, Judith. (2012): HIV bei Migranten in Deutschland - Erhobene Daten zur Migration im HIV-Meldesystem. Epidemiologisches Bulletin Nr. 3. 19-26.

**(SEEDAT, et al., 2013):** Seedat, Jamela; Marcus, Ulrich; Fehrmann, Sylvia; Paape, Claudia; Petschelt, Judith. (2013): HIV-Infektionen und AIDS-Erkrankungen in Deutschland - Bericht für das Jahr 2012 aus dem Robert Koch-Institut. Epidemiologisches Bulletin Nr. 24. 213-232.

**(SPALLEK & RAZUM, 2007):** Spallek, Jacob & Razum, Oliver. (2007): Gesundheit von Migranten - Defizite im Bereich der Prävention. Medizinische Klinik Nr. 6. 451-456.

**(SPALLEK & RAZUM, 2008):** Spallek, Jacob & Razum, Oliver. (2008): Gleich und gerecht? Erklärungsmodelle für die gesundheitliche Situation von Migrantinnen und Migranten. In: Health Inequalities - Determinanten & Mechanismen gesundheitlicher Ungleichheit. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

**(STEFFAN, et al., 2005):** Steffan, Elfriede, Sokolowski, Samanta; Nowak, Vera; Oremus, Dieter. (2005): HIV/AIDS und Migranten/innen - Gesundheitsrisiken, soziale Lage und Angebote einschlägiger Dienste. Berlin: SPI Forschung GmbH.

**(STELLBRINK, 2012):** Stellbrink, Hans-Jürgen. (2012): Antiretrovirale Therapie der HIV-1-Infektion. Der Internist. 1157-1166.

**(STEPMAP, 2014):** Stepmap. (2014): Subsahara Politisch nach UN-Definition. URL: <http://www.stepmap.de/landkarte/sub-sahara-politisch-1278673> (19.02.2014)

**(STEUER, 2012):** Steuer, Noemi. (2012): Krankheit und Ehre - Über HIV und soziale Anerkennung in Mali. Bielefeld: transcript Verlag.

**(STRUCK, 2003):** Struck, Peter. (2003): AIDS, Kultur und Tabu - Fortbildung für Multiplikator(inn)en aus Subsahara-Afrika und für AIDS-Fachkräfte - Dokumentation des 2002 in Bielefeld durchgeführten Projekts. Berlin/Bielefeld: Deutsche AIDS-Hilfe e.V..

**(SWEERS, et al., 2011):** Sweers, Holger; Corsten, Claudia; Müller, Wolfgang. (2011): HIV/AIDS von A bis Z - Heutiger Wissensstand. 4. Auflage. Köln/Berlin: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung/Deutsche AIDS-Hilfe e.V..

**(UNAIDS, 2012a):** Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS). (2012): Regional Fact Sheet 2012 - Sub-Saharan Africa. URL: [http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/epidemiology/2012/gr2012/2012\\_FS\\_regional\\_ssa\\_en.pdf](http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/epidemiology/2012/gr2012/2012_FS_regional_ssa_en.pdf) (01.02.2014)

**(UNAIDS, 2012b):** Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS). (2012): Global AIDS Response Country Progress Report: Germany. URL: [http://www.unaids.org/en/dataanalysis/knowyourresponse/countryprogressreports/2012countries/ce\\_DE\\_Narrative\\_Report%5B1%5D.pdf](http://www.unaids.org/en/dataanalysis/knowyourresponse/countryprogressreports/2012countries/ce_DE_Narrative_Report%5B1%5D.pdf) (03.02.2014)

**(UNAIDS, 2013):** Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS). (2013): 2013 Global Fact Sheet. URL: <http://www.unaids.org/en/resources/campaigns/globalreport2013/factsheet/> (25.1.2014)

**(VON UNGER, 2012):** von Unger, Hella. (2012): Partizipative Gesundheitsforschung - Wer partizipiert woran?. URL: <http://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/view/1781/3298> (12.02.2014)

**(WALLER, 2006):** Waller, Heiko. (2006): Gesundheitswissenschaft - Eine Einführung in Grundlagen und Praxis. 4., überarbeitete und erweiterte Auflage. Stuttgart: W. Kohlhammer GmbH.

**(WHO, et al., 2008):** World Health Organization (WHO); Office of the High Commissioner for Human Rights (OHCHR); Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS); United Nations Development Programme (UNDP); United Nations Economic Commission for Africa (UNECA); United Nations Educational,

Scientific and Cultural Organization (UNESCO); United Nations Population Fund (UNFPA); United Nations High Commissioner for Refugees (UNHCR); United Nations Children Emergency Fund (UNICEF); United Nations Development Fund for Women (UNIFEM). (2008): Eliminating Female genital mutilation - An interagency statement. Genf: World Health Organization.

**(WHO & UNAIDS, 2007):** World Health Organization (WHO) & Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS). (2007): New Data on Male Circumcision and HIV Prevention - Policy and Programme Implications. Montreux: World Health Organization.

**(WRIGHT, et al., 2013):** Wright, Michael T.; Nöcker, Guido; Pawils, Silke; Walter, U.. (2013): Partizipative Gesundheitsforschung - Ein neuer Ansatz für die Präventionsforschung. Prävention und Gesundheitsförderung. 119-121.

## Eidesstattliche Erklärung

Ich versichere, dass ich die vorliegende Arbeit ohne fremde Hilfe selbstständig verfasst und nur die angegebenen Hilfsmittel benutzt habe. Wörtlich oder dem Sinn nach aus anderen Werken entnommene Stellen sind unter Angabe der Quelle kenntlich gemacht.

Hamburg, 28.02.2014

Lea Knuth