



Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg
Hamburg University of Applied Sciences

Hochschule für Angewandte Wissenschaften
Fakultät Life Sciences
Studiengang Gesundheitswissenschaften

Zielgruppenspezifische HIV- Prävention für Migrant*Innen aus Subsahara-Afrika
Qualifizierung von Multiplikator*Innen zur Vermittlung von Präventionswissen
am Beispiel des Projektes „Gesundheitsbotschafter*Innen“ der AIDS-Hilfe Hamburg e.V.

Vorgelegt am 15.09.2017

von

Hapsatou Oudini

Matrikelnummer:



Erstbetreuerin:

Prof. Dr. Christine Färber

Zweitbetreuerin:

B.Sc. Marina Linet

Danksagung

Herzlich danken möchte ich Prof. Dr. Christine Färber, die mir als Betreuerin dieser Arbeit für Fragen, für Diskussionen und fachlichen Austausch zur Verfügung stand.

Mein Dank gilt ebenso der Zweitgutachterin Marina Linet, meiner Familie und meinen Freunden für Ihre Geduld und ihr Verständnis während der Erstellung dieser Arbeit.

Mein großer Dank gilt in besonderem Maße für meinen Mann Igor und unsere Kinder: Jamel, Naima und Yaniss für ihre Geduld und großzügige Unterstützung und Motivation.

Inhaltsverzeichnis

I.	Abkürzungsverzeichnis	VI
II.	Abbildungsverzeichnis	VII
III.	Tabellenverzeichnis	VII
1	Einleitung	1
2	Hintergrund/Ausgangssituation	4
3	Epidemiologie	5
3.1	Weltweit	5
3.2	Situation in Deutschland und in Hamburg	6
3.3	Überblick über die HIV-Epidemie im Südlichen Afrika	9
4	Schwerpunkt Migrant*innen aus Sub-Sahara Afrika	10
4.1	Exkurs: Migration und HIV-Risiko	10
4.2	Zielgruppenspezifische HIV/AIDS-Prävention	13
4.3	Verbreitung von HIV/AIDS innerhalb der Zielgruppe	14
4.4	Geschlechtsspezifische HIV/AIDS Risiken	15
5	Praxisbeispiel: „Gesundheitsbotschafter*innen der AIDS-Hilfe Hamburg e.V.“	16
5.1	Ziele des Projekts	18
5.2	Zielgruppe und Interventionsort	19
5.3	Auswahl und Anforderungsprofil der Gesundheitsbotschafter*innen	20
5.4	Veranstaltungen	21
5.4.1	Inhalte	21
5.4.2	Rahmenbedingungen	22
5.5	Präventionsmethodik	23
5.6	Kooperationspartner des Projekts	23
5.7	Café Afrika	24
6	Evaluation und Qualitätssicherung des Projektes	25
6.1	Methode	26
6.2	Evaluation des Cafés Afrika Ende 2014	27
6.2.1	Anzahl der Besucher*innen bei Café Afrika	28
6.2.2	Übersicht über das Alter der Besucher*innen	29

6.2.3	Herkunftsländer der Besucher*innen	30
6.2.4	Bekanntheit des Café Afrikas.....	31
6.2.5	Zufriedenheit mit dem Angebot Café Afrika	32
6.3	Erfahrungen der Gesundheitsbotschafter*innen.....	33
7	Diskussion	35
8	Schlussfolgerung	37
9	Literaturverzeichnis	40
10	Anhang	44

I. Abkürzungsverzeichnis

AHH:	AIDS-Hilfe Hamburg e.V
AIDS:	Acquired Immune Deficiency Syndrome (Erworbenes Immunschwäche-Syndrom)
ART:	Antiretrovirale Therapie
BMG:	Bundesministerium für Gesundheit
BZgA:	Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
ca.	Circa
DAH:	Deutsche AIDS-Hilfe e.V.
HEP:	Virushepatitiden
HIV:	Human Immunodeficiency Virus (Humanes Immunschwäche-Virus)
HPL:	Hochprävalenzland
k.A.	keine Angaben
MiSSA:	Migrant*innen aus Sub-Sahara Afrika
MSM:	Männer, die Sex mit Männern haben
PaKoMi:	Partizipation und Kooperation in HIV-Prävention mit Migrant*innen
RKI:	Robert Koch-Institut
STI:	Sexuell übertragbarer Infektionen
UNAIDS:	Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (Gemeinsames Programm der Vereinten Nationen zu HIV/AIDS)
Vgl.	Vergleich
WHO:	World Health Organization (Weltgesundheitsorganisation)

II. Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Geschätzte zahlen Erwachsene und Kinder mit HIV/AIDS, 2016	5
Abbildung 2: Inzidenz von HIV-Neudiagnose in den einzelnen Bundesländern, 2015	8
Abbildung 3: Verlauf der HIV-Neudiagnosen nach Herkunftsregion und Diagnosejahr bei Migrant*innen in Deutschland, 2007- 2016	12
Abbildung 4: HIV-Neudiagnose bei Frauen nach Herkunftsregion.....	16
Abbildung 5: Multiplikator*innen Schulung.....	17
Abbildung 6: Gesundheitsbotschafter*innen bei Alafia.	18
Abbildung. 7: Café Afrika Logo	24
Abbildung 8: Anzahl der Besucher*innen im Jahr 2014.....	28
Abbildung 9: Alter der Besucher*innen	29
Abbildung 10: Darstellung der Herkunftsländer der Besucher*innen	30
Abbildung 11: Woher kennen die Besucher*innen das Angebot?	31
Abbildung 12: Würdest du Café Afrika nochmal besuchen?“	32

III. Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: UNAIDS globale Zahlen zu HIV-Epidemie Weltweit (2016)	6
Tabelle 2: Geschätzte Zahl der Menschen, die Ende 2015 mit HIV/AIDS in Deutschland leben.....	7
Tabelle 3: Geschätzte Zahl der Menschen, die Ende 2015 mit HIV/AIDS in Hamburg leben.....	8
Tabelle 4: Länder Afrikas mit den höchsten Anteilen an Prävalenz unter Erwachsenen zwischen 15 und 49 Jahre	9

1 Einleitung

Seit Anfang der HIV-Epidemie vor mehr als 35 Jahren sind viele Menschen an den Folgen verstorben. Trotz der guten Therapie, unter der man ein fast normales Leben führen kann, bleibt HIV unheilbar. Eine Impfung gegen AIDS konnte immer noch nicht verwirklicht werden. Um sich vor einer HIV-Infektion zu schützen, gilt es nach wie vor, die Safer Sex¹ Regeln zu beachten, denn HIV/ AIDS geht uns alle an. Also jeder ist für sich selbst verantwortlich und genauso verantwortlich für seine Mitmenschen.

Als Praktikantin der Gesundheitswissenschaften bin ich in die AIDS-Hilfe Hamburg e.V. (AHH) gekommen und blieb als ehrenamtliche Mitarbeiterin. 2013 übernahm ich die fachliche Leitung des Teams „Gesundheitsbotschafter*innen“. Ich bin für deren Einsatz und Ausbildung zuständig und koordiniere die Interkulturelle Präventionsarbeit mit und für Migrant*innen. Zu meinen Aufgaben gehören die kontinuierliche Betreuung des Projekts „Gesundheitsbotschafter*innen“ und die Sicherstellung der Beratungsangebote.

Die AHH, auch als Streuensee-Centrum bekannt, wurde in Jahr 1984, in der Zeit der AIDS-Hysterie, von einem Infizierten gegründet. Aufklärung, Solidarität und Selbsthilfe waren damals die drei Säulen der Einrichtung. Die AHH ist heute ein Selbsthilfeverband, eine Bürgerbewegung und professionelle Beratungseinrichtung zu HIV und AIDS. Das Streuensee-Centrum bietet ein breites Beratungs- und Unterstützungsangebot für Menschen mit HIV/AIDS, aber auch Personen, die in enger Verbindung mit den Betroffenen stehen wie Angehörige, Partner und Freunde sowie alle Interessierten. Die Freiwilligenagentur der AHH akquiriert und berät Menschen, die sich ehrenamtlich im Kontext HIV/AIDS und Gesundheit engagieren möchten und ist Servicestelle für deren Personalmanagement sowie Aus- und Fortbildung. Seit Anfang 2003 ist die AHH in der Lange Reihe 30-32 zu Hause. Inzwischen gibt es viele verschiedene Arbeitsfelder, in denen 21 haupt- und ungefähr 160 ehrenamtliche Mitarbeiter*innen tätig sind.

Der Schwerpunkt meiner Arbeit in der AHH bezieht sich auf Menschen anderer Herkunft, Sprach- und Kulturkreise, speziell auf Menschen, die aus Afrika bzw. Sub-Sahara Afrika kommen. Meine persönlichen Erfahrungen in der Präventionsarbeit mit

¹ Englisch für „Sichererer Geschlechtsverkehr“. Verhaltensweisen, die die Wahrscheinlichkeit einer Ansteckung mit sexuell übertragbaren Krankheiten verringern (z.B. Kondomgebrauch).

der Zielgruppe zeigen, dass die thematische Eingrenzung auf den Fokus HIV/AIDS den Zugang zur Zielgruppe der Einwanderer*innen erheblich erschwert. Ganz besonders soll die Präventionsarbeit mit Einwanderer*innen, die aus Hochprävalenzländern² (HPL) Sub-Sahara Afrika kommen intensiviert werden.

Hierzu wurde der AHH das städtische Koordinierungsmandat für die Arbeit für und mit Migrant*innen übertragen. Ziel ist, die Zusammenarbeit mit Organisationen und Projekten an der Schnittstelle von HIV-Prävention und Migrationsarbeit zu verbessern. Dies erfolgt durch strukturelle HIV/AIDS-Prävention, überwiegend durch Primär- und Sekundärprävention. Die AHH erfüllt ihren Auftrag durch Multiplikator*innen Ausbildung, Förderung der Kompetenzen der Multiplikator*innen, Sensibilisierung in den Communities, öffentliche Aktivitäten sowie die bundesweite Vernetzung mit anderen Projekten der HIV-Prävention für Migrant*innen.

Die vorliegende Arbeit befasst sich mit der HIV-Prävention in Feldern der Migrationsarbeit der AHH mit der Zielgruppe der Menschen aus Gebieten südlich der Sahara in Hamburg. Das Projekt „Gesundheitsbotschafter*innen“ der AHH soll der Zielgruppe den Zugang bei der Inanspruchnahme von Präventions- und Beratungsangeboten erleichtern, ein Bewusstsein für das Thema sexueller Gesundheit, HIV/AIDS/STIs schaffen und die Solidarität mit HIV-Infizierten in den afrikanischen Communities fördern. Die wachsende Zielgruppe in Deutschland bzw. in Hamburg braucht neue Ideen, Ansätze und Methoden, die speziell angepasst sein müssen, um einen Zugang zu ihnen zu ermöglichen. Doch auf welche Art und Weise können kultursensible Maßnahmen für die Präventionsarbeit angepasst werden? Welche Wege und Akteure sollten begegnet und hinzugezogen werden, um Migrant*innen aus Sub-Sahara Afrika, die in Hamburg leben, besser zu erreichen? Wie bricht man ein Tabu, dass sich durch ein stetiges Schweigen auszeichnet und mit so vielen kulturellen Schamthemen belegt ist? Wie ermutigt man Menschen mit HIV oder betroffenen, offen über HIV / AIDS zu sprechen, wenn es doch ein Tabuthema ist? Schließlich wie geht man gegen die Stigmatisierung und Ausgrenzung aller Menschen mit HIV vor?

² Länder, in denen HIV endemisch ist und überwiegend heterosexuell übertragen wird (HIV-Prävalenz in der allgemeinen Bevölkerung > 1% bei Erwachsenen im Alter 15-49 Jahre); zugrunde gelegt wird jeweils der aktuelle Report der UNAIDS.

Diese Bachelorarbeit gliedert sich in acht Kapitel. Das erste und zweite Kapitel sollen an das Thema dieser Arbeit herantühren, die Problemstellung geben und die Zielsetzung darstellen.

Das dritte Kapitel veranschaulicht allgemeine die Epidemiologie³ Daten der HIV-Pandemie weltweit, in Deutschland und in Hamburg, gefolgt von einer Übersicht der HIV-Situation in Subsahara-Afrika.

Das Kapitel vier wird auf die spezifische Zielgruppe der Migrant*innen eingehen und mit der Ursachenforschung fortgesetzt werden. Zunächst wird allgemein die Gesundheitslage der Migrant*innen auf die besonderen Probleme von HIV/AIDS geschildert und auf die Situation afrikanischer Zielgruppe eingegangen.

Im Zentrum der vorgelegten Bachelorarbeit steht das Kapitel fünf meiner Arbeit mit einem Praxis-Beispiel zur HIV/AIDS Prävention für afrikanische Einwanderer*innen und als Modell guter Praxis im Hinblick auf Kultursensible HIV-Prävention in Hamburg.

Das sechste Kapitel befasst sich ausschließlich mit der Auswertung der Interventionen zur Überprüfung der Wirksamkeit von Inanspruchnahme und Nutzung der zielgruppengerechten Ressourcen /Angebote des Projektes.

Im letzten Kapitel werden auf der Grundlage dieser Arbeit Schlussfolgerungen gezogen und es werden Empfehlungen gemacht, wie die HIV/AIDS-Präventionsarbeit unter den Sub-Sahara Afrika Migrant*innen in Deutschland verbessert werden könnte.

³ Wissenschaft von der Verteilung der Krankheiten innerhalb der Bevölkerungen und ihrer Determinanten

2 Hintergrund/Ausgangssituation

Die Präventionsarbeit im Bereich von HIV/AIDS sieht sich mit neuen Herausforderungen im Bereich Migration konfrontiert, deshalb sah sich die Deutsche AIDS-Hilfe e.V. (DAH) Anfang der 2000er Jahre gefordert, entsprechende Angebote zu entwickeln und Prozesse voranzutreiben, die dem Bedarf und den Bedürfnissen der Menschen gerecht werden (DAH Dokumentation, 2002).

Laut Robert Koch-Institut betrifft fast jede dritte bis vierte HIV-Infektion in Deutschland einen Menschen mit Migrationsbiographien, das heißt eine Person, die zugewandert ist, überwiegend Menschen aus Hochprävalenzländern. Da die Infektionen nicht nur aus den Herkunftsländern mitgebracht werden, sondern überwiegend in Deutschland erworben werden (RKI, 2012, S. 19-21), müssen Angebote der HIV-Prävention besser auf die Bedürfnisse der Migrant*innen abgestimmt und dort vermittelt werden, wo sich diese Menschen bewegen. Auch zeigen die Erfahrungen, dass viele Migrant*innen erst in einem fortgeschrittenen Krankheitsstadium Hilfe suchen, die sogenannten „Late presenters“⁴ in Deutschland stammen oft aus afrikanischen Communities (Zoufaly A, 2012). Für dieses späte Aufsuchen von Hilfs- und Beratungsstellen gibt es unterschiedliche Gründe wie Unwissen, Angst vor Ablehnung oder Abschiebungen, Haltung der Pflegenden, fehlendes Vertrauen, Missbrauch, Sprach- und Missverständnis, Vorbehalte, etc...

Verschiedene Studien mit Hamburger Beteiligung (PaKoMi⁵ Studie von 2008-2011, MiSSA⁶ Studie 2014) belegten, dass die Kenntnis über und die Zugänglichkeit zu HIV/STI-Beratungs- und Testangeboten in der Migrationsbevölkerung nicht hinreichend verbreitet ist. Dies ist ein Hinweis dafür, dass Menschen aus Afrikanischen Ländern nicht ausreichend über vorhandene Test-Angebote informiert sind und/oder Angst haben, diese in Anspruch zu nehmen. Migrant*innen aus Sub-Sahara Afrika sind daher eine Zielgruppe auch für die Primärprävention von HIV (RKI, 2013). Für Präventionsmaßnahmen ist der Zugang zu dieser Gruppe erschwert (RKI, 2014).

⁴Infizierte, die bei der HIV-Diagnose bereits ein deutlich geschwächtes Immunsystem aufweisen oder eine AIDS-Erkrankung entwickelt haben

⁵PaKoMi steht für Partizipation und Kooperation in der HIV-Prävention mit Migrant*innen. Es ist ein partizipatives Forschungsprojekt, das heißt Praktiker*innen, Wissenschaftler*innen und Community-Partner sind an allen Phasen des Forschungsprozesses gleichberechtigt beteiligt. Das Projekt der Deutschen AIDS-Hilfe wurde von 2008-2011 durch das Wissenschaftszentrum Berlin (WZB) wissenschaftlich begleitet.

⁶ Studie zu sexueller Gesundheit bei und mit Migrant*innen aus Sub-Sahara Afrika (MiSSA) in Deutschland

Allerdings gibt es erfolgreiche Beispiele für die Erreichbarkeit von Migrant*innen aus Sub-Sahara Afrika aus lokalen Studien, die partizipativ konzipiert und durchgeführt wurden (Von Unger. & Gangarova, 2011).

Zielgruppenspezifische und sozialraumbezogene Angebote, die ein sprachlich erweitertes fachkompetentes Beratungsangebot umfassen, sind hier von Nöten. wenn auch in den letzten Jahren bundesweit bereits einige „Best Practice“⁷ Projekte entwickelt wurden. Vor diesem Hintergrund startete die AHH in enger Kooperation mit afrikanischen Netzwerken im Jahr 2009 in Hamburg das Projekt „Gesundheitsbotschafter*innen“.

3 Epidemiologie

3.1 Weltweit

Die HIV-/AIDS-Epidemie ist mit ungefähr 37 Millionen infizierten Menschen weltweit immer noch ein wichtigstes Thema.

Abbildung 1: Geschätzte zahlen Erwachsene und Kinder mit HIV/AIDS, 2016

Adults and children estimated to be living with HIV | 2016



Quelle: UNAIDS, 2017 Core epidemiology slides

⁷ Beispiele für beispielhafte Programme oder Initiativen

In 2016 leben in Nordamerika, West und Zentraleuropa nach den Schätzungen von UNAIDS ca. 2,1 Millionen HIV-Positive und in Lateinamerika ca. 1,8 Millionen. Im Nahen Osten und Nordafrika leben 230 000 HIV-Infizierte Menschen.

Tabelle 1: UNAIDS globale Zahlen zu HIV-Epidemie Weltweit (2016)

UNAIDS globale Zahlen zu HIV-Epidemie Weltweit Ende 2016		
Menschen mit HIV/AIDS 2016	Gesamtzahl	36,7 Millionen
	Erwachsene	34,5 Millionen
	Frauen	17,8 Millionen
	Männer	16,7 Millionen
	Kinder (<15 Jahren)	2,1 Millionen
HIV-Neuinfektionen	Gesamtzahl	1,8 Millionen
	Erwachsene	1,7 Millionen
	Kinder (<15 Jahren)	160.000
Todesfälle im Jahr 2016	Gesamtzahl	1,0 Millionen
	Erwachsene	890.000
	Kinder (<15 Jahren)	120.000

Quelle: UNAIDS, eigene Darstellung

Laut UNAIDS lebten Ende 2016 weltweit 2.1 Millionen Kinder unter 15 Jahren mit einer HIV-Infektion. Etwa 1,8 Millionen Menschen haben sich im Jahr 2016 neu mit dem HI-Virus infiziert, aber in Vergleich zu 2010 sinkt die Zahl der Neuinfektionen um etwa 11 Prozent. In Zentralasien und Osteuropa ist die Rate der Neuinfektion zwischen 2010 und 2016 um 60 Prozent gestiegen. Insgesamt liegt die Rate bei 1,6 Millionen Menschen mit HIV. Weltweit leben etwa 17 Millionen Menschen mit HIV, die nichts von ihrer Infektion und den möglichen Folgen wissen. Knapp 20 Millionen HIV-Infizierte haben immer noch keinen Zugang zu HIV Therapie. Die Zahl der Todesfälle durch AIDS geht weltweit zurück. Laut UNAIDS starben 2016 rund eine Millionen Menschen an den Folgen der Erkrankung – das sind 48 Prozent weniger als im Jahr 2005, dem Jahr mit den bisher meisten Todesfällen (UNAIDS, 2017).

3.2 Situation in Deutschland und in Hamburg

Im Folgenden werden die epidemiologischen Eckdaten der Schätzung in Deutschland und in Hamburg in Bezug auf HIV und AIDS beschrieben.

In der Bundesrepublik Deutschland ist HIV und AIDS ein sehr ernstes Problem, epidemiologisch jedoch kontrollierbar. Dies wird vor allem auf die frühzeitigen und effektiven Präventionsmaßnahmen zurückgeführt.

Die für die Weiterentwicklung und Planung von Präventionsmaßnahmen erforderlichen Daten werden anonym vom Robert Koch-Institut (RKI) erhoben, bewertet und im Epidemiologischen Bulletin des RKI veröffentlicht. Anhand dieser Meldungen lassen sich vor allem die überwiegenden Übertragungswege und Infektionstrends in verschiedenen Bevölkerungsgruppen, die Entwicklung von HIV-Neudiagnosen sowie die geografische und demografische Verteilung erfassen.

Anhand der Untersuchungen der Datenlage durch das RKI lässt sich die epidemiologische Entwicklung in Deutschland zum Ende des Jahres 2015 wie folgt beschreiben:

Tabelle 2: Geschätzte Zahl der Menschen, die Ende 2015 mit HIV/AIDS in Deutschland leben

Deutschland 2015	Menschen mit HIV/AIDS	HIV-Neuinfektionen
Erwachsene	ca. 84.700	ca. 3.200
Männer	ca. 69.500	ca. 2.700
Frauen	ca. 15.200	ca. 500
Geschätzte Zahl von Todesfällen		
	Im Jahr 2015	ca. 460
	Seit Beginn der Epidemie	ca. 28.100

Quelle: RKI Eckdaten zu HIV/AIDS in der Bundesrepublik Stand: Ende 2015, eigene Darstellung

Nach Angaben des Robert Koch-Institutes lebten Ende 2015 etwa 84.700 Menschen mit HIV in Deutschland. Für das Jahr 2015 wurden dem Robert-Koch-Institut circa 3200 HIV-Neuinfektionen Fälle gemeldet und somit verzeichnet das RKI eine unveränderte Zahl gegenüber der Schätzung für 2014. Von den 84.700 HIV-Infizierten sind ca. 69.500 Männer und ca.15.200 Frauen (RKI, 2016).

Von den 3.200 HIV-Neuinfektionen, die im Jahr 2015 erfasst wurden, erfolgten 2.200 bei Männern, die Sex mit Männern haben (MSM), 750 wurden auf heterosexuellem Wege übertragen, 250 bei intravenösem Drogenkonsum. Im Jahr 2015 gab es geschätzte 460 Todesfälle bei HIV-Infizierten. So stellen MSM weiterhin die weitaus Hauptbetroffenengruppe der HIV-Neuinfektionen dar, gefolgt von Personen mit einem heterosexuellen Infektionsrisiko und Angehörigen aus Ländern mit einer hohen HIV-Prävalenz in der Gesamtbevölkerung (HPL).

Die epidemiologische Entwicklung in Hamburg ist mit der Entwicklung in Deutschland im Großen und Ganzen vergleichbar.

Tabelle 3: Geschätzte Zahl der Menschen, die Ende 2015 mit HIV/AIDS in Hamburg leben

Hamburg 2015	Menschen mit HIV/AIDS	HIV-Neuinfektionen
Erwachsene	ca. 6.700	ca. 230
Männer	ca. 5.600	ca. 200
Frauen	ca. 1.100	ca. 35
Geschätzte Zahl von Todesfällen in Hamburg		
	Im Jahr 2015	ca.30
	Seit Beginn der Epidemie	ca. 2.200

Quelle: RKI Eckdaten zu HIV/AIDS in Hamburg Stand: Ende 2015, eigene Darstellung

Von den ca. 6.700 Menschen, die Ende 2015 mit HIV/AIDS in Hamburg leben, sind etwa 5.600 Männer und 1.100 Frauen (RKI, 2016). Nach Schätzungen des RKI haben sich in Hamburg rund 230 Menschen in 2015 neu mit HIV- infiziert. In der Zeit von 2000 bis 2015 hat sich die Zahl der HIV-Neudiagnosen in Hamburg von knapp 107 auf 230 verdoppelt. Männer, die Sex mit Männern haben, stellen sowohl in Deutschland als auch in Hamburg unverändert die größte Betroffenenengruppe dar. In 2015 entfielen ähnlich wie in den Vorjahren mehr als die Hälfte der erfassten HIV-Neudiagnosen auf die Gruppe MSM, knapp 87 Prozent aller gemeldeten Fälle.

Abbildung 2: Inzidenz von HIV-Neudiagnose in den einzelnen Bundesländern, 2015

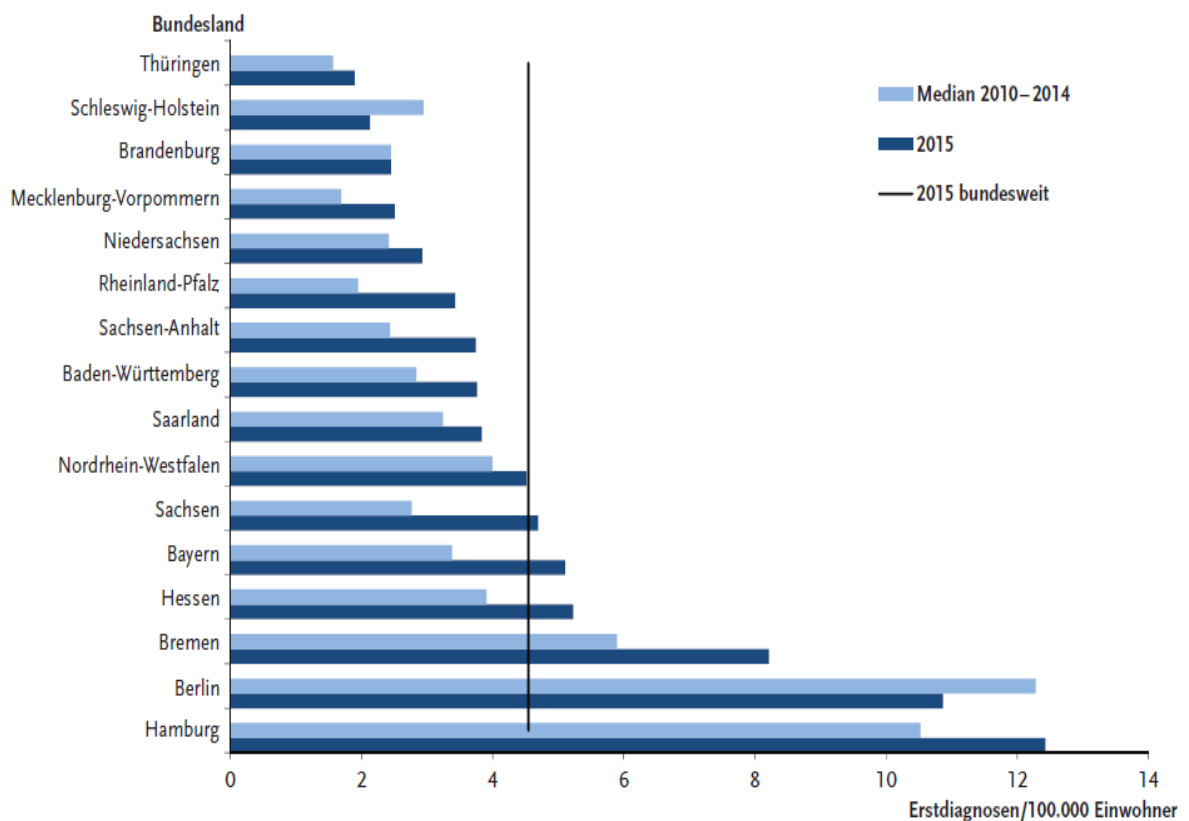


Abb. 3: Darstellung der Inzidenz von HIV-Neudiagnosen 2015 in den einzelnen Bundesländern und Vergleich mit dem Median der Jahre 2010 – 2014

Quelle: (RKI, 2016)

Im Jahr 2015 wies Hamburg die bundesweit höchste Inzidenzrate an HIV-Neudiagnosen (12,4) auf (Abb. 3). Im Vergleich zu ganz Deutschland (Tab.2), liegt die Infektionszahl bei Erwachsenen in Hamburg bei ca. 6.700 (Tab.3) von ca. 84.700 insgesamt. Etwa 30 Todesfälle bei HIV-Infizierten in Hamburg waren in 2015 zu beklagen (RKI, 2016)

3.3 Überblick über die HIV-Epidemie im Südlichen Afrika

Seitdem die ersten HIV/AIDS- Fälle bekannt wurden hat sich das Virus am stärksten in den ärmeren Regionen Afrikas ausgebreitet. Hinsichtlich der Prävalenz einer HIV-Infektion ist Afrika zu unterscheiden zwischen Nordafrika und südlichen Afrika. Von der HIV-Epidemie sind die Länder südlich der Sahara am schlimmsten betroffen. Ende 2016 lebten in Sub-Sahara Afrika zwei Drittel aller HIV-infizierten Menschen weltweit, im Zahlen sind es 25,5 Millionen (WHO, 2017).

Im Vergleich zu Süd- und Ostafrika ist die HIV-Infektionsrate in Westafrika niedriger. In mehreren Ländern südlich der Sahara sind 20 bis ca. 30 % der Bevölkerung zwischen 15 und 49 Jahren mit dem HI-Virus bereit infiziert.

Die Folgende Tabelle stellt die 10 Länder Afrikas mit den höchsten Anteilen an Prävalenz unter Erwachsenen zwischen 15 und 49 Jahre dar. Die Zahlen sind von 2015 und werden hier in Prozent angegeben (Vgl.UNAIDS, 2017)

Tabelle 4: Länder Afrikas mit den höchsten Anteilen an Prävalenz unter Erwachsenen zwischen 15 und 49 Jahre

Land	Anteil	Gesamtzahl	Todesfällen
Swasiland	28.8%	220 000	3800
Lesotho	22.7%	310 000	9900
Botswana	22.2%	350 000	3200
Südafrika	19.2%	7 000 000	180 000
Simbabwe	14.7%	1 400 000	29 000
Namibia	13.3%	210 000	3100
Sambia	12.9%	1 200 000	20.000
Mosambik	10.5%	1 500 000	39.000
Malawi	9.1%	980 000	27.000

Uganda	7.1%	1 500 000	28.000
--------	------	-----------	--------

Quelle: UNAIDS 2017, Countries epidemiology und eigene Darstellung

Von den geschätzten 25,5 Millionen Menschen die im südlichen Afrika mit einer HIV-Infektion leben, bilden Frauen und Mädchen mehr als die Hälfte (59%) der Gesamtzahl. Im Jahr 2016 gab es etwa 1,2 Millionen HIV-Neuinfektionen in der Region. Zwischen 2010 und 2016 ist die Zahl der Neuinfektionen um etwa 29% zurückgegangen. Mit steigendem Zugang zu Antiretroviraler Therapie (ART) ist die Zahl der AIDS-Todesfälle zwischen 2010 und 2016 auch um 42% zurückgegangen.

4 Schwerpunkt Migrant*innen aus Sub-Sahara Afrika

4.1 Exkurs: Migration und HIV-Risiko

„Von Migration spricht man, wenn eine Person ihren Lebensmittelpunkt räumlich verlegt, von internationaler Migration, wenn dies über Staatsgrenzen hinweg geschieht“. Von einer „internationalen Migration“ wird gesprochen, „wenn dies über Staatsgrenzen hinweg geschieht.“ (BAMF, 2015)

„Menschen mit Migrationshintergrund“ verwendet man hier in Deutschland als erweiterten Begriff, um die Nachkommen von selbst migrierten Menschen in die Definition mit einzubeziehen. Es werden darunter sowohl Menschen mit deutschem Pass (eingebürgert), als auch mit nicht deutschem-Pass verstanden (Vgl. DESTATIS, 2016).

Nach Angaben des Statistischen Bundesamtes lebten Ende 2016 in Deutschland rund 18,6 Millionen Menschen mit einem Migrationshintergrund das entspricht 22,5 Prozent der gesamten Bevölkerung. 740.000 davon sind Personen afrikanischer Herkunft.

Migration kann zu einem erhöhten Risiko hinsichtlich HIV und STIs führen (RKI, 2015). Doch Migration macht nicht per se krank, vielmehr beeinflussen die Hintergründe der Migration oft indirekt die Gesundheit. Die Migration kann sich negativ auf die persönliche, politische, wirtschaftliche, soziale und rechtliche Situation von Migrant*innen auswirken. Migrationsspezifische Risiken⁸ können das Leben und somit

⁸Migrationsspezifische Risiken können bspw. die häufig schlechtere soziale und ökonomische Lage sein, denen Migrant*innen ausgesetzt sind. Kulturelle Faktoren (z. B. Gesundheits-/Krankheitskonzepte), Migrationsbedingte

auch die Gesundheit von Migrant*innen prägen (RKI, 2008). Die schwierigen Beschäftigungs- und Lebensumstände in einer neuen und befremdenden Umgebung können zu einem riskanteren Gesundheitsverhalten führen und zugleich den Zugang zu Gesundheitsangeboten verhindern, etwa aufgrund von Sprach-, und Kommunikationsschwierigkeiten, Kulturbarrieren oder eines unsicheren Aufenthaltsstatus (Nariami, 1998). Außerdem nehmen Menschen mit Migrationsbiographie weniger präventive Maßnahmen wie Vorsorgeuntersuchungen und Impfungen in Anspruch (Der Paritätische, 2017). Besonders trifft dies auf Personen mit geringen Sprach-, Bildungs- und Gesundheitskompetenzen zu.

Das Verhalten der Migrant*innen wird von der Interaktion unterschiedlicher Faktoren beeinflusst wie ihrem soziokulturellen und demographischen Hintergrund, ihren Einstellungen hinsichtlich ihrer ethnischen und nationalen Identität sowie den Reaktionen von Individuen und Gruppen im Empfängerland (Vgl. Jansen, 2014). Bei gefühlter Ablehnung und Feindseligkeit, kommt es z. B. bei einigen Migranten/-innen zu einer Ablehnung ihrer eigenen traditionellen Werte. Bei anderen führt es hingegen zu einem verstärkten Praktizieren der Traditionen und einer Verfestigung ihrer ethnischen Identität in einer Migrant*innengruppe als Antwort auf die Ablehnung. Es liegt nahe, dass die Art der kulturellen Anpassung einer Migrant*innengruppe auch deren Einstellungen und Verhalten zum Thema HIV beeinflusst.

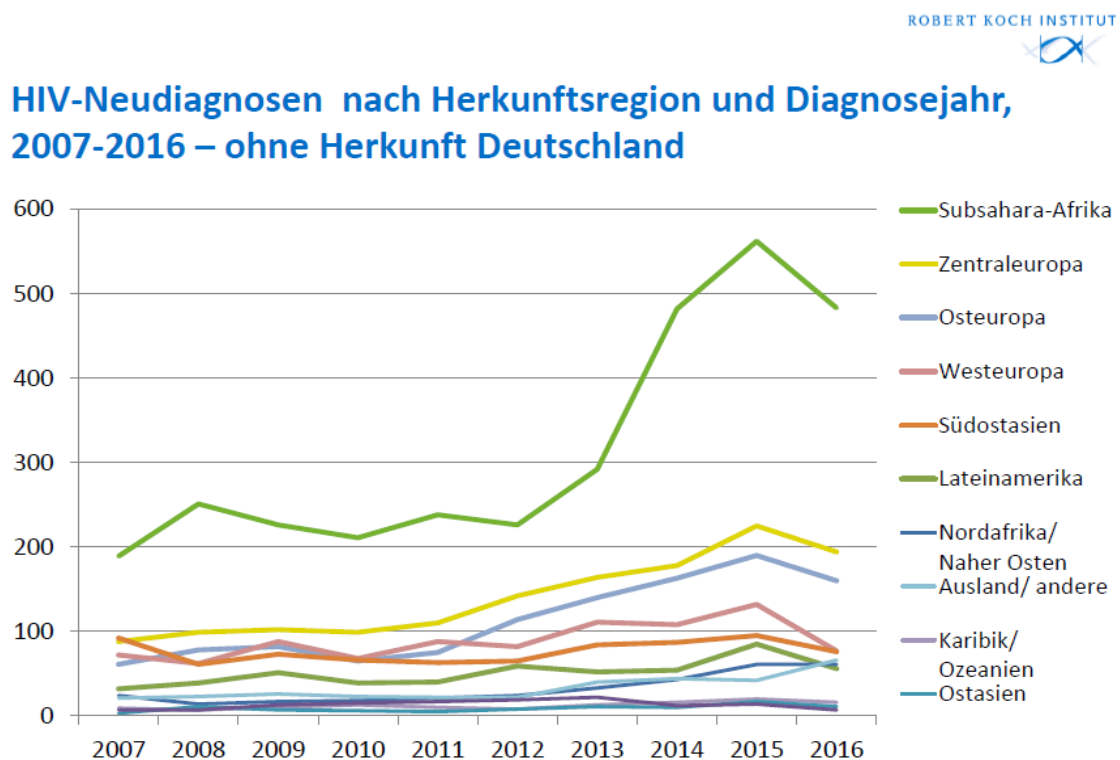
Unter in Deutschland lebenden Migrant*innen gibt es Flüchtlinge, Asylbewerber*innen, Student*innen, Personen mit festen oder zeitlich befristeten Arbeitsverträgen, Personen mit unklarem Aufenthaltsstatus oder Migrant*innen, die bereits in zweiter oder dritter Generation hier in Deutschland leben. Weiterführend ist festzuhalten, dass Migrant*innen keine homogene Gruppe sind. Sie unterscheiden sich schon aufgrund ihrer Herkunftsländer stark voneinander. Nicht alle befinden sich in Situationen, die eine erhöhte HIV- Gefährdung mit sich bringen. Und zwischen jenen, die einer HIV- Infektion exponiert sind, gibt es erhebliche Unterschiede bezüglich der Gründe und des Grades der Gefährdung. Um Chancengleichheit und Antidiskriminierung im Bereich der Gesundheit positiv zu beeinflussen, bedarf es demzufolge im Hinblick auf die HIV/AIDS/STI-Aufklärung einer Differenzierung, die genau jene Migrantinnen und

Faktoren (z.B. Sprachbarrieren, Aufenthaltsstatus, Informationsdefizite), der Grad der Integration (z.B. ungünstige Wohnverhältnisse, Fremdenfeindlichkeit) der Grad der Integration.

Migranten in den Fokus rückt, welche spezifische Interventionen und Maßnahmen benötigen.

Die Verbreitung von HIV mit dem Fokus Migrant*innen speziell Menschen aus Sub-Sahara Afrika spiegelt sich wiederum in Deutschland. Abbildung 3 stellt Zahlen zu den HIV-Neudiagnose bei Migrant*innen in Deutschland zwischen 2007-2016. Die Kurve hellgrün zeigt deutlich, dass der Großteil der HIV-Neudiagnose aus Sub-Sahara Afrika stammt (RKI, 2009).

Abbildung 3: Verlauf der HIV-Neudiagnosen nach Herkunftsregion und Diagnosejahr bei Migrant*innen in Deutschland, 2007- 2016



Quelle: Vortrag von Carmen Koschollek, Deutsche AIDS-Hilfe 18.05.2017.
 RKI, Epidemiologie von HIV-Neudiagnose in Deutschland mit dem Fokus Migration, Stand 03/2017.

4.2 Zielgruppenspezifische HIV/AIDS-Prävention

Migrant*innen, vor allem aus Afrika südlich der Sahara, sind hinsichtlich der HIV-Infektion eine in Deutschland epidemiologische relevante Gruppe, auf die in den letzten Jahren ca. 10-15 Prozent (pro Jahr etwa 300 bis 400 Personen) aller HIV-Erstdiagnosen entfielen (RKI, 2011). Sie stellen den größten Anteil unter Migrant*innen mit der höchsten HIV-Prävalenz dar. Dies ist zum Teil auf den epidemiologischen Kontext der Herkunftsländer zurückzuführen. Vor dem Hintergrund dieser epidemiologischen Daten wäre zielgruppenspezifische Interventionen in der HIV-Prävention unter den Hauptbetroffenengruppen besonders sinnvoll und effizient.

Die Bundesregierung unterstützt HIV/AIDS-Präventionsmaßnahmen für die Allgemeinbevölkerung, unabhängig von ihrer Herkunft, ihrem kulturellen und sozialen Hintergrund. Entscheidende Bedingung dafür ist der gleiche Zugang zu Information, Versorgung, Beratung und Präventionsangebot (WHO, 1986). Gleichwohl sind Migrant*innen aus Ländern mit einer sehr hohen HIV-Prävalenz schlecht über die Gefahren der Übertragungswege aufgeklärt. Sie neigen häufig dazu, das Thema HIV/AIDS abzulehnen. Deshalb gilt es, sie intensiver und zielgruppengerecht über ihre Risiken und Schutzmöglichkeiten zu informieren (Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz, 2010). Dies bedarf besonderer Maßnahmen, die deren Lebenssituation, Bedürfnissen und ihrer sozial und kulturell beschränkten Zugangsmöglichkeiten Rechnung tragen werden.

Speziell HIV/AIDS-Präventionskampagne für besonders gefährdete Gruppe wurden errichtet. Beispiele hierfür sind „GIB AIDS KEINE CHANCE“ der BZgA; sowie „gemeinsam mit Migrantinnen und Migranten“ entwickelte und umgesetzte Modellprojekte der Deutschen AIDS-Hilfe. Dies sind zielgruppenspezifische Präventionskampagne, die sich durch ihre passgenauen Angebote an Menschen mit Migrationshintergrund richten bzw. an Zielgruppen mit einem erhöhten Infektionsrisiko. Entwickelt wurden unter anderem z. B. die Internet Seite „Zanzu“ (BZgA, 2016), Faltblätter oder Kurzfilme in verschiedenen Sprachen. Ein Prinzip der zielgruppengerechten Präventionsarbeit im Gesundheitswesen ist die Partizipation der betroffenen für und mit der Sache (Vgl. BZgA, 2000). Dies bedingt selbst die Einbeziehung von Migrant*innen und damit auch die Nutzung ihres sprachlichen, lebensweltlichen und kulturellen Wissens zur Entwicklung angemessener, erfolgreicher und nachhaltiger Präventionsansätze (BMG, 2011).

4.3 Verbreitung von HIV/AIDS innerhalb der Zielgruppe

Innerhalb der afrikanischen Gruppe bestehen unterschiedliche Vorstellungen über die Verursachung von Krankheit. Deshalb kann keine verallgemeinernde Aussage über das Verständnis von Gesundheit und Krankheit im afrikanischen Kontext getroffen werden (M'bayo, 2009). Die HIV-Infektion ist mit Schamgefühl, Angst, Stigmatisierung und Tabu belegt, was dazu führt, dass bereits infizierte Menschen ihre Infektion oft geheim halten. Hinzu kommt, dass medizinische Testangebote einerseits aus Unkenntnis und andererseits aus kulturell bedingten Vorstellungen von Sexualität weniger Akzeptanz finden. Diese Vulnerabilitäts- und Risikofaktoren begünstigen die Verbreitung von HIV.

Die Gründe für die starke Ausbreitung von HIV unter den Menschen aus südlichen der Sahara sind je nach Land vielfältig. HIV wird in Afrika durch die gleichen Transmissionswege, durch die das Virus auch in allen Ländern der Welt weitergegeben. HIV wird in der Zielgruppe hauptsächlich über heterosexuellen Geschlechtsverkehr übertragen. Neben der Übertragung durch heterosexuellen Kontakte stellt die Übertragung des Virus von Müttern auf ihr Kinder einen bedeutsamen Anteil der Infektionen dar.

Im Gegensatz der westlichen Länder wurden HIV/AIDS-Präventions- und Aufklärungskampagnen in vielen Ländern Afrikas erst viel zu spät gestartet. Armut ist in mehreren afrikanischen Ländern ein großes Problem. Menschen haben kein Geld und leben unter der Armutsgrenze. Die Prostitution wird dadurch begünstigt. Einige Teile der Regionen in den Ländern sind schwer zu erreichen, was zu einem schwierigen Zugang zu der Bevölkerung führt. Die Vermittlung von Präventionswissen wird somit erschwert. Ein Großteil der Bevölkerung hat keinen Zugang zu Bildung, sind unzureichend informiert und haben keinen Zugang zu medizinischer Versorgung (GIZ, 2015). Wie ich schon oben erwähnt habe ist HIV unter afrikanischen Leuten ein Tabu und Stigma Thema. Menschen mit HIV halten daher ihre Krankheit geheim - auch vor ihren Sexualpartner*innen. Die Polygamie wird in verschiedenen Regionen Afrikas praktiziert. Viele Männer haben dadurch mehrere Partnerinnen, dies begünstigt wiederum die Ausbreitung von HIV/AIDS.

Der Gebrauch von Kondome ist als gesellschaftliche Gründe innerhalb der Zielgruppe häufig nicht akzeptiert. In Hamburg lebende Afrikaner*innen⁹ gefragt ist es peinlich, Kondome zu kaufen und zu verwenden, Kondom als Gegner der Familienplanung, grundsätzlich ablehnen von Kondomen oder Monogamie waren Gründe, die den Kondomverzicht erklärten (RKI, 2014). Es wird häufig innerhalb der Communities Sexualpartner*innen gesucht, unabhängig davon, ob sie aus dem gleichen Land kommen oder nicht, was die Verbreitung des HIV-Virus begünstigt.

Die Einstellungen zu HIV und anderen sexuell übertragbaren Infektionen unter afrikanischen Menschen stehen eng im Zusammenhang mit traditionellen und religiösen Werten (Vgl. Boger, 2004).

„Viele Afrikaner glauben, dass HIV hauptsächlich durch Prostituierte übertragen wird, diese aber in Deutschland auf ihre Gesundheit kontrolliert würden, weshalb hier kein Risiko bestehe. Für viele bietet ein Leben nach den Regeln der Religion ausreichend Schutz vor HIV. In einigen afrikanischen Kirchen herrschen fundamentalistische Haltungen vor, wonach z.B. HIV-Infizierte Sünder sind, die sich nicht an Gottes Wort gehalten haben. Oft werden Menschen, die sich einfach nur mit dem Thema HIV/ Aids beschäftigen, für Ehebrecher oder Prostituierte gehalten. Auch wer Kondome mit sich führt, kann verdächtigt werden, der Prostitution nachzugehen.“ (Akpabli, 2010)

4.4 Geschlechtsspezifische HIV/AIDS Risiken

Im südlichen Afrika sind Frauen und Mädchen generell stärker von einer HIV-Infektion betroffen als Männer. Aus biologischen, kulturellen und sozialen Gründen stecken sie sich häufiger mit HIV an. Der niedrige soziale Status von Frauen und Mädchen ist einer der wesentlichsten Gründe für die Ausbreitung der HIV-Epidemie in Sub-Sahara-Afrika. Hinzu kommt, dass Frauen und Mädchen in hohem Maße sexueller Gewalt ausgesetzt sind (Bpb, 2017). Aufgrund kultureller Praktiken sind afrikanische Frauen einem erhöhten HIV-Risiko ausgesetzt. Kulturell und religiös verankerte Praktiken wie weibliche Beschneidung und Polygamie tragen noch weiter zu der Gefahr einer HIV-Infektion bei. Auch die gesellschaftliche Stellung von Frauen erschwert es ihnen häufig, die Verwendung von Kondomen durchzusetzen. Um dies zu ändern und Frauen vor einer Infektion mit dem HI-Virus zu schützen, ist es daher notwendig Frauen zu ermutigen ihre Position in der Gesellschaft zu stärken.

⁹ Missa Studie: Pilot Studie zu Sexueller Gesundheit bei und mit Afrikaner/innen in Hamburg

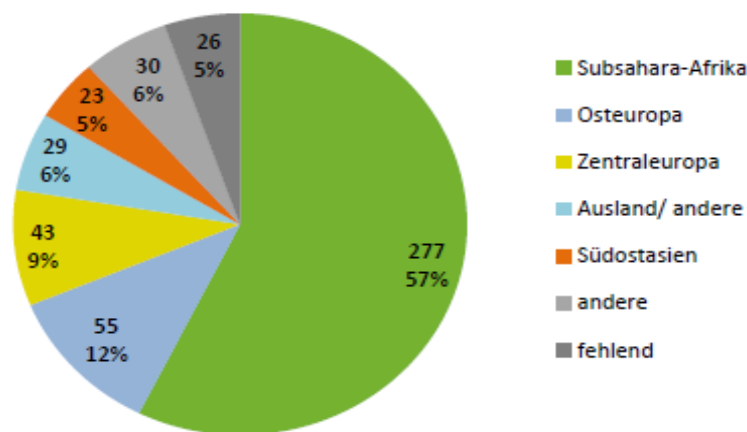
Migrantinnen aus den Sub-Sahara Regionen sind im Empfängerland für eine HIV-Infektion anfälliger als Migranten aus derselben Region. Afrikanische Migrantinnen sind zum einen mit strukturellen Ungleichheiten, die für Migrantinnen allgemein gelten, und zum anderen mit für die Sub-Sahara genderspezifischen Aspekten konfrontiert.

Frauen aus Sub-Sahara Afrika stellen mit einem Anteil von 57 Prozent die Mehrheit aller HIV-Neudiagnosen bei Migrantinnen in Deutschland (Abbildung 4).

Abbildung 4: HIV-Neudiagnose bei Frauen nach Herkunftsregion

-ohne Herkunft Deutschland, 2016

HIV-Neudiagnosen 2016 bei FRAUEN nach Herkunftsregion
 – ohne Herkunft Deutschland, n=483



Quelle: Vortrag von Carmen Koschollek, Deutsche AIDS-Hilfe 18.05.2017. RKI, Epidemiologie von HIV-Neudiagnose in Deutschland mit dem Fokus Migration, Stand 03/2017.

5 Praxisbeispiel: „Gesundheitsbotschafter*innen der AIDS-Hilfe Hamburg e.V.“

Es leben viele Migrant*innen in Deutschland, auch in Hamburg. Da das Thema HIV/AIDS in vielen Migrant*innen Communities tabuisiert wird und viele Migrant*innen sprachliche Probleme haben, besteht eine gewisse Schwierigkeit, diese Menschen durch Prävention zu erreichen.

Damit diese Menschen Antworten auf Fragen zu den Themen HIV/AIDS/STIs und sexuelle Gesundheit erhalten, werden im Rahmen dieses Projektes ehrenamtliche Mitarbeiter*innen (Multiplikator*innen) zu Gesundheitsbotschafter*innen¹⁰ ausgebildet (AIDS-Hilfe Hamburg e.V., 2017). Mit grundlegendem Wissen über HIV und AIDS sowie mehrsprachigen Broschüren und Flyern ausgestattet gehen sie in ihre

Abbildung 5: Multiplikator*innen Schulung



Communities, um mit Menschen über HIV/AIDS/STIs ins Gespräch zu kommen.

Die Gesundheitsbotschafter*innen-Ausbildung beruht auf der Idee, freiwillige Mitarbeiter*innen mit Migrationshintergrund aus unterschiedlichen afrikanischen Ländern so zu schulen, dass sie mit dem Themenfeld HIV/AIDS/STIs und sexuelle Gesundheit kompetent und schamfrei umgehen können. In den viertägigen Schulungstagen mit ca. 6 Stunden Unterricht pro Tag, erhalten die Gesundheitsbotschafter*innen die Kompetenz, selbstständig kleinere Aktionen in ihren Communities¹¹ zu initiieren und umzusetzen. Auf diese Weise werden die zu Schlüsselpersonen¹² und direkten Ansprechpartner*innen in ihren jeweiligen Communities.

Die Schulung deckt die folgenden Themen ab:

- Vorstellung der AIDS-Hilfe Hamburg e.V.
- Grundlagen zu HIV/AIDS und anderen STIs (Übertragungswege, Schutzmöglichkeiten, HIV-Test, HIV & Rechte, Beratung und Hilfsangebote in Hamburg).
- Ziele, Methoden und Strategien der HIV-Präventionsarbeit in den Communities

¹⁰ Anhang: Ausschreibung Gesundheitsbotschafter*innen

¹¹ Gemeinde oder Zusammenschluss von Menschen eines Landes in einer Organisation oder Verein (politisch, kirchlich, usw.)

¹² Schlüsselpersonen sind Voraussetzung der kulturellen Arbeit

- Vorstellung des Modells „Cellule Relais¹³“ (Aidskomitee innerhalb von Organisationen oder Vereinen); Zielsetzung und Mögliche Aufgaben.
- Unterstützung für bzw. Umgang mit Menschen mit HIV/AIDS.
- Interventionsmethodik (Was, wie, wo, wann etc....)
- Vorbereitung einer Veranstaltung

Nach Abschluss der Schulung organisieren die Gesundheitsbotschafter*innen Präventionsveranstaltungen in verschiedenen Settings, in denen sich Menschen aus der Zielgruppe gerne treffen. Das können Flüchtlingsunterkünfte sein, treffen von Kulturvereine, Kirchen/Moscheen, Afromärkte aber auch Familienfesten oder Fußballturnieren. In kleinen Gruppen führen sie die Präventionsveranstaltungen durch, um so das erlernte Wissen an die Zielgruppe weiter zu geben. Eine Veranstaltung dauert zwischen zwei bis drei Stunden. Die Gesundheitsbotschafter*innen haben spezielle T-Shirts und „Sensibilisierungstaschen“ (Umhängetaschen) mit Flyern, Kondome, AHH Visitenkarten und muttersprachlichen Broschüren. Damit sind sie sofort als Gesundheitsbotschafter*Innen erkennbar.

Abbildung 6: Gesundheitsbotschafter*innen bei Alafia.
Afrikafestival in Altona



5.1 Ziele des Projekts

Das Projekt hat zum Ziel, Menschen aus Ländern Sub-Sahara Afrikas über bestehende HIV-Präventionsangebote, HIV-Testungs- und Behandlungs-

¹³ Gruppe aus z.B. vier bis sechs Freiwilligen innerhalb einer Organisation, eines Vereins oder einer (nicht-) religiösen Gemeinde, die sich dafür einsetzt das Thema HIV/AIDS/STI und sexuelle Gesundheit in ihrer Organisation zu Thematisieren und in den Fokus der Gemeinde zu rücken.

möglichkeiten in Hamburg zu informieren, um langfristig die Anzahl der HIV-Neudiagnosen und „Late presenters“ zukünftig unter afrikanischen Menschen zu reduzieren.

Ziel 1: Aufklärungs- und Kommunikationsarbeit (Primär- und Sekundärprävention) zum Thema HIV und STIs sowie die Auseinandersetzung mit PLHA (People living with HIV/AIDS).

Ziel 2: Verbesserung der Zugangsmöglichkeiten zu Informationen und eine höhere Nachhaltigkeit der interkulturellen Präventionsarbeit.

Ziel 3: Verbesserung der Inanspruchnahme der Regelangebote sowie von Hilfsangeboten im Hamburger Gesundheitssystem durch die Afrikanischen Communities.

Ziel 4: Unterstützung von Menschen mit HIV/AIDS und Abbau von Vorurteilen, Diskriminierung und Ausgrenzung der betroffenen Gruppen (Hetero- sowie Homosexuelle und Drogenabhängige).

5.2 Zielgruppe und Interventionsort

Das Projekt der Gesundheitsbotschafter*innen richtet sich an Männer und Frauen afrikanischer Herkunft, die zugewandert sind in Hamburg und Umgebung leben.

- Asylsuchende, Student*innen und Sexarbeiter*innen als spezifische Zielgruppe
- HIV-Positive und Betroffene

Angesprochen werden afrikanische Communities in Hamburg und deren Kulturvereine und religiöse Gemeinschaften. Durch eine zielgruppenorientierte Arbeit werden Kontaktaufnahmen mit Verantwortlichen von Kulturvereinen, Lokalen und Treffpunkten von Migrant*innen mit und durch Schlüsselpersonen organisiert. Hilfreich ist die Kontaktaufnahme mit Integrationszentren, die sich um afrikanische Migrant*innen bemühen.

Die Durchführung der Aufklärungsveranstaltungen kann an verschiedenen öffentlichen Orten stattfinden und auch in den Räumlichkeiten der AHH.

- Öffentliche Veranstaltungen (draußen) sind: Feste, Stadteilfest, Straßenfest, Bahnhöfe, Parks, Fußballturniere, etc....

- Öffentlichen Veranstaltungen (in geschlossenen Räumen): Discotheken/Nachtclubs, Afro-Shops, Integrationszentren, Begegnungszentren, Wettbüro, etc....
- Verein und Gruppen: Kulturverein, Friseur-Salons, Aidskomitees, etc...

5.3 Auswahl und Anforderungsprofil der Gesundheitsbotschafter*innen

Die Gewinnung von Multiplikator*innen ist mit einem hohen Zeitaufwand verbunden. Unsere Erfahrungen haben gezeigt, dass die Wege der Suche und der Auswahl der Gesundheitsbotschafter*innen sehr unterschiedlich sind:

- Persönlich (durch persönliche Ansprache und Mund-zu-Mund Propaganda)
- Institutionell (Via Regelinstitutionen, Organisationen, Universitäten/Hochschulen, interkulturelle Ausbildungszentren, etc...).

Die Gewinnung der Endadressaten oder Teilnehmer*innen für die Aufklärungs-/ Informationsveranstaltung der Präventionsveranstaltungen lässt sich wiederum durch zwei Methoden unterscheiden:

- Die Komm-Struktur, die als passive Auswahl gesehen wird, da die Einladung der Teilnehmer*innen durch Briefe oder Medieninformationen erfolgen.
- Die Zugeh-Struktur, die als aktive Auswahl zu verstehen ist, weil die Zielgruppe direkt angesprochen, aufgesucht, mündlich oder telefonisch erreicht wird.

Kriterium für die Teilnahme an der Schulung ist für uns vor allem das Beherrschen der deutschen sowie der eigenen Muttersprache. Sehr wichtig ist es für uns auch, Menschen aus Verschiedenen afrikanischen Communities zu finden. Interessierte Schulungsteilnehmende werden zu einem persönlichen Gespräch eingeladen. Auswahlgespräche finden in den Räumen der AIDS-Hilfe Hamburg statt. Hier geht es vor allem darum die Motivation und Sprachkenntnisse der Teilnehmenden einzuschätzen.

Die Schulungen finden in Deutsch-Französisch oder Deutsch-Englisch statt und werden durch interkulturell zusammengesetzte und erfahrene Fachteams umgesetzt. Um die Tätigkeit als Gesundheitsbotschafter*innen ausführen zu können sind einige Qualifikationen wichtig und relevant:

- Sprachliche Kompetenzen (Kenntnisse der Deutschen Sprache; Lesen und Schreiben), mindesten eine Sprache der Zielgruppe mündlich beherrschen, Mehrsprachigkeit von Vorteil.
- Interkulturelle Kompetenzen (Migrationsbiographie, Offenheit anderen Kulturen gegenüber, Vernetzung in den Communities, offene Haltung und Kommunikationsfähigkeit bezüglich des Themas Sexualität und anderen Tabuthemen wie Homosexualität).
- Persönliche Kompetenzen (Konfliktfähigkeit, Sozialkompetenz, Empathie, Teamfähigkeit, Zuverlässigkeit, Flexibilität, und Diskretion, etc...).
- Interesse am Thema HIV/AIDS/STIs.
- Motivation an der Zusammenarbeit mit deutschen Institutionen und Interesse ehrenamtlich zu arbeiten.

Um die Mitarbeit zwischen den Gesundheitsbotschafter*innen und der AHH problemfrei zu ermöglichen, werden Aufgaben und Verantwortlichkeiten (Organisation und Durchführung der Veranstaltung) der Gesundheitsbotschafter*innen klar verteilt. Es geht darum, dass die Aufgaben und Zuständigkeiten nicht unter oder überschritten werden.

5.4 Veranstaltungen

In einer Präventionsveranstaltung geht es darum, Gesundheit (HIV/AIDS/STIs) lebensnah zu fördern und die Zielgruppe zu befähigen, ihre Sexualität selbstbewusst und verantwortlich zu (er)leben.

5.4.1 Inhalte

Die Gesundheitsbotschafter*innen arbeiten mit Methoden¹⁴ und orientieren sich prozesshaft an dem Bedarf der Teilnehmer*innen, deren Alter sowie der Gruppengröße. In einer Präventionsveranstaltung sollen in der Regel folgende Inhalte thematisiert werden:

- Grundlagenwissen von HIV/ AIDS, Übertragungswege
- Grundlagenwissen sexuell übertragbare Infektionen (Syphilis, Chlamydien, Tripper) und Grundlagen Hepatitis (HEP)
- Schutzmöglichkeiten (Safer-Sex-Verhalten, Kondomnutzung)

¹⁴ Punkt 5.4 Präventionsmethodik

- Informationen über den HIV-Antikörpertest
- Informationen über Lebenswelten von Betroffenen, Thema der Diskriminierung und Ausgrenzung
- Leben mit der HIV-Therapie
- Bedeutung der Thematik in den Gesellschaften / Communities
- Beratung und Hilfsangebote in Hamburg.

5.4.2 Rahmenbedingungen

Um Präventionsbotschaften möglichst lebensnah vermitteln zu können sind die Gesundheitsbotschafter*innen auf das Kennen des Lebensmilieus der Zielgruppe angewiesen. Die Veranstaltung sollte also an einem für die Teilnehmer*innen vertrauten Ort stattfinden und in enger Absprache mit der anfragenden Institution oder Vereinigung geplant werden. Die Dauer der Veranstaltung sollte in Absprache mit der Zielgruppe bestimmt werden, in der Regel eine zwei- bis höchstens dreistündige Veranstaltung, dies hängt auch von der Aktivität und dem Auftraggeber (AHH) ab.

Die Gesundheitsbotschafter*innen arbeiten in der Regel als Team Mann-Frau. Frau-Frau, Mann-Mann Teams sind auch möglich. Geschlechtsspezifische Angebote sind möglich integriert. Erfahrungen haben gezeigt, dass damit eine offenerere Atmosphäre geschaffen werden kann, die ein intensiveres Arbeiten gewährleistet. Die Teilnehmer*innen Zahl von fünf Personen sollte auch gewährleistet sein, damit die Veranstaltung stattfinden kann. Maximal möglich ist eine Gruppengröße von zwölf Personen, wobei dies von der Präventionsmethodik abhängt.

Die Veranstaltung wird in Absprache mit der Projekt-Verantwortlichen der AHH Inhaltlich und ablauftechnisch geplant (Schulungsprogramm). Es soll dabei geklärt werden, in welchem Rahmen die Veranstaltung stattfinden soll (aus welchem Anlass, Nachfrage von Frauen oder Männer, kirchliche oder muslimische Gemeinde, HIV-Positive oder Betroffene). Auch das Material für die Präventionsveranstaltung, wie z.B. Kondome, Flyern und andere Aufklärungsmaterialien, stammen aus der AHH. Die Einsätze der Gesundheitsbotschafter*innen werden je nach Arbeitsauftrag vergeben. Die Zahl der durchzuführenden Aufträge hängt dennoch von den bereitstehenden finanziellen Ressourcen ab.

5.5 Präventionsmethodik

Die Gesundheitsbotschafter*innen arbeiten mit unterschiedlichen Methoden, um Wissen zu vermitteln und den Menschen die Möglichkeit zu geben, mithilfe von Bildern riskantes Verhalten einschätzen zu lernen (BzgA, 2010) (zum Einstieg in das Thema eignet sich z.B. das „Nasenbärschen/Ampelspiel“¹⁵). Um die entsprechende Zielgruppe besser erreichen zu können und die Präventionsbotschaft nach zielgruppenspezifischen Interventionen zu gewährleisten, können je nach Ort, Anlass, entsprechende Techniken bevorzugt werden:

- Standaktionen mit Quiz/Wissensfragen
- Bekanntmachung eines Projekts
- Persönliche Gespräche/Gruppendiskussion
- Rollenspiele/Sketches/Filme und Videos
- Arbeit mit Schlüsselpersonen
- Vorträge und Diskussion
- Mobiles Team
- Informationsveranstaltung

5.6 Kooperationspartner des Projekts

Die AHH bemüht sich stetig, Unterstützer*innen/Partner*innen zu gewinnen, insbesondere um die Kontinuität des Projekts nachhaltig zu sichern. Aus diesem Grund arbeiten wir in Hamburg mit unterschiedlichen Gesundheitseinrichtungen und Migrant*innen Organisationen. Die Zusammenarbeit mit Kooperationspartner ist wichtig für eine effektive Planung von HIV/AIDS/STI-Präventionsveranstaltungen. So können Absprachen getroffen werden, damit möglichst viele Afrikaner*innen erreicht werden können.

Kooperationspartner des Projekts zur Vernetzung und Kontaktaufnahme mit potentiellen Veranstaltungsorten oder Institutionen sind die afrikanischen (religiösen) Gemeinden, Gruppen, Kulturvereine, „Aidskomitees“ oder „Cellule Relais“, Integrationszentren, die eine Präventionsveranstaltung planen. Allerdings soll die Verbindung der AIDS-Hilfe zu den Communities nachhaltig wirken, um die schon gewonnenen Kompetenzen und Personengruppen weiter zu unterstützen.

¹⁵ Dieses Spiel eignet sich aufgrund der Bilder, um sprachliche Barrieren abzubauen

Außerdem wurde Durch die gemeinsame Arbeit der Aidshilfen ein Bundesweites Afrikanisches Gesundheits- und HIV- Netzwerk in Deutschland (AGHNiD) gegründet, in dem sich die Menschen gut aufgehoben fühlen. Auch eine Vernetzung der so genannten „Cellule Relais“ eines innerhalb der Communities selbstorganisiertem Aidskomitees ist unumgänglich.

5.7 Café Afrika

Abbildung. 7: Café Afrika

Logo



Das Café Afrika findet seit April 2009¹⁶, jeweils am letzten Sonntag des Monats für ca. 3 Stunden im Rahmen des Projektes Gesundheitsbotschafter*innen als offenes Regelangebot „von und für Migrant*innen mit und ohne HIV-Infektion sowie für Interessierte“ in den Räumen der AHH statt (AHH e.V., 2016). Das Angebot wird Fachlich geleitet von einem hauptamtlichen Mitarbeiter*innen der AHH mit eigenem Zuwanderungsgeschichte.

Das Offene Angebot hat als erstes Ziel, das Schweigen und die Tabuisierung des Themas HIV zu durchbrechen. Es sollte auch unter anderem Erfahrungs-, Austausch über persönliche Meinungen, Werte und Fragen zwischen den Communities und Schlüsselpersonen ermöglichen. Durch Information, Aufklärung über das Thema HIV/AIDS und über unterschiedliche Lebensweisen werden Präventionsbotschaften vermittelt. Aus diesem Grund sind alle Menschen, die einen Beitrag zum gedeihlichen Zusammenleben unterschiedlicher Nationen und Gemeinschaften leisten möchten willkommen. Wichtig ist, dass Menschen mit HIV/AIDS und ihre Angehörigen und Familien in ihren Communities angenommen und integriert anstatt ausgegrenzt werden (AHH e.V., 2016).

Nicht zuletzt durch die Arbeit von ehrenamtlichen Mitarbeiter*innen aus dem Team Gesundheitsbotschafter*innen trägt es zur Primär- und Sekundärprävention in den afrikanischen Communities bei. Das Angebot dient inzwischen als regelmäßiger Treffpunkt der Gesundheitsbotschafter*innen und Kommunikationsort für viele Besucher*innen. Da das Café von Menschen vieler verschiedener afrikanischer

¹⁶ Anhang: Café Afrika Flyer

Nationen besucht wird, entsteht dadurch eine große Vielfalt an Sprachen. Die Gesundheitsbotschafter*innen vermitteln niedrigschwelliger Informationen auf Französisch, Englisch Deutsch und in einigen afrikanischen Sprachen. Die Referate/Workshops werden teilweise von dem Gesundheitsbotschafter*innen gegeben, die großes Interesse daran haben, die Vorträge selbst zu halten. Die anderen Inputs werden externen Referent*innen wie Einrichtungsvertreter*innen, Pastor*innen oder Imame sowie von dem hauptamtlichen Mitarbeiter*innen der AHH jeweils zu einem bestimmten Thema gegeben. So wird die Zugangsschwelle für Migrant*innen zu Hilfs- und Kontaktangeboten gesenkt und viele Menschen, vor allem aus Ländern Sub-Sahara Afrikas werden, erreicht. Bei Bedarf werden die Besucher*innen aus dem offenen Angebot in die Einzelberatung der AIDS-Hilfe sowie zu städtischen Regelangeboten und zu anderen Anlauf- und Begegnungsstellen weitervermittelt.

Die Referats-, Themenplanung für das ganze Jahr findet beim letzten Café-Treffen des Jahres oder bei einem Quartaltreffen der Gesundheitsbotschafter*innen statt. Am Ende jeder Veranstaltung erwartet den Besucher*innen selbst gekochtes afrikanisches Gerichte. Während der Veranstaltung steht eine kostenlose Kinderbetreuung zur Verfügung. Das Café Afrika ist einen gut besuchten Anlaufpunkt für Präventionsaktivisten verschiedenen afrikanischen Communities aus Hamburgs und trägt deutlich zur Verständigung von Deutschen und Einwanderer*innen sowie zum besseren Zugang sozial benachteiligter Personengruppen zu Angeboten der Gesundheitsförderung bei (AHH e.V., 2016).

Im Rahmen des 6. Deutsch-Österreichischen AIDS-Kongresses (DÖAK) im Jahr 2013 in Innsbruck wurde das Café Afrika mit dem 2. Preis des HIV-Community Preis ausgezeichnet (DÖAK, 2013). Dies zeigte wiederum, dass das offene Angebot der AHH sehr wichtig ist und trägt dazu zur Unterstützung der Integration der afrikanische Migrant*innen in der deutschen Gesellschaft im Bereich der Gesundheitsförderung bei. Dass die Arbeit der Gesundheitsbotschafter*inne auf diese Weise gewürdigt wurde, fühlten sie sich sehr geehrt und bestärkt.

6 Evaluation und Qualitätssicherung des Projektes

Das Team der Gesundheitsbotschafter*innen besteht aus ehrenamtlichen Mitarbeiter*innen der AHH, die über die oben genannten Themen geschult und

kontinuierlich begleitet werden. Sie werden je nach Einsatz durch Aufwandsentschädigungen oder Honorare unterstützt. Dies ist allerdings nicht der Fall bei der Teilnahme an öffentlichen Veranstaltungen wie z.B. Straßenfesten, Welt AIDS-Tag.

6.1 Methode

Treffen zur Bewertung der durchgeführten Aktivitäten Anhang des Evaluationsbogens¹⁷ sind Bestandteil der Zusammenarbeit mit dem Gesundheitsbotschafter*innen. Nach den Einsätzen treffen sich die Gesundheitsbotschafter*innen, um die Aktion auszuwerten. Zudem gibt es gemeinsame Treffen zur Fortbildung. Falls gewünscht, soll Gruppensupervision in Anspruch genommen werden. Alle Maßnahmen und Entwicklungsschritte werden dokumentiert und qualitativ evaluiert.

Es sollte herausgefunden werden in welchem Zeitraum wie viele Personen kontaktiert wurden, ihre Herkunft, Dauer und Ort der Intervention aber auch die Anzahl der Kontaktverweigerungen. Durch die Erhebung der qualitativen Daten wird die Qualität der Angebote dementsprechend verbessert. Andere eventuelle Evaluationsmethoden sind Gruppengespräche, Gruppenselbstevaluation, quantitative Evaluation, individuelle Mitarbeitergespräche mit den Gesundheitsbotschafter*innen wie auch Beobachtung der Interventionen durch die Projektleiter*innen der AHH.

Zur Dokumentation und zur Evaluation des Cafés Afrika werden entsprechende Feedbackbögen¹⁸ ausgefüllt und ausgewertet. Am Ende jeder durchgeführten Café Afrika Veranstaltung wird ein anonymer Feedbackbogen in deutscher-, französischer-, oder englischer Sprache von dem Besucher*innen ausgefüllt und abgegeben. Durch das Ausfüllen dieses Fragebogens soll jede/m Besucher*innen die Möglichkeit bekommen, die Veranstaltung zu reflektieren und sie anschließend kritisch zu betrachten und zu evaluieren. Somit gibt es für die Besucher*innen die Möglichkeit, das Programm aktiv mitzugestalten und sich kreativ in die Planung mit einzubringen. Die Ergebnisse werden nach einem Jahr ausgewertet und durch unterschiedliche Graphiken und Statistiken visualisiert. Die Feedbacks und Diskussionen geben

¹⁷ Anhang: Statistikbogen Veranstaltung

¹⁸ Anhang: Café Afrika Fragebogen

praktische Hinweise und Erkenntnisse an das Team, die wiederum in die Konzepte der aufsuchenden Präventionsarbeit einfließen.

Ziel der Evaluation ist in erster Linie die Reflexion der eigenen Arbeit in der Prävention zu ermöglichen und über Perspektiven nachdenken zu können (Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit, 2017). Schwierigkeiten, Miss- und Erfolge, Planung, Hinweise zu Workshops und Seminaren etc. werden während der Quartalsreffen der gesamten Gruppe behandelt und vermittelt. Dies ist eine Bereicherung für die Tätigkeit und Professionalisierung der ehrenamtlichen Mitarbeiter*innen. Für die Weiterbildung stehen das Fortbildungsprogramm der DAH sowie die von der AHH zur Verfügung.

6.2 Evaluation des Cafés Afrika Ende 2014

Diese Evaluation soll dazu beitragen, die Wünsche und Anmerkungen der Teilnehmer*innen in die Vorbereitung der nächsten Stunden zu integrieren und /oder gegebenenfalls das Angebot zu verändern oder zu erweitern. Für eine erfolgreiche Ausrichtung des Cafés ist dieses Feedback von großem Wert und durch das Fehlen einiger Daten der Monate Mai, Juli, August und November 2014, kann die Auswertung der Treffen nur für die vorliegenden Monate vorgenommen werden.

Im Jahr 2014 wurden 11 verschiedene Veranstaltungen im Rahmen des Projekts Gesundheitsbotschafter*innen „Café Afrika“ angeboten. Die Inhalte der sonntäglichen Treffen sind von großer Vielfalt und bieten allen Teilnehmer*innen in einem offenen Raum die Möglichkeit über persönliche Themen zu diskutieren, zu partizipieren und sich auszutauschen. Folgende Themen wurden behandelt:

- Im Januar: Beratung und HIV-Test Möglichkeiten in Hamburg
- Februar: Ausstellung Afro-Leben Voice
- März: Ab in die Zukunft
- April: Gesundheitsbotschafter*innen und Präventionsarbeit
- Mai: Café Afrika Jubiläum/ Lange Reihe Straßenfest (keine Daten vorhanden)
- Juni: HIV und Ernährung
- Juli: Sommerfest (keine Daten vorhanden)
- August: Alafia Afrikafestival Altona (keine Daten vorhanden)
- September: Einbürgerung
- Oktober: Schuldnerberatung

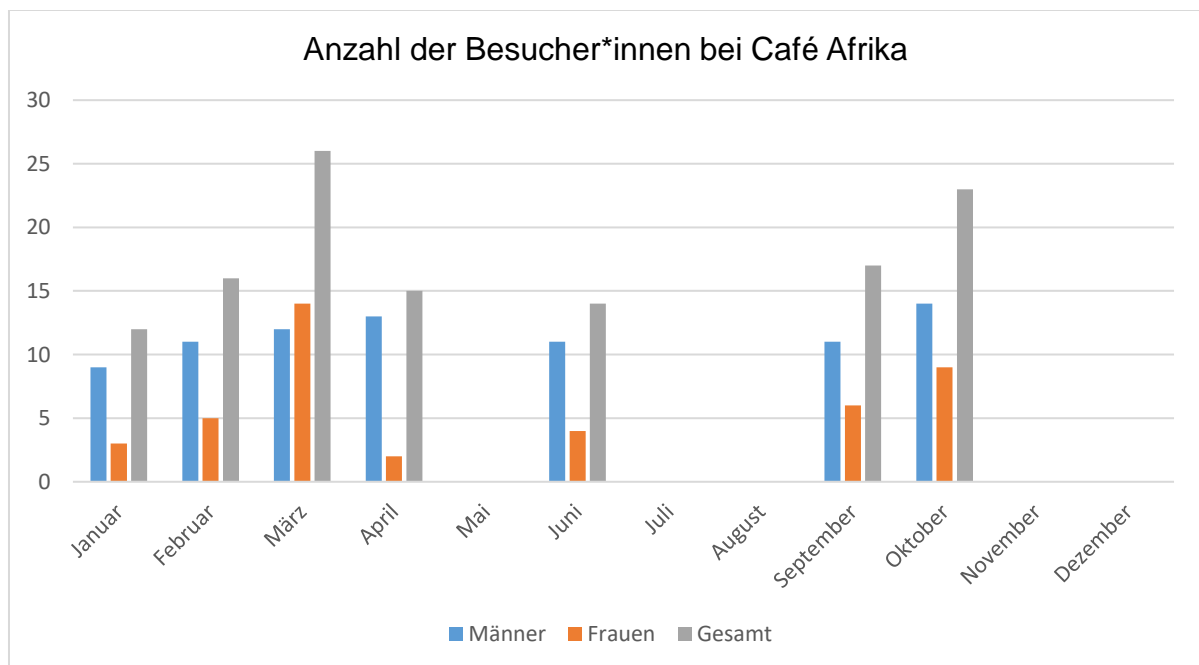
- November: „Nacht der Solidarität“ (kein Daten vorhanden)
- Im Dezember fand keine Café Afrika Veranstaltung statt.

Die Auswertung der im Jahr 2014 ausgefüllten Fragebögen, werde ich in Bezug auf die Anzahl-; Alter-, Herkunftsländer der Besucher*innen; Bekanntheit des Angebots Café Afrika und die Zufriedenheit mit dem Angebot hier vorstellen.

6.2.1 Anzahl der Besucher*innen bei Café Afrika

Zunächst soll ein Überblick über die Anzahl der Besucher*innen am Café Afrika dem Leser einen Eindruck des Umfangs der monatlichen Treffen geben.

Abbildung 8: Anzahl der Besucher*innen im Jahr 2014



Hier ist eine deutliche Fluktuation der Anzahl der Besucher*innen zu erkennen. Der graue Balken repräsentiert jeweils die gesamte Summe der Gäste, wobei weiterhin zwischen weiblichen (orange) und männlichen (blaue) Besucher*innen unterschieden wird. Bei der Betrachtung dieser Zahlen fällt schnell die große Differenz der Anzahl von weiblichen und männlichen Besucher*innen auf.

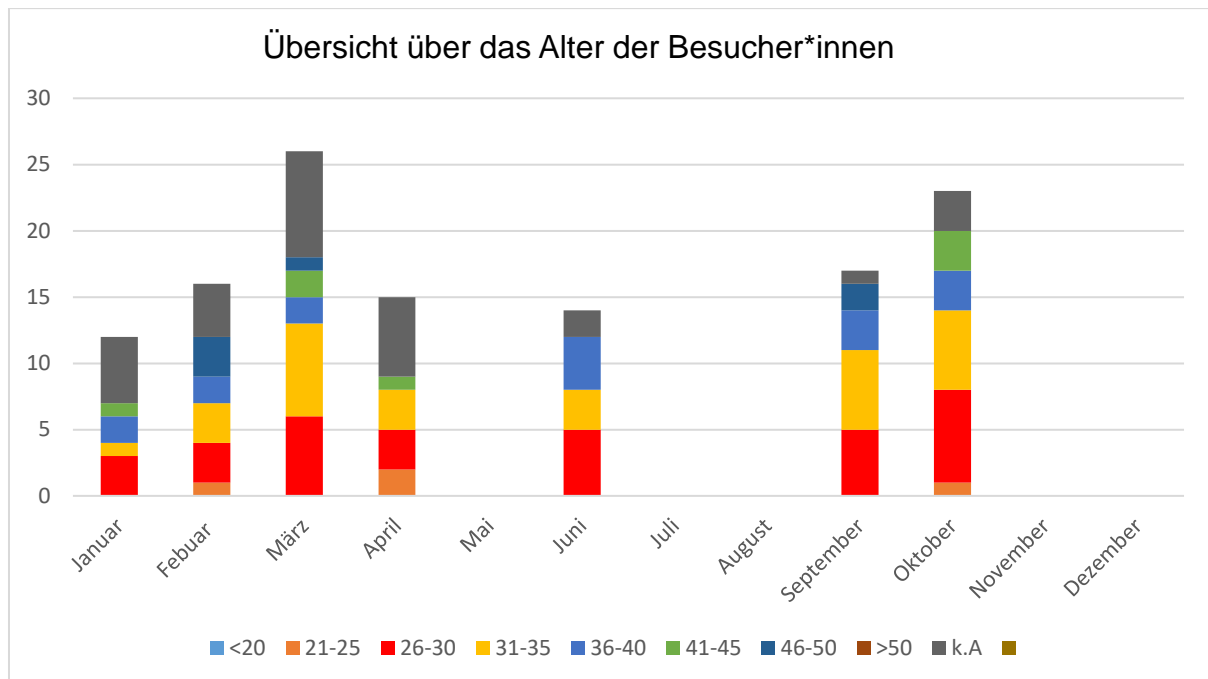
Weiterhin wird bei einer näheren Analyse der Besucher*innen deutlich, dass mit steigender Anzahl der Gäste auch die Anzahl der Frauen zunimmt.

Für weitere Treffen im Rahmen des Café Afrikas könnte eine kleine Forschung zu der Erreichbarkeit von afrikanische Frauen aus Sub-Sahara Afrika Aufschluss darüber bringen, wie wir mehr Frauen in das Angebot integrieren könnten.

6.2.2 Übersicht über das Alter der Besucher*innen

Da auch bei dieser Graphik die Daten einiger Monate vollständig fehlen und bei anderen nur teilweise vorhanden sind, lässt sich hier nur ein grober Überblick über das Alter der Besucher*innen geben (k.A zum Alter grau).

Abbildung 9: Alter der Besucher*innen



Weiterhin ist auffällig, dass die Altersgruppen, sowie auch die Anzahl der Besucher*innen, stark variieren. Am häufigsten sind jedoch die Gruppen der 26-30 (rot) und der 31-35 (gelb) jährigen im Café Afrika stark vertreten. Kaum erreicht wurden junge Menschen unter 20 oder ältere Menschen über 50.

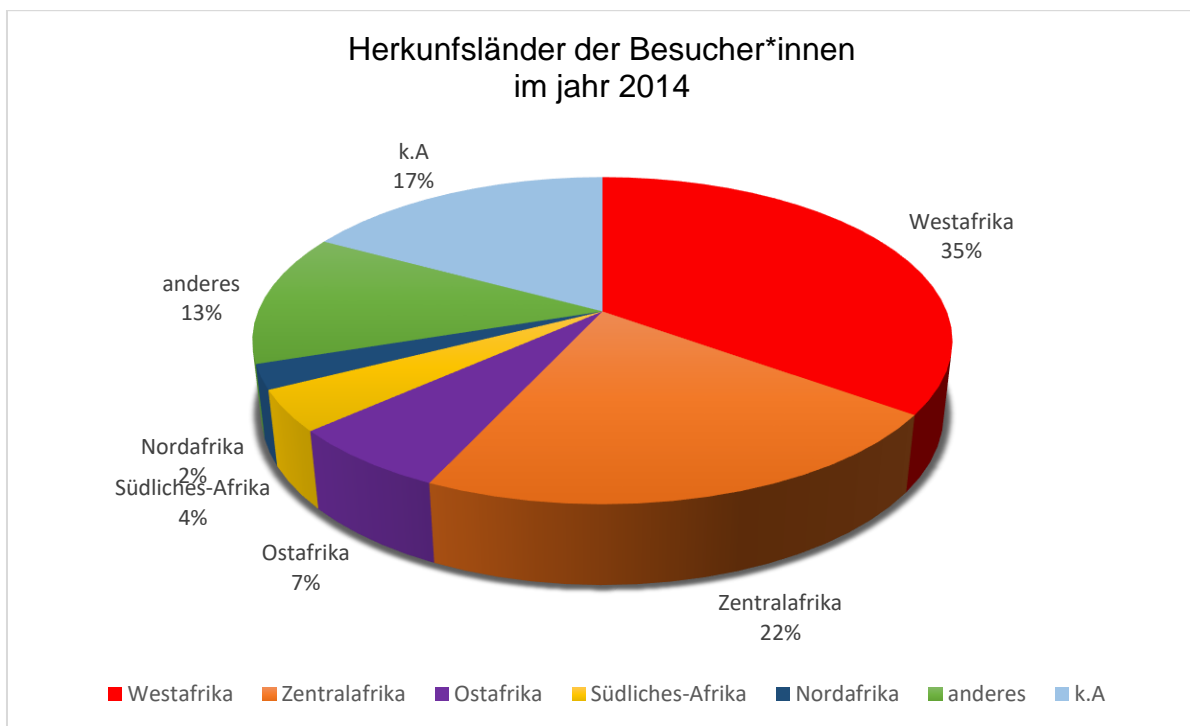
- *Wie können junge Menschen besser erreicht werden?*
- *Ist das Angebot attraktiv für sie?*
- *Sollten überdies extra Termine für Jugendliche angeboten werden, da sie sich in einer Gruppe von Erwachsenen nicht einbringen können?*

Die entsprechenden Fragen könnten ebenso für die Menschen der Altersgruppe 50+ gestellt werden. Da sich viele Menschen im Alter mit bisher unbekanntem gesundheitlichen Problemen auseinandersetzen müssen und eine zusätzliche HIV-Erkrankung weitere Sorgen bereiten kann, wäre es interessant, ein Angebot für ältere Menschen zu gestalten.

6.2.3 Herkunftsländer der Besucher*innen

Das Café Afrika zeichnet sich neben einer großen Vielfalt von Themen auch durch offene Diskussionen und einen regen Austausch von Erfahrungen durch die einzelnen Besucher*innen aus. Durch Ihre unterschiedlichen kulturellen und sprachlichen Hintergründe tragen die Besucher*innen des Café Afrikas aktiv zu einem interkulturellen Erfahrungsaustausch bei. Um diese wertvolle Diversität erhalten und fördern zu können, soll hier aufgeführt werden, welche Communities beim Café Afrika bereits stark vertreten sind, in welchen wir weiterhin Werbung machen sollten und diese, die bis jetzt gar nicht oder wenig auftreten.

Abbildung 10: Darstellung der Herkunftsländer der Besucher*innen



Das Kreisdiagramm repräsentiert 100 Prozent der Summe der Gesamten Besucher*innen des Jahres 2014.

Im Jahr 2014 gaben von allem Besucher*innen genau 87 Prozent Auskunft über ihr Heimatland, von den anderen 17 Prozent gibt es hierzu keinerlei Informationen (hellblau=k.A.). Von den 87 Prozent der Angaben lässt sich weiterhin ablesen, dass davon 13 Prozent ein anderes Herkunftsland als ein afrikanisches Land angegeben haben (grün), 2 Prozent (dunkelblau) der Besucher*innen kommen aus Nordafrika, 4 Prozent (gelb) aus Südlichen Afrika und 7 Prozent (lila) aus Ostafrika. Auffallend dabei

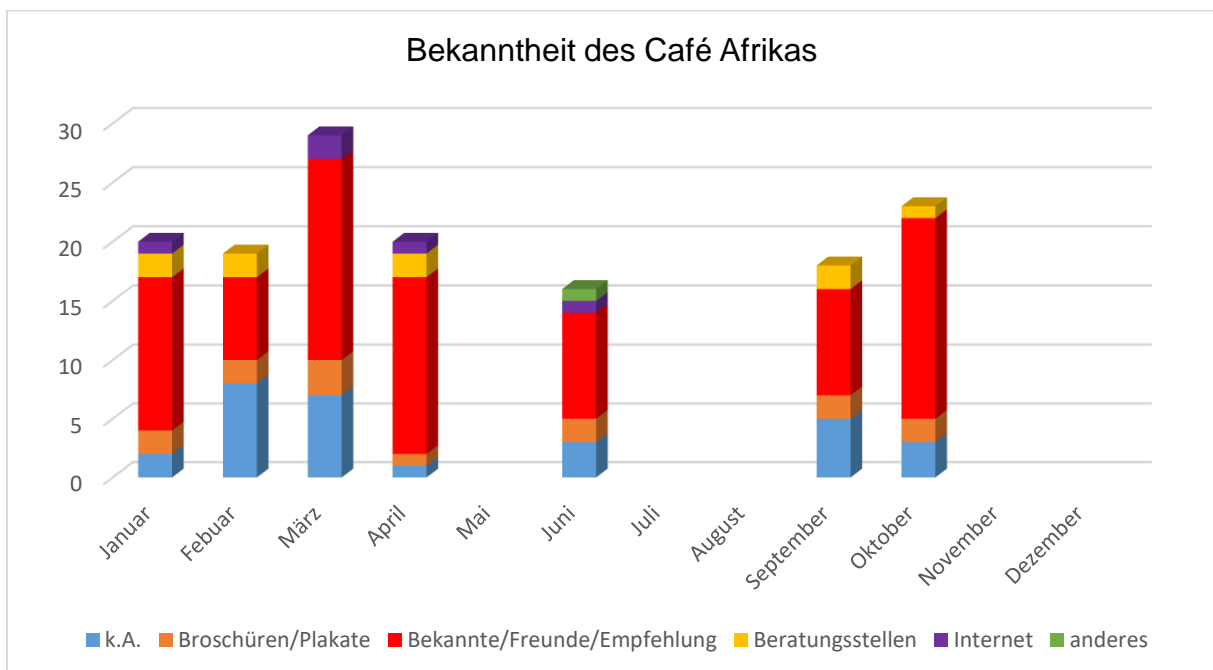
ist, dass die meisten der hier vertretenen afrikanischen Communities aus Westafrika mit 35 Prozent (rot) gefolgt von Zentralafrika mit 22 Prozent stammen.

Weiterführend wäre es, Menschen aus bisher „unterrepräsentierten“ Communities zu kontaktieren und zu der Veranstaltung einzuladen.

6.2.4 Bekanntheit des Café Afrikas

Zunächst ist anzumerken, dass es bei der Auswertung der Fragebögen viele Mehrfachnennungen zu der Frage „Woher kennst du unser Angebot?“ gab.

Abbildung 11: Woher kennen die Besucher*innen das Angebot?



Die Mehrheit gab an, das Café Afrika zum ersten Mal auf Empfehlung von Freunden/Bekanntem (rot) besucht zu haben. Das lässt darauf schließen, dass in bestimmten Communities, das Angebot gut bekannt ist und durch mündliche Propaganda weiterverbreitet wird. Weiterhin gaben einige an, dass sie durch die Empfehlung von Beratungsstellen (gelb) auf das Angebot aufmerksam geworden waren. Kaum wirksam scheinen bis jetzt die Broschüren/Plakate (orange) und das Internet (lila) gewesen zu sein.

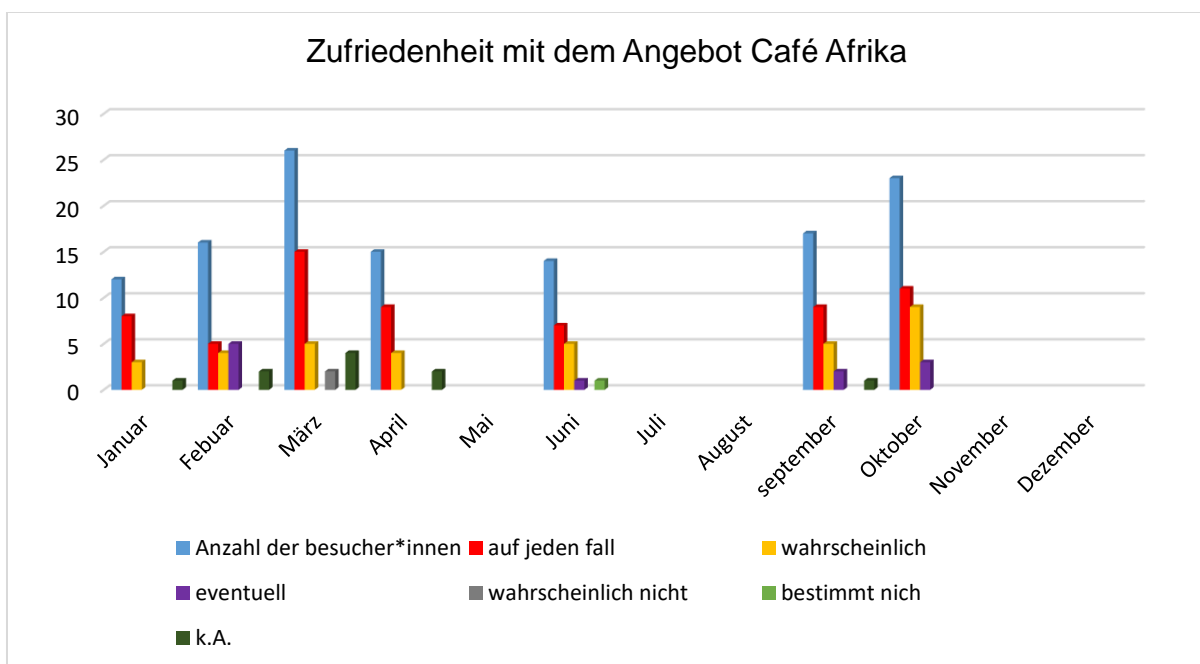
Weiterhin könnte bei Stadt- oder Gemeindefesten, wie auch bei Aktionen für das Café Afrika durch die Gesundheitsbotschafter*innen und Veranstalter*innen geworben werden, um so das Bewusstsein für die Vielfalt der Angebote zu vergrößern.

Für effiziente Prävention und Aufklärung besteht ebenfalls Informationsbedarf hinsichtlich der von Migrant*innen genutzten Medien. Um Medienbeiträge als Unterstützung für Prävention und Aufklärung heranziehen zu können, könnte folgende Fragen im Rahmen des Café Afrikas untersucht werden: Welche Medien (Zeitungen, Zeitschriften, Radio- und Fernsehsender, Internetseiten) nutzen die Zielgruppe für ihren Informationsbedarf? Welche Medien können im Rahmen der Entwicklung eines Aktionsplans von Bedeutung sein?

6.2.5 Zufriedenheit mit dem Angebot Café Afrika

Zum Abschluss soll ein Überblick über die Zufriedenheit mit dem Angebot Café Afrika gegeben werden, die anhand der Frage „Würdest du Café Afrika nochmal besuchen?“ im Folgenden betrachtet werden soll.

Abbildung 12: Würdest du Café Afrika nochmal besuchen?“



Diese Graphik stellt jeweils die Anzahl der gesamten Besucher*innen (blau) und ihre Antwort zu der bereits vorgestellten Frage dar.

Hierbei lässt sich gut erkennen, dass neben den Besucher*innen, die keinerlei Angaben (dunkelgrün) zu dieser Frage gemacht hatten, viele zufrieden mit dem Angebot waren und „auf jeden Fall“ (rot) wiederkommen würden.

Die Teilnahme der Gesundheitsbotschafter*innen an das Straßenfest im St-Georg (im Mai mit ca. 40 Besucher*innen an unserem Stand), das Sommerfest der Gesundheitsbotschafter*innen (im Juli mit ca. 60 Teilnehmer*innen), an Alafia 2014

(im August ca. 400 Kontakten) in Altona, und die „Nacht der Solidarität“ (Ende November anlässlich des Welt AIDS-Tages mit ca. 70 Gäste) ermöglichten die Gesundheitsbotschafter*innen, viele Menschen unterschiedlicher Herkunft besser zu erreichen; ca. 634 Personen wurden durch Vorträge, Infostich und Gespräche erreicht.

6.3 Erfahrungen der Gesundheitsbotschafter*innen

Um die Arbeit der Gesundheitsbotschafter*innen besser formulieren zu können, wurde ein Konzept¹⁹ entwickelt. Dies gibt Orientierungen und zeigt die Rahmenbedingungen auf, unter welchen die afrikanischen Gesundheitsbotschafter*innen arbeiten können. Prozessbegleitend findet während der Quartalstreffen Feedback der Veranstaltungen statt, die der gesamten Gruppe die Möglichkeit zum Austausch und zur Reflexion geben. Ziel ist in erster Linie die Reflexion der eigenen Arbeit in der Prävention zu ermöglichen und über Perspektiven nach zu denken. Nur durch regelmäßige Reflexion kann es gelingen, Probleme zu benennen und gemeinsam nach Lösungen zu suchen (Von Unger, 2012). Um die Aussage der jeweiligen Gesundheitsbotschafter*innen und Ergebnisse der Treffen festzuhalten wird ein Protokoll geführt. Die Treffen sind eine Bereicherung für die Tätigkeit für und mit (nicht) ehrenamtlichen Mitarbeiter*innen.

Die Motive der Gesundheitsbotschafter*innen, sich im Ehrenamt zu engagieren, unterscheiden sich zum Teil voneinander. Sehr oft wird der soziale Aspekt reflektiert, wobei die Möglichkeit, *„mit anderen Menschen in Kontakt zu treten und mit ihnen auszutauschen“*, oder *„anderen zu helfen“* am häufigsten erwähnt wurde. Für manche stellt *„Geld verdienen“* allerdings eine Einkommensquelle dar, die zum Aufrunden der monatlichen Einkommen beiträgt.

- *„Ich mache es, weil ich einfach anderen helfen möchte. Ich habe im Internet geguckt wo ich mich im Ehrenamt engagieren könnte und da bin ich auf der Internetseite der AIDS-Hilfe gelandet.“ (W)*
- *„Ich habe Spaß, wenn ich anderen helfen kann. Ich mache das gerne, wenn den Leuten dann alles verstehen und eine Freude damit haben; das merkt man einfach, weil es unkompliziert geht“. (W)*
- *„Wenn ich noch dafür ein bisschen Geld verdienen kann, das ist doch eine gute Sache.“ (M)*

¹⁹ Anhang: Konzept Gesundheitsbotschafter*innen

Die Gesundheitsbotschafter*innen berichten, dass sie überwiegend positive Erfahrungen während der Veranstaltungen gemacht haben. Sie berichten von einem hohen Grad an Vertrauen der Besucher*innen zu ihnen. Darüber hinaus wird von einem unproblematischen Umgang miteinander und netten Kontakten berichtet, die während der Veranstaltungen entstanden sind. Auch die Möglichkeit, durch die Veranstaltungen anderen eine Freude machen zu können, wird in den Treffen als positive Erfahrungen hervorgehoben.

- *„Es ist für mich immer ein Abendteuer, wenn ich selbst eine Veranstaltung plane. Da frage ich mich, wer mir noch heute gute Besserung wünschen wird?“(M)*
- *„Diese Rückmeldebögen finde ich eine nette Sache. Das spielt schon eine große Rolle, denn wenn mir ein Teilnehmer*innen negative Bewertungen gibt, dann weiß ich wo ich mich nächste Mal verbessern werde. Anhand der positiven Bewertungen, denke ich, ok! der kommt bestimmt wieder zurück.“(M)*
- *„Ich finde es immer gut, wenn eine Veranstaltung problemlos funktioniert hat. Wenn es mit geringen Wartezeiten verbunden ist. Das kommt natürlich ein bisschen darauf an, zu welchen Tageszeiten man die Veranstaltung anbietet.“(W)*

Die Gesundheitsbotschafter*innen nennen auch lediglich einzelne negative Erfahrungen, beispielweise bei selbstorganisierten kleinen Aktionen, dass die Besucher*innen entweder gar nicht oder nur wenig zu den Veranstaltungen kommen.

- *„Manchmal warte ich mehr als eine Stunde bis jemand auftaucht.“(W)*
- *„Wenn ich eine Veranstaltung organisiere, lade ich immer mehr als 20 Leute ein, aber nur drei kommen zu der Veranstaltung, was kann ich dafür? Die Veranstaltung wird sowie so stattfinden, weil die, die da sind wollen Kondome mitnehmen“. (M)*

Fast alle Gesundheitsbotschafter*innen berichten, dass der Umgang mit Schamgefühlen ein wichtiger Aspekt für die Aufklärungsarbeit ist. Ein anderes Problem innerhalb der afrikanischen Communities ist die Stigmatisierung der Menschen mit dem HI-Virus. Es wird deutlich mehr über HIV gesprochen, seitdem sie sich engagieren. Von folgenden Veränderungen wird berichtet:

- *„Ich hatte am Anfang Angst über dieses Thema zu reden, aber nachdem ich angefangen habe, war die Angst weg. Die Leute erkennen mich auf der Straße und fragen nach Kondome.“ (W)*
- *„Es ist wichtig, dass sich die Afrikaner*innen mit diesem Thema auseinandersetzen, die Leute brauchen eine Motivation, um den HIV-Test zu machen, z.B. wer bezahlt die Medikamente, wenn der Test positiv ausfällt? Sie brauchen Unterstützung bei der Behandlung!“ (M)*
- *„Ich fang immer mit einem anderen Thema an, wie sexuelle Gewalt gegen Frauen oder Männer, papierlose Afrikaner*innen oder ein Gesundheit Thema wie Depression. Ich sage niemals, dass ich mit den Leuten über HIV reden möchte, da wird mir niemand zuhören. Vielleicht ist dabei jemand der krank ist, er wird sich direkt angesprochen fühlen.“ (W)*
- *„Zu den Tabuthemen möchte ich sagen, dass man manchmal nicht mit den Personen über Sexualität sprechen kann, die einem zu nahestehen, also z.B. mit der Elterngeneration, dafür aber mit gleichaltrigen. So kann es auch sein, dass man nicht so gern mit Leuten aus den eigenen Communities spricht, dafür aber mit denen aus anderen Communities oder mit Deutschen.“ (w)*

Nach ihrer allgemeinen Einschätzung des Multiplikator*innen Projekts gefragt, bezeichnen die Gesundheitsbotschafter*innen die Idee grundsätzlich als hilfreich und sehr gut. Kritik von ihren Seiten ist die Eingrenzung des Projektes nur auf Afrikaner*innen, was von einigen als stigmatisierend empfunden werde. Generell sagen die Gesundheitsbotschafter*innen, dass sie durch die Schulungen und die aufsuchende Arbeit sehr viel für sich und für die anderen dazu lernen. Sie sind sehr stolz mit dem Projekt und sehen einen Nutzen für ihre eigene Community.

7 Diskussion

Um Menschen mit Migrationsgeschichte in der Eigenverantwortung für ihre Gesundheit zu befähigen und langfristig einen Beitrag zur Reduzierung von Ungleichheiten bezüglich der Gesundheitschancen zu leisten, sind Projekte wie dieses unglaublich wichtig. Bei diesem Projekt kommen Menschen aus unterschiedlichen afrikanischen Communities zusammen, um an das Versorgungs- und Selbsthilfesystem der AHH andocken zu können. Um das Projekt erweitern zu können initiieren die Gesundheitsbotschafter*innen das Angebot Café Afrika. Ausgangslage war die Feststellung, dass es in Hamburg wenig oder fast keinen Raum gab, in dem

bestimmte Migrant*innengruppen, z.B. aus Sub-Sahara Afrika, regelmäßig über HIV/AIDS und sexuelle Gesundheit sprechen und durch Partizipation ihre Belange und Interessen thematisieren können und / oder an die Richtigen Stellen verwiesen werden.

Inwieweit konnten die Ziele des Projekts erreicht werden und welchen Einfluss können die gesammelten Erfahrungen der Gesundheitsbotschafter*innen auf die Gestaltung zukünftiger Präventionsmaßnahmen haben? In Großstädten wie Hamburg, bieten afrikanischen Communities viele Ressourcen an, um Menschen mit Fähigkeiten und Wissen auszustatten und sie für die HIV-Präventionsarbeit einzusetzen.

In Hamburg wurden seit 2009 ca. 36 motiviert und engagiert Afrikaner*innen zu Gesundheitsbotschafter*innen geschult. Sie bieten kulturspezifisch muttersprachliche Aufklärungsveranstaltungen in den verschiedenen Communities an. Dabei geht es um Aufklärung sowohl zu Fragen rund um HIV/AIDS als auch um STIs und medizinische Versorgung. Im Jahr 2016 waren weiterhin konstant 19 Gesundheitsbotschafter*innen an der interkulturellen Präventionsarbeit der AHH beteiligt. Sie kommen aus verschiedenen afrikanischen Staaten mit unterschiedlichen Sprachen, Religionen und Kulturen. Herkunftsländer sind Benin, Burkina Faso, Elfenbeinküste, Ghana, Kamerun, Kenia, Togo, Mali, Niger, Somalia. Derzeit sind es mehr Gesundheitsbotschafter (12 Männer) als Gesundheitsbotschafterinnen (7 Frauen) in das Projekt beteiligt. Die Gesundheitsbotschafter*innen sprechen verschiedene afrikanische Sprachen und erreichen so Menschen direkt. Sie sind nach wie vor sehr motiviert, das Teilnehmer*inneninteresse hoch und die Feedbacks ausgezeichnet. Besonders die Barrierefreiheit infolge der Kenntnis der geschlechts- und kulturspezifischen Bedarfe während der Veranstaltung wird wertgeschätzt.

Durch die Schulung der Gesundheitsbotschafter*innen und die hieraus resultierenden Ergebnisse lässt sich durchaus sagen, dass die Erreichbarkeit von Menschen aus verschiedenen afrikanischen Kulturkreisen nicht nur möglich wurde, sondern dass auch Sprachprobleme aufgrund kultureller Hindernisse mit zielgruppenorientierten Primär- und Sekundärpräventionsmaßnahmen überwunden werden können. Zusammen mit dem Angebot „Café Afrika“ und der durchgeführten Veranstaltungen erreichen die Gesundheitsbotschafter*innen jährlich ca. 600-700 Menschen aus verschiedenen afrikanischen Communities in Hamburg.

Wie schnell Afrikaner*innen in Hamburg bereit sind, sich mit verschiedenen gesundheitlichen Themen und insbesondere HIV/AIDS auseinanderzusetzen, zeigen die verschiedenen Aktivitäten der Gesundheitsbotschafter*innen. Die Ergebnisse belegen die soziale Akzeptanz von den alle bisher im Rahmen des Projektes durchgeführten Aktivitäten. Sie dienen als Basis für die Entstehung solcher Projekte, welche eindeutige Einblicke in die Praxis und Wahrnehmung von AIDS-Multiplikator*innenarbeit liefert.

In Anlehnung an die methodischen Vorgehensweisen lässt dies darauf schließen, dass die Ziele des Projekts erfolgreich umgesetzt wurden, die Zugangsformen für die Zielgruppe geeignet und die Maßnahmen ansprechend sind. Das Hamburger AIDS-Hilfe Projekt ist weiterhin zukunftsweisend und mit Sicherheit auch noch viele Jahre notwendig.

8 Schlussfolgerung

Die HIV-Prävention mit Einwanderer*innen benötigt einen sensiblen Umgang mit der Zielgruppe, interkulturelle Offenheit und Kompetenzen sowohl seitens der Mitarbeiter*innen als auch der Institutionen. Kulturspezifische Präventionsmaßnahmen sind hier erforderlich. Sie sollen nach Möglichkeiten von Migrant*innen selbst erarbeitet werden und / oder in engster Kooperation mit deutschen Einrichtungen erfolgen. Die Teilhabe von Migrant*innen ermöglicht es, die Bedürfnisse der jeweiligen Zielgruppe besser zu verstehen und Communities-basierte Angebote der HIV-Prävention zu entwickeln. Wie wichtig die Einbeziehung von Migrant*innen und deren Fähigkeiten in Projekten sind, wurde schon vor längerer Zeit von der DAH festgestellt²⁰.

Migrant*innen aus Ländern südlich der Sahara stellen in Deutschland aus epidemiologischer Sicht eine wichtige Personengruppe dar. Der Bedarf für eine qualitativ hochwertige HIV-Präventionsmaßnahme ist weiterhin der Schlüssel zu einer Senkung der Neu-Infektionszahlen und muss weiterhin aufklärend, wissensvermittelnd und verhaltensverändernd wirken. Im Hinblick auf kultursensible HIV-Prävention ist eine gute Qualität in der Planung, Umsetzung und Evaluation der Interventionen bedeutsam (Gräser, Stöver, Koch-Göppert, & Krischke, 2013). Um Migrant*innen aus

²⁰ Handbuch der Migration (DAH) 1998; AIDS-Forum der DAH Band 41, 2000; AIDS im Wandel der Zeiten Band 47, 2007

Sub-Sahara zu erreichen, Präventionsbotschaften effektiver vermitteln zu können und sie nachhaltig zu Safer Sex zu befähigen, sollten Mitarbeiter*innen mit Migrationshintergrund, Personen²¹ aus dem jeweiligen kulturellen Milieu oder Communities bei der Planung und Durchführung von HIV/AIDS/STI-Präventionsprojekten involviert werden.

Viele afrikanische Migrant*innen haben den moralischen Druck, sich um Ihre zurückgelassenen Familien im Herkunftsland zu kümmern. *„Häufig hat die ganze Großfamilie dafür gespart, dieses Mitglied der Familie nach Europa zu schicken“* (Ouedraogo, 2010). Sie müssen ihre eigenen Lebensunterhalte und auch für die Familien in Afrika verdienen. Ein nicht bezahlter Job wird keinen Wert in deren Augen haben können. Besondere Aufmerksamkeit muss doch den Lebensrealitäten von Aktivist*innen im Kampf gegen AIDS gewidmet werden, selbst wenn das Thema innerhalb der Communities umstritten bleibt. Erfahrungsgemäß hat sich die Vergabe *„Aufwandsentschädigungen“* an einzelne Gesundheitsbotschafter*innen, soweit sich dies im Rahmen des Projekts finanziell realisieren ließ.

Erforderlich für eine nachhaltige HIV-Präventionsarbeit in der Zielgruppe der Menschen aus Hochprävalenzländern wäre eine Stetigkeit in der finanziellen und damit personellen Ausstattung (Von Unger & Gangarova, 2013). Die derzeitige finanzielle Situation des Projekts „Gesundheitsbotschafter*innen“ ist permanent geprägt von der Notwendigkeit der Akquise von Dritt- und Projektmitteln, um weitere Maßnahmen realisieren zu können. Das führt zu Unübersichtlichkeiten und ist auf allen Seiten mit erheblichem Bürokratieaufwand verbunden.

Aufgrund der gewonnenen Informationen und Erkenntnisse können folgende Empfehlungen gemacht werden. Um die Zielgruppe erreichen zu können, sollte darauf geachtet werden:

- die Verbreitung von Präventionswissen über die HIV-Infektion dient immer noch als Schlüssel zum Abbau von Tabu und Stigma in Bezug auf HIV/AIDS.
- HIV-Präventionsveranstaltungen sollen allgemein als Gesundheitsveranstaltungen angeboten werden
- Kultur- und geschlechtsspezifisch ausgerichtet sein
- niedrigschwellige Angebote

²¹ als Multiplikator*innen oder Sprachmittler*innen

- Orientiert an Lebenswelten
- Partizipation, Einbeziehung und regelmäßig Austausch mit der Zielgruppe, deren Communities und Schlüsselperson
- Gewinnen, Gewährleisten, Fortführen und Ausbauen der Multiplikator*innen-Schulungen
- Aufwandsentschädigung Gewähren

9 Literaturverzeichnis

AHH e.V. (2016). *Gesamtkonzeption mit Sachbericht*.

AIDS-Hilfe Hamburg e.V. (01. 9 2017). *AIDS-Hilfe Hamburg e.V.* Abgerufen am 1. 9 2017 von AIDS-Hilfe Hamburg e.V.: <http://www.aidshilfe-hamburg.de/mitarbeiten/unsere-ehrenamtlichen-teams/team-gesundheitsbotschafter/>

Akpabli, R. (2010). *Das Afrika Projekt in Bremen. Migration und HIV-Prävention*. Peter Wiessener (Hg.). Deutsche AIDS-Hilfe e.V.

BAMF. (2015). *Bundesamt für Migration und Flüchtlinge, Migrationsbericht des Bundesamt für Migration und Flüchtlinge*.

BMG. (2011). *Bericht der Aktionplan zur Umsetzung der HIV/AIDS-- Bekämpfungsstrategie der Bundesregierung*.

Bpb. (2017). *Bundeszentral für Politische Bildung*. Abgerufen am 17. 8 2017 von http://www.bpb.de/internationales/afrika/afrika/59046/aids-in-sub-sahara-afrika?p=all#footnodeid_16-16

BzgA. (2010). Broschüre "Handlungsorientierte Methoden für die Aids- und Sexualaufklärung in geschlossene Gruppen".

BZgA. (2016). *Zanzu*. Abgerufen am 5. 9 2017 von Zanzu: <https://www.zanzu.de/de/themen/hiv-und-aids>

DAH Dokumentation. (2002). *Strategieworkshop Interkulturelle Öffnung*.

Der Paritätische. (24. 8 2017). *Der Paritätische Projekte gemeinnützige Gessellschaft mbH*. Abgerufen am 24. 8 2017 von <http://www.paritaet-selbsthilfe.org/ra/materialien/tipp-45-selbsthilfe-und-zuwanderung.html>

DÖAK. (14. 6 2013). *Deutsch-Österreichischen AIDS-Kongresses*. Abgerufen am 6. 9 2017 von <http://www.hiv-community-preis.de/preisverleihung/2013-2/>

GIZ. (2015). *Beschäftigungsförderung im Gesundheitssektor von Entwicklungsländern*.

- Gräser, S., Stöver, H., Koch-Göppert, G., & Krischke, N. R. (2013). *MAQUA-HIV, Manual zur Qualitätssicherung in der HIV-Prävention für und mit MigrantInnen*. Bremen.
- Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit. (2017). *GOODPRACTICE; Kriterien für Gute Praxis der Soziallagenbezogenen Gesundheitsförderung des Kooperation verbundes Gesundheitliche Chancengleichheit. 2. Auflage*, 47-49. (S. P. (V.i.S.d.P.), & H. K. Marion Amler, Redakteure) Berlin.
- Koschollek, C. (18. 05 2017). HIV-Neudiagnosen nach Herkunftsregion und Diagnosejahr, 2007-2016 – ohne Herkunft Deutschland. *HIV-Neudiagnosen nach Herkunftsregion und Diagnosejahr, 2007-2016 – ohne Herkunft Deutschland*. Berlin.
- M'bayo, R. (2009). Die Gesundheitsversorgung afrikanischer MigrantInnen – Über die Arbeit vom "Afrikaherz". Berlin.
- Nariami, P. (1998). *Zur Notwendigkeit kulturspezifischer Angebote in der HIV/AIDS Primärprävention. In Handbuch Migration für AIDS-Hilfen, AIDS Fachkräfte und andere im AIDS Bereich Tätige DAH*. Berlin.
- Ouedraogo, O. I. (20. 3 2010). *Lebenssituation und Alltagsbewältigung von Sub-Sahara AfrikanerInnen mit HIV/AIDS in Hamburg und deren Bedeutung für die deutsche Aidsprävention*, S. 80.
- RKI. (2008). *Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Migration und Gesundheit*. Berlin.
- RKI. (2009). *Epidemiologisches Bulletin Nr.1, Analyse der HIV-Meldedaten 2000–2007 zu Migranten aus Hochprävalenzländern* .
- RKI. (2009). *Epidemiologisches Bulletin. Analyse der HIV-Meldedaten 2000–2007 zu Migranten aus Hochprävalenzländern*.
- RKI. (2011). *Epidemiologisches Bulletin, HIV-Infektionen und AIDS-Erkrankungen in Deutschland. Nr. 21*.
- RKI. (2012). *HIV bei Migranten in Deutschland. Epidemiologisches Bulletin*.
- RKI. (2013). *HIV-/STI-Surveillance bei und mit Migranten aus Subsahara Afrika. Ein partizipativer Prozess*.

- RKI. (2014). *Pilotierung einer KABP-Studie mit HIV- und STI- Testangebot bei und mit in Deutschland lebenden Migrant/innen aus Sub-Sahara Afrika*. Abschlussbericht, BERLIN.
- RKI. (2014). *Pilotierung einer Kabp-Studie mit HIV- und STI Testangebot bei und mit Migant/innen aus Subsahara-Afrika in Hamburg*. Abteilung für Infektionsepidemiologie (Abt.3). Fachgebiet 34: HIV/AIDS und andere sexuell oder durch Blut übertragbare Infektion, Berlin.
- RKI. (2015). *HIV & more Online*. Abgerufen am 12. 9 2017 von <http://www.hivandmore.de/archiv/2015-3/wie-wird-das-hiv-sti-test-und-beratungsangebot-von-migrant-innen-in-deutschland-genutzt.shtml>
- RKI. (2016). *Epidemiologisches Bulletin, HIV-Jahresbericht 2015, Nr 38 vom 26.9.2016*.
- RKI. (2016). *HIV/AIDS in Deutschland-Eckdaten*.
- RKI. (2016). *HIV/AIDS in Hamburg-Eckdaten*.
- Santos-Hövenner, C., & Koschollek, C. (2012). *Mapping afrikanischer Communities in deutschland. Eine Analyse von Daten des Statistischen Bundesamtes*. Berlin.
- Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz. (2010). *Rahmenkonzept Prävention von HIV/Aids, Hepatitis- und sexuell übertragbaren Infektionen sowie zur Versorgung von Menschen mit HIV/Aids und/oder chronischen Hepatitisinfektionen in Berlin*.
- UNAIDS. (07. 2017). *GLOBAL HIV STATISTIC*. Abgerufen am 05.. 08. 2017 von http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/UNAIDS_FactSheet_en.pdf
- Vgl. Boger, J. (2004). *Gesundheit in der ‚Fremde‘ – Gesundheitsvorstellungen afrikanischer Frauen und Männer im Migrationskontext*. Arbeitspapiere/ Working Papers Nr. 37 Johannes Gutenberg Universität Mainz. Institut für Ethnologie und Afrikastudien. Mainz.
- Vgl. Gangarova, T. (2015). *HIV-Prävention für & mit Migrant_innen Standards | Praxisbeispiele | Grundlagen*. Berlin: Deutsche AIDS-Hilfe e.V.

- Vgl. Jansen, K. (2014). *HIV, Migration und interkulturelles Handeln. Epidemiologische, versorgungsstrukturelle und psychologische Aspekte der gesundheitlichen Lage und der ambulanten medizinischen Versorgung HIV-positiver Migranten in Berlin.*
- Vgl. BZgA. (2000). *Prävention und Gesundheitsförderung in Deutschland. Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung.* (Bd. 10). Köln.
- Vgl. DESTATIS. (2016). *Bevölkerung mit Migrationshintergrund, Fachserie 1 Reihe 2.2.*
- Vgl. UNAIDS. (20. 7. 2017). *UNAIDS.* Abgerufen am 15. 8. 2017 von http://www.unaids.org/en/resources/documents/2017/20170720_Core_epidemiology_slides
- Von Unger, H. (2012). *partizipative Gesundheitsforschung: Wer partizipiert woran? in Forum Qualitative Sozialforschung/Forum: Qualitative Social Research.*
- Von Unger, H., & Gangarova, T. (2013). *Stärkung von Gemeinschaften: Partizipative Forschung zu HIV-Prävention mit Migrant/innen.*
- Von Unger., H., & Gangarova, T. (2011). *PaKoMi Handbuch: HIV-Prävention für und mit Migrant/inn/en.* Berlin: Deutsche AIDS-Hilfe e.V.
- WHO. (1986). *Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung.*
- WHO. (2017). *WHO.* Abgerufen am 02. 8. 2017 von <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs360/en/>
- Zoufaly A, a. d. (2012). *Late presentation for HIV diagnosis and care in Germany.* HIV MED.

10 Anhang

Ausschreibung: Gesundheitsbotschafter*innen



Ausbildung zum/ zur Gesundheitsbotschafter Gesundheitsbotschafterin

Anmeldeabschnitt: (bitte ausfüllen und an die AIDS-Hilfe schicken)

☞ _____

Name

Str. Hausnummer, PLZ Ort

Tel./Email

Unterschrift

AIDS-Hilfe Hamburg e.V.
Lange Reihe 30-32
20099 Hamburg
040 23 51 99 0
info@aidshilfe-hamburg.de
www.aidshilfe-hamburg.de

Create PDF with GO2PDF for free, if you wish to remove this line, click here to buy Virtual PDF Printer

Um die Arbeit der AIDS-Hilfe Hamburg für Migrantinnen und Migranten, insbesondere für Flüchtlinge zu verbessern, suchen wir Menschen aus anderen Kulturen, die in dem neuen Projekt

Gesundheitsbotschafter

mitarbeiten möchten.

Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer nehmen an einem Vorbereitungskurs in der AIDS-Hilfe Hamburg teil. Anschließend betreuen sie mit uns zusammen Angebote in der Präventionsarbeit.

Wir suchen Frauen und Männer, die

- o gute Deutschkenntnisse besitzen und ihre eigene Muttersprache(n) sprechen
- o offen sind und sich mit dem Thema HIV/Aids auseinandersetzen wollen
- o Spaß daran haben, mit anderen Menschen, auch in Gruppen zu arbeiten.

Wir bieten den Teilnehmerinnen und Teilnehmern

- o eine enge Unterstützung bei dieser Arbeit
- o ein kleines Honorar für durchgeführte Präventionsveranstaltungen

Sie lernen in dem Vorbereitungskurs

- o allgemeine Informationen zu HIV/Aids
- o Ziele und Methoden der Präventionsarbeit
- o Methoden der Gruppenarbeit
- o allgemeine Informationen zum Gesundheitssystem
- o allgemeine Informationen zur Lebenssituation von Flüchtlingen

Termine

Vorbereitungskurse: 25. April, 9. Mai, 6. Juni, 20. Juni 2009, jeweils von 10 – 16 Uhr
Zwischentreffen: 26. September 2009
Abschlusstreffen: 14. November 2009

Weitere Informationen gibt Ihnen:

Mara Wiebe
AIDS-Hilfe Hamburg, Lange Reihe 30 – 32, 20099 Hamburg
040 23 51 99 28, mara.wiebe@aidshilfe-hamburg.de

Omer Ouedraogo
AIDS-Hilfe Hamburg, Lange Reihe 30 – 32, 20099 Hamburg
040 23 51 99 36, omer.ouedraogo@aidshilfe-hamburg.de

Anmeldefrist bis zum 31. März 2009

Create PDF with GO2PDF for free, if you wish to remove this line, click here to buy Virtual PDF Printer

Konzept Gesundheitsbotschafter*innen

Gesundheitsbotschafter Gesundheitsbotschafterin



Hintergrund:

- Weiterhin hohe Zahl von Neuinfektionen bei Migrant*innen aus Sub-Sahara Afrika
- Unwissenheit, Tabuisierung, Traumatisierung führen zu riskantem Verhalten
- Hoffnung auf Sicherung des Aufenthaltes durch ein Kind von einem mit deutschem Pass
- Unkenntnis über sexuelle Gesundheit, schlechter Zugang zum Gesundheitssystem
- Armut, Existenzsicherung, Angst vor Diskriminierung und erlebte Diskriminierung führen zur Tabuisierung einer HIV-Infektion

Zielsetzung:

- Gesundheitsförderung und Verbesserung der medizinischen Versorgung bei Migrant*innen aus Sub-Sahara Afrika
- Vermittlung von zielgruppengerechten Informationen zur Erleichterung des Zugangs zu Angeboten des hiesigen Gesundheitssystems.
- Wissenserweiterung zum Themenkomplex Gesundheits- und HIV/STD/AIDS-Prävention
- Erschließung von Ressourcen von Migrant*innen aus Sub-Sahara Afrika (Flüchtlingen), um sie in die Lage zu versetzen, mitzugestalten und Hilfen zur Selbsthilfe zu entwickeln.
- Qualifizierung von Afrikaner*innen zum Thema HIV/STD/Aids als muttersprachliche Multiplikator*innen
- gezielte Aufklärung zu Übertragungswegen und Schutzmöglichkeiten, um Multiplikator*innen in die Lage zu versetzen, mit Afrikaner*innen kulturspezifisch über Tabu-Themen zu sprechen
- Schaffung eines Pools von Dolmetscher*innen für die Beratung und Betreuung von Migrant*innen aus Sub-Sahara Afrika in der AIDS-Hilfe Hamburg

Die durchgeführten Maßnahmen orientieren sich an der konkreten Lebenssituation von Migrant*innen aus Sub-Sahara Afrika. Neben den bewährten präventiven Konzepten sind neue Ansätze und Methoden gefragt, die sich an den unterschiedlichen Bedürfnissen der Adressat*innen orientieren. Die Einbeziehung von Peers, Multiplikator*innen mit eigenem Migrationshintergrund, hat einen hohen Stellenwert innerhalb des Projektes. Der Einsatz von Peers erhöht den Grad der Akzeptanz von Präventionsbotschaften wesentlich.

Methoden:

Gewinnung und Schulung von Multiplikator*innen zu folgenden Themen:

- HIV/Aids/STD – Übertragung und Schutzmöglichkeiten
- AIDS-Hilfe-System in Hamburg
- Medizinische Versorgung von Flüchtlingen
- Sexuelle Gesundheit
- Methoden der Beratung, Unterstützung und Prävention

Das Projekt schafft neue, notwendige Hilfestellungen und Angebote für Migrant*innen aus Sub-Sahara Afrika, vermittelt wichtige Basisinformationen zu HIV/STD und AIDS an muttersprachliche Multiplikator*innen.

Das Projekt ist eine Kooperation zwischen MiMi Hamburg und wird gefördert durch die EU (Europäischer Flüchtlingsfonds – EFF)

Zeitplan:



Datum	Thema
Freitag/Samstag	HIV/Aids – Grundlagen /AIDS-Hilfe-System/ Situation von Flüchtlingen mit und ohne Papiere
	Seelische Gesundheit/ Migration und Depression
Freitag/Samstag	Die besondere Situation von Familien mit HIV
	Methoden der Prävention /Veranstaltungsplanung
Alle 2/3 Monaten	Zwischentreffen/ Erfahrungsberichte
	Auswertungstreffen

Statistikbogen Veranstaltungen



„Gesundheitsbotschafter Gesundheitsbotschafterin“

Statistikbogen Veranstaltung

Name:

Veranstaltungssprache(n):

Datum, Uhrzeit:

Veranstaltungsort:

Zielgruppe und Anzahl:

Inhalte:

Materialverteilung (wenn möglich Anzahl)					
Broschüren	Flyer AH	Flyer BZgA	Flyer: Angebote für Migranten AH	Kondome	Sonstiges (rote Schleifen, ...)

Ort, Datum

Unterschrift

AIDS-Hilfe Hamburg e.V.
Lange Reihe 30-32, 20099 Hamburg
040. 23 51 99 0, info@aidshilfe-hamburg.de
www.aidshilfe-hamburg.de

Auswertung Café Afrika _ Treffen des Jahres 2014: Januar 2014- November 2014

Auswertung Café Afrika _ Treffen des Jahres 2014: Januar 2014- November 2014

Datum	Thema	Zielgruppe	Besucher*innen		Methode
			M	W	
26. Januar 2014 + 1. Quartalgruppentreffen (15h:00- 17h30)	Beratung und HIV-Test Möglichkeiten in Hamburg	- EA- Multiplikator*innen Gesundheitsbotschafter*innen - (Nicht-)Afrikaner*innen u. AIDS - Betroffene u. Angehörige	09	03	Kurzer Input + Diskussion (Runder Tisch)
23. Februar 2014	Ausstellung Afro- Leben Voice	- EA- Multiplikator*innen Gesundheitsbotschafter*innen - (Nicht-)Afrikaner*innen u. AIDS - Betroffene u. Angehörige	11	05	Kurzer Input + Diskussion (Runder Tisch)
30. März 2014	Ab in die Zukunft	- EA- Multiplikator*innen u. Gesundheitsbotschafter*innen - (Nicht-)Afrikaner*innen u. AIDS - Betroffene u. Angehörige	12	14	Kurzer Input + Diskussion (Runder Tisch)
27. April 2014 + 2. Quartalgruppentreffen (15h:00- 17h30)	Gesundheitsbotschafter*innen und Präventionsarbeit	- EA- Multiplikator*innen u. Gesundheitsbotschafter*innen - (Nicht-)Afrikaner*innen u. AIDS - Betroffene u. Angehörige	13	02	Kurzer Input + Diskussion (Runder Tisch)
25. Mai 2014	C.A Jubiläum/ Lange Reihe Straßenfest (Außenveranstaltung)	- EA- Multiplikator*innen u. Gesundheitsbotschafter*innen - (Nicht-)Afrikaner*innen u. AIDS - Betroffene u. Angehörige	ca.40		Infotisch + Mobiles Team in St.Georg
29. Juni 2014	HIV und Ernährung	- EA- Multiplikator*innen u. Gesundheitsbotschafter*innen - (Nicht-)Afrikaner*innen u. AIDS - Betroffene u. Angehörige	11	04	Kurzer Input + Diskussion (Runder Tisch)
27. Juli 2014 + 3. Quartalgruppentreffen (15h:00- 17h30)	Sommerfest (Außenveranstaltung)	- EA- Multiplikator*innen u. Gesundheitsbotschafter*innen - (Nicht-)Afrikaner*innen u. AIDS - Betroffene u. Angehörige	ca. 60		Infotisch + Mobiles Team im Stadtsparkt
27. August 2014 (25-27.8.14)	Alafia (Straßenfest) (Außenveranstaltung)	- EA- Multiplikator*innen u. Gesundheitsbotschafter*innen - (Nicht-)Afrikaner*innen u. AIDS - Betroffene u. Angehörige	ca. 400		Infotisch + Mobiles Team in Altona
28. September 2014	Einbürgerung	- EA- Multiplikator*innen u. Gesundheitsbotschafter*innen - (Nicht-)Afrikaner*innen u. AIDS - Betroffene u. Angehörige	11	6	Kurzer Input + Diskussion (Runder Tisch)
26. Oktober 2014 + 4. Quartalgruppentreffen (15h:00- 17h30)	Schuldnerberatung	- EA- Multiplikator*innen u. Gesundheitsbotschafter*innen - (Nicht-)Afrikaner*innen u. AIDS - Betroffene u. Angehörige	14	09	Kurzer Input + Diskussion (Runder Tisch)
Ende November 2014	Nacht der Solidarität (Außenveranstaltung)	- EA- Multiplikator*innen u. Gesundheitsbotschafter*innen - (Nicht-)Afrikaner*innen u. AIDS - Betroffene u. Angehörige	ca.70		Infotisch+ Moderation
Gesamtzahl: ca. erreichte Personen			81	+ 43	
			ca. 634		

Stand: Januar 2015

Café Afrika Fragebogen

Sehr geehrte Teilnehmerin, sehr geehrter Teilnehmer,

vielen Dank, dass Du Dir die Zeit nimmst, diesen Fragebogen auszufüllen. Da wir stets bemüht sind, die Qualität von Café Africa zu verbessern, möchten wir Dich bitten, den nachfolgenden Fragebogen zu beantworten. Bitte beantworte die Fragen wahrheitsgemäß, denn nur mit Deinem Feedback können wir interne Abläufe und Stimmungen der einzelnen Treffen verbessern. Die Bearbeitung wird ungefähr 2 Minuten in Anspruch nehmen.

Deine Teilnahme ist uns sehr wichtig und sie ist selbstverständlich freiwillig. Alle Deine Angaben werden vertraulich und anonym behandelt. Sie dienen dazu das Angebot Café Africa zu verbessern.

Vielen Dank für Deine Mitarbeit und Engagement!

1. Woher kennst du unser Angebot? (mehrere Antworten möglich)

- Broschüren/Plakate
- Bekannte/Freunde/Empfehlung
- Beratungsstellen
- Internet
- anderes

1. Wie lange besuchst Du Café Africa schon?

- das Erste Mal 2 bis 6 Monate 6 bis 12 Monate mehr als ein Jahr

3. Würdest Du Café Africa nochmals besuchen?

- auf jeden Fall wahrscheinlich eventuell wahrscheinlich nicht bestimmt nicht

4. Würdest Du Café Africa weiterempfehlen?

- auf jeden Fall wahrscheinlich eventuell wahrscheinlich nicht bestimmt nicht

5. Wie zufrieden warst Du mit folgenden Punkten:

	sehr zufrieden	zufrieden	teils-teils	unzufrieden	sehr unzufrieden	keine Antwort
Heutiges Thema	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verständnis Ausdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Interkultureller Austausch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Standort	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gruppenraum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Klima	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. Inwiefern treffen folgende Aussagen nach Deiner Erfahrung mit Café Africa zu?

Café Africa:	trifft zu	teils-teils	trifft nicht zu
... hält was in der Werbung versprochen wird.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... fördert interkultureller Austausch.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... gilt als psychosoziale Unterstützung.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... trägt zum Abbau von Diskriminierung gegenüber Menschen mit HIV/Aids	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hast Du heute etwas gelernt was für Dein persönliches Leben nützlich ist?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wurden Deine Erwartungen, mit denen Du gekommen bist, erfüllt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. Traten irgendwelche Probleme während Deines Besuchs bei Café Africa?

nein ja, welche

8. Was sollte Deiner Meinung nach im Zusammenhang mit Café Africa verbessert werden?

Zeit – Inhalte – Personal – Ausstattung – Informationsaustausch – etc.

9. Angaben zu statistischen Zwecken:

Alter: _____ Jahre

Herkunftsland: _____

Geschlecht: männlich weiblich anderes

Café Afrika Flyer English

AFRICA TAKES PART

Café Afrika

- **For Africans and anyone interested**
- **The last Sunday of every month, from 12 p.m. to 16 p.m.**
- **At AIDS-Hilfe Hamburg**

To find out more:
Hapsatou Oudini
Phone (040) 23 51 99-36
hapsatou.oudini@aidshilfe-hamburg.de



AIDS-HILFE HAMBURG
LEBEN MIT HIV UND AIDS

Café Africa is a place where people come to find out more about HIV and AIDS as well as other sexually transmitted diseases. Discussions are in German, French, English, and some African languages. People come to share their experiences of living with HIV.

Café Africa is a place where many different people with and without HIV – mostly Africans and their friends and loved ones – get together.

AIDS-HILFE HAMBURG E.V.
Lange Reihe 30–32
20099 Hamburg
www.aidshilfe-hamburg.de

Café Afrika Flyer Französisch

L'AFRIQUE S'ENGAGE

Café Afrika

- **Pour les Africain(e)s et autres personnes intéressées**
- **Tous les derniers dimanches du mois à partir de 12 heures**
- **au AIDS-Hilfe Hamburg**

Pour plus d'informations, prière contacter:
Hapsatou Oudini
Téléphone (040) 23 51 99-36
hapsatou.oudini@aidshilfe-hamburg.de



AIDS-HILFE HAMBURG
LEBEN MIT HIV UND AIDS

Café Afrika est un cadre d'échanges et d'informations relatives au VIH/SIDA et autres infections sexuellement transmissibles et à la vie quotidienne des personnes infectées et affectées du VIH. Nous œuvrons pour le renforcement de la solidarité entre nous et parlons Allemand, Français, Anglais et quelques autres langues parlées en Afrique.

Café Afrika s'adresse aux frères et sœurs africain(e)s, à toute autre personne intéressée, aux Ami(e)s et aux Familles infecté(e)s ou affecté(e)s.

AIDS-HILFE HAMBURG E.V.
Lange Reihe 30–32
20099 Hamburg
www.aidshilfe-hamburg.de

Eidesstattliche Erklärung

Ich versichere hiermit, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig verfasst und keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt habe. Alle Ausführungen, die anderen Schriften wörtlich oder sinngemäß entnommen wurden, kenntlich gemacht sind.

Hamburg, 15.09.2017

Hapsatou Oudini